

Annexes 2007

Rapport de la Caisse nationale
de solidarité pour l'autonomie

- 
- 02 ANNEXE 1
Budget primitif 2008
(compte de résultat prévisionnel)

 - 06 ANNEXE 2
Avis du Conseil scientifique sur les questions d'ordres scientifique et technique relatives à la mise en œuvre de la COG passée entre la CNSA et l'État

 - 11 ANNEXE 3
PRIAC 2007: premier bilan qualitatif et quantitatif

 - 18 ANNEXE 4
Bilan et suivi du plan d'aide a la modernisation (PAM) 2006 des établissements pour personnes âgées et personnes handicapées

 - 22 ANNEXE 5
Premier bilan du fonctionnement et de l'activité des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH)

 - 29 ANNEXE 6
Récapitulatif des actions financées sur la section V

Sommaire des annexes

Budget primitif 2008

(compte de résultat prévisionnel)

Sous réserve des montants inscrits à la LFSS 2008, en millions d'euros

Charges	Crédits ouverts	Produits	Crédits ouverts
Section I		Section I	
Financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux	14 223,6	Financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux	14 223,6
Sous-section 1		Sous-section 1	
Établissements et services accueillant des personnes handicapées	7 691,6	Établissements et services accueillant des personnes handicapées	7 691,6
. Remboursement aux régimes d'assurance maladie (OGD)	7 644,9	. Contribution solidarité autonomie (14% CSA)	320,6
. Groupe d'entraide mutuelle (GEM)	24,0	. Contribution des régimes d'assurance maladie (ONDAM)	7 367,0
. Agence nationale d'évaluation sociale et médico-sociale (ANESM)	0,6	. Déficit	4,0
. Opérations diverses	22,1		
Sous-section 2		Sous-section 2	
Établissements et services accueillant des personnes âgées	6 532,0	Établissements et services accueillant des personnes âgées	6 532,0
. Remboursement aux régimes d'assurance maladie (OGD)	6 505,6	. Contribution solidarité autonomie (40% CSA)	916,0
. Agence nationale d'évaluation sociale et médico-sociale (ANESM)	0,9	. Contribution des régimes d'assurance maladie (ONDAM)	5 416,0
. Opérations diverses	25,5	. Déficit	200,0
Section II		Section II	
Allocation personnalisée d'autonomie (APA)	1 578,7	Allocation personnalisée d'autonomie (APA)	1 578,7
. Concours versés aux départements (APA)	1 554,9	. Contribution solidarité autonomie (20% CSA)	458,0
. Congé de soutien familial	5,7	. Contribution sociale généralisée (94% CSG)	1 030,2
. Opérations diverses	18,1	. Contribution des régimes d'assurance vieillesse	65,5
		. Produits financiers	25,0
Section III		Section III	
Prestation de compensation et maisons départementales des personnes handicapées	620,4	Prestation de compensation et maisons départementales des personnes handicapées	620,4
. Concours versés aux départements (PCH)	551,9	. Contribution solidarité autonomie (26% CSA)	595,4
. Concours versés aux départements (MDPH)	30,0	. Produits financiers	25,0
. Majoration AEEH (versement CNAF)	16,7		
. Congé de soutien familial	4,8		
. Opérations diverses	17,0		
Section IV		Section IV	
Promotion des actions innovantes et renforcement de la professionnalisation des métiers de service	77,7	Promotion des actions innovantes et renforcement de la professionnalisation des métiers de service	77,7
Sous-section 1		Sous-section 1	
Personnes âgées	65,8	Personnes âgées	65,8
. Dépenses modernisation, professionnalisation et formation	64,9	. Contribution sociale généralisée (6% CSG)	65,8
. Opérations diverses	0,9		
Sous-section 2		Sous-section 2	
Personnes handicapées	11,9	Personnes handicapées	11,9
. Dépenses modernisation, professionnalisation et formation	11,9	. Prélèvement sur la sous-section 1 de la section I	11,9

Charges	Crédits ouverts	Produits	Crédits ouverts
Section V		Section V	
Autres dépenses en faveur des personnes en perte d'autonomie	575,0	Autres dépenses en faveur des personnes en perte d'autonomie	575,0
Sous-section 1		Sous-section 1	
Actions en faveur des personnes âgées	400,0	Actions en faveur des personnes âgées	400,0
. Dépenses d'animation, prévention et études	10,0	. Prélèvement sur la sous-section 2 de la section I	10,0
. Charges prévisionnelles « Plan d'aide à la modernisation 2006-2007 »	215,0	. Reprise de provisions « Plan d'aide à la modernisation »	215,0
. Plan d'aide à la modernisation des établissements 2008	175,0	. Déficit	175,0
Sous-section 2		Sous-section 2	
Actions en faveur des personnes handicapées	175,0	Actions en faveur des personnes handicapées	175,0
. Dépenses d'animation, prévention et études	10,0	. Prélèvement sur la section III	10,0
. Charges prévisionnelles « Plan d'aide à la modernisation 2006-2007 »	90,0	. Reprise de provisions « Plan d'aide à la modernisation »	90,0
. Plan d'aide à la modernisation des établissements 2008	75,0	. Déficit	75,0
Section VI		Section VI	
Frais de gestion de la caisse	14,4	Frais de gestion de la caisse	14,4
. Dépenses de fonctionnement/CNSA	6,9	. Contributions des sections I à IV-1 pour frais de caisse/CNSA	14,3
. Dépenses de personnel/CNSA	7,3	. Produit exceptionnel pour remboursement M.A.D.	0,1
. Excédent	0,2		
Total des charges du compte prévisionnel	17 043,3	Total des produits du compte prévisionnel	16 589,5
		Résultat prévisionnel (déficit)	453,8
Total équilibre du compte	17 043,3	Total équilibre du compte	17 043,3

Document explicatif du budget primitif 2008

(Tableau ressources emplois)

Sous réserve des montants inscrits à la LFSS 2008, en millions d'euros

Emplois	Crédits ouverts	Ressources	Crédits ouverts
Section I		Section I	
Financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux	14 223,6	Financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux	14 223,6
Sous-section 1		Sous-section 1	
Établissements et services accueillant des personnes handicapées	7 691,6	Établissements et services accueillant des personnes handicapées	7 691,6
. Remboursement aux régimes d'assurance maladie (OGD) dont contribution CSA nette	7 644,9	. Contribution solidarité autonomie (14% CSA)	320,6
. Groupe d'entraide mutuelle (GEM)	24,0	. Contribution des régimes d'assurance maladie (ONDAM)	7 367,0
. Agence nationale d'évaluation sociale et médico-sociale (ANESM)	0,6	. Excédent (utilisation d'une fraction de l'excédent prévisionnel 2007)	4,0
. Contribution à la section IV-2	11,9		
. Contribution à la section VI	6,8		
. Atténuation de produits (ANV, annulations, provisions...)	2,1		
. Contribution pour frais de collecte ACOSS CSA (0,5 %) *	1,3		
Sous-section 2		Sous-section 2	
Établissements et services accueillant des personnes âgées	6 532,0	Établissements et services accueillant des personnes âgées	6 532,0
. Remboursement aux régimes d'assurance maladie (OGD) dont contribution CSA nette	6 505,6	. Contribution solidarité autonomie (40% CSA)	916,0
. Agence nationale d'évaluation sociale et médico-sociale (ANESM)	0,9	. Contribution des régimes d'assurance maladie (ONDAM)	5 416,0
. Contribution à la section V-1	10,0	. Excédent (utilisation d'une fraction de l'excédent 2006)	200,0
. Contribution à la section VI	5,6		
. Atténuation de produits (ANV, annulations, provisions...)	6,0		
. Contribution pour frais de collecte ACOSS CSA (0,5%)*	3,9		
Section II		Section II	
Allocation personnalisée d'autonomie (APA)	1 578,7	Allocation personnalisée d'autonomie (APA)	1 578,7
. Concours versés aux départements (APA)	1 554,9	. Contribution solidarité autonomie (20 % CSA)	458,0
. Congé de soutien familial	5,7	. Contribution sociale généralisée (94 % CSG)	1 030,2
. Contribution à la section VI	1,4	. Contribution des régimes d'assurance vieillesse	65,5
. Atténuation de produits (ANV, annulations, provisions...)	10,2	. Produits financiers	25,0
. Contribution pour frais de collecte ACOSS CSA CSG (0,5%)	6,5		
Section III		Section III	
Prestation de compensation et maisons départementales des personnes handicapées	620,4	Prestation de compensation et maisons départementales des personnes handicapées	620,4
. Concours versés aux départements (PCH)	551,9	. Contribution solidarité autonomie (26 % CSA)	595,4
. Concours versés aux départements (MDPH)	30,0	. Produits financiers	25,0
. Majoration AEEH (versement CNAF)	16,7		
. Congé de soutien familial	4,8		
. Contribution à la section V-2	10,0		
. Contribution à la section VI	0,5		
. Atténuation de produits (ANV, annulations, provisions...)	4,0		
. Contribution pour frais de collecte ACOSS CSA (0,5%)*	2,5		

Ressources	Crédits ouverts	Ressources	Crédits ouverts
Section IV Promotion des actions innovantes et renforcement de la professionnalisation des métiers de service	77,7	Section IV Promotion des actions innovantes et renforcement de la professionnalisation des métiers de service	77,7
Sous-section 1 Personnes âgées	65,8	Sous-section 1 Personnes âgées	65,8
. Dépenses modernisation, professionnalisation et formation	64,9	. Contribution sociale généralisée (6% CSG)	65,8
. Contribution à la section VI	0,1		
. Atténuation de produits (ANV, annulations, provisions...)	0,5		
. Contribution pour frais de collecte ACOSS CSG (0,5%)*	0,3		
Sous-section 2 Personnes handicapées	11,9	Sous-section 2 Personnes handicapées	11,9
. Dépenses modernisation, professionnalisation et formation	11,9	. Prélèvement sur la sous-section 1 de la section I	11,9
Section V Autres dépenses en faveur des personnes en perte d'autonomie	270,0	Section V Autres dépenses en faveur des personnes en perte d'autonomie	270,0
Sous-section 1 Actions en faveur des personnes âgées	185,0	Sous-section 1 Actions en faveur des personnes âgées	185,0
. Dépenses d'animation, prévention et études	10,0	. Prélèvement sur la sous-section 2 de la section I	10,0
. Plan d'aide à la modernisation des établissements 2008	175,0	. Excédent (utilisation d'une fraction de l'excédent 2006 et prévisionnel 2007)	175,0
Sous-section 2 Actions en faveur des personnes handicapées	85,0	Sous-section 2 Actions en faveur des personnes handicapées	85,0
. Dépenses d'animation, prévention et études	10,0	. Prélèvement sur la section III	10,0
. Plan d'aide à la modernisation des établissements 2008	75,0	. Excédent (utilisation d'une fraction de l'excédent 2006 et prévisionnel 2007)	75,0
Section VI Frais de gestion de la caisse	14,4	Section VI Frais de gestion de la caisse	14,4
. Dépenses de fonctionnement/CNSA	6,9	. Contributions des sections I à IV-1 pour frais de caisse/CNSA	14,3
. Dépenses de personnel/CNSA	7,3	. Produit exceptionnel pour remboursement M.A.D.	0,1
. Excédent	0,2		
Total des charges du compte prévisionnel	16 738,3	Total des produits du compte prévisionnel	16 284,5
		Excédent	453,8
Total équilibre du compte	16 738,3	Total équilibre du compte	16 738,3
*Total des frais de collecte ACOSS CSA + CSG	14,5		
Total atténuation de recettes	22,8		

Avis du Conseil scientifique sur les questions d'ordre scientifique et technique relatives à la mise en œuvre de la COG passée entre la CNSA et l'État

18 septembre 2007

Le Conseil scientifique a été saisi de cinq questions par le directeur de la CNSA pour rendre un avis scientifique sur les actions engagées en 2007 par la Caisse.

Débat sur le nouveau champ de protection sociale

Le Conseil scientifique a pris connaissance des réflexions en cours du Conseil sur la création du nouveau champ de protection sociale que ce dernier présentera au gouvernement dans le cadre de son rapport, au mois d'octobre 2007. Deux principes qui fondent ces réflexions ont été mis à la discussion sur le terrain de leur pertinence scientifique :

- Point 1 : la reconnaissance d'un champ de protection sociale consacré à l'accompagnement de l'autonomie, distinct du champ relatif à la couverture des besoins de santé et de celui lié à la perte de revenus.
- Point 2 : l'adoption d'une démarche unique fondée sur la mesure des besoins d'aide à l'autonomie quel que soit l'âge de la personne, qui impliquerait une harmonisation des méthodes et outils d'évaluation et de la nomenclature des biens et services.

Sur le premier point, le Conseil scientifique s'accorde pour fonder la pertinence de la distinction opérée entre le champ de l'autonomie et les deux autres champs de protection sociale destinés à répondre aux besoins de soins et à la perte de revenus. Il souligne les difficultés intrinsèques liées à un exercice de délimitation des frontières entre ces champs, et notamment entre ceux dédiés aux soins et à l'autonomie. Toutefois, ces difficultés ne remettent en cause ni cette distinction, ni la nécessité d'aller le plus loin possible dans la précision des frontières. Le Conseil scientifique met en garde contre les risques de concurrence entre les champs et regrette le cloisonnement excessif entre ces trois champs dans le domaine des études et de la recherche ; la question des revenus doit en particulier être davantage étudiée en lien et pas uniquement comme conséquence de la perte d'autonomie. À ce titre, tout ce qui contribue à l'adoption d'une vision globale sur les besoins en matière de soins et d'accompagnement vers l'autonomie doit être favorisé, notamment à travers l'organisation institutionnelle retenue. Il faut enfin considérer que l'organisation de l'articulation entre ces trois champs constitue une question d'étude en tant que telle.

Sur le deuxième point, le Conseil scientifique valide les fondements d'une approche commune de la question de l'autonomie quel que soit l'âge. Si l'âge est toujours un élément d'appréciation de la situation d'une personne, en particulier aux âges extrêmes de la vie, il ne doit jamais être un élément discriminant a priori du point de vue des principes qui conduisent à l'évaluation et de la reconnaissance des besoins, pas plus que ne doit l'être l'origine du handicap ou le statut juridique de la personne. Les outils d'évaluation eux-mêmes peuvent toutefois différer. Il considère que cette question, d'ordre scientifique, se distingue de celle relative à la réponse qui doit être proposée

en termes de financement public aux personnes, le cas échéant de façon distincte en fonction de leur âge ou de tout autre critère, qui traduit un choix de société ; par conséquent, il ne lui appartient pas de se prononcer sur cette dernière question.

Place de la CNSA dans le futur plan Alzheimer

Le Conseil scientifique a souligné l'exigence de concilier l'approche transversale de l'autonomie que la CNSA a vocation à incarner et la démarche proposée à travers ce plan d'une réponse à une population spécifique définie à travers une pathologie.

Faisant part de sa crainte que l'approche biomédicale n'évacue les autres, il a plaidé pour que soit reconnue la nécessité de développer une recherche scientifique dans le champ médico-social sur la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, et plus généralement sur l'ensemble des conséquences psychologiques, sociales et économiques de cette maladie sur la personne et sur son entourage, qui soit articulée aux autres dimensions de la recherche. La CNSA aurait vocation à investir le domaine de l'évaluation de l'impact de cette maladie en termes d'autonomie, de prévalence de ces situations, des limitations d'activité et des restrictions de participation sociale qui leur sont associées en soutenant des études épidémiologiques et de sciences humaines et sociales. Il souligne qu'un travail sérieux dans ce domaine ne pourra être développé sans un investissement financier préalable important pour favoriser la construction des outils nécessaires aux travaux. Il sera également utile de développer l'accompagnement méthodologique des équipes.

Outre le financement d'outils de cadrage général comme l'enquête Handicap Santé, la CNSA devrait donc s'engager dans le soutien à des cohortes et études longitudinales, qui doivent bénéficier d'une approche pluridisciplinaire. Des mesures incitatives dans ce sens pourraient être de favoriser les projets combinant plusieurs approches disciplinaires (biomédicale, épidémiologique, technologique, éthique, sociologique, psychologique...). Le Conseil scientifique proposera une méthode et une logique de constitution de cohortes à travers sa commission spécialisée en charge du suivi de l'enquête Handicap Santé, dont les missions seraient élargies, en veillant à mettre en évidence les problématiques auxquelles ces cohortes devront répondre, le lien avec la constitution du système d'information de la CNSA et en s'inspirant des méthodes de travail dans le domaine des systèmes complexes.

Évaluation des besoins des personnes

Suites à donner pour le guide d'évaluation multidimensionnelle (GEVA)

Le Conseil scientifique a pris connaissance des résultats des travaux récents sur le test de reproductibilité du Guide d'évaluation multidimensionnelle (GEVA) suivi par sa commission spécialisée. Il insiste sur la pertinence et l'intérêt de ce travail et l'importance de communiquer sur les résultats de ce test.

Sur le fond, le GEVA trouve sa place dans un processus d'évaluation dans lequel la collecte d'informations en amont par les professionnels est une étape importante qu'il convient de ne pas négliger.

Deux prolongements à ces travaux lui paraissent nécessaires pour favoriser l'appropriation de cet outil par les équipes :

- la mise en place d'une formation dans les maisons départementales des personnes handicapées ;
- un travail fin sur les termes utilisés dans le manuel d'accompagnement du guide, qui sont encore trop imprécis et ne peuvent aujourd'hui favoriser la reproductibilité du GEVA, notamment en raison de l'impact potentiel d'une cotation mal assurée des capacités fonctionnelles sur l'égalité de traitement en matière d'attribution de la PCH.

Le Conseil scientifique pose la question de l'application de cet outil d'évaluation pour les personnes en perte d'autonomie de plus de 60 ans et exprime le souhait qu'il puisse devenir utilisable pour elles, au besoin avec des modifications, afin de disposer d'une unité de recueil unique quel que soit l'âge.

Colloque scientifique CNSA

Le Conseil scientifique soutient la perspective d'un colloque scientifique sur l'évaluation des besoins organisé par la CNSA à des fins de recherche et de pédagogie. La méthodologie retenue serait celle d'une démarche en deux temps : une première journée d'un séminaire d'experts suivie d'un événement rassemblant un public plus large de chercheurs, professionnels, associations, décideurs publics.

Il attire l'attention sur l'importance des termes utilisés dans le titre de ce colloque. Il marque sa préférence pour le terme d'« évaluation de la situation de la personne » plutôt que d'« évaluation des besoins », qui peut être plus ambigu.

Il a débattu, sans trancher à ce stade, sur l'étendue plus ou moins large du champ que cet événement devrait couvrir. Ses membres sont invités à participer au comité d'organisation.

Aides techniques

Audition publique sur la préconisation des aides techniques

Le Conseil scientifique a pris connaissance avec intérêt de la présentation de la démarche conduite dans le cadre de cette audition publique, dont les objectifs semblent globalement atteints même si les résultats n'ont pas encore été mis à disposition.

Il constate et regrette que la question des aides techniques soit trop souvent réservée aux personnes handicapées. La CNSA devrait exercer toute sa vigilance pour que l'accès des personnes âgées aux aides techniques soit intégré aux réflexions.

Étude prospective nouvelles technologies pour la santé et pour l'autonomie avec l'Agence nationale de la recherche (ANR)

Le Conseil scientifique souligne l'importance du travail de fond conduit à travers cette étude, qui dégage un certain nombre de pistes d'action.

Il note la limite que constitue encore la difficulté à évaluer les technologies innovantes en raison de l'absence de critères clairs pour ce domaine (équivalents du service médical rendu).

Tirant par ailleurs les enseignements de l'appel à projets TecSan 2007, il note les progrès en matière d'émergence de projets liés à l'autonomie. Il souligne toutefois les besoins d'accompagnement méthodologique des porteurs de projets.

Commission spécialisée sur les centres d'expertise technique

Constatant le développement de la production intellectuelle et industrielle relative aux technologies dans le champ du handicap et de la perte d'autonomie, le Conseil scientifique reconnaît l'opportunité de la réflexion sur la mise en place de centres d'expertise technique, ainsi rendus de plus en plus nécessaires.

Ils doivent constituer en quelque sorte, pour les technologies pour l'autonomie, le pendant des dispositifs d'aide à l'évaluation des technologies de la santé sur le plan clinique dans les hôpitaux (centres d'investigation clinique spécialisés en innovation technologique, CIC-IT) en vérifiant entre autres les qualités d'usage de ces technologies.

Le schéma d'organisation qui se dégage des réflexions de la commission spécialisée s'articule sur un double niveau : réseau de centres généralistes au niveau régional ; au niveau national, réseau de centres d'expertise technique nationaux, dont certains pourraient être adossés à des centres à vocation régionale mais spécialisés sur une thématique.

Il s'agira désormais pour la commission de proposer un ensemble complet des thèmes devant être l'objet d'un centre d'expertise technique en indiquant les priorités sur lesquelles faire porter un premier appel d'offres.

Critères d'allocation de ressources des enveloppes de l'ONDAM médico-social et réduction des écarts territoriaux dans le champ des établissements et services médico-sociaux

Le Conseil scientifique a été saisi de la pertinence des critères retenus par la CNSA pour la répartition des enveloppes de l'ONDAM médico-social et de la nécessité et l'opportunité de les faire évoluer.

Il valide la distinction à faire entre les critères de répartition des enveloppes budgétaires, qui doivent être simples, robustes et en nombre limité pour être acceptés, et les critères d'analyse de l'offre et de la demande et d'appui à l'optimisation et à la mesure d'impact des politiques publiques, qui doivent progressivement intégrer de nouveaux paramètres qualitatifs (effets en terme d'emploi, d'accessibilité des services...).

En ce qui concerne les critères de répartition, il note qu'il serait intéressant de les enrichir de critères décrivant les besoins, grâce à des travaux spécifiques à conduire en lien avec l'INSEE et la DREES. Au vu des études disponibles ou à lancer et des échéances de l'enquête Handicap Santé, il constate toutefois que les résultats de ces travaux ne pourront être exploités à court terme pour modifier les critères de répartition des enveloppes avant 2009-2010.

Dans l'attente des extensions locales réalisées dans l'enquête Handicap Santé et la mise en place du système d'information des MDPH, la CNSA doit engager un processus d'analyse permanent des effets de sa répartition des enveloppes. Il prône un investissement méthodologique de la CNSA sur la projection des besoins d'aide, ainsi que sur la distribution géographique des services médico-sociaux qui, à l'instar des travaux réalisés sur la distribution géographique des services de santé, doivent servir l'objectif de réduction des inégalités territoriales.

PRIAC 2007 : premier bilan qualitatif et quantitatif

Premiers constats sur le processus d'élaboration du PRIAC¹

- La méthode d'élaboration a été évaluée le 14 juin par le comité de suivi du processus PRIAC, à partir des remontées régionales.
- Les avis consultatifs des Comités régionaux de l'organisation sociale et médico-sociale (CROSMS) sont dans leur grande majorité favorables. Quatre avis défavorables ont été émis, au motif principal de l'insuffisance de la programmation au regard des schémas départementaux.
- La concertation, amorcée lors de l'élaboration du PRIAC 2006-2008, s'est renforcée :
 - Avec les conseils généraux**
17 régions ont mené une concertation avec les conseils généraux (services), dont 6 régions avec les élus.
 - Avec les agences régionales de l'hospitalisation (ARH)**
12 régions ont engagé une concertation avec l'ARH, sous forme de réunions de travail. Elles lui ont également adressé le PRIAC.
 - Avec les autres services de l'État**
12 régions se sont concertées avec l'Éducation nationale, 9 avec la Direction départementale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle (DDTEFP)...
 - Avec les autres partenaires**
Une concertation a eu lieu dans 10 régions avec la caisse régionale d'assurance maladie (CRAM). 8 régions ont quant à elles engagé une concertation avec des partenaires, comme les Unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM), le conseil régional, les têtes de réseaux...
- Les programmations sont plus homogènes en rythme de progression et en volumes.
- Concernant les « priorités interdépartementales » des PRIAC : 20 régions sur 22 ont renseigné ce volet (hors DOM : sans objet)
 - (2 régions n'ont pas transmis leur PRIAC complet : Alsace et Franche-Comté)
 - La priorisation est majoritairement établie à l'échelon départemental, sur le secteur des personnes âgées comme sur celui des personnes handicapées.
 - Pour le secteur des personnes âgées en perte d'autonomie, l'indicateur du taux d'équipement par catégorie d'équipement (Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes-EHPAD, Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), accueil de jour et hébergement temporaire) reste le critère majoritairement utilisé pour la priorisation de la programmation du PRIAC par département.
 - La priorisation des territoires repose sur la prise en compte de critères élargis sur le secteur du handicap.

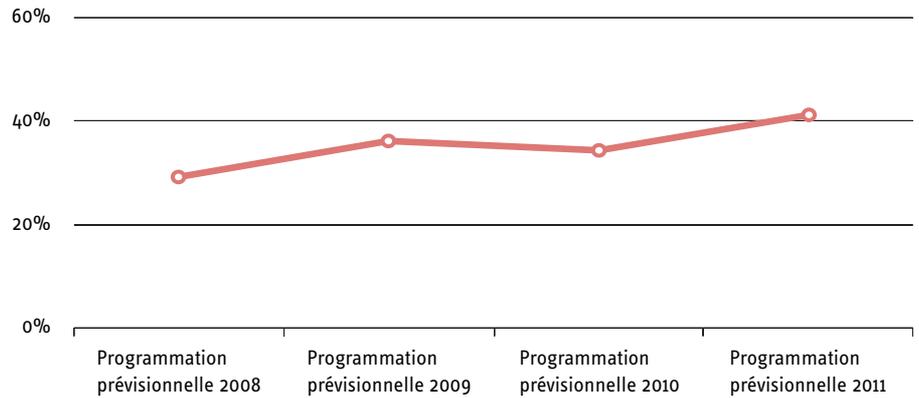
Une majorité de régions a établi la priorisation par territoires, notamment sur le secteur de l'enfance, à partir d'une analyse prenant en compte plusieurs indicateurs de mesure de l'offre et de la demande identifiée.

¹ Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie

Graphique 1

Taux d'évolution des montants programmés pour les personnes âgées dans les PRIAC 2008-2011 par année de financement par rapport au montant alloué en 2007

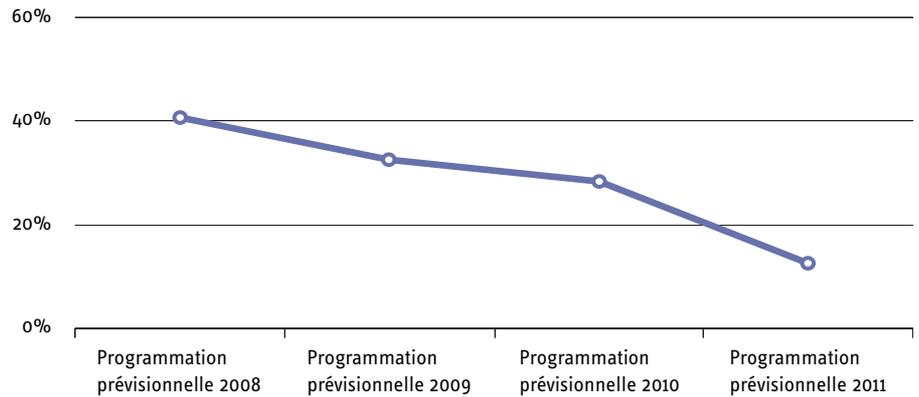
(y compris rattrapage territoriaux – sur 25 PRIAC – hors médicalisation et rebasage)



Graphique 2

Taux d'évolution des montants programmés pour les personnes présentant un handicap dans les PRIAC 2008-2011 par année de financement par rapport au montant alloué en 2007

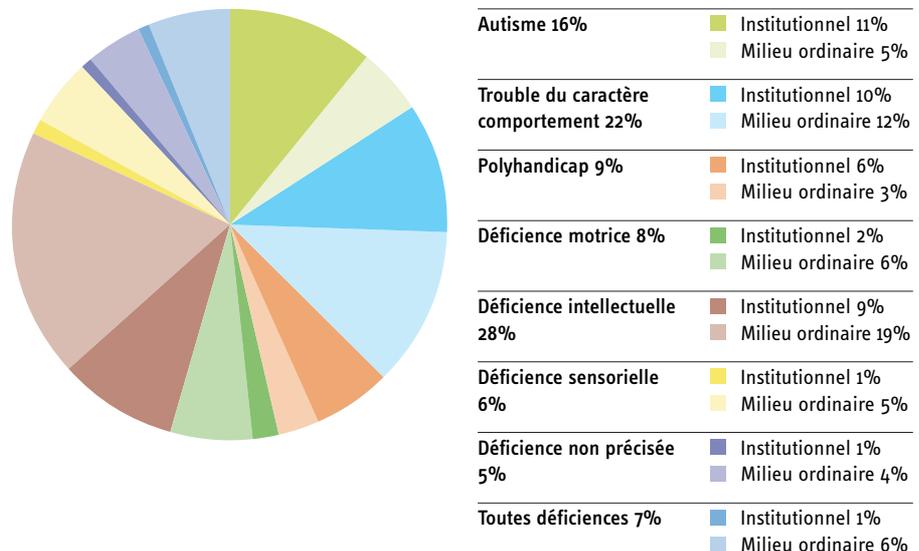
(y compris rattrapages territoriaux – sur 25 PRIAC – hors rebasage)



Graphique 3

Répartition* des places programmées 2008-2011 pour les enfants et adolescents par type de déficience et par mode d'accompagnement

(hors CAMSP-CMPP)



* en pourcentages arrondis

Les indicateurs utilisés sont les suivants : le nombre de personnes en attente de places (listes d'attente et amendement Creton), les projections démographiques, les places en attente de financement, le nombre d'enfants scolarisés en milieu ordinaire, le nombre de patients hospitalisés en psychiatrie de façon inadéquate (pour le handicap psychique).

- Les rythmes et les volumes de programmation, toujours offensifs, sont aussi plus homogènes du fait d'une approche méthodologique mieux partagée :

Sur le secteur des personnes âgées (voir graphique 1, page 12)

Le rythme global des montants prévisionnels programmés dans les PRIAC est plutôt régulier pour les 4 années à venir (2008-2011). L'évolution annuelle rapportée au niveau de mesures nouvelles 2007 notifiées (hors médicalisation) se décline de façon différente suivant le type d'accompagnement. La progression est offensive pour les EHPAD alors que l'accompagnement à domicile enregistre un niveau d'évolution beaucoup plus faible, notamment pour les SSIAD, et un peu plus soutenue pour les accueils de jour et les hébergements temporaires.

Par ailleurs, les écarts de niveau de programmation entre régions (hors DOM), tout en étant encore conséquents, sont nettement plus resserrés que dans la programmation précédente (2007-2008) comparée aux dotations 2006.

Ainsi, l'écart entre la région dont la programmation 2007-2008 rapportée à 2006 enregistrait en tendance annuelle la progression la plus faible, et celle enregistrant la progression la plus élevée, qui s'établissait de 1 à 13, est passé dans la programmation 2008-2011 rapportée aux dotations 2007, de 1 à 6.

Sur le secteur handicap (voir graphique 2, page 12)

L'évolution des volumes de programmation recouvre des rythmes différenciés : le secteur de l'enfance est beaucoup plus soutenu que celui des adultes.

On constate par ailleurs une décélération de 2008 à 2011 qu'il conviendra d'analyser pour mesurer l'incidence sur la programmation de l'absence de plans nationaux au-delà de 2007 et de la planification en cours, ce qui ne permet pas une visibilité jusqu'en 2011.

L'écart dans les niveaux de programmation entre les régions était beaucoup plus restreint (de 1 à 3,5) que sur le secteur des personnes âgées.

- Concernant les coûts à la place des actions programmées dans le PRIAC, on constate des écarts interrégionaux plus importants sur le secteur de l'enfance. Ces disparités interrégionales de coûts de création de place (hors requalification et transformation) peuvent aller du simple au double. Ces écarts sont nettement moins importants sur le secteur des adultes.
- La diversification de l'offre est en progression sur le secteur des personnes âgées et sur le secteur de l'enfance.

La répartition de la programmation en places d'établissements et en places de structures et services permettant le maintien à domicile ou l'accompagnement en milieu ordinaire de vie est équilibrée avec le secteur des personnes âgées. Elle était jusqu'alors plus orientée vers la prise en charge en établissements. Sur le secteur du handicap, la part des établissements reste prépondérante pour les adultes. En revanche, pour les enfants, l'accompagnement en milieu ordinaire de vie est privilégié. On n'enregistre pas d'évolution sur le mode d'accompagnement sur la durée du PRIAC.

- L'adaptation de l'offre existante se poursuit : 16 régions ont identifié des actions de transformation de l'offre existante pour l'adapter aux besoins des enfants handicapés, et 12 régions ont fait de même concernant le secteur adultes.
- La contractualisation, avec la mise en œuvre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM), est amorcée :
14 PRIAC recensent des projets de CPOM sur le secteur du handicap. Les articulations sanitaires et médico-sociales sont désormais intégrées par les régions dans la démarche de programmation. Elles se déclinent selon trois volets :
 - les actions de coopération dans le cadre des schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) : conventions avec les établissements sanitaires, équipes mobiles (soins palliatifs, psychiatrie) intervenant dans les établissements médico-sociaux, réseaux, maisons des adolescents, GEM, développement de structures médico-sociales s'intégrant dans des filières de prises en charge gérontologiques ou psychiatriques. Ces actions sont à développer dans le cadre de la concertation avec les ARH;
 - les réseaux existants et en projets associant soins de ville, hôpitaux et secteur médico-social ;
 - les actions de prévention et de promotion de la santé dans les établissements et services, en ciblant deux filières : la filière gériatrique et la filière santé mentale et handicap psychique.

9 régions ont renseigné les trois volets, 14 régions les actions de coopération dans le cadre du SROS, 18 régions l'une ou les deux parties du volet réseaux, et 11 régions le volet prévention.

Les annexes facultatives investissement et ressources humaines

Ces annexes ont pour finalité un rôle d'observation des besoins. Elles ont été peu renseignées, seules 4 régions ont complété partiellement l'annexe relative à l'investissement et 7 régions celle sur les ressources humaines, sans qu'elles fassent apparaître de diagnostic partagé sur l'un ou l'autre domaine.

Exploitation des projections physiques et financières des PRIAC (hors ESAT)

- Au sein du secteur handicap, la programmation reflète la pression exercée sur le secteur de l'enfance :

Les montants programmés sur le secteur du handicap se répartissent, de 2008 à 2011, à raison de 45% en faveur des enfants et 55% en faveur des adultes. La part du secteur de l'enfance dans les PRIAC est sensiblement plus importante que celle qui lui a été consacrée jusqu'alors dans les plans nationaux, où ce secteur représente 32% des financements alloués en 2007 au titre des mesures nouvelles.

- Les types d'accompagnement selon les problématiques :

Sur le secteur de l'enfance (voir graphique 3, page 12)

75% des places programmées sur la période 2008-2011 concernent quatre déficiences :

- la déficience intellectuelle (27%) ;
- les troubles du caractère et du comportement (22%) ;
- l'autisme (16%) ;
- le polyhandicap (9%).

Les deux tiers des places programmées pour l'accompagnement de la déficience intellectuelle sont des places de SESSAD (Services d'éducation spéciale et de soins à domicile). La programmation des places de SESSAD comprend, à hauteur de 55%, des places pour les troubles de la conduite et du comportement, mais seulement un tiers des places est dédié au polyhandicap ou à l'autisme.

La programmation de places en établissements est ciblée géographiquement : la programmation de places en établissements pour la déficience intellectuelle ne concerne que 35% des départements et 37% pour le polyhandicap, alors que 66% des départements ont prévu des places en établissements pour enfants autistes et 55% pour les troubles du comportement.

L'accompagnement précoce, une des priorités des PRIAC : le diagnostic et la prise en charge précoces par des CAMSP et des CMPP représentent 10% des montants programmés pour les enfants. 22 régions sur 25 ont programmé des créations ou extensions de CAMSP et 19 sur 25 de CMPP.

Sur le secteur adulte (voir graphique 4, page 16)

Sur le secteur des adultes, l'accompagnement du handicap psychique constitue une demande prioritaire (22% de la programmation). Viennent ensuite le polyhandicap et les personnes lourdement handicapées (18%), la déficience intellectuelle et déficience non précisée (10%) et les personnes handicapées vieillissantes (12%).

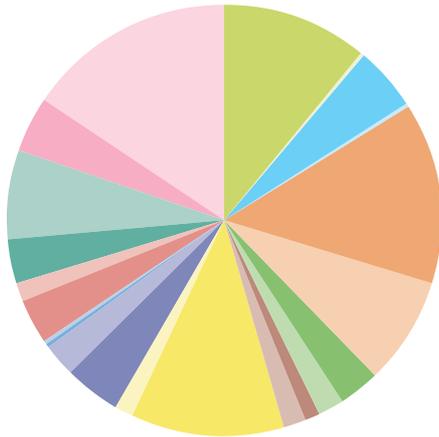
Près de 20% de la programmation concerne toutes les déficiences. Ces places sont très majoritairement des places de SAMSAH (Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés) et de SSIAD.

L'émergence de l'accueil temporaire est encore timide, tant chez les adultes que chez les enfants.

La répartition entre l'accompagnement à domicile et l'accompagnement en établissement varie selon la déficience : pour le handicap psychique, deux tiers

Graphique 4

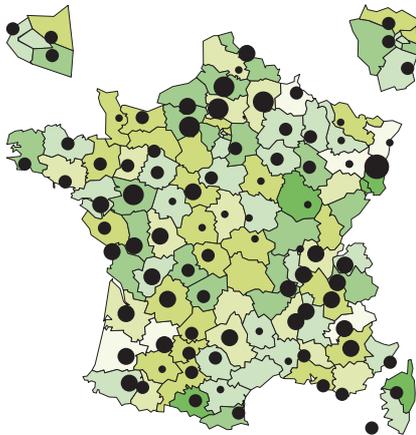
Répartition des places programmées 2008-2011 pour les adultes par type de déficience et par mode d'accompagnement (hors ESAT-GEM-Auxiliaire de vie)



Handicap vieillissant 11,35%	Institutionnel 11%
	Milieu ordinaire 0,35%
Autisme et TED 4,85%	Institutionnel 4,5%
	Milieu ordinaire 0,35%
Handicap psychique 21,5%	Institutionnel 13,5%
	Milieu ordinaire 8%
Handicap lourd 5%	Institutionnel 3%
	Milieu ordinaire 2%
Traumatisés crâniens-AVC 3%	Institutionnel 1,5%
	Milieu ordinaire 1,5%
Polyhandicap 12,5%	Institutionnel 11%
	Milieu ordinaire 1,5%
Déficience motrice 6,5%	Institutionnel 4%
	Milieu ordinaire 2,5%
Déficience sensorielle 0,55%	Institutionnel 0,20%
	Milieu ordinaire 0,35%
Déficience intellectuelle 4,75%	Institutionnel 3,25%
	Milieu ordinaire 1,5%
Déficience non précisée 10,5%	Institutionnel 3,5%
	Milieu ordinaire 7%
Toutes déficiences 19,5%	Institutionnel 4%
	Milieu ordinaire 15,5%

Carte 1

Nombre de places d'accueil de jour demandées/1000 PA 75 ans (PRIAC 2008-2011) rapporté au taux d'équipement en accueil de jour (places autorisées – source FINESS 2006)



Taux d'équipement AJ/1000 PA 75 ans +

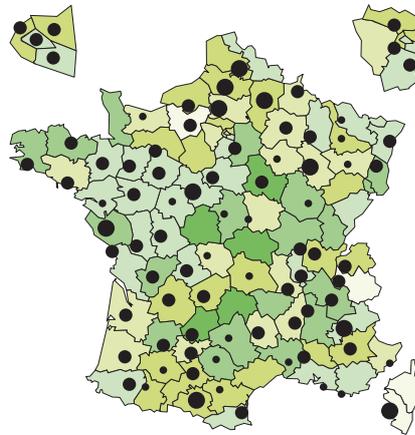
2,22	0,45
1,29	0
0,85	0

Nombre de places AJ/1000 PA 75 + demandées (PRIAC 2008-2011)

5,00	2,00
2,79	0,00

Carte 2

Nombre de places d'hébergement temporaire demandées/1000 PA 75 ans (PRIAC 2008-2011) rapporté au taux d'équipement en hébergement temporaire (places autorisées – source FINESS 2006)



Taux d'équipement HT/1000 PA 75 ans (finess 2006)

3,90	0,82
2,22	0,11
1,56	0

Nombre de places HT demandées/1000

5,00	0,99
2,72	0,00

des places sont programmées en institution, alors que les services représentent près de 60% des places pour déficients intellectuels.

La répartition entre les maisons d'accueil spécialisées (MAS) et les foyers d'accueil médicalisés (FAM) s'établit dans une proportion de 44% pour les MAS et 56% pour les FAM. Elle est cependant très contrastée selon le type de déficience, et selon les régions.

Sur le secteur des personnes âgées (voir cartes 1 et 2, page 16)

Concernant la répartition des priorités inscrites dans les PRIAC en matière d'accompagnement en EHPAD et à domicile, on observe que :

13% des places des PRIAC sont dédiées à l'accompagnement spécifique de la maladie d'Alzheimer. Ces places sont majoritairement centrées sur le maintien à domicile (accueil de jour, hébergement temporaire) Il faut souligner que parmi les places programmées pour les personnes âgées en perte d'autonomie, une part importante est appelée à accueillir également des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées.

Conclusion Les grandes tendances des PRIAC

- La pression du secteur de l'enfance est caractérisée par :
 - la prédominance de l'accompagnement en milieu ordinaire avec le développement des SESSAD ;
 - la poursuite du développement de l'accompagnement précoce en centre d'action médico-sociale précoce (CAMSP) et centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP), programmé respectivement dans 22 et 19 régions;
 - la part importante de l'accompagnement des troubles du caractère et du comportement (22% de la programmation pour les enfants), et dans une moindre part de l'autisme (16%);
 - le rattrapage géographique de l'accompagnement en établissements, notamment pour la déficience intellectuelle (35% des départements) et le polyhandicap (37% des départements).
- Une programmation centrée sur la création de places en établissements (MAS et FAM), avec préférentiellement des places de FAM pour l'accompagnement des trois problématiques qui représentent 75% de la programmation : le handicap psychique, le polyhandicap et les personnes lourdement handicapées, ainsi que les personnes handicapées vieillissantes. L'autisme est également présent, mais dans une plus faible proportion.
- La faible émergence de l'accueil temporaire sur l'ensemble du secteur handicap
- Concernant les personnes âgées, malgré la pression sur les EHPAD la programmation privilégie l'accompagnement à domicile (55% des places programmées)

Bilan et suivi du plan d'aide à la modernisation (PAM) 2006 des établissements pour personnes âgées et personnes handicapées

Mise en œuvre du processus et de l'analyse des programmes régionaux

Mise en œuvre du PAM 2006

Conformément à la procédure arrêtée, la responsabilité de l'instruction des dossiers repose sur les services déconcentrés de l'État (directions départementales de l'action sanitaire et sociale-DDASS et directions régionales de l'action sanitaire et sociale-DRASS).

Les programmes régionaux de modernisation devaient initialement être remontés pour la fin du mois d'avril. Selon les régions, les délais de transmission ont été plus tardifs, s'échelonnant jusqu'à la fin du mois de juin 2006.

Après remontées des programmes régionaux priorités au niveau national, l'objectif de l'analyse des dossiers par la CNSA n'était donc pas une ré-instruction des dossiers mais un contrôle de cohérence, d'adéquation et de conformité aux orientations de l'instruction du 17 mars 2006 (respect des critères d'éligibilité et des éléments de qualité des projets).

En appui des services déconcentrés de l'État, la CNSA a mis à disposition des outils techniques (fiches techniques et de procédure) et documents formalisés (dossier type de demande d'aide) permettant une aide dans l'instruction des dossiers, et s'est également investie dans l'animation des correspondants régionaux (ingénieurs régionaux de l'équipement et services compétents des DRASS) au travers de l'organisation de trois journées techniques nationales.

Analyse des programmes régionaux proposés par les préfets de région

Au regard des critères rappelés en préambule, les scores obtenus par les programmes régionaux sont globalement bons.

Il convient de souligner qu'en application des décisions du Conseil de la CNSA, un abattement financier a été opéré sur les programmes régionaux présentant un volume important de demande d'aide pour des travaux de mise aux normes exclusive. En conséquence, la part de financement CNSA dédiée à ce type d'opération n'excède jamais plus de 15% des crédits.

Le tableau de synthèse joint en annexe situe les régions au regard des indicateurs de critères de priorisation.

Toutes les opérations éligibles présentées en liste principale ont été financées.

Le taux de satisfaction global (liste principale et liste complémentaire) des programmes régionaux est de 96% (il oscille entre 84% à 100%).

Le taux le plus faible est à rapporter au nombre de dossiers présentés (en liste principale et complémentaire) et à leur poids financier au regard des crédits disponibles.

On note que les besoins régionaux exprimés sur des listes complémentaires sont plus importants sur le secteur personnes âgées, ce qui conduit à des taux de satisfaction des demandes plus faibles.

Bilan des notifications

**Montants notifiés le 26 juillet 2006 (Conseil de la CNSA du 4 juillet 2006)
et le 22 novembre 2006 (Conseil du 17 octobre 2006)**

(Source CNSA : exploitation des données du PAM 2006 au 1^{er} mars 2007)

La totalité des crédits a été notifiée entre le 26 juillet et le 22 novembre.

Cela représente donc :

- 350 M pour le secteur personnes âgées, soit le financement de 422 dossiers pour un montant total de travaux de 1,8 milliards, et 29 028 places à moderniser.
- 150 M pour le secteur personnes handicapées, soit le financement de 242 dossiers pour un montant total de travaux de 530 millions, et 12 098 places à moderniser (hors file active).

Structure des opérations financées

(Source CNSA : exploitation des données du PAM 2006 au 1^{er} mars 2007)

Typologie et nature des opérations financées

- Secteur personnes âgées

Type de structure :

- 73% des dossiers concernent des établissements ayant signé la convention tripartite ;
- 15% concernent des établissements pour personnes âgées en cours de signature de la convention tripartite ;
- 7% concernent des logements foyers en cours de négociation de leur convention ;
- 5% concernent des unités de soins de longue durée (USLD) en cours de négociation de leur convention.

Statut du gestionnaire :

- 26% sont présentés par des établissements publics autonomes ;
- 26% concernent des établissements gérés par des associations ;
- 24% concernent des établissements gérés par des établissements publics de santé ;
- 15% concernent des établissements gérés par des centres communaux d'action sociale.

Nature des travaux :

Sur l'ensemble des dossiers traités, la nature des travaux engagés grâce au plan de modernisation se répartit comme suit :

- restructuration et reconstruction : 40%
- restructuration seule : 22%
- construction neuve : 26%
- étude de faisabilité : 0,8%
- mise aux normes exclusive : 7%

■ Secteur personnes handicapées

Type de structure :

- 76% d'établissements de l'enfance handicapée dont :
79% des dossiers concernent des instituts médico-éducatifs (IME) ;
15% des instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP) ;
6% des services (centre d'action médico-sociale précoce/CAMSP, centre médico-psycho-pédagogique/CMPP, services d'éducation spéciale et de soins à domicile/SESSAD)
- 24% d'établissements pour adultes handicapés dont :
72% de maisons d'accueil spécialisées (MAS) ;
25% de foyers d'accueil médicalisés (FAM) ;
4% de centres de rééducation professionnelle (CRP)

Statut du gestionnaire :

- 82% des dossiers correspondent à des établissements gérés par des associations ;
- 6% à des établissements publics autonomes ;
- 5% à des établissements gérés par des établissements publics de santé ;
- 2% à des établissements gérés par une union pour la gestion des établissements des caisses d'assurance maladie (UGECAM) ;
- 1% à des établissements mutualistes.

Nature des travaux :

Sur l'ensemble des dossiers traités, la nature des travaux engagés grâce au Plan de modernisation se répartit comme suit :

- restructuration et reconstruction : 37%
- restructuration seule : 23%
- construction neuve : 33%
- étude de faisabilité : 0,3%
- mise aux normes exclusive : 13,5%

Eléments sur les coûts

Cette dimension sera affichée ultérieurement sur la base des conventions définitives et le suivi d'exécution.

■ Taux moyen d'aide CNSA

- Secteur personnes âgées : 20%, soit un montant moyen d'aide de 830 000 €.
- Secteur personnes handicapées : 29%, soit un montant moyen d'aide de 620 000 €.

■ Coût moyen à la place des opérations de modernisation

- Secteur personnes âgées : 60 000 €.
- Secteur personnes handicapées : 42 600 €.

Pour mémoire, la référence plafond à la place se situait à 100 000 €.

Éléments qualitatifs

- Secteur personnes âgées
 - Engagement dans le processus de conventionnement tripartite : 100%.
 - Diversification des modes d'accueil : 81% des porteurs de projets développent déjà ou vont, à l'occasion de l'opération de modernisation, développer de nouveaux modes d'accueil (accueil de jour, hébergement temporaire).
 - Existence d'un projet d'établissement : 95%.

L'objectif d'impact des opérations, sur les espaces de vie des personnes âgées et sur les conditions de travail des professionnels, est globalement atteint, compte tenu des critères de modernisation. Plusieurs opérations s'inscrivent dans des modernisations d'ensemble des établissements.

- Secteur personnes handicapées
 - Existence d'un projet d'établissement : 95%.

Les informations relatives au projet de vie sont inégales. Même s'ils sont très minoritaires, des maîtres d'ouvrage présentent des demandes d'aide à l'investissement sans projet de vie identifié.

Premier bilan du fonctionnement et de l'activité des Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH)

Fonctionnement des MDPH

Les commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH)

(voir graphiques 5 et 6, page 23)

Elles sont toutes créées et installées.

Plus de la moitié des CDAPH étaient installées en avril 2006, la quasi-totalité en septembre 2006.

Il n'existe pas de réelle différence entre les mois de création et d'installation des CDAPH : en général, les mois de création sont aussi les mois d'installation. Presque toutes les MDPH (94 %) dont la CDAPH est installée prennent des décisions dès le mois de l'installation (81 %) ou le mois suivant (13 %).

Mise en place et fonctionnement des fonds de compensation départementaux

Fin avril, plus de 90 % des fonds de compensation étaient créés (sur la base de 97 départements répondants).

Pour 50 % des MDPH, deux mois s'écoulaient entre le mois de création du fonds de compensation et sa première intervention. Un cinquième des MDPH réduisent le délai à 0 ou 1 mois.

Effectifs : bilan 2006 (voir graphique 7, page 23)

En un an, en proportion, la part des effectifs « État » est passée de 62 % à 49 %, tandis que celle des effectifs du Conseil général est passée de 22 % à 31 % du total. Le GIP MDPH contribue aux recrutements de la MDPH sur son budget propre : leur proportion a triplé entre le début et la fin d'année 2006. L'échantillon ne permet pas de savoir si la diminution en proportion des personnels « État » traduit un nombre de recrutements accru du conseil général ou un désengagement des personnels de l'État¹.

L'activité des MDPH

Tous les mois, un questionnaire relatif à l'activité et au fonctionnement des MDPH est envoyé à chacune d'elles. La collecte des données permet une analyse de l'activité, notamment en termes de demandes reçues et de décisions prises par la commission des droits et de l'autonomie.

Les résultats d'activité sont déclaratifs :

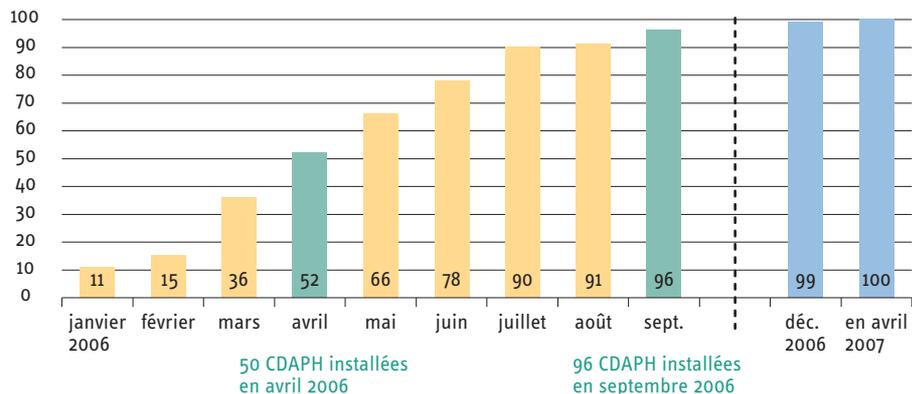
- En 2006, ils concernaient en moyenne entre 70 et 78 MDPH.
- Début 2007, ils s'appuient en moyenne sur les déclarations de 65/70 MDPH.

Les demandes déposées (voir tableau 1 et graphique 8, page 24)

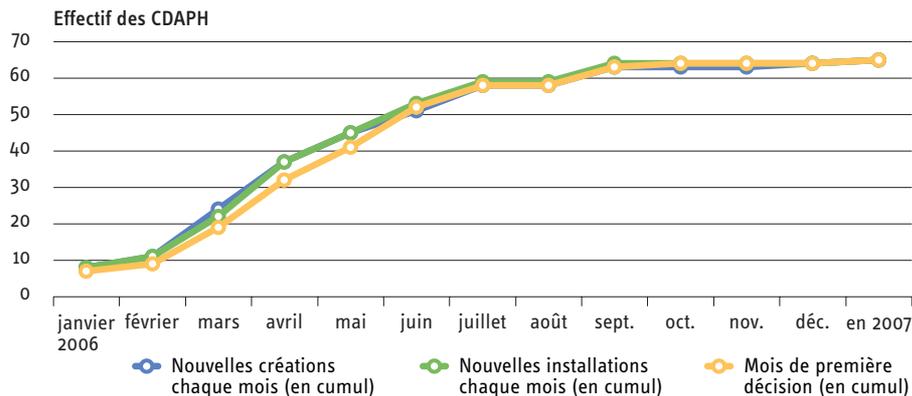
70 600 demandes de Prestation de compensation du handicap (PCH) déposées ont été estimées pour l'année 2006.

¹ 44 MDPH ont répondu à la fois en janvier et en décembre 2006 sur la composition des effectifs. Le résultat obtenu n'est pas significatif et ne permet pas de conclure à l'augmentation ou la diminution des personnels État.

Graphique 5
Installation des Commissions des droits et de l'autonomie (CDAPH) - Source déclarative



Graphique 6
Création, mise en place et fonctionnement des CDAPH - source déclarative: 65 MDPH



Graphique 7

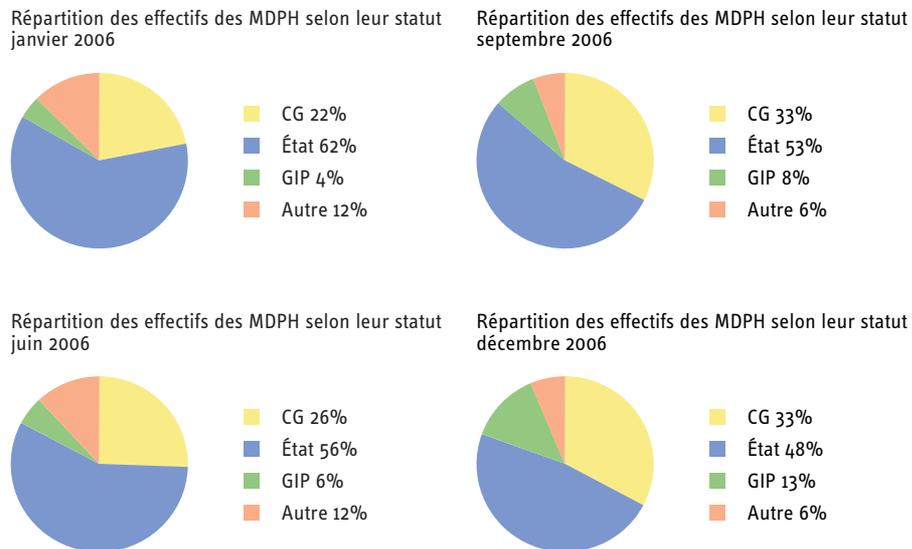


Tableau 1

Les demandes déposées	2006	Total des demandes PCH*	70 622
	2007	Total des demandes PCH*, 1 ^{er} trimestre	21 355
		Nombre moyen de demandes de PCH*, 1 ^{er} trimestre	7 118
		Part moyenne des demandes PCH enfants, 1 ^{er} trimestre - en %	5,1

* extrapolées à la population française

Graphique 8

Evolution mensuelle des demandes PCH estimation France entière (source déclarative)

Nombre de demandes PCH déposées

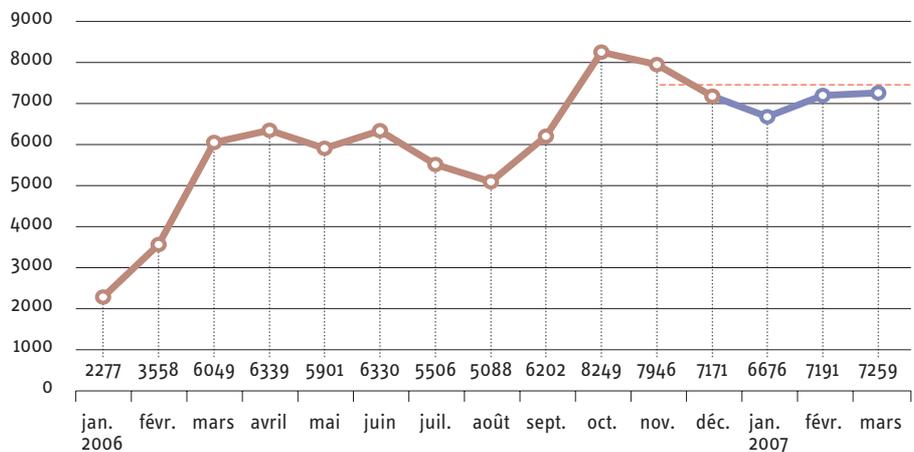


Tableau 2

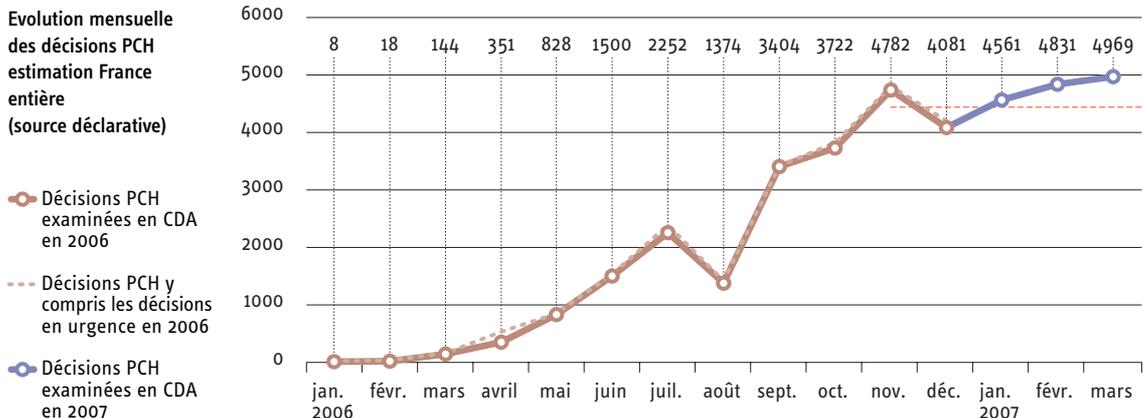
Décisions examinées en CDAPH	2006	Total des décisions PCH*	23 514
	2007	Total des décisions PCH*, 1 ^{er} trimestre	14 753
		Nombre moyen de décisions PCH* prises, 1 ^{er} trimestre	4 918
		Part des PCH refusées dans le total des décisions, 1 ^{er} trimestre	31,8
		Part des PPC par rapport aux décisions PCH - en %	1,0
		Part des PCH adultes dans le total des PCH examinées - en %	96,3

* extrapolées à la population française

Graphique 9

Evolution mensuelle des décisions PCH estimation France entière (source déclarative)

Nombre de décisions PCH



○ Décisions PCH examinées en CDA en 2006
 - - - Décisions PCH y compris les décisions en urgence en 2006
 ● Décisions PCH examinées en CDA en 2007

La montée en charge des demandes de prestations de compensation observée jusqu'en octobre 2006 semble terminée et stabilisée à environ 7 000 demandes déposées chaque mois, en moyenne.

À ce rythme, le nombre total annuel des demandes de prestation de compensation pourrait s'établir, sur l'année 2007, à 84 000 demandes. 5% des demandes de PCH concernent les enfants.

Les décisions examinées en commission des droits et de l'autonomie

(voir tableau 2 et graphique 9, page 24)

En 2006, près de 23 500 décisions (accords et refus confondus) ont concerné la prestation de compensation.

En 2007, sur le premier trimestre, elles sont de l'ordre de 15 000. En 2007, le nombre moyen de décisions PCH prises est donc environ de 5 000 par mois.

Compte tenu du différentiel entre le nombre de demandes PCH déposées attendues et le nombre de décisions PCH estimées, et étant donné le rattrapage qui devra s'opérer, la montée en charge des décisions PCH n'est sans doute pas terminée. En effet, en moyenne, en tenant compte des deux derniers mois 2006 et du premier trimestre 2007, la fréquence mensuelle des décisions serait comprise entre 4 500 et 5 000, soit une activité annuelle concernant les décisions PCH de plus de 55 000 (à rapprocher des 70 000 demandes estimées en 2006 et des 84 000 demandes à venir en 2007).

Dans la plupart des cas, les présentations de PCH à la CDAPH sont accompagnées de plans personnalisés de compensation.

Logiquement, les décisions de PCH concernent majoritairement les adultes. Près de 4% concernent les enfants.

Près de 32% des PCH présentées pour décision à la CDAPH sont refusées, en moyenne, sur le premier trimestre 2007. La dispersion autour de la moyenne est importante : le taux de refus s'échelonne de 7% à 70% (voir graphique 10, page 26).

Les éléments de la prestation de compensation

Les questionnaires mensuels 2007 permettent d'isoler les différents éléments attribués de la prestation de compensation, notamment leur nombre et les montants.

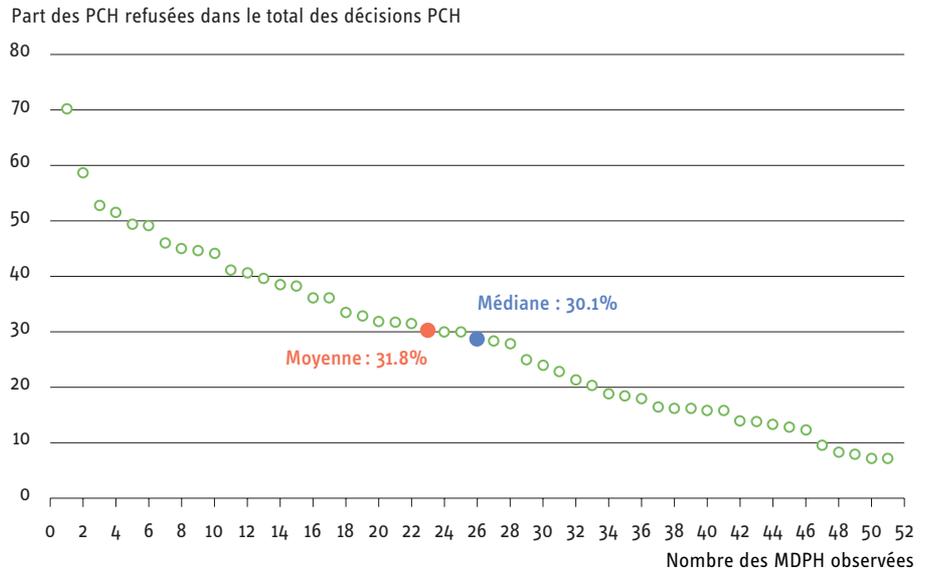
En moyenne, sur le premier trimestre 2007, parmi les éléments de la prestation de compensation, la moitié des attributions concerne les aides humaines, et un cinquième les aides techniques.

L'élément 3 (aménagement du logement, du véhicule et surcoûts dus aux frais de transport) compte pour 14% ; l'élément 4 (charges spécifiques et exceptionnelles) représente quant à lui 13% du total des attributions CDAPH.

Les aides animalières représentent une faible part des accords dans l'ensemble de la prestation de compensation, moins de 0,5% (voir graphique 11, page 26).

Graphique 10

Taux de refus de PCH en %, 1^{er} trimestre 2007
Source déclarative : 50 MDPH dans l'échantillon
(écart-type : 17,7%)



Graphique 11

Répartition des éléments de la PCH attribués, en pourcentages, 1^{er} trimestre 2007 source déclarative

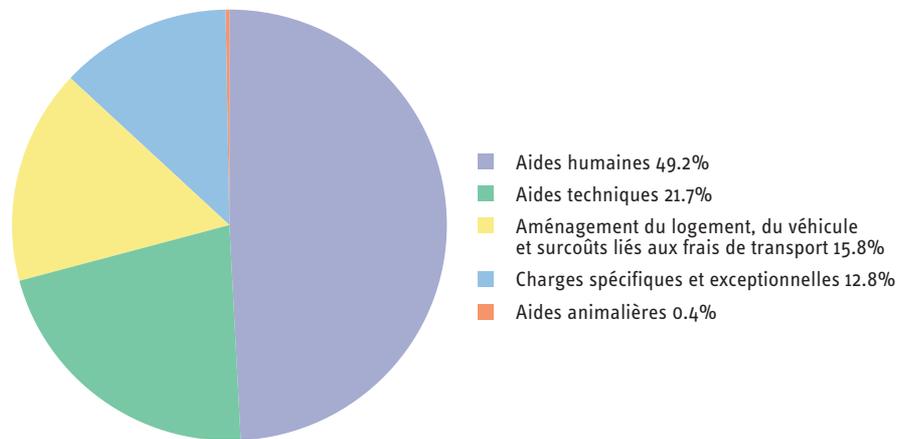


Tableau 3

	Nombre d'éléments attribués en moyenne en 2007								
	Effectifs	Aides humaines	Aides techniques	Aménagement du logement	Aménagement du véhicule	Surcoûts des frais de transport	Charges spécifiques	Charges exceptionnelles	Aides animalières
Janvier	45	28,5	7,8	3,7	1,9	0,8	5,5	0,9	0,6
Février	47	25,1	8,4	4,3	2,2	1,2	5,2	0,8	0,2
Mars	51	28,7	10,3	3,6	3,2	1,4	6,3	1,3	0,3
Moyenne trimestrielle		25,8	8,8	3,9	2,5	1,1	5,4	0,9	0,3
Ecart types		(34.7)	(7.1)	(3.2)	(2.5)	(2.0)	(7.0)	(1.6)	(1.2)

En moyenne², chaque MDPH accorde tous les mois 26 aides humaines, 9 aides techniques, respectivement 4 et 2 aménagements du logement et du véhicule, près de 5 aides aux charges spécifiques, peu d'aides quant aux surcoûts des frais de transport, aux charges exceptionnelles et aides animalières (voir tableau 3, page 26).

Plus précisément :

- la moitié des MDPH accorde 15 aides humaines par mois ;
- les trois-quarts des MDPH attribuent au maximum 30 aides humaines par mois ;
- la moitié des MDPH accorde 6 aides techniques par mois ;
- les deux tiers accordent 10 aides techniques chaque mois.

Ces nombres moyens d'attributions sont assortis d'indicateurs de dispersion forts. Ils reflètent la moyenne sur le territoire mais gomment les situations individuelles très dispersées les unes des autres.

Par exemple, en nombre d'attributions mensuelles en aides humaines rapporté à la population, le taux d'octroi d'aides humaines varie de 0 à 70 pour 100 000 habitants selon les mois et selon les MDPH. Dans 50% des cas, l'octroi d'aides humaines chaque mois se situe au maximum à 16 pour 100 000 habitants.

La répartition des éléments de la PCH en montant diffère de celle établie en nombre d'éléments accordés : si les montants des aides humaines comptent pour près de la moitié des montants PCH, les aménagements du logement et du véhicule comptent pour 36% du montant (contre 14% en volume). Les aides techniques ne représentent plus que 15% du montant total PCH, contre 22% en volume (voir graphique 12, page 28).

En moyenne³, les montants attribués aux aides humaines sont proches de 500 € mensuels, ceux attribués au titre des aides techniques équivalent à 900 € en versement ponctuel. Le montant attribué au titre d'un aménagement de logement est de 3 500 € et de 3 100 € pour un aménagement de véhicule.

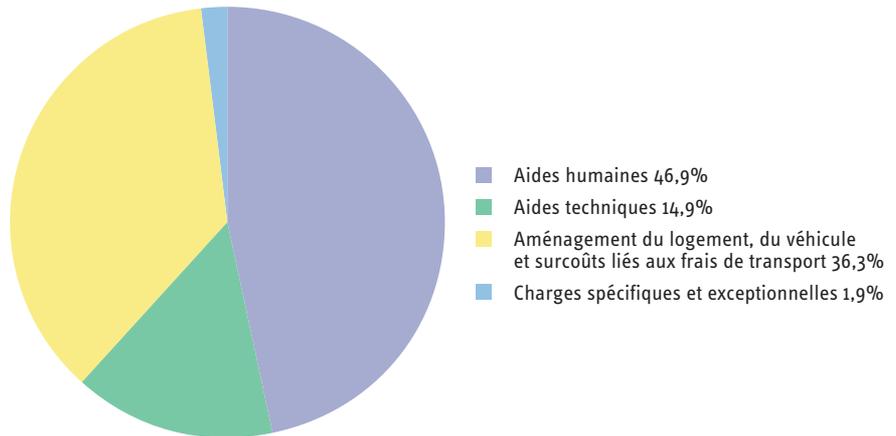
Ils sont inférieurs à ceux relevés lors de l'enquête ponctuelle réalisée auprès de 25 MDPH en décembre 2006 (voir graphique 13, page 28).

² Taille de l'échantillon : 182 observations

³ Taille de l'échantillon : 157 observations

Graphique 12

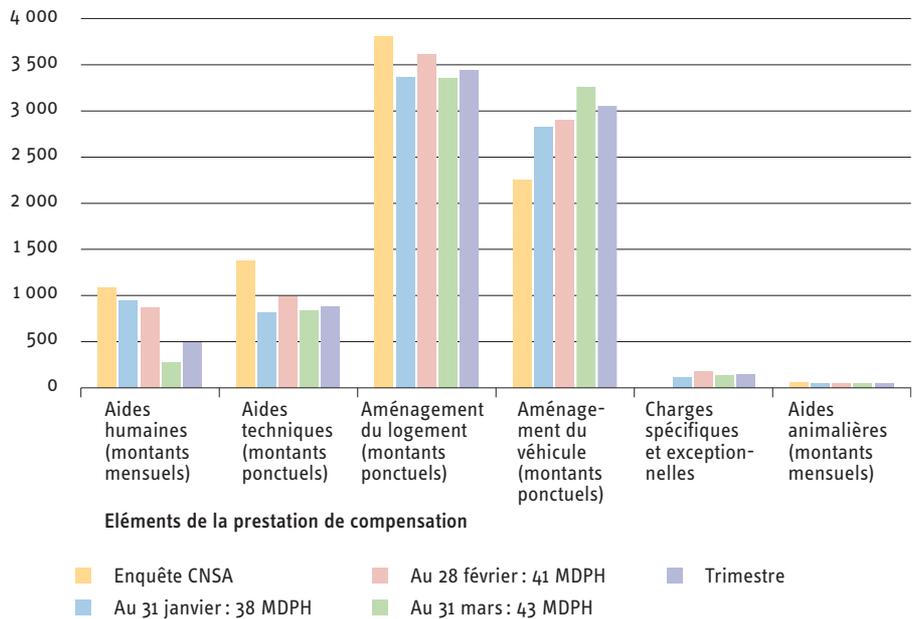
Répartition des montants des éléments de la PCH, en pourcentages, 1^{er} trimestre 2007
source déclarative



Graphique 13

Montants moyens par élément de la prestation de compensation, 1^{er} trimestre 2007 – source déclarative

Montants moyens en €



Récapitulatif des actions financées sur la section V

(mise en œuvre du programme d'action 2006-2007 – au 31 août 2007)

Les principales actions thématiques en direction des personnes âgées, émergeant à la sous-section V-a (10 M€)

Au titre de « la connaissance de la situation des personnes »

Travaux prévus

Actions engagées

A Enquête prospective et rétrospective dans la population générale (personnes âgées, entourage) sur les choix de vie à domicile et en institution et étude sur les principaux déterminants de maintien à domicile ou d'entrée en institution.

B Étude sur l'amélioration des outils de mesure de la perte d'autonomie et d'évaluation multidimensionnelle de la personne âgée, pour l'élaboration des plans d'aide.

• SMAF – CG 24
GEMAPA – CG 23
Montant : 15 000 €
(chèque consultant)

C Des études épidémiologiques pourraient aussi être conduites afin de mieux connaître les populations en situation de dépendance, avec peut-être la mise en place de cohortes.

• Appel à projets avec l'IRESP
Montant : 422 051 €

Au titre de « l'anticipation des problématiques émergentes »

Travaux prévus

Actions engagées

A Élaboration de référentiels sur les bonnes conduites à tenir auprès des personnes âgées présentant une détérioration

• Étude de faisabilité d'une enquête quantitative nationale sur la maltraitance des personnes âgées
Partenaire : DGAS
Montant indicatif : 93 174 €

B Étude sur les modes de coordination et de mise en réseau dans l'accompagnement des personnes âgées

• Appel à projets avec la HAS
Montant : 150 000 €

C Recherche-action sur les modalités de mise en œuvre des nouveaux dispositifs d'aides aux aidants, (suite de la conférence de la famille 2006)

• Appel à projets aide aux aidants (PA-PH)
Montant : 2,2 M€

D Contribution aux études conduisant à des référentiels sur l'adaptation des espaces de vie au grand âge

• Nouvelles formes d'habitat collectif pour les personnes âgées : recherche-action

<p>(habitats individuels, hébergements collectifs incluant les EHPAD) et pouvant déboucher sur des actions opérationnelles</p>	<p>Porteur : AGEVIE Conseil Montant : 29 924 €</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prix de l'architecture sur les EHPAD (Géront Expo) Porteur : FHF Montant : 20 000 € • Logement des immigrés à l'épreuve du vieillissement Porteur : ADOMA Montant : 80 000 €
<p>E Diffusion des actions innovantes et reproductibles dans les domaines mentionnés en A, B, C, D</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Réalisation d'un guide de l'entrepreneur social innovant Porteur : Village à vivre Montant : 95 680 € (PA-PH) • Expérimentation et évaluation d'espaces ressources/lieux d'écoute pour personnes âgées Porteur : la Maison Ouverte Montant : 100 000 € • Expérimentation d'équipes mobile d'urgence (EMU) Porteur : la Maison Ouverte Montant : 50 000 €
<p>F Contribution à l'étude sur l'amélioration de la qualité dans les EHPAD</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Guide sur la qualité d'usage : Demande de partenariat faite par la DGAS – non confirmée • Programme PRIAM : surveillance et prévention des infections dans les EHPAD Porteur : ORIG Montant : 100 000 €
<p>Autres travaux</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Politique territoriale de l'habitat et choix de vie des personnes au grand âge (PUCA) Porteur : CLEIRPPA Montant : 50 000 €
	<ul style="list-style-type: none"> • Projet Prédica, volet accompagnement de la personne âgée à domicile Porteur : Institut Charles Delaunay – Université technologique de Troyes Montant : 89 416 € • Évaluation des effets de l'atelier de contes auprès des personnes

atteintes de la maladie d'Alzheimer
 Porteur : association Confluences
 Montant : 90 000 €
 • Essai clinique pour l'évaluation de
 trois thérapies non médicamenteuses
 dans la maladie d'Alzheimer
 Porteur : CHU Bordeaux
 Montant : 121 000 €

Autres actions de prévention

Programme Bien vieillir
 Montant : 3 M€

Partenariat INPES
 Montant : 3,248 M€

**Les principales actions thématiques en direction des personnes handicapées,
 émergeant à la sous-section V-b (10 M€)**

Au titre de « la connaissance de la situation des personnes »

Travaux prévus

Actions engagées

A Participation à l'enquête « Handicap, Incapacité, Dépendance » (HID) santé 2008

• Participation à l'enquête Handicap Santé
 Montant : 408 797 € (PA-PH)

B Élaboration de référentiels de bonne orientation des personnes handicapées adultes nécessitant un accueil en foyer de vie, en FAM et en MAS

C Définition des critères d'évaluation et des référentiels d'accompagnement des personnes handicapées psychiques.

• Appel d'offres évaluation du handicap psychique
 Partenaires : DGAS-DGS
 Montant : 394 200 €
 • Expérimentation prospective visant à formaliser, via un outil, les modalités de l'évaluation et compensation du handicap psychique
 Porteur : association Galaxie
 Montant : 230 000 €

D Des études épidémiologiques pourraient aussi être conduites afin de

Appel à projets IRESP
 voir page 29

mieux connaître les populations en situation de dépendance, avec peut-être la mise en place de cohortes

Autres	<ul style="list-style-type: none"> • Construction des plans personnalisés de compensation Porteur : ODAS Montant : 25 000 € • Dispositif d'aide à la formulation et à la mise en œuvre des projets de vie Porteur : GEIST 21/MDPH 63 Montant : en cours de définition • Évaluation pratique de l'utilisation du GEVA Porteur : CREAM Basse Normandie Montant : 20 000 € • Soutien aux MDPH qui testent le GEVA MDPH : 06, 31, 34, 44, 86 Montant : 30 000 € • Les pratiques et la fonction d'évaluation : une étude des organisations et des représentations Porteur : appel d'offres en cours Montant : à définir • Étude prospective pour la recherche sur l'infirmité motrice cérébrale Porteur : La Fondation Motrice Montant : 120 000 €
--------	---

Au titre de « l'anticipation des problématiques émergentes »

Travaux prévus	Actions engagées
A Recherche-action dans quelques départements visant à améliorer, au sein des MDPH, le suivi de l'insertion professionnelle précoce des personnes handicapées	<ul style="list-style-type: none"> • Projet Record Porteur : Comète France Montant : 250 000 € • Expérimentation de modes de collaboration entre les MDPH et l'AGEFIPH Porteur : AGEFIPH Montant : 52 000 €
B Faciliter l'accès des personnes handicapées aux nouvelles technologies (modalités d'organisation)	<ul style="list-style-type: none"> • Étude prospective sur le développement des nouvelles technologies pour la santé et l'autonomie Porteur : Agence nationale de la recherche Montant : 90 000 € (PA-PH)

c L'accès aux soins primaires des personnes handicapées, tant à domicile qu'en institution	<ul style="list-style-type: none"> • Appel à projets avec la HAS voir page 29 • Convention avec l'INPES voir page 31
Autres travaux	<ul style="list-style-type: none"> • Approche préventive de la problématique des personnes handicapées vieillissantes : méthodologie d'articulation des professionnels Porteur : CID Montant : 5 000 € • Aide diversifiée en faveur des femmes aveugles dans leur accession à la maternité Porteur : Phymentin/IPP Montant : 50 000 € • Modélisation de structures pour IMC permettant l'accès à la vie autonome Porteur : Passeraile-APETREIMC Montant : 75 000 €
Au titre de « la connaissance et l'évaluation des aides techniques et de leurs marchés »	
Travaux prévus	Actions engagées
A Étude de la mise en place d'une « fonction régionale CICAT », sous la forme de réseaux régionaux, liés par convention avec les MDPH de chaque région considérée	<ul style="list-style-type: none"> • Projet des CICAT régionaux Porteur : FENCICAT Montant : 223 400 € – PA-PH
Autres travaux	<ul style="list-style-type: none"> • Processus d'audition publique « acquisition d'une aide technique : quels acteurs, quel processus ? » Porteur : AFM Montant : 40 000 € – PA-PH • Appel à projet ANR TecSan 2007 Porteur : ANR Montant : 1 M€ • Métabase Prestataire : Sodi France Montant : 344 623 € • Exploitation des données SVA-MDPH (base de La Rochelle) Porteur : CRAVA-CICAT Montant : 48 705 €

- Renforcement de la base Handicat
Porteur : HACAVIE
Montant : 65 000 €
 - ECOVIP (visiophonie)
Porteur : Conseil général de l'Isère
Montant : 45 000 € (personnes âgées)
 - Mise en place d'un démonstrateur de télésanté
Porteur : MEDeTIC
Montant : 50 000 € (personnes âgées)
 - Refonte et mise en accessibilité de la base
Porteur : Fondation Garches
Montant : 74 000 €
 - Étude de faisabilité et expérimentation d'une action à destination des personnels de MDPH du Centre de ressources mobilité et handicap (CEREMH)
Porteur : MOV'EO
Montant : en cours de définition
-

Autres opérations

Opération « sport et handicap » (emplois STAPS)

Porteur : CNASEA

Montant : 7,183 M€ (2006-2007)

Étudiants handicapés

Porteur : Éducation nationale

Montant : 2,5 M€ (2006) – 400 000 € (2007)

Étude de faisabilité d'une journée de sensibilisation sur la perte d'autonomie

Porteur : Agevillage

Montant : 10 000 € (PA-PH)

Soutien à un projet d'information sur les MDPH par la radio Vivre FM

Porteur : ANPHI

Montant : 20 000 €

Organisation d'États généraux locaux du handicap

Porteur : Conseil national Handicap

Montant : 40 000 €

Journée changement de regard

Porteur : AFM

Montant : 100 000 €

Bourses de recherche

Programme CNAV-Flare : comparaisons européennes dans le domaine de la perte d'autonomie

Porteurs : 3 équipes de recherche pour le financement de 3 post-doc

Montant : 450 000 €

Financement de colloques scientifiques

Cycle de conférence « Économie de la santé et vieillissement »

Porteur : CES

Montant : 14 000 €

Symposium franco-israélien : le défi du vieillissement, une perspective trans-nationale »

Porteur : Université Paul Sabatier/Toulouse III

(Professeur Alain Grand/Unité INSERM 558)

Montant : 3000 €

Journées d'étude « L'âge et le pouvoir »

Porteur : REIACTIS

Montant : 12 000 €
