

* SOMMAIRE DES ANNEXES

ANNEXE 1 • Budgets	
▪ Budget prévisionnel 2009	2
▪ Budget rectifié 2008	4
ANNEXE 2 • 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	11
ANNEXE 3 • Répartition des concours versés par la CNSA aux départements au titre de l'APA, de la PCH et des MDPH	15
ANNEXE 4 • PRIAC 2008 : analyse qualitative et quantitative	20
ANNEXE 5 • Bilan et suivi du plan d'aide à la modernisation (PAM) 2007 des établissements pour personnes âgées et personnes handicapées	30
ANNEXE 6 • Bilan du fonctionnement et de l'activité des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) en 2007	34
ANNEXE 7 • Récapitulatif des actions financées sur la section V et mise en œuvre du programme d'action 2008	46

* Budgets

Budget prévisionnel 2009

Compte de résultat prévisionnel en millions d'euros

Sources : CNSA/DF.

CHARGES	Crédits ouverts	PRODUITS	Crédits ouverts
Section I		Section I	
Financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux	15 412,4	Financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux	15 412,4
Sous-section 1		Sous-section 1	
Établissements et services accueillant des personnes handicapées	8 051,0	Établissements et services accueillant des personnes handicapées	8 051,0
▪ Remboursement aux régimes d'assurance maladie (OGD)	8 003,0	▪ Contribution solidarité autonomie (14 % CSA)	331,5
▪ Groupe d'entraide mutuelle (GEM)	24,0	▪ Contribution des régimes d'assurance maladie (ONDAM)	7 719,0
▪ Agence nationale d'évaluation sociale et médico-sociale (ANESM)	0,7	▪ Déficit	0,6
▪ Opérations diverses	23,4		
Sous-section 2		Sous-section 2	
Établissements et services accueillant des personnes âgées	7 361,3	Établissements et services accueillant des personnes âgées	7 361,3
▪ Remboursement aux régimes d'assurance maladie (OGD)	7 333,0	▪ Contribution solidarité autonomie (40 % CSA)	947,0
▪ Agence nationale d'évaluation sociale et médico-sociale (ANESM)	1,1	▪ Contribution des régimes d'assurance maladie (ONDAM)	6 152,0
▪ Opérations diverses	27,2	▪ Déficit	262,3
Section II		Section II	
Allocation personnalisée d'autonomie (APA)	1 648,7	Allocation personnalisée d'autonomie (APA)	1 648,7
▪ Concours versés aux départements (APA)	1 631,4	▪ Contribution solidarité autonomie (20 % CSA)	473,5
▪ Congé de soutien familial	0,5	▪ Contribution sociale généralisée (94 % CSG)	1 078,2
▪ Opérations diverses	16,7	▪ Contribution des régimes d'assurance vieillesse	67,0
		▪ Produits financiers	30,0
Section III		Section III	
Prestation de compensation et maisons départementales des personnes handicapées	645,6	Prestation de compensation et maisons départementales des personnes handicapées	645,6
▪ Concours versés aux départements (PCH)	561,4	▪ Contribution solidarité autonomie (26 % CSA)	615,6
▪ Concours versés aux départements (MDPH)	45,0	▪ Produits financiers	30,0
▪ Majoration AEEH (versement CNAF)	21,4		
▪ Congé de soutien familial	0,5		
▪ Opérations diverses	17,3		
Section IV		Section IV	
Promotion des actions innovantes et renforcement de la professionnalisation des métiers de services	90,7	Promotion des actions innovantes et renforcement de la professionnalisation des métiers de services	90,7
Sous-section 1		Sous-section 1	
Personnes âgées	75,8	Personnes âgées	75,8
▪ Dépenses de modernisation, professionnalisation et formation	68,1	▪ Contribution sociale généralisée (6 % CSG)	68,8
▪ Plan métier	7,0	▪ Déficit	7,0
▪ Opérations diverses	0,7		
Sous-section 2		Sous-section 2	
Personnes handicapées	14,9	Personnes handicapées	14,9
▪ Dépenses de modernisation, professionnalisation et formation	11,9	▪ Prélèvement sur la sous-section 1 de la section I	11,9
▪ Plan métier	3,0	▪ Déficit	3,0

CHARGES	Crédits ouverts
Section V	
Autres dépenses en faveur des personnes en perte d'autonomie	566,0
Sous-section 1	
Actions en faveur des personnes âgées	411,0
▪ Dépenses d'animation, prévention et études	10,0
▪ Charges prévisionnelles « PAM 2006-2007 et PAI 2008 »	195,0
▪ Plan d'aide à l'investissement des établissements 2009	180,0
▪ Plan Alzheimer – expérimentation	6,0
▪ CPER	20,0
Sous-section 2	
Actions en faveur des personnes handicapées	155,0
▪ Dépenses d'animation, prévention et études	10,0
▪ Charges prévisionnelles « PAM 2006-2007 et PAI 2008 »	85,0
▪ Plan d'aide à l'investissement des établissements 2009	50,0
▪ CPER	10,0
Section VI	
Frais de gestion de la Caisse	17,1
▪ Dépenses de fonctionnement / CNSA	8,1
▪ Dépenses de personnel / CNSA	8,5
▪ Excédent	0,6
Total des charges du compte prévisionnel	
	18 330,8
Total équilibre du compte	
	18 330,8

PRODUITS	Crédits ouverts
Section V	
Autres dépenses en faveur des personnes en perte d'autonomie	566,0
Sous-section 1	
Actions en faveur des personnes âgées	411,0
▪ Prélèvement sur la sous-section 2 de la section I	10,0
▪ Reprise de provisions « Plan d'aide à la modernisation et à l'investissement »	195,0
▪ Déficit	206,0
Sous-section 2	
Actions en faveur des personnes handicapées	155,0
▪ Prélèvement sur la section III	10,0
▪ Reprise de provisions « Plan d'aide à la modernisation et à l'investissement »	85,0
▪ Déficit	60,0
Section VI	
Frais de gestion de la Caisse	17,1
▪ Contributions des sections I à IV-1 pour frais de caisse / CNSA	17,0
▪ Produit exceptionnel pour remboursement MAD	0,1
Total des produits du compte prévisionnel	
	17 792,5
Résultat prévisionnel (déficit)	
	538,3
Total équilibre du compte	
	18 330,8

Budget rectifié 2008 (Conseil du 01/07/08) **Compte de résultat en millions d'euros – comparatif budget rectifié** **(Conseil du 1^{er} juillet 2008) et budget exécuté au 31 août 2008**

Sources : CNSA/DF

CHARGES	Crédits ouverts	Exécuté au 31/08/08	Taux
Section I			
Financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux	14 339,2		
Sous-section 1			
Établissements et services accueillant des personnes handicapées	7 700,7		
▪ Remboursement aux régimes d'assurance maladie (OGD)	7 654,0		
▪ Groupe d'entraide mutuelle (GEM)	24,0	24,0	100 %
▪ Agence nationale d'évaluation sociale et médico-sociale (ANESM)	0,6	0,4	75 %
▪ Opérations diverses	22,1	8,8	40 %
Sous-section 2			
Établissements et services accueillant des personnes âgées	6 638,5		
▪ Remboursement aux régimes d'assurance maladie (OGD)	6 612,0		
▪ Agence nationale d'évaluation sociale et médico-sociale (ANESM)	0,9	0,7	75 %
▪ Opérations diverses	25,6	15,9	62 %
Section II			
Allocation personnalisée d'autonomie (APA)	1 578,7	959,9	61 %
▪ Concours versés aux départements (APA)	1 554,9	954,1	61 %
▪ Congé de soutien familial	5,7	0,0	0 %
▪ Opérations diverses	18,1	5,8	32 %
Section III			
Prestation de compensation et maisons départementales des personnes handicapées	620,4	337,3	54 %
▪ Concours versés aux départements (PCH)	531,0	280,0	53 %
▪ Concours versés aux départements (MDPH)	45,0	32,5	72 %
▪ Majoration AEEH (versement CNAF)	22,7	12,6	56 %
▪ Congé de soutien familial	4,8	0,0	0 %
▪ Opérations diverses	16,9	12,2	72 %
Section IV			
Promotion des actions innovantes et renforcement de la professionnalisation des métiers de services	77,7	23,4	30 %
Sous-section 1			
Personnes âgées	65,8	20,5	31 %
▪ Dépenses de modernisation, professionnalisation et formation	64,9	20,2	31 %
▪ Opérations diverses	0,9	0,3	29 %
Sous-section 2			
Personnes handicapées	11,9	3,0	25 %
▪ Dépenses de modernisation, professionnalisation et formation	11,9	3,0	25 %

PRODUITS	Crédits ouverts	Exécuté au 31/08/08	Taux
Section I			
Financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux	14 339,2		
Sous-section 1			
Établissements et services accueillant des personnes handicapées	7 700,7		
▪ Contribution solidarité autonomie (14 % CSA)	320,6	109,3	34 %
▪ Contribution des régimes d'assurance maladie (ONDAM)	7 376,0		
▪ Reprise de provisions ANESM		0,4	
▪ Produit exceptionnel ANESM		0,1	
▪ Déficit	4,1		
Sous-section 2			
Établissements et services accueillant des personnes âgées	6 638,5		
▪ Contribution solidarité autonomie (40 % CSA)	916,0	312,2	34 %
▪ Contribution des régimes d'assurance maladie (ONDAM)	5 523,0		
▪ Reprise de provisions ANESM		0,6	
▪ Produit exceptionnel ANESM		0,1	
▪ Déficit	199,5		
Section II			
Allocation personnalisée d'autonomie (APA)	1 578,7	678,3	43 %
▪ Contribution solidarité autonomie (20 % CSA)	458,0	156,1	34 %
▪ Contribution sociale généralisée (94 % CSG)	1 030,2	435,5	42 %
▪ Contribution des régimes d'assurance vieillesse	65,5	65,5	100 %
▪ Produits financiers	25,0	0,0	0 %
▪ Reprise de provisions APA		21,2	
Section III			
Prestation de compensation et maisons départementales des personnes handicapées	620,4	203,0	33 %
▪ Contribution solidarité autonomie (26 % CSA)	595,4	203,0	34 %
▪ Produits financiers	25,0	0,0	0 %
Section IV			
Promotion des actions innovantes et renforcement de la professionnalisation des métiers de services	77,7	32,1	41 %
Sous-section 1			
Personnes âgées	65,8	28,0	43 %
▪ Contribution sociale généralisée (6 % CSG)	65,8	27,8	42 %
▪ Produit exceptionnel		0,2	
Sous-section 2			
Personnes handicapées	11,9	4,1	34 %
▪ Prélèvement sur la sous-section 1 de la section I	11,9	4,1	34 %

CHARGES	Crédits ouverts	Exécuté au 31/08/08	Taux
Section V			
Autres dépenses en faveur des personnes en perte d'autonomie	626,3	58,5	9 %
Sous-section 1			
Actions en faveur des personnes âgées	451,0	39,2	9 %
▪ Dépenses d'animation, prévention et études	10,0	3,2	32 %
▪ Charges prévisionnelles « Plan d'aide à la modernisation 2006-2007 »	215,0	35,2	16 %
▪ Reliquat « Plan d'aide à la modernisation des établissements 2007 »	1,0	0,7	72 %
▪ Plan d'aide à la modernisation des établissements 2008	225,0	0,0	0 %
Sous-section 2			
Actions en faveur des personnes handicapées	175,3	19,4	11 %
▪ Dépenses d'animation, prévention et études	10,0	2,7	27 %
▪ Charges prévisionnelles « Plan d'aide à la modernisation 2006-2007 »	90,0	16,4	18 %
▪ Reliquat « Plan d'aide à la modernisation des établissements 2007 »	0,3	0,3	97 %
▪ Plan d'aide à la modernisation des établissements 2008	75,0	0,0	0 %
Section VI			
Frais de gestion de la Caisse	14,4	7,9	55 %
▪ Dépenses de fonctionnement / CNSA	6,9	3,2	47 %
▪ Dépenses de personnel / CNSA	7,3	4,5	61 %
▪ Excédent	0,2	0,2	89 %
Total des charges du compte prévisionnel	17 210,1	1 404,9	8 %
Total équilibre du compte			
	17 210,1		

PRODUITS	Crédits ouverts	Exécuté au 31/08/08	Taux
Section V			
Autres dépenses en faveur des personnes en perte d'autonomie	626,3	20,0	3%
Sous-section 1			
Actions en faveur des personnes âgées	451,0	10,0	2 %
▪ Prélèvement sur la sous-section 2 de la section I	10,0	10,0	100 %
▪ Reprise de provisions « Plan d'aide à la modernisation »	215,0		
▪ Produit exceptionnel		0,0	
▪ Déficit	226,0		
Sous-section 2			
Actions en faveur des personnes handicapées	175,3	10,0	6 %
▪ Prélèvement sur la section III	10,0	10,0	100 %
▪ Reprise de provisions « Plan d'aide à la modernisation »	90,0		
▪ Déficit	75,3		
Section VI			
Frais de gestion de la Caisse	14,4	7,9	55 %
▪ Contributions des sections I à IV-1 pour frais de caisse/CNSA	14,3	7,8	55 %
▪ Produit exceptionnel pour remboursement MAD et transfert congés	0,1	0,1	75 %
▪ Reprise de provisions		0,0	
Total des produits du compte prévisionnel	16 705,5	1 332,0	8 %
Résultat prévisionnel (déficit)	504,6		
Total équilibre du compte	17 210,1		

* Section I – Financement du fonctionnement des établissements et services médico-sociaux (14 339 M€ en 2008, soit 83,3 % du budget de la caisse)

Cette section présente la particularité d'être abondée par deux catégories de produits de nature bien distincte : des ressources propres à la Caisse et des ressources en provenance de l'assurance maladie. Les produits de cette section correspondent, d'une part, à une fraction de la « contribution de solidarité pour l'autonomie » (CSA) et d'autre part, à la contribution des régimes d'assurance maladie constituée par « l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie » (ONDAM). Cet ONDAM « médico-social », enregistré en produits dans les comptes de la CNSA, ne donne toutefois pas lieu à transfert de trésorerie.

La somme de ces deux contributions financières est désormais dénommée « objectif global de dépenses » (OGD).

La sous-section I-1 est dédiée aux établissements et services accueillant des personnes handicapées (7 701 M€, soit 53,7 % des dépenses de la section, soit une croissance de 5 % par rapport à l'exécution 2007).

Les ressources de cette sous-section consistent :

- ▀ en une fraction du produit de la « contribution de solidarité pour l'autonomie », comprise entre 10 % et 14 %. Pour 2008, cette part est passée de 12,74 à 14 %, soit une contribution de la CNSA à hauteur de 321 M€ ;
- ▀ à la contribution des régimes d'assurance maladie correspondant à l'ONDAM médico-social pour les personnes handicapées, qui s'élève à 7 376 M€ (montant fixé par arrêté du 18 mars 2008).

L'OGD inscrit au budget de la CNSA pour les personnes handicapées s'établit à 7 654 M€, dont 278 M€ de contribution de la CNSA (montant fixé par arrêté du 18 mars 2008).

De fait, cette sous-section retrace également quelques autres financements spécifiques : l'abondement d'un fonds de concours de l'État au titre des « groupes d'entraide mutuelle » (GEM) destinés aux personnes handicapées psychiques pour 24 M€ ainsi que le cofinancement de l'Agence nationale de l'évaluation sociale et médico-sociale (ANESM), créée par la LFSS pour 2007, pour 0,6 M€, et un prélèvement au profit de la section IV-2 (extension des dépenses de modernisation et de professionnalisation de l'aide à domicile aux personnes handicapées) pour 11,9 M€.

Au final, cette sous-section ressort avec un déficit de 4,1 M€ correspondant au supplément de financement des GEM (qui était en 2007 de 20 M€) financé sur le report à nouveau figurant au bilan au titre de cette sous-section.

La sous-section I-2 est consacrée aux établissements et services accueillant des personnes âgées (6 639 M€, soit 46,3 % du budget de la section, en progression de 27 % par rapport à l'exécuté 2007)

Les ressources de cette sous-section proviennent :

- ▀ d'une fraction de 40 % du produit de la « contribution de solidarité pour l'autonomie », soit 916 M€ ;
- ▀ de la contribution des régimes d'assurance maladie correspondant à l'ONDAM médico-social pour les personnes âgées, qui s'élève à 5 523 M€ (montant fixé par arrêté du 18 mars 2008).

L'OGD inscrit au budget de la CNSA pour les personnes âgées s'établit à 6 612 M€, dont 1 089 M€ de contribution de la CNSA (montant fixé par arrêté du 18 mars 2008).

Cette sous-section finance également, au même titre que la sous section I-1, le budget de l'ANESM pour 0,9 M€, et un prélèvement de 10 M€ est opéré au profit de la section V (sous-section 1) pour le financement des dépenses d'animation, de prévention et d'études.

Cette sous-section fait apparaître un déficit de 200 M€ représentant l'apport supplémentaire de la CNSA au financement des établissements et services pour personnes âgées, financé sur une fraction des réserves constituées par les excédents des exercices précédents.

* Section II – Concours aux départements pour le financement de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA)

Le montant total des ressources de la section s'établit à 1 579 M€, en augmentation de 2,3 % par rapport à l'exécution 2007.

Il est constitué de :

- ▶ 20 % des ressources de CSA, soit 458 M€ ;
- ▶ 94 % des ressources de CSG, soit 1 030 M€ ;
- ▶ 65,5 M€ au titre de la contribution des régimes d'assurance vieillesse ;
- ▶ 25 M€ de produits financiers (50 % de l'estimation des produits financiers de 2008).

Le montant du concours APA résultant des ressources affectées s'élève à 1 555 M€, compte tenu du financement, sur cette section, du remboursement à la CNAF du congé de soutien familial (part correspondant aux personnes âgées : 5,7 M€) mis à la charge de la CNSA en application de l'article 125 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007.

* Section III – Concours au titre de la prestation de compensation du handicap (PCH) et des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) versés aux départements

Cette section bénéficie de ressources à hauteur de 620 M€ – en léger recul par rapport au budget exécuté de 2007 – qui se répartissent ainsi :

- ▶ 26 % des ressources de CSA, soit 595 M€ (la diminution du fait du passage de 27,26 % à 26 % de la part de CSA est compensée par la dynamique propre des recettes) ;
- ▶ 25 M€ de produits financiers (50 % de l'estimation des produits financiers de 2007).

En plus du concours PCH de 531 M€, la section III assume également le financement :

- ▶ du concours versé aux départements au titre du fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées, fixé par le Conseil du 1^{er} juillet 2008 à 45 M€ ;
- ▶ du remboursement à la CNAF de la « majoration spécifique de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) pour parent isolé d'enfant handicapé » (article L. 541-4 du CASF), à hauteur de 22,7 M€ ;
- ▶ du congé de soutien familial en application de l'article 125 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 (part correspondant aux personnes handicapées : 4,8 M€).

* Section IV – Financement des actions innovantes et du renforcement de la professionnalisation des métiers de service

Cette section est subdivisée en deux sous-sections, la première consacrée aux personnes âgées et la seconde aux personnes handicapées.

Les ressources de la section IV-1, en faveur des personnes âgées, sont fixées par arrêté inter-ministériel à 6 % des recettes de CSG affectées à la CNSA, soit 66 M€.

Les ressources de la section IV-2, en faveur des personnes handicapées, sont prélevées sur la section I-1, également par arrêté, à hauteur de 11,9 M€.

Les dépenses sont prévues à hauteur des ressources disponibles.

* Section V – Autres dépenses en faveur des personnes en perte d'autonomie

Elle est subdivisée en deux sous-sections (personnes âgées et personnes handicapées) et couvre l'ensemble des autres interventions de la CNSA dans les domaines relevant de sa compétence :

- ▶ le soutien à des actions innovantes ;
- ▶ les études et recherches, notamment celles qui peuvent être préconisées par le Conseil scientifique ;
- ▶ les coopérations structurelles à conduire avec d'autres organismes nationaux ou internationaux intervenant dans le domaine de la perte d'autonomie.

Les ressources de la section V s'élèvent de 20 M€, correspondant aux prélèvements de 10 M€ sur les sections I-2 et III.

Par ailleurs, la CNSA peut, sur les fonds propres résultant des excédents réalisés antérieurement, financer des investissements immobiliers pour la création ou la modernisation des établissements et services ainsi que des actions ponctuelles de formation et de qualification des personnels soignants. À ce titre, en 2008, a été décidé un plan d'aide à l'investissement de 300 M€, 225 M€ en faveur des établissements et services pour personnes âgées (dont 180 M€ au titre du plan Alzheimer) et 75 M€ pour des établissements et services pour personnes handicapées.

Enfin, cette section retrace également des dépenses non pérennes relatives aux plans de modernisation des établissements médico-sociaux décidés en 2006 et 2007 dont l'exécution se poursuit en 2008.

La section V présente un déficit de 301 M€, reflet du financement du plan d'investissement 2008 (et d'un complément du PAM 2007) au moyen de ses réserves.

Section VI – Frais de gestion de la Caisse

Les crédits affectés à cette section (14,4 M€, soit 0,08 % du budget total de la Caisse), sont prélevés, en application des dispositions de l'article L. 14-10-5, sur les sections I à IV-1.

Ces dépenses sont réparties en quatre grandes catégories : les dépenses d'immobilier (12 %), les dépenses de fonctionnement courant (19 %), les dépenses de personnel (51 %), les dépenses de maintenance et de développement des systèmes d'information, conseils et études (18 %).

Globalement, la construction du budget 2008 implique un résultat déficitaire de 505 M€, représentant l'ensemble des dépenses financées sur une fraction des fonds propres de la CNSA constitués par les excédents des exercices antérieurs.

* 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

24 septembre 2008

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.

* Le nouveau champ de protection sociale et sa gouvernance

Le Conseil scientifique a pris connaissance des orientations du rapport annuel 2008 relatives aux principes du nouveau champ de protection sociale dédié à l'aide à l'autonomie et à sa gouvernance.

Il a rappelé, comme en 2007, l'importance d'adopter une approche commune de l'aide à l'autonomie, quel que soit l'âge des personnes concernées.

La perspective de création d'agences régionales de santé, incluant le secteur médico-social, doit répondre à l'enjeu de continuité de la prise en charge des personnes, qui implique une bonne articulation de l'évaluation des besoins sanitaires et médico-sociaux.

Le Conseil scientifique a souligné trois points de vigilance :

- ▀ la présence des usagers du secteur médico-social dans les instances de ces nouvelles agences. Il insiste pour qu'ils ne soient pas confondus, au sein de la conférence régionale de santé, avec les usagers du secteur sanitaire ;
- ▀ le dispositif nouveau d'appel à projets, qui est supposé remplacer les remontées spontanées de projets d'établissements et services médico-sociaux : la réussite de ce dispositif implique que soit fournie aux services chargés de le mettre en œuvre une méthodologie adaptée ; c'est la poursuite d'un mouvement d'innovation dans l'accompagnement qui en dépend ;
- ▀ la sémantique choisie : le terme de « santé », retenu pour désigner ces agences régionales, doit être compris dans une acceptation large, celle de l'organisation mondiale de la santé.

* Positionnement de la CNSA pour répondre aux manques de la recherche actuelle sur la perte d'autonomie

Le Conseil scientifique a pris connaissance des initiatives prises par différents organismes intervenant dans le financement de la recherche pour répondre au constat des manques de la recherche sur la perte d'autonomie au regard des enjeux actuels, en partenariat avec la CNSA, notamment au sein de l'Institut de recherche en santé publique.

Le Conseil scientifique a tout d'abord attiré l'attention sur l'importance des questions de sémantique, dès lors qu'il s'agit de définir ce champ d'action proposé à la recherche. Perte d'autonomie, aide à l'autonomie, handicap s'imposent alternativement pour le qualifier. Ces différents termes peuvent porter des réalités ou des positions différentes de la part de ceux qui les utilisent. Le Conseil scientifique estime qu'il est nécessaire que la CNSA s'investisse pour clarifier ces questions sémantiques, eu égard à leur impact sur l'action. Il sera nécessaire de tenir compte du débat international qui s'est organisé autour de la notion de handicap, même si, en France, les termes peuvent avoir une acceptation différente, notamment en raison des difficultés de traduction et d'usage. Ce travail devra veiller à ce que les différentes catégories d'utilisateurs (chercheurs, professionnels et grand public) s'approprient ces débats conceptuels et, à terme, puissent partager un langage commun. Il préconise de ne pas se limiter à la connaissance des seules personnes en perte d'autonomie mais de s'intéresser également aux personnes qui sont en risque de le devenir, afin de ne pas laisser de côté la prévention, dans une véritable démarche de gestion du risque.

Pour ce qui concerne les difficultés de ce champ de la recherche, identifiées au cours de l'organisation d'appels à projets de recherche, le Conseil scientifique insiste sur le fait qu'il n'y a pas un seul facteur explicatif. C'est tout une chaîne qu'il faut sécuriser pour assurer la réussite des programmes sur ce champ : structurer et consolider des réseaux existants plutôt que de mettre en place des structures dédiées, et pérenniser les financements consacrés à ce champ pour attirer de manière durable des chercheurs dans ce domaine. Le Conseil scientifique propose d'explorer des pratiques d'appel à compétences : il s'agit d'identifier les compétences à réunir autour d'une question et de construire un tour de table, par exemple dans le domaine de la télésanté. Le Conseil scientifique note en effet que, dans ce domaine plus que dans d'autres, il est demandé aux chercheurs de démontrer sans cesse leur légitimité, ce qui met en jeu la stabilité des équipes.

Le Conseil scientifique ne sous-estime pas la nécessité des études-actions pour partir de la réalité de terrain et se donner plus de chances de la faire évoluer. Il insiste toutefois sur le besoin d'établir un lien avec la recherche pour ce genre de projets afin de consolider les approches méthodologiques.

Il souligne par ailleurs le danger qu'il y aurait à laisser penser que la recherche sur le handicap serait essentiellement du ressort de la recherche appliquée et que la collectivité pourrait se contenter d'investissements en recherche limités.

Enfin, il est primordial de s'intéresser au système de formation, qui ne produit pas assez de chercheurs dans notre champ, l'absence de motivation ayant pour origine l'insuffisance d'investissements publics et privés en recherche et la trop faible reconnaissance des chercheurs engagés dans ce domaine. C'est en faisant connaître aux écoles doctorales ces thèmes soutenus sur la durée qu'il sera possible d'inverser la tendance.

La CNSA a un rôle particulier à jouer pour aider les chercheurs à bien identifier les questions de recherche du monde médico-social et pour accompagner les équipes du médico-social à s'intéresser à cette recherche et aux éclairages qu'elle peut lui apporter. C'est à travers des partenariats que cette action doit être conduite, en particulier avec des universités.

Enfin, le Conseil scientifique a mis en exergue la question des tensions et contradictions que subissent les professionnels médico-sociaux (notamment du fait du décalage entre l'idéal de l'accompagnement et la réalité de leurs pratiques) et a identifié l'étude des conflits de rationalité comme un sujet de recherche prioritaire.

*** Évaluation sociale et médico-sociale : l'articulation des missions de la CNSA et de l'ANESM**

Le Conseil scientifique a écouté avec intérêt le directeur de l'Agence nationale d'évaluation sociale et médico-sociale lui présenter les missions et l'activité de l'Agence.

Soucieux de l'impact des recommandations de l'ANESM sur les établissements médico-sociaux, il a insisté pour qu'une attention particulière soit portée à l'accompagnement de l'appropriation de la démarche d'évaluation par les établissements et à la spécificité du secteur médico-social par rapport au sanitaire.

En ce qui concerne l'évaluation interne, le Conseil scientifique note qu'elle implique pour les professionnels, qu'au-delà d'une certaine empathie à l'égard des personnes, ils puissent prendre de la distance pour apprécier leur propre position. Ils devraient être accompagnés pour mener à bien cette démarche.

Pour ce qui est de l'élaboration des recommandations, le Conseil scientifique partage l'idée selon laquelle la philosophie de l'évaluation dans le secteur médico-social se distingue de celle qui existe dans le secteur sanitaire, en raison même de la différence de missions de ces établissements. Il souligne toutefois la nécessité d'un dialogue de qualité entre la Haute autorité de santé (HAS) et l'ANESM, pour que les exigences procédant de ces deux agences, et qui pèsent souvent ensemble sur les établissements médico-sociaux, soient cohérentes. Il conviendrait, en continuité du programme des travaux de l'ANESM concernant l'évaluation interne, d'effectuer un travail comparatif des méthodes, objets, critères et recommandations de l'évaluation dans les deux secteurs et de réfléchir à des rapprochements possibles de l'évaluation externe entre eux. Ce dialogue est également nécessaire avec les professionnels libéraux, médicaux et paramédicaux, qui interviennent fréquemment dans les établissements médico-sociaux et dont les pratiques relèvent de la HAS.

Sur la conception et la mise en œuvre de l'évaluation externe, le Conseil scientifique propose tout d'abord que l'ANESM développe des recommandations sur les aspects organisationnels des établissements, car ils conditionnent largement les pratiques professionnelles. Il suggère par ailleurs que l'évaluation d'un établissement médico-social tienne compte de son insertion dans son environnement institutionnel et des relations

de travail qu'il développe dans le cadre d'un réseau ou d'une filière. Il met en garde contre tout risque de plaquer le modèle sanitaire sur les modalités de mise en œuvre des recommandations dans le monde médico-social. Il évoque la possibilité de suivre la mise en œuvre des recommandations dans le secteur à partir de quelques sujets « traceurs ».

Le Conseil scientifique s'est interrogé sur l'articulation des missions et des actions de l'ANESM et de la CNSA et de leur conseil scientifique respectif. La CNSA a vocation à intervenir en amont de l'activité de l'ANESM, en contribuant au développement de la recherche nécessaire pour apporter des éléments de connaissance, qui seront utilisés pour l'élaboration des recommandations. Elle a également un rôle à jouer en aval, pour l'appropriation des recommandations par le secteur, notamment à travers sa mission de financement de la formation des professionnels médico-sociaux.

✱ Propositions d'orientation sur le handicap rare

La commission spécialisée a présenté au Conseil scientifique les travaux menés sur l'accompagnement des handicaps rares et les orientations dégagées.

Les propositions de la commission portent en premier lieu sur l'actualisation d'une définition du handicap rare (quand $1 + 1 = 6$). La définition qui fait *consensus* est la suivante : « Conséquence d'une association rare et simultanée de déficits sensoriels, moteurs, cognitifs ou de troubles psychiques, le handicap rare est constitué par une situation complexe dont l'expertise requise est caractérisée par la difficulté et la rareté ».

Par conséquent, la commission propose une évolution de la définition réglementaire sur deux aspects : le recours à des expertises spécifiques (article 1) et le caractère illustratif de l'article 2, qui n'exclut pas d'autres combinaisons consécutives à certaines pathologies et comportant par exemple d'autres déficiences.

Le Conseil scientifique est appelé également à se prononcer sur les autres propositions de la commission concernant :

- ❶ la prise en charge des personnes en situation de handicap rare, afin d'améliorer la détection du handicap, de développer la sensibilité et la réactivité au handicap rare et de rendre l'accès aux expertises plus lisible pour tous les acteurs, en privilégiant l'ingénierie de réseau pour mettre en lien tous les professionnels autour d'une situation de handicap rare ;
- ❷ les moyens de faciliter le parcours de vie des personnes entre proximité et accessibilité sans opposer milieu ordinaire et regroupement collectif.

La commission fait les propositions suivantes.

La structuration nationale des compétences et des expertises, avec une planification et un pilotage national pour la mise en réseau de ressources de haute technicité :

- ❶ à partir de centres ressources nationaux dont les missions devront être redéfinies, en lien avec des relais interrégionaux ou régionaux qui sont à développer ;
- ❷ en constituant une base de données nationale en complément et en lien avec Orphanet.

La structuration territoriale de l'offre médico-sociale articulée autour de réponses locales adossées aux ressources de soin, sociales et médico-sociales existantes et fonctionnant en réseau et **une structuration de la fonction d'appui aux professionnels** afin de favoriser une montée en compétence des pratiques professionnelles. L'appui aux MDPH pour des situations peu fréquentes est particulièrement pris en compte.

Concernant les besoins en métiers et en compétences face aux situations de handicap rare, la commission a mis en évidence l'enjeu majeur de la formation, en priorité de la formation continue, dont l'organisation et le développement doivent comporter différents niveaux d'expertise selon les professionnels concernés et être pluridisciplinaires. La commission préconise également les échanges de pratiques et le soutien aux nouvelles fonctions d'accompagnement subsidiaire en situation rare ou complexe.

Le besoin de recherche de haut niveau est également affirmé. Après avoir procédé à un état des lieux, il conviendra de recenser les besoins prioritaires en matière de recherche et de les soumettre au Conseil scientifique. La préparation d'un partenariat INSERM-CNSA-Centres de ressources nationaux sur le développement de bases de données nationales est retenue (*cf. supra*).

Le Conseil scientifique valide l'ensemble de ces propositions, qui ont vocation à guider les travaux du schéma national handicap rare que la CNSA doit élaborer.

Évaluation des besoins des personnes

Le Conseil scientifique a pris connaissance des travaux de sa commission spécialisée sur l'évaluation des besoins des personnes, et en particulier de son étude en cours sur les pratiques et l'organisation de l'évaluation des besoins des personnes. Il a été sollicité, au vu des premiers constats de carence en ce domaine, sur la meilleure façon de conduire le changement auprès des différents acteurs impliqués dans ces évaluations.

Il a tout d'abord insisté sur le fait que, même si l'évaluation des besoins devait être clairement distinguée de l'évaluation des réponses, il importait que cette dernière soit aussi correctement réalisée, de façon à éviter qu'une évaluation des besoins n'aboutisse à des non-solutions. Cet impératif renforce la nécessité de tenir compte des singularités locales, car les solutions ne seront pas les mêmes partout, mais aussi d'une évolution de l'organisation des réponses parfois encore trop imprégnée d'une logique d'établissements par catégorie de déficiences (en lieu et place d'une logique de services rendus) ou d'un fonctionnement de structures non inscrites dans une logique de ressources coordonnées sur le territoire.

Le Conseil scientifique note par ailleurs que l'évaluation implique que des professionnels soient formés en nombre suffisant. Il note que les maisons départementales des personnes handicapées ne pourront s'auto-suffire d'un point de vue économique et qu'un système de partage des ressources sur le terrain sous forme de partenariats devra se développer. Une solution consisterait à reconnaître pleinement l'évaluation comme une mission à part entière des structures, l'allocation de ressources des établissements et services médico-sociaux prenant alors en compte cette mission.

Le Conseil scientifique souligne le lien entre les organisations et le coût de l'évaluation. La recherche des informations manquantes est très coûteuse. C'est ce qui justifie que le système d'information soit construit à partir de l'approche du guide d'évaluation des besoins d'aide à l'autonomie des personnes handicapées (GEVA) afin de limiter cette démarche supplémentaire coûteuse : en effet, un problème important rencontré aujourd'hui est celui de la mutualisation des informations. Pour le résoudre, il faudra bien prendre en compte la question de la confiance entre les équipes, qui conditionne les pratiques de communication.

Le Conseil scientifique note qu'il est nécessaire d'insister sur le fait qu'une évaluation multidimensionnelle est moins une approche exhaustive qu'un état d'esprit, et que la démarche d'évaluation est, en tout état de cause, itérative.

Enfin, au-delà des réponses et de l'organisation, la question de l'évaluation pose celle de la formation des professionnels. Même s'il ne s'agit pas de conditionner une action de formation aux évolutions intervenues dans l'organisation, il est nécessaire de reconnaître que les niveaux de qualification dépendent de l'organisation institutionnelle. Tant que celle-ci n'aura pas évolué, la formation se heurtera longtemps à certaines difficultés récurrentes.

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

Concours versés par la CNSA – Méthode de calcul et règles de pondération des données

CRITÈRES APA (art. R14-10-38)			PONDÉRATION
$Fd = (PAAd / \Sigma PAAd) \times 50 \% + (Dd / \Sigma Dd) \times 20 \% - (PFd / \Sigma PFd) \times 25 \% + (RMI d / \Sigma RMI d) \times 5 \%$			
PAAd	Population ≥ 75 ans	Données INSEE disponibles au 31/12 de l'année au titre de laquelle la répartition est effectuée	50 %
Dd	Dépenses d'APA (hors tout complément)	Données du département au titre de l'année pour laquelle la répartition est effectuée	20 %
PFd	Potentiel fiscal	PF de l'année précédant celle au titre de laquelle la répartition est effectuée	- 25%
RMI d	Bénéficiaires RMI (> 3 mois, résident département)	Données de l'année précédant celle au titre de laquelle la répartition est effectuée (publiées par la CNAF et la CCMSA)	5 %
Le montant ne peut être supérieur au montant de la dépense d'APA du département			Coefficient total 50 % rapportés à 100 %

CRITÈRES PCH (art. R14-10-32)			PONDÉRATION
$Fd = (PAA d / PAA d) \times 60 \% + (PAES d + PAAH d + PPI d) / (PAES d + PAAH d + PPI d) \times 30 \% + (PC d / PC d) \times 30 \% - (PF d / PF d) \times 20 \%$			
PAA d	Population 20-59 ans	Données INSEE disponibles au 31/12 de l'année au titre de laquelle la répartition est effectuée	60 %
PAES d	Bénéficiaires AEEH	Données disponibles au 31/12 de l'année au titre de laquelle la répartition est effectuée	30 %
PAAH d	Bénéficiaires AAH	Données disponibles au 31/12 de l'année au titre de laquelle la répartition est effectuée	
PPI d	Bénéficiaires pension d'invalidité	Données disponibles au 31/12 de l'année au titre de laquelle la répartition est effectuée	
PC d	Bénéficiaires PCH et ACTP	Nombre apprécié au 31/12 de l'année au titre de laquelle la répartition est effectuée	30 %
PF d	Potentiel fiscal	PF de l'année au titre de laquelle la répartition est effectuée	- 20 %
			Coefficient total 100 %

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

Détail de la répartition des concours aux conseils généraux

DÉPARTEMENTS	2008		
	APA	PCH	MDPH
	Acomptes (95 %) en €	Acomptes (90 %) en €	Acomptes (95 %) en €
01 Ain	8 182 000	3 725 000	396 000
02 Aisne	13 731 000	5 513 000	393 000
03 Allier	13 731 000	3 129 000	290 000
04 Alpes de Haute Provence	4 674 000	1 142 000	205 000
05 Hautes Alpes	3 508 000	1 043 000	202 000
06 Alpes Maritimes	33 604 000	8 692 000	552 000
07 Ardèche	11 108 000	2 483 000	276 000
08 Ardennes	7 308 000	2 881 000	273 000
09 Ariège	6 433 000	1 341 000	205 000
10 Aube	7 891 000	2 235 000	279 000
11 Aude	13 731 000	3 179 000	290 000
12 Aveyron	11 982 000	2 136 000	259 000
13 Bouches du Rhône	49 970 000	13 509 000	1 008 000
14 Calvados	16 656 000	5 910 000	456 000
15 Cantal	7 016 000	1 291 000	213 000
16 Charente	12 856 000	3 228 000	299 000
17 Charente Maritime	21 039 000	4 569 000	401 000
18 Cher	10 525 000	3 030 000	285 000
19 Corrèze	11 108 000	2 086 000	247 000
20a Corse du Sud	5 257 000	2 185 000	199 000
20b Haute Corse	5 257 000	1 639 000	210 000
21 Côte d'Or	11 691 000	4 122 000	384 000
22 Côtes d'Armor	19 873 000	4 867 000	390 000
23 Creuse	10 018 000	1 341 000	196 000
24 Dordogne	16 948 000	3 477 000	319 000
25 Doubs	10 525 000	3 775 000	379 000
26 Drôme	11 108 000	3 775 000	339 000
27 Eure	10 525 000	4 818 000	407 000
28 Eure et Loir	9 348 000	3 129 000	336 000
29 Finistère	28 347 000	7 549 000	544 000
30 Gard	21 622 000	5 116 000	447 000
31 Haute Garonne	23 673 000	8 443 000	701 000
32 Gers	10 576 000	1 639 000	222 000
33 Gironde	33 604 000	11 672 000	795 000
34 Hérault	31 856 000	7 897 000	592 000
35 Ille et Vilaine	19 873 000	7 003 000	581 000
36 Indre	9 348 000	2 086 000	245 000
37 Indre et Loire	14 616 000	4 271 000	407 000
38 Isère	17 531 000	8 096 000	664 000
39 Jura	7 308 000	1 887 000	256 000
40 Landes	11 691 000	2 483 000	296 000
41 Loir et Cher	11 108 000	2 334 000	285 000
42 Loire	21 039 000	7 649 000	473 000
43 Haute Loire	7 599 000	2 086 000	242 000
44 Loire Atlantique	23 965 000	8 443 000	701 000
45 Loiret	13 731 000	4 669 000	433 000
46 Lot	8 182 000	1 490 000	213 000
47 Lot et Garonne	12 856 000	2 682 000	282 000
48 Lozère	2 925 000	795 000	176 000
49 Maine et Loire	18 405 000	5 513 000	495 000
50 Manche	15 199 000	4 470 000	350 000
51 Marne	11 399 000	5 463 000	418 000

TOTAL	CUMUL SUR TROIS ANS		
	APA	PCH	MDPH
	Total 2006-2007-2008 en €	Total 2006-2007-2008 en €	Total 2006-2007-2008 en €
12 303 000	24 824 499	10 872 000	1 036 385
19 637 000	40 197 018	15 848 000	1 027 801
17 150 000	40 666 291	9 195 000	730 585
6 021 000	13 195 276	3 148 000	476 749
4 753 000	10 390 175	3 014 000	465 995
42 848 000	98 150 997	25 485 000	1 493 834
13 867 000	32 515 789	7 028 000	685 141
10 462 000	21 843 960	8 718 000	676 409
7 979 000	18 947 222	3 923 000	476 537
10 405 000	23 824 706	6 725 000	693 885
17 200 000	40 081 845	9 374 000	725 346
14 377 000	35 740 601	6 583 000	634 327
64 487 000	144 503 593	40 503 000	2 830 189
23 022 000	49 054 403	17 279 000	1 209 280
8 520 000	20 659 153	3 804 000	499 427
16 383 000	37 945 651	9 268 000	750 278
26 009 000	62 220 922	13 180 000	1 051 532
13 840 000	30 699 755	8 993 000	709 211
13 441 000	32 740 508	6 097 000	599 377
7 641 000	17 782 031	6 097 000	458 756
7 106 000	15 448 404	4 850 000	493 671
16 197 000	34 676 258	12 144 000	1 000 302
25 130 000	58 641 826	13 942 000	1 019 716
11 555 000	34 353 276	3 933 000	450 782
20 744 000	50 363 127	10 245 000	810 026
14 679 000	30 653 991	11 163 000	985 403
15 222 000	32 845 332	10 468 000	870 127
15 750 000	30 940 225	14 588 000	1 068 704
12 813 000	27 221 923	9 195 000	859 608
36 440 000	83 987 774	22 501 000	1 470 048
27 185 000	64 060 595	14 377 000	1 186 441
32 817 000	70 483 890	24 485 000	1 931 329
12 437 000	37 848 818	4 746 000	526 256
46 071 000	99 945 468	34 091 000	2 203 703
40 345 000	94 702 292	23 448 000	1 610 165
27 457 000	59 193 450	21 337 000	1 579 717
11 679 000	27 991 331	6 462 000	593 098
19 294 000	43 076 691	12 357 000	1 067 730
26 291 000	52 274 161	23 393 000	1 822 606
9 451 000	21 288 627	5 607 000	624 994
14 470 000	34 989 786	7 094 000	744 734
13 727 000	32 141 647	6 821 000	710 155
29 161 000	62 440 439	22 042 000	1 260 279
9 927 000	22 474 102	6 030 000	583 322
33 109 000	70 880 088	24 546 000	1 930 846
18 833 000	40 522 109	13 347 000	1 144 887
9 885 000	23 454 289	4 430 000	501 143
15 820 000	37 549 483	7 969 000	701 436
3 896 000	8 724 976	2 453 000	393 582
24 413 000	54 232 330	16 420 000	1 328 823
20 019 000	43 922 903	13 268 000	901 612
17 280 000	33 444 151	16 078 000	1 100 932

DÉPARTEMENTS	2008		
	APA	PCH	MDPH
	Acomptes (95 %) en €	Acomptes (90 %) en €	Acomptes (95 %) en €
52 Haute Marne	6 131 000	1 937 000	230 000
53 Mayenne	8 765 000	2 235 000	276 000
54 Meurthe et Moselle	17 822 000	6 357 000	490 000
55 Meuse	5 548 000	1 589 000	233 000
56 Morbihan	19 582 000	5 563 000	450 000
57 Moselle	18 707 000	6 407 000	638 000
58 Nièvre	9 639 000	2 285 000	239 000
59 Nord	58 444 000	22 847 000	1 376 000
60 Oise	9 639 000	6 556 000	518 000
61 Orne	10 222 000	2 483 000	273 000
62 Pas de Calais	42 370 000	12 119 000	835 000
63 Puy de Dôme	16 656 000	5 066 000	438 000
64 Pyrénées Atlantiques	19 290 000	5 314 000	421 000
65 Hautes Pyrénées	9 348 000	2 533 000	245 000
66 Pyrénées Orientales	15 782 000	3 675 000	319 000
67 Bas Rhin	19 290 000	7 996 000	658 000
68 Haut Rhin	11 399 000	5 563 000	481 000
69 Rhône	26 588 000	12 268 000	892 000
70 Haute Saône	6 433 000	1 788 000	253 000
71 Saône et Loire	18 707 000	4 470 000	384 000
72 Sarthe	15 782 000	3 924 000	393 000
73 Savoie	6 433 000	2 781 000	313 000
74 Haute Savoie	7 016 000	4 122 000	447 000
75 Paris	17 239 000	13 460 000	1 048 000
76 Seine Maritime	29 222 000	11 572 000	706 000
77 Seine et Marne	9 348 000	8 741 000	746 000
78 Yvelines	7 308 000	8 145 000	752 000
79 Deux Sèvres	11 982 000	2 831 000	302 000
80 Somme	15 490 000	5 314 000	407 000
81 Tarn	15 782 000	3 129 000	304 000
82 Tarn et Garonne	8 765 000	1 987 000	239 000
83 Var	27 764 000	7 202 000	532 000
84 Vaucluse	13 731 000	3 626 000	376 000
85 Vendée	15 490 000	4 073 000	401 000
86 Vienne	11 982 000	3 030 000	342 000
87 Haute Vienne	14 022 000	3 377 000	313 000
88 Vosges	9 639 000	3 228 000	319 000
89 Yonne	10 525 000	3 477 000	296 000
90 Territoire de Belfort	3 508 000	1 043 000	208 000
91 Essonne	8 182 000	7 698 000	684 000
92 Hauts de Seine	4 382 000	8 791 000	726 000
93 Seine Saint-Denis	19 873 000	11 324 000	817 000
94 Val de Marne	16 948 000	10 331 000	732 000
95 Val d'Oise	10 816 000	8 245 000	689 000
971 Guadeloupe	26 624 000	4 768 000	364 000
972 Martinique	12 565 000	4 122 000	336 000
973 Guyane	1 748 000	1 291 000	230 000
974 Réunion	22 534 000	7 996 000	527 000
TOTAL	1 477 118 000	496 665 000	42 704 000



	CUMUL SUR TROIS ANS		
TOTAL	APA	PCH	MDPH
	Total 2006-2007-2008 en €	Total 2006-2007-2008 en €	Total 2006-2007-2008 en €
8 298 000	18 047 904	5 882 000	549 111
11 276 000	26 211 432	6 643 000	684 989
24 669 000	52 130 214	17 824 000	1 310 380
7 370 000	16 354 650	4 678 000	559 007
25 595 000	57 939 205	16 038 000	1 195 381
25 752 000	54 187 126	21 813 000	1 743 408
12 163 000	28 564 752	6 693 000	576 051
82 667 000	171 072 074	67 096 000	3 906 906
16 713 000	28 924 864	18 523 000	1 392 775
12 978 000	30 324 035	7 361 000	676 818
55 324 000	124 333 198	37 218 000	2 321 658
22 160 000	49 067 994	14 910 000	1 159 208
25 025 000	56 869 849	15 819 000	1 109 491
12 126 000	27 966 143	7 023 000	592 488
19 776 000	46 251 964	10 891 000	809 926
27 944 000	56 232 349	23 479 000	1 804 140
17 443 000	33 363 276	16 206 000	1 286 806
39 748 000	78 574 417	36 825 000	2 488 750
8 474 000	19 460 181	5 347 000	616 778
23 561 000	56 074 435	13 109 000	1 001 779
20 099 000	46 387 805	11 539 000	1 027 037
9 527 000	19 454 277	8 107 000	792 704
11 585 000	20 970 345	11 633 000	1 185 792
31 747 000	51 278 517	39 714 000	2 946 091
41 500 000	85 421 095	33 951 000	1 944 125
18 835 000	28 511 426	26 028 000	2 061 924
16 205 000	21 970 607	24 161 000	2 073 775
15 115 000	35 518 219	8 649 000	760 732
21 211 000	45 479 749	16 064 000	1 069 064
19 215 000	45 682 295	9 322 000	766 760
10 991 000	25 582 203	5 942 000	576 667
35 498 000	82 750 831	20 758 000	1 436 424
17 733 000	39 769 275	10 650 000	976 350
19 964 000	45 755 787	11 584 000	1 052 796
15 354 000	35 492 837	9 085 000	875 994
17 712 000	41 208 801	9 976 000	791 862
13 186 000	28 856 123	9 772 000	808 201
14 298 000	30 881 533	10 285 000	742 963
4 759 000	9 746 760	2 858 000	484 831
16 564 000	24 017 783	22 553 000	1 878 575
13 899 000	12 625 176	26 655 000	2 003 754
32 014 000	57 155 640	33 056 000	2 269 905
28 011 000	49 023 650	30 718 000	2 020 180
19 750 000	31 614 606	24 279 000	1 894 011
31 756 000	85 911 061	13 460 000	938 803
17 023 000	37 470 750	12 153 000	859 127
3 269 000	5 361 978	3 751 000	552 152
31 057 000	95 048 501	23 529 000	1 420 332
2 016 487 000	4 401 655 843	1 462 574 000	112 704 000

* PRIAC 2008 analyse qualitative et quantitative

* Les améliorations du processus PRIAC mises en place en 2008

Les objectifs poursuivis

Pour l'actualisation des PRIAC en 2008, deux axes d'amélioration ont été dégagés.

L'approfondissement de la concertation avec les partenaires, une meilleure coordination des programmations dans un cadre pluriannuel.

- ▀ Pour répondre aux enjeux que représentent :
 - l'accompagnement de la scolarisation en milieu ordinaire des enfants en situation de handicap et son impact sur l'évolution des structures existantes de type IME, qui accueillent les enfants les moins lourdement handicapés ;
 - l'augmentation spectaculaire de l'espérance de vie des personnes en situation de handicap et son incidence sur les durées de prise en charge et en termes de besoins accrus de soins liés au vieillissement.
- ▀ Une identification précise et quantifiée des besoins prioritaires dans les régions en établissements et services médico-sociaux, assortie d'un estimatif financier, doit favoriser une réelle coordination des programmations pour dépasser les seuls échanges d'informations.
- ▀ La concertation se traduit également par la consultation des partenaires, notamment à travers le CROSMS, mais également en sollicitant l'avis formalisé des financeurs ainsi que par une communication accrue auprès des acteurs et des porteurs de projets.

La poursuite des objectifs méthodologiques de programmation posés dès 2007.

- ▀ L'approfondissement de la pluriannualité du PRIAC en prévision, à partir de la capacité de mise en œuvre et l'harmonisation des méthodes de programmation pour réduire les écarts interrégionaux constatés dans les PRIAC 2006, tout en permettant une expression des besoins propres à chaque région qui ne repose pas sur une contrainte financière *a priori*.
- ▀ Une approche homogène au niveau interdépartemental autour des trois objectifs prioritaires que sont : la réduction des disparités territoriales d'accès aux équipements, la diversification des modes d'accompagnement et l'adaptation de l'offre médico-sociale.

Les actions mises en œuvre

Enrichissement, stabilisation et simplification du contenu du PRIAC.

La principale évolution du contenu du PRIAC en 2008 porte sur la programmation en ressources humaines, qui constitue un enjeu majeur pour la mise en œuvre des programmations et pour le fonctionnement des établissements et services médico-sociaux. C'est pourquoi un volet nouveau a été intégré au sein du PRIAC pour valoriser en emplois la programmation du développement et de l'adaptation de l'offre médico-sociale. Il s'agit d'identifier, par département et sur la période de la programmation, les effectifs (en ETP) à prévoir pour la réalisation de la programmation prévisionnelle du PRIAC. L'objectif est d'identifier les besoins en personnels pour alimenter les travaux de planification, notamment le schéma régional des formations. En réalisation, le suivi des créations de postes sera effectué à travers l'enquête semestrielle.

Le contenu général du PRIAC a toutefois été maintenu pour l'actualisation 2008, dans un souci de continuité et de stabilisation, notamment à travers :

- le fait d'adosser la programmation pluriannuelle au suivi de la réalisation effective des actions ;
- l'importance de faire apparaître dans le PRIAC les actions d'adaptation de l'équipement existant.

L'appui au réseau des services déconcentrés

Afin de réunir les conditions de réalisation des objectifs définis, l'appui de la CNSA au réseau déconcentré a été poursuivi par les actions suivantes.

- ▀ **Un appui méthodologique à la programmation du développement et de l'adaptation de l'offre médico-sociale.**
 - La mise en œuvre d'un nouveau cycle d'échanges techniques avec chaque région (vingt-six rencontres à l'automne 2007), reposant sur l'analyse comparée de la programmation au regard des objectifs de réduction des écarts territoriaux d'équipement, de diversification et d'adaptation de l'offre médico-sociale.
 - La diffusion d'une note méthodologique précisant les orientations en matière de concertation et de communi-

cation du PRIAC, les principes méthodologiques de l'actualisation 2008 et l'évolution du cadre de présentation.

- Le partage de données communes régionales et départementales retracées dans une fiche synthétique pour chacune des régions et actualisées par la CNSA pour ce qui concerne l'offre existante.

- L'élaboration avec trois CTRI d'une revue des indicateurs utilisés dans les travaux régionaux et départementaux de planification et de programmation de l'offre médico-sociale, décrivant les sources d'information et les modes de calcul, mais aussi leur pertinence et leurs limites.

L'appui auprès des décideurs locaux et des acteurs, sur le plan qualitatif, s'effectue à travers des travaux engagés par la CNSA sur des thématiques ou des problématiques influant sur l'offre de services.

► **Un appui à la communication relative au PRIAC.**

- La diffusion d'une fiche de présentation générale du PRIAC, accompagnée d'un support de communication externe (document Power Point).

- La mise à disposition de chaque DRASS des éléments personnalisés permettant d'accompagner les documents de présentation de leur PRIAC, en vue d'une communication externe (graphiques et tableaux de synthèse).

► **Un appui technique à l'utilisation des outils Excel.**

- L'actualisation du guide de remplissage précisant la définition des notions.

- La réalisation d'un guide technique d'utilisation de l'application PRIAC, accompagnée d'une vidéo de démonstration.

- L'organisation d'une formation collective à l'utilisation des outils Excel PRIAC et d'une enquête semestrielle (en février 2008).

* **Les premiers constats sur le processus d'actualisation du PRIAC en 2008**

La mise en œuvre du processus d'actualisation⁽¹⁾

La concertation avec les partenaires en région s'est approfondie.

► **Une concertation généralisée avec les conseils généraux pour une programmation médico-sociale partagée.**

La concertation sur l'actualisation 2008 du PRIAC a été menée avec les conseils généraux dans l'ensemble des régions. Au-delà des échanges d'informations, la concertation a porté sur les programmations médico-sociales, pour le champ de compétence conjoint (établissements et services cotarifés), et dans la plupart des régions sur l'ensemble des programmations et sur les territoires prioritaires.

Les échanges ont principalement été conduits avec les services techniques, les élus n'ayant été associés que dans quelques régions – la période de réserve électorale constituant parfois une difficulté dans la conduite des échanges.

La concertation a majoritairement été menée au niveau départemental par les DDASS et les préfets de département mais, dans une dizaine de régions, une coordination des échanges a été organisée au niveau régional sous forme d'un comité de pilotage ou de groupes techniques réunissant les services départementaux. Pour un petit nombre de régions, les échanges avec les conseils généraux ont été menés au niveau régional par le préfet de région ou par le CTRI.

► **Un processus de concertation associant les ARH.**

Dans toutes les régions, l'ARH a également été associée au processus de concertation pour l'actualisation du PRIAC. Dans la moitié des régions, la concertation a porté sur l'ensemble de la programmation et dans l'autre, sur le secteur des personnes âgées ou celui du handicap. La coordination de la réalisation d'opérations particulières issues de recompositions hospitalières a été recherchée dans huit régions.

► **Une concertation interministérielle privilégiée avec l'Éducation nationale et en progression avec l'Équipement.**

Dans la plupart des régions, une concertation a été menée avec les inspecteurs d'académie dans le but de coordonner la programmation médico-sociale (SESSAD, IME) avec celle de l'Éducation nationale (postes d'AVS, CLIS, UPI) pour accompagner la scolarisation des enfants. La coordination des programmations a porté principalement sur l'année en cours et, plus rarement, sur les prévisions pluriannuelles. Les échanges ont été coordonnés par l'inspecteur d'académie désigné comme référent pour la scolarisation des enfants handicapés dans cinq régions, sous la forme de réunions régionales ou à travers sa participation au CTRI et au CROSMS.

La concertation avec les services de l'Équipement est encore limitée à quelques régions, au niveau régional, sur la programmation des PLS et la coordination avec les autres sources de financement de l'investissement médico-social (PAM / PAI, contrat de projet...).

(1) La mise en œuvre du processus PRIAC au regard des objectifs retenus pour l'actualisation 2008 a été appréciée à partir des remontées régionales (vingt questionnaires renseignés par les DRASS au 13 juin 2008).

► **Avec les autres partenaires.**

Treize régions ont associé au processus de concertation les partenaires de l'assurance maladie : CRAM, ERSM et parfois URCAM.

Les directions du travail ont participé aux travaux d'actualisation du PRIAC dans huit régions, sur la problématique de l'emploi des personnes handicapées.

Le conseil régional a été associé dans deux régions pour l'accompagnement de la mise en œuvre de la programmation médico-sociale, en investissement (contrat de projet) et en ressources humaines (schéma régional des formations).

La consultation des partenaires s'est élargie.

► **Les avis consultatifs des CROSMs sont dans leur grande majorité favorables.**

Sur dix-huit régions ayant soumis l'actualisation 2008 du PRIAC à la consultation du CROSMs au 13 juin 2008, un seul avis réservé a été émis, s'agissant de la programmation relative aux personnes âgées, pour garantir le maintien du taux d'équipement en EHPAD d'ici à 2012 compte tenu du vieillissement de la population. Dans deux régions, le CROSMs ne s'est pas prononcé sur l'examen du PRIAC actualisé mais a pris acte de la programmation prévisionnelle pluriannuelle. Dans les autres régions, un avis favorable a été émis.

► **La consultation formelle des partenaires a été élargie aux présidents des conseils généraux et aux directeurs d'ARH.**

La consultation des conseils généraux est recommandée par la circulaire DGAS-CNSA du 14 décembre 2006, relative aux conséquences juridiques du PRIAC, bien qu'elle ne soit pas explicitement prévue par les dispositions du CASF. Neuf régions ont sollicité de façon formelle l'avis des présidents des conseils généraux sur le PRIAC actualisé en 2008 et dix autres, celui du directeur de l'ARH. Au 13 juin 2008, les partenaires consultés ont émis un avis écrit dans la moitié de ces régions.

La communication auprès des acteurs et des porteurs de projets se développe.

Dix-sept régions ont organisé ou prévu des réunions d'information sur la programmation du PRIAC en direction des acteurs et des porteurs de projets du secteur médico-social. Les MDPH sont associées à ces rencontres dans sept régions et les acteurs du champ sanitaire (gestionnaires et professionnels des établissements de santé) dans trois.

Dans treize régions, la programmation du PRIAC actualisé en 2008 a fait ou fera l'objet d'une présentation devant une commission de concertation : les comités départementaux de concertation des personnes handicapées (CDCPH) dans huit régions, la commission régionale de concertation en santé mentale (CRCSM) dans sept régions.

La mise en ligne du PRIAC actualisé en 2008 est prévue dans toutes les régions.

La plupart des DRASS ont élaboré des documents de communication spécifiques pour l'examen de l'actualisation du PRIAC par le CROSMs et par le CAR, et pour l'information des partenaires et des acteurs locaux. Les supports de communication fournis par la CNSA ont été utilisés par cinq régions.

✱ **Une convergence dans l'approche méthodologique**

Des volumes qui traduisent des programmations plus opérationnelles du développement et de l'adaptation de l'offre médico-sociale⁽²⁾

Sur le secteur des personnes âgées.

Le rythme global des montants prévisionnels programmés dans les PRIAC est régulier sur la période 2009-2012 et les volumes traduisent une programmation plus opérationnelle : le taux moyen d'évolution sur les quatre ans s'établit à + 22 % par comparaison aux dotations de mesures nouvelles 2008 (au 15 février) – hors DOM, alors qu'il s'élevait à + 33 % en moyenne dans les PRIAC métropolitains version 2007 pour la période 2008-2011⁽³⁾. Les graphiques qui suivent présentent les taux d'évolution par année de programmation rapporté au

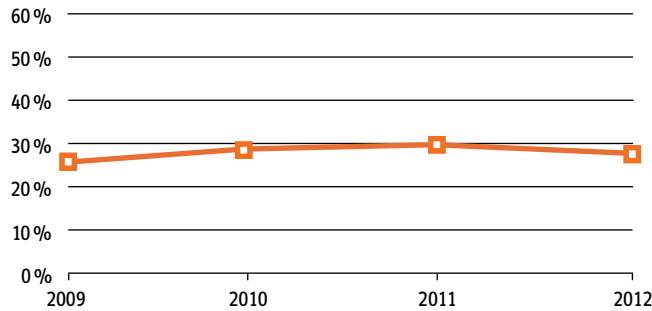
(2) L'analyse porte sur les données des vingt-six priac actualisés parvenus à la CNSA au 10 juin 2008, dont dix-sept à l'issue des procédures de consultation et d'adoption (pour neuf régions, les données sont provisoires) :
– sur le secteur des personnes âgées : hors rebasage et médicalisation des EHPAD ;
– sur le secteur du handicap : hors rebasage, ESAT, GEM.

(3) La comparaison entre les volumes de programmation dans les PRIAC actualisés en 2007 et en 2008 est toutefois à apprécier avec précaution, compte tenu du taux plus élevé de mesures nouvelles notifié en 2008 par rapport à 2007.

niveau de mesures nouvelles notifiées en 2008.

Toutefois, l'évolution annuelle se décline de façon différente selon les types d'accompagnement : la progression est globalement plus offensive pour les EHPAD et pour les SSIAD, dans une moindre mesure pour

Taux d'évolution des montants programmés pour les personnes âgées dans les PRIAC par année de financement 2009-2012 par rapport au montant alloué en 2008 (y compris rattrapages territoriaux – sur 26 PRIAC – hors médicalisation et rebasage)



l'hébergement temporaire, alors que l'accueil de jour enregistre un niveau d'évolution plus faible ⁽⁴⁾.

Enfin, les écarts entre les niveaux de programmation régionaux, qui s'étaient beaucoup réduits lors de l'actualisation 2007 par comparaison aux PRIAC adoptés en 2006, restent sur une échelle de 1 à 6 entre les évolutions les plus modérées et les plus offensives.

Un niveau de programmation plus soutenu sur le secteur des adultes handicapés.

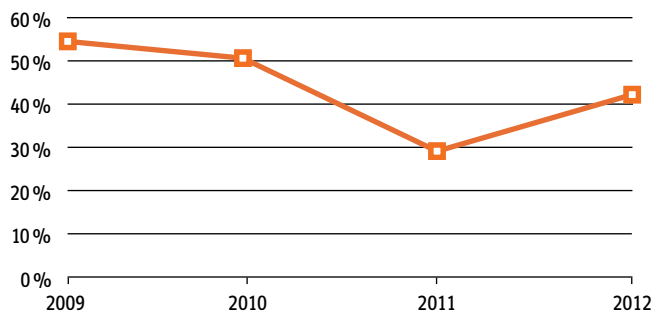
Le rythme global des montants prévisionnels programmés dans les PRIAC pour les personnes handicapées est régulier sur la période 2009-2011, avec une accélération prévue en 2012, alors qu'il présentait une décélération en fin de période dans les programmations adoptées en 2007 pour 2008-2011.

L'évolution des volumes de programmation se situe de ce fait à un niveau globalement plus offensif : le taux moyen d'évolution sur les quatre ans s'établit à + 36 % par comparaison aux dotations de mesures nouvelles 2008 (au 15 février) – hors DOM.

Les écarts entre les niveaux de programmation régionaux se situent sur une échelle de 1 à 7 entre les évolutions les plus modérées et les plus offensives.

Toutefois, cette évolution recouvre des rythmes différenciés entre le secteur de l'enfance et celui des adultes. Tandis que les PRIAC actualisés en 2007 présentaient un niveau plus élevé sur le secteur de l'offre destinée aux enfants et aux adolescents, les programmations adoptées pour 2009-2012 expriment des besoins à la fois plus

Taux d'évolution des montants programmés pour les personnes handicapées dans les PRIAC par année de financement 2009-2012 par rapport au montant alloué en 2008 (y compris rattrapages territoriaux – sur 26 PRIAC – hors rebasage)



(4) Il s'agit d'une « décélération » et non d'une diminution : le taux de croissance des besoins exprimés en places nouvelles d'établissements et services reste positif d'une année sur l'autre.

soutenus et croissants pour le développement de l'offre d'accompagnement des adultes handicapés.

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

Compte tenu de la situation spécifique des départements d'outre-mer en matière d'offre médico-sociale et de besoins de la population, les programmations médico-sociales de ces territoires font l'objet d'une analyse distincte.

Les PRIAC adoptés en 2007 dans les DOM se caractérisaient par un volume de programmation très élevé, sur le secteur des personnes âgées⁽⁵⁾ comme sur celui du handicap, en cohérence avec le niveau déficitaire des équipements médico-sociaux ; mais ils présentaient également une décélération sur la période des cinq années, non corrélée avec la « capacité à faire » effective dans des départements plus fortement marqués par une sous-consommation de crédits et parfois un retard dans l'autorisation et l'installation des places financées.

L'analyse de l'actualisation 2008 des PRIAC dans les DOM – au-delà des écarts liés à la situation particulière de chacun de ces départements – fait apparaître un niveau de programmation qui reste très soutenu, au regard des besoins de rattrapage et de structuration de l'offre médico-sociale, mais sur un rythme globalement plus régulier sur la période 2009-2011. Les programmations sont particulièrement offensives sur le secteur des personnes âgées, principalement pour la création de places d'EHPAD. S'agissant de la programmation portant sur le handicap, elle reste soutenue sur le secteur de l'enfance mais progresse aussi sur celui des adultes.

Les coûts à la place des actions programmées dans le PRIAC

Les programmations régionales des PRIAC pour 2008-2012, sur le secteur des personnes âgées, ont été valorisées en termes de financement sur la base des coûts unitaires de référence, par type de structure utilisé comme base de calcul des programmations nationales.

Sur le secteur du handicap, si la programmation de l'offre d'accompagnement en milieu ordinaire a également été valorisée sur la base des coûts unitaires de référence, en revanche, pour certains établissements, les coûts à la place programmés en création ou extension dans les PRIAC 2008-2012 sont supérieurs de 6 à 10 % au calibrage des plans nationaux (hors requalification et transformation). Il s'agit des MAS pour ce qui concerne les adultes et, pour les enfants, des établissements pour autistes et TED, des ITEP et des établissements pour polyhandicapés – malgré la revalorisation du coût unitaire opérée à partir de 2008.

Par ailleurs, un besoin de financement est exprimé, au-delà du calibrage général des plans, pour des places destinées à la prise en charge de publics présentant des handicaps particuliers, tels que l'épilepsie sévère ou les handicaps rares.

La diversification des modes d'accompagnement reste prépondérante sur le secteur des enfants

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 sur le secteur des personnes âgées.

Sur le secteur du handicap, la part des établissements reste prépondérante pour les adultes (67 à 70 % en moyenne selon les années), tandis que pour les enfants, l'accompagnement en milieu ordinaire de vie est privilégié (57 à 67 %).

Pour les deux secteurs, la structure de développement de l'offre par type d'accompagnement est assez stable sur la durée de la programmation.

Le développement de l'offre pour les personnes handicapées, par adaptation et transformation de l'équipement existant, s'accroît

Sur l'ensemble des places nouvelles programmées dans les PRIAC actualisés en 2008 pour la période 2008-2012, près de 3 000 places sont issues de la transformation ou de l'adaptation de l'équipement existant destiné aux enfants, soit 15 % de l'ensemble de la programmation sur ce secteur.

(5) À l'exception de la Guyane, qui n'avait pas réalisé de programmation sur le secteur des personnes âgées en 2007.

Il s'agit notamment d'actions de :

- ▀ requalification et transformation de places existantes pour l'accueil d'enfants ou d'adolescents nécessitant un accompagnement plus lourd ou pour l'accueil d'un autre public ;
- ▀ transformation de places d'établissements en places de services pour l'accompagnement en milieu ordinaire (exemple : transformation de places d'IME ou d'IEM en SESSAD).

Sur le secteur des adultes handicapés, la part des places issues de la transformation de l'existant s'élève à 9 % du total des places programmées pour 2008-2012.

Ce sont principalement des actions de création de FAM par médicalisation de foyers de vie, en particulier en faveur des personnes handicapées vieillissantes.

Quelques opérations de création de places de MAS ou de FAM, issues d'une recomposition de l'offre hospitalière, sont également identifiées dans les PRIAC, le plus souvent pour le handicap psychique et le polyhandicap.

Sur le secteur des personnes âgées, environ 2 000 places nouvelles d'EHPAD (soit 4 % du nombre de places d'EHPAD programmées sur 2008-2012) sont programmées par transformation de l'équipement existant, découlant principalement de la partition d'unités de soins de longue durée.

La valorisation de la programmation 2008-2012 en emplois

Vingt-deux régions (regroupant 91 départements) ont complété ce volet lors de l'actualisation 2008 du PRIAC.

▀ Sur le secteur des personnes âgées.

La prévision pluriannuelle des effectifs relevant des financements de l'assurance maladie sur le soin fait apparaître un besoin de plus de 23 000 ETP sur la période 2008-2012, majoritairement ciblé sur les aides-soignants (66 %) et les personnels infirmiers (20 %) ; les aides médico-psychologiques (AMP) restent minoritaires avec 12 % de la programmation des effectifs.

▀ Sur le secteur du handicap.

S'agissant du handicap, le besoin en effectifs pour couvrir la programmation médico-sociale prévisionnelle s'élève à près de 24 800 ETP sur la période 2008-2012. La part des effectifs programmés sur le secteur des adultes est prépondérante (72 %) par comparaison à celle destinée aux enfants (28 %).

Sur le secteur des enfants, les effectifs sont composés principalement de personnels socio-éducatifs (41 %), tandis que sur celui des adultes, la part des effectifs paramédicaux est prépondérante (49 %) et majoritairement constituée d'aides-soignants et d'aides médico-psychologiques.

Toutefois, les prévisions pour les personnels paramédicaux devront être affinées, en particulier pour les orthophonistes, les psychomotriciens et les ergothérapeutes.

En complément de la valorisation en emplois de la programmation pluriannuelle, sept régions ont complété en partie l'annexe « ressources humaines » destinée à établir un diagnostic et un recensement des besoins (postes vacants et besoins en qualification et en formation). Ce volet pourra être documenté, sur le secteur du handicap, à partir des données de l'enquête ES 2006.

La contractualisation par les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) se poursuit

Seize régions ont renseigné le volet « contractualisation » du PRIAC⁽⁶⁾.

- ▀ Sont ainsi recensés cent cinquante-deux CPOM et six GCSMS, dont quatre assortis de CPOM. Ces contrats concernent exclusivement le secteur du handicap.
- ▀ Parmi les contrats pour lesquels figure une date de signature, la majorité (72 %) doivent être finalisés en 2008, 10 % en 2009. Ils sont dans leur grande majorité conclus pour cinq ans.
- ▀ Quatre-vingt-huit CPOM ont pour objet des renforcements de moyens, soixante-et-onze comportent une restructuration et soixante-dix-sept un développement de l'offre. Quarante-six contrats cumulent ces trois objectifs.
- ▀ Parmi les différents organismes signataires, les trois associations le plus souvent mentionnées sont les ADAPEI (19), les PEP (13) et les APEI (9).

(6) Au 31 mars 2008, cent soixante-treize établissements ont fait l'objet d'un CPOM ayant donné lieu à versement (s'agissant des établissements à prix de journée).

Enfin, des besoins de « rebasage » du financement d'établissements ou services existants sont exprimés au sein des PRIAC 2008-2012 pour :

- ▀ la revalorisation du financement des SSIAD intervenant auprès de personnes âgées très dépendantes (dans quatre régions) ;
- ▀ le renforcement des personnels de certains établissements pour enfants ou adultes handicapés (IME, ITEP, MAS), afin de mieux répondre aux besoins de soins et d'accompagnement (dans sept régions).

Les articulations sanitaires, médico-sociales et sociales

Le volet des articulations sanitaires, médico-sociales et sociales a été renseigné par vingt régions. Il comporte trois parties complémentaires.

- ▀ Les actions de coopération dans le cadre des SROS III.
Les deux axes prioritaires ont été maintenus au titre de la continuité des soins et de l'accompagnement :
 - la filière gériatrique ;
 - la filière santé mentale et handicap psychique (pour les enfants, les adolescents et les adultes).
 Sont identifiées des actions de coopération de différentes natures (intervention d'équipes mobiles, constitution de réseaux entre professionnels, développement de groupes d'entraide par les usagers...) et sous plusieurs formes (conventions, procédures ou protocoles d'organisation...). Ces actions sont à développer dans le cadre de la concertation avec les ARH.
- ▀ Le repérage des réseaux existants et des projets associant soins de ville, hôpitaux et secteur médico-social : ce volet sera complété par la CNSA à partir des données disponibles de l'Observatoire national des réseaux.
- ▀ Les actions de prévention et de promotion de la santé dans les établissements et services, dans le cadre des programmes régionaux de santé publique (PRSP).

* Les grandes tendances qui se dégagent des PRIAC sur la période 2008-2012

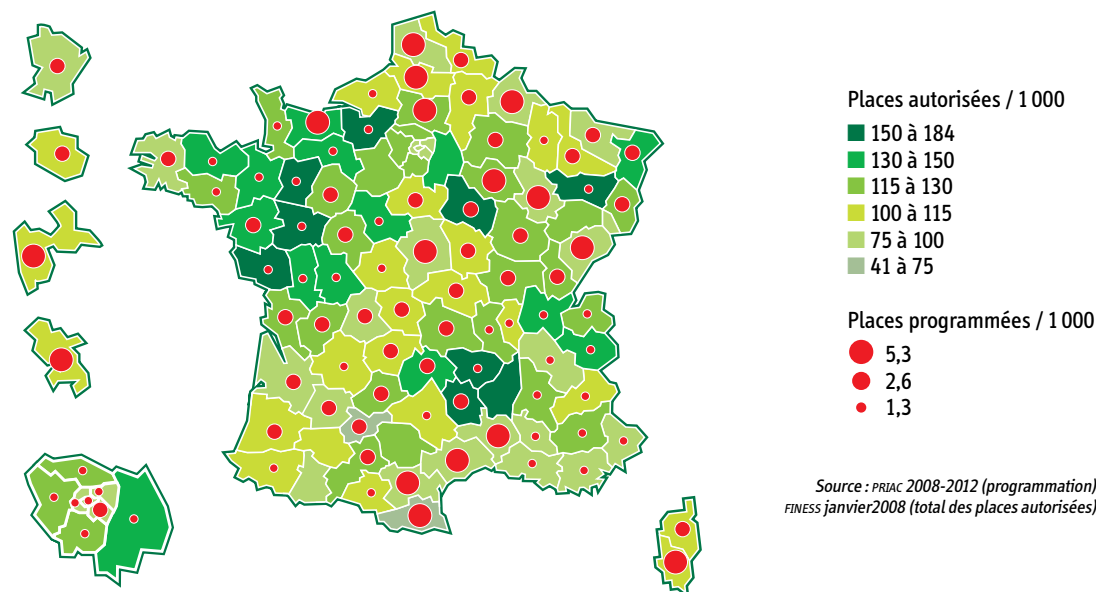
Sur le secteur des personnes âgées

- ▀ **Une stabilisation de la progression des modes d'accompagnement destinés à favoriser le maintien à domicile.**
La part de l'accompagnement pour le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes dans la programmation des PRIAC reste stable sur la période 2008-2012 (49 %), par comparaison à la version 2007 (50 %). La programmation contenue dans les PRIAC sur cinq ans permet d'atteindre les objectifs du plan Solidarité grand âge, dans sa configuration actuelle, et du plan Alzheimer pour ce qui concerne l'hébergement temporaire (plus de 6 300 places programmées sur 2008-2012) et, dans une moindre mesure, pour l'accueil de jour (près de 10 000 places programmées). La programmation du développement des capacités de SSIAD reste en deçà des objectifs nationaux (31 500 places programmées).
- ▀ **Une progression du développement de l'offre dédiée à l'accompagnement de la maladie d'Alzheimer.**
La programmation des places nouvelles d'EHPAD ne cible pas de manière spécifique les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Plus de 16 % des places programmées dans les PRIAC sur la période 2008-2012 sont dédiées à l'accompagnement spécifique de la maladie d'Alzheimer (13 % dans les PRIAC version 2007).

Ces places sont majoritairement centrées sur les structures de répit – accueil de jour et hébergement temporaire. Il faut néanmoins souligner que, parmi les places en EHPAD programmées pour les personnes âgées dépendantes, une part importante est appelée à accueillir également des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées, l'évolution de la maladie constituant aujourd'hui le principal motif d'entrée en établissement, sans pour autant qu'il soit possible de les identifier *a priori* dans les PRIAC.

- ▀ **Une programmation de places nouvelles d'EHPAD qui reste offensive.**
Avec 49 660 places d'EHPAD programmées pour 2008-2012, dont 46 500 sur financement prévisionnel au titre des plans nationaux (3 160 financées, soit par transformation – notamment des USLD –, soit par redéploiement de l'enveloppe médico-sociale), la programmation contenue dans les PRIAC actualisés en 2008 serait couverte à 60 % par les objectifs du plan Solidarité grand âge dans sa configuration actuelle.

Nombre de places en EHPAD programmées dans les PRIAC (2008-2012) et taux d'équipement médicalisé (places autorisées) en janvier 2008 pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus



Les points représentent le nombre de places programmées et les couleurs correspondent au taux d'équipement par département sur population âgée de plus de 75 ans (source : FINESS janvier 2008).

Sur le secteur des personnes handicapées

Une progression de la programmation en faveur des adultes.

La programmation 2008-2012, valorisée en montants de crédits, se répartit à raison de 38 % en faveur des enfants (45 % dans les PRIAC actualisés en 2007) et de 62 % en faveur des adultes (55 % dans les PRIAC version 2007).

La part du secteur des adultes se rapproche ainsi de celle qui lui est consacrée par le nouveau plan pluri-annuel de création de places, dans lequel ce secteur représente globalement 65 % des financements prévus au titre des mesures nouvelles – en réponse aux enjeux que représentent l'allongement des durées d'accompagnement et l'accroissement des besoins de soins liés au vieillissement.

Sur le secteur des enfants, le développement de l'accompagnement en milieu ordinaire se poursuit.

La part de l'accompagnement en milieu ordinaire dans la programmation 2008-2012 poursuit son augmentation ; elle représente 63 % du total des places programmées sur les cinq années (59 % dans les PRIAC adoptés en 2007) (*cf. cartes*).

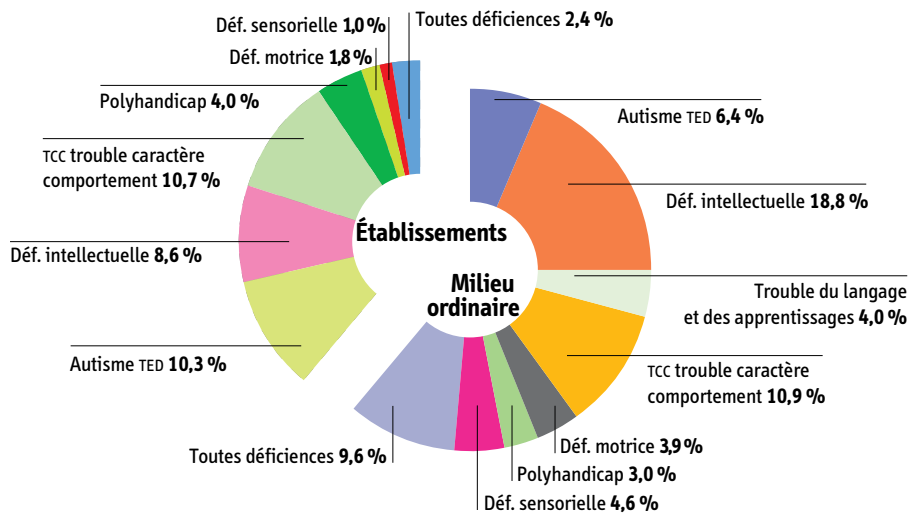
La poursuite du développement des capacités de SESSAD s'inscrit dans l'accompagnement de la scolarisation des enfants, principalement pour les déficiences intellectuelles ainsi que les troubles du caractère et du comportement et l'autisme (*cf. graphique*).

Aux places nouvelles de SESSAD, il convient d'ajouter également le développement de l'offre de CAMSP et CMPP, qui représente près de 10 % du montant total de la programmation sur 2008-2012 ⁽⁷⁾.

La répartition des places nouvelles programmées par publics diffère peu de celle des PRIAC version 2007 : le développement de l'offre est principalement tourné vers les déficiences intellectuelles (28 % des places programmées, quel que soit le mode d'accompagnement), les troubles du caractère et du comportement (22 %), l'autisme (16 %) et, dans une moindre mesure, le polyhandicap (7 %) et les déficiences motrices (6 %).

(7) La valorisation en nombre de places de l'activité des CAMSP et des CMPP n'étant pas stabilisée, il convient de se référer aux montants programmés.

Répartition des places programmées 2009-2012 pour les enfants et adolescents par type de déficience et par mode d'accompagnement (hors CAMSP-CMPP et rebasage)



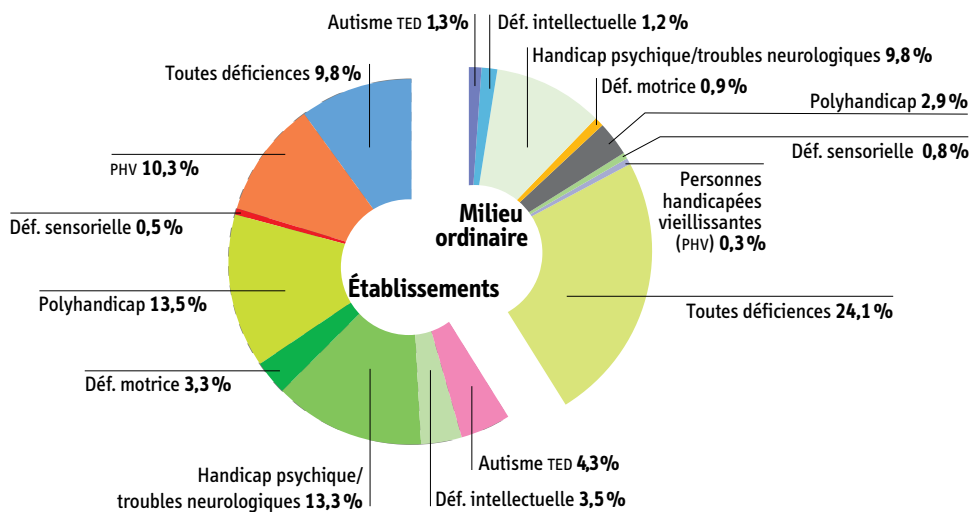
Sur le secteur des adultes, la programmation reste majoritairement tournée vers l'accompagnement en institution.

La programmation des places en établissements représente plus de 65 % de la programmation des PRIAC pour les adultes handicapés sur la période 2008-2012. Les besoins en capacités de MAS et de FAM pour les plus lourdement handicapés restent prioritaires.

Le développement de l'offre dédiée au handicap psychique se poursuit (23 % des places programmées quel que soit le mode d'accompagnement), avec une progression de la part de l'accompagnement en milieu ordinaire à travers les SAMSAH – cf. cartes.

La programmation en faveur des personnes handicapées vieillissantes (10 % des places programmées), par création de places nouvelles de FAM ou par la médicalisation de foyers de vie, traduit le besoin d'une offre d'accompagnement plus médicalisée.

Répartition des places programmées 2009-2012 pour les adultes par type de déficience et par mode d'accompagnement (hors ESAT-GEM et rebasage)



La programmation en faveur de l'autisme traduit une demande soutenue.

La programmation des places nouvelles pour l'autisme et les TED par les PRIAC sur 2008-2012 est en cohérence avec les objectifs du plan Autisme annoncé le 16 mai 2008 pour le champ de l'enfance, avec 1 900 places en établissements, dont 400 créées par transformation de l'existant (1 500 places prévues par le plan) et 1 000 places de SESSAD (600 places prévues par le plan).

Sur le secteur des adultes, la programmation reste en deçà des objectifs du plan national, avec 1 375 places de MAS-FAM, y compris en accueil temporaire (2 000 places programmées dans le plan Autisme) et 250 places de SAMSAH.

■ **La montée de la problématique des troubles du langage et des apprentissages.**

La plupart des régions (17) programment un développement de l'offre médico-sociale en faveur des enfants présentant des troubles du langage ou des apprentissages.

Il s'agit en grande majorité de places de SESSAD, destinés notamment à accompagner la scolarisation ainsi que de capacités de CAMSP pour les enfants de moins de 6 ans.

La programmation prévisionnelle sur 2008-2012 s'élève à 13,7 M€ sur cinq ans, pour sept cent soixante-treize places nouvelles (hors CAMSP), soit 4% du total des places programmées sur le secteur de l'enfance.

■ **Les handicaps rares ou nécessitant une prise en charge complexe.**

Les PRIAC 2008-2012 identifient plusieurs projets de création de places destinées à l'accompagnement des personnes présentant des handicaps rares ou nécessitant une prise en charge complexe. Sont ainsi programmées la création de places de CAMSP et de MAS pour l'épilepsie sévère dans cinq départements, et la création de places de SESSAD et de MAS destinées aux personnes sourdes-aveugles dans deux départements. En outre, la création de deux centres de ressources régionaux est prévue.

Le schéma national des handicaps rares, préparé par la CNSA, sera finalisé au deuxième semestre 2008 ; il porte sur les situations rares et les expertises complexes non disponibles en proximité.

■ **Les modes de réponse nouveaux ou émergents.**

Les programmations régionales contenues dans les PRIAC actualisés en 2008 identifient également des modes de réponse nouveaux ou émergents, qui ne sont pas nécessairement inclus dans les objectifs des plans nationaux.

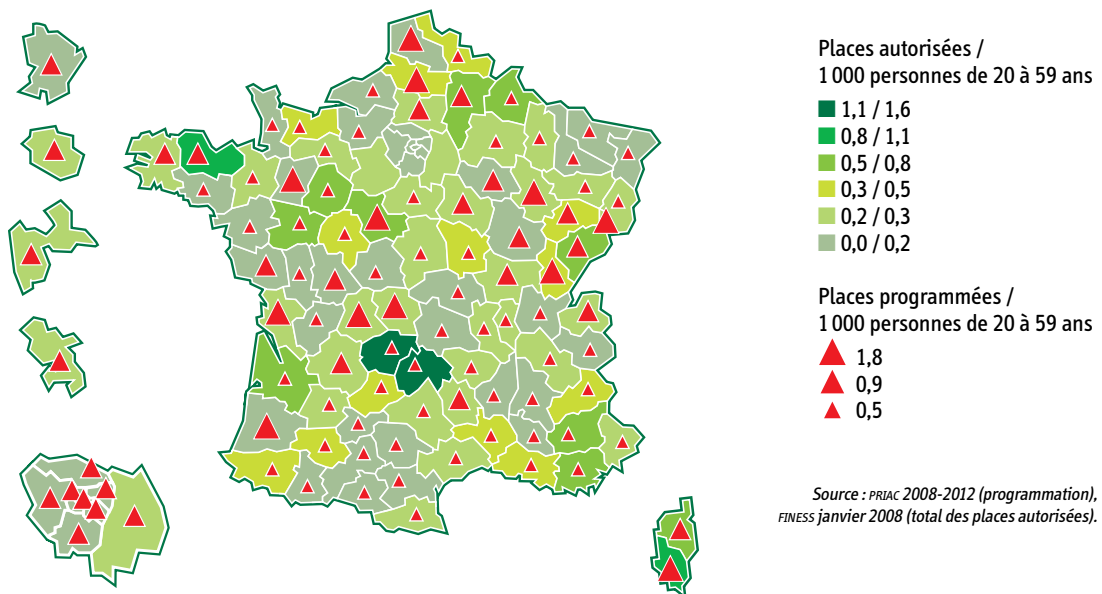
Ces modes de réponse illustrent des modalités de coopération entre les acteurs. Sont ainsi programmés la création ou le renforcement d'équipes mobiles, associant souvent des professionnels du secteur sanitaire et du champ médico-social, pour apporter un soutien dans les établissements et services, notamment en direction de certains publics tels que les enfants ou les adultes autistes, polyhandicapés, traumatisés crâniens et cérébro-lésés ou handicapés psychiques.

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

Enfin, un besoin de structuration de la fonction d'appui, au niveau régional ou interrégional, s'exprime à travers la programmation du développement de centres de ressources dans les PRIAC, en particulier auprès des équipes pluridisciplinaires des MDPH, pour l'évaluation des situations individuelles ainsi que pour l'accompagnement des publics nécessitant des compétences particulières. En complément des centres de référence sanitaires pour les maladies rares, une organisation territoriale des compétences sera à définir.

■ Nombre de places en SAMSAH-SSIAD programmées dans les PRIAC (2008-2012)

et nombre de places en SAMSAH-SSIAD autorisées en janvier 2008 pour 1 000 adultes de 20 à 59 ans



Les triangles représentent le nombre de places programmées et les couleurs correspondent au taux d'équipement par département sur population âgée de 20 à 59 ans (source : FINESS janvier 08).

* Bilan et suivi du plan d'aide à la modernisation (PAM) 2007 des établissements pour personnes âgées et personnes handicapées

* Rappel des objectifs

Le premier plan d'aide à la modernisation, doté de 500 M€ issus des excédents de la CNSA (350 M€ pour les personnes âgées et 150 M€ pour les personnes handicapées), s'est mis en œuvre dans le contexte législatif et réglementaire prévu par l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) 2006.

L'arrêté ministériel du 5 avril 2006 (modifié en août) a fixé la procédure applicable pour l'instruction des dossiers présentés par les porteurs de projet du secteur médico-social et, notamment dans son article 4, le principe d'une programmation régionale priorisée proposée par les préfets de région.

Enfin, intégrant les orientations du Conseil de la CNSA formalisées par délibération du 24 janvier 2006, l'instruction conjointe CNSA/DGAS du 17 mars 2006 précisait les critères de priorisation à retenir pour l'analyse des dossiers.

Les critères d'éligibilité au plan de modernisation étaient les suivants :

- ▀ établissements pour personnes âgées (article L 312-1-6 du CASF et L 633-1 du Code de la construction et de l'habitation) et personnes handicapées (article L 614-3-1 du CASF) en fonctionnement au 1^{er} janvier 2006 ;
- ▀ opérations d'investissement, pour la mise aux normes techniques et de sécurité, et la modernisation.

L'article 86 de la LFSS 2007 a reconduit la possibilité pour la CNSA de soutenir, dans les mêmes conditions, des opérations d'investissement, à l'exception des équipements matériels et mobiliers.

Le plan d'aide à la modernisation 2007 a donc été doté de 184,9 M€ pour aider, selon les mêmes critères d'éligibilité, de procédure et de priorité, au financement d'opérations de modernisation.

La question de la priorisation des travaux à privilégier quant à la nature des locaux concernés (administration, logistique, locaux de vie, espaces techniques de soins et d'accompagnement) et à la place à accorder aux mises aux normes techniques et de sécurité, a fait l'objet d'orientations du Conseil pour 2006, confirmées en 2007.

Il avait ainsi été décidé de soutenir les priorités suivantes :

- ▀ la modernisation des locaux existants concerne prioritairement les locaux de vie et de soins des personnes en perte d'autonomie, avec une attention particulière pour les lieux de vie permanents ;
- ▀ les travaux de mise aux normes techniques et de sécurité doivent s'inscrire dans un projet global d'amélioration de la qualité de vie des personnes accompagnées ainsi que des conditions d'exercice des professionnels. Aussi, les travaux de mise aux normes, à titre exclusif, ne doivent pas dépasser 15 % de la programmation régionale ;
- ▀ les établissements développant des modes d'accompagnement diversifiés (accueil modulé, hébergement temporaire...) et s'inscrivant dans les coopérations permanentes structurées.

Afin d'assurer un démarrage rapide des projets tout en tenant compte des procédures techniques et des mises en concurrence, la sélection des dossiers doit prendre en compte le stade d'avancement technique du dossier.

Les critères d'analyse fixant les priorités sont déclinés de la manière suivante.

- ▀ Par nature de travaux : restructuration, construction neuve, étude de faisabilité, mise aux normes exclusive sans intégration dans un projet de vie.
- ▀ Date de démarrage des travaux : l'instruction précisait que les dossiers devaient être suffisamment avancés (au stade du programme technique détaillé). Dans le cas contraire, la possibilité de financer des études de faisabilité était ouverte.
- ▀ Engagement dans le processus de conventionnement tripartite pour les établissements accueillant des personnes âgées.
- ▀ Nombre de places habilitées à l'aide sociale par rapport au nombre total de places.
- ▀ Diversification des modes d'accueil.
- ▀ Existence d'un projet d'établissement ou d'un projet de vie.

Afin de cadrer financièrement l'exercice de programmation régionale, la CNSA a défini des enveloppes régionales de crédits indicatives reposant sur des critères sociologiques (35 %), de taux d'équipement (50 %) et de potentiel fiscal (15 %) et a proposé une répartition des crédits entre le secteur PA et PH, à hauteur respectivement de 70 % pour les PA et 30 % pour les PH.

Les plans de modernisation 2006 et 2007 répondaient donc à un triple enjeu :

- ▶ la rénovation du parc d'hébergement et d'accueil (mise aux normes techniques, réhabilitation, reconstruction);
- ▶ adaptation des locaux pour une meilleure qualité de service;
- ▶ générer un effet de levier financier significatif, s'ajoutant aux efforts des financeurs précédents (État, CG, CNAM et CNAV) et réduire l'impact financier des opérations d'investissement sur les usagers (sur le secteur des personnes âgées, augmentation limitée des prix de journée d'hébergement, tarifés par les conseils généraux au regard de la solvabilité des personnes hébergées) ou sur le budget de fonctionnement des établissements financés par l'assurance maladie.

✱ La mise en œuvre du processus

Le PAM 2007 s'inscrivait dans la continuité du PAM 2006 en termes de procédure.

Le rôle de chacun, en référence à l'arrêté ministériel et à l'annexe de procédure, n'est cependant pas encore stabilisé.

En effet, il a été constaté :

- ▶ des dossiers de qualité technique inégale, notamment sur le descriptif des travaux et les objectifs des programmes de construction, déclarés complets par les DDASS;
- ▶ des pratiques variables des services de l'État selon les régions (sur le périmètre des établissements prioritaires, sur l'échange avec les maîtres d'ouvrage...);
- ▶ une dichotomie trop forte entre analyse technique et analyse financière et la nécessité de renforcer la mesure de l'impact de l'investissement en fonctionnement entre les niveaux départemental et régional;
- ▶ la nécessité pour les DRASS et DDASS d'informer les demandeurs de la suite négative réservée à leur demande d'inscription au programme régional proposé à la CNSA par le préfet de région et de son motif;
- ▶ la concertation avec les autres financeurs à poursuivre ; l'objectif de coordonner les programmations PLS, contrats de projets, aides CNSA et aides des collectivités locales doit encore progresser afin de faciliter les tours de table financiers des maîtres d'ouvrage.

Le besoin d'appui technique au niveau local est très fortement ressenti.

Principalement, il est demandé :

- ▶ une simplification et une clarification des supports et des informations demandées, afin d'homogénéiser la caractérisation des projets et d'améliorer le suivi de l'impact des plans;
- ▶ un guide et une formation pour l'analyse des conséquences financières des opérations d'investissement sur le fonctionnement des ESMS.

Le circuit de mise en paiement doit être optimisé, pour gagner en délai de traitement.

La communication nationale et locale doit être renforcée et converger vers des porteurs de projets. À cet effet, des supports de communication seront diffusés *via* les sites extranet et internet de la CNSA. L'information sur les correspondants en région et les priorités est à poursuivre, afin d'éviter que les porteurs de projets ne saisissent par défaut l'échelon national.

La valorisation des pratiques intéressantes et des projets innovants est souhaitée.

✱ Bilan quantitatif des notifications

Montants notifiés et nombre de dossiers.

- ▶ 129,6 M€ pour le secteur des personnes âgées, soit le financement de cent soixante-dix-sept dossiers pour un montant total de travaux de 999 M€;
- ▶ 53,5 M€ pour le secteur des personnes handicapées, soit le financement de cent trente-quatre dossiers pour un montant total de travaux de 287 M€.

Taux moyen d'aide de la CNSA.

- ▶ Secteur des personnes âgées : 16,57 %, soit un montant moyen d'aide de 732 225 €.
- ▶ Secteur des personnes handicapées : 27,90 %, soit un montant moyen d'aide de 399 534 €.

Cofinancements.

- ▶ Secteur des personnes âgées.
 - Taux d'intervention des cofinanceurs publics dans les dossiers : 11 % CG, 1 % CRAM, 1 % CNAV, 2 % CPER, 5 % autres.
 - Taux d'emprunt : 54 %.
 - Taux d'autofinancement : 11 %.
- ▶ Secteur des personnes handicapées.
 - Taux d'intervention des cofinanceurs publics dans les dossiers : 2 % CG, 1 % CRAM, 1 % CNAV, 2 % CPER, 2,31 % autres.
 - Taux d'emprunt : 38,36 %.
 - Taux d'autofinancement : 22,22 %.

En 2007, on constate un respect d'ensemble du périmètre légal, à l'exclusion d'une région ayant proposé le financement d'un ESAT. Les dépenses subventionnables fixées par les DRASS ont exclu les équipements matériels et mobiliers et les capacités en création, quand les opérations de modernisation s'accompagnaient d'extensions, non éligibles.

*** Éléments qualitatifs**

D'un point de vue qualitatif, le plan d'aide à l'investissement 2007 soutient davantage de projets s'inscrivant dans un effort plus global d'adaptation des établissements.

Les opérations ne concernant que des mises aux normes ponctuelles, sans inscription dans un projet améliorant les espaces de vie des résidents, sont en diminution, en cohérence avec l'orientation prioritaire du Conseil. Aucune région n'a donc été régulée à ce titre. Le maintien de cette orientation reste opportun, certains promoteurs ayant intégré par exemple des opérations de désamiantage.

L'analyse des éléments présentés ci-dessus amène les constats suivants sur la nature des travaux.

- ▶ Les projets présentés dans le champ de l'accueil des enfants handicapés concernent un nombre non négligeable d'internats et de classes et espaces d'enseignement. Il paraît important d'être vigilant et de revalider la pertinence de leur localisation, dans un contexte de développement de la politique de scolarisation en milieu ordinaire. L'aide à l'investissement CNSA dans ce domaine peut, à l'instar de plusieurs projets soutenus, constituer un levier de transformation de l'accompagnement préexistant, y compris dans sa localisation géographique.
- ▶ Le financement de locaux techniques (buanderie hospitalière, standard, cuisine, balnéothérapie...) et d'espaces extérieurs, s'il est ponctuel, mériterait d'être discuté, au regard de la priorité aux espaces de vie permanents des personnes en perte d'autonomie.
- ▶ L'incitation à sélectionner des projets s'inscrivant dans la démarche HQE se retrouve dans plusieurs régions et pour des projets de tout type.
- ▶ L'intégration aux programmes d'opérations portant sur des modes d'accueil diversifiés est très fréquente et constitue un point positif du mouvement de modernisation engagé, qu'il s'opère par aménagement des capacités existantes ou par création-extension, et dans ce cas, en 2007, hors dépense subventionnable.
- ▶ 80 % des projets de modernisation d'EHPAD intègrent des places d'accueil de jour, des lits d'hébergement temporaire et/ou des unités adaptées aux personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer, ou s'adaptent globalement à leur accueil. Certains présentent des unités sécurisées. Les recommandations architecturales et de qualité de service en établissement prévues au plan Alzheimer et au programme de l'ANESM seront utiles pour guider les maîtres d'ouvrage et les équipes.
- ▶ À l'occasion de la transformation totale ou partielle des logements-foyers conventionnés, l'aide à la modernisation se met en œuvre, mais avec encore de fortes inégalités selon les régions.
- ▶ Sur le secteur des personnes âgées, un réel effort de rééquilibrage du bénéfice du plan d'aide CNSA, selon les statuts des gestionnaires, a été réalisé sur 2007. En effet, la répartition des opérations entre les secteurs public et associatif s'établit respectivement à 59 % et 41 %, alors qu'il était de l'ordre de 70 % et 30 % pour 2006.

Sur le secteur des personnes handicapées, ce rapport s'établit à 85 % pour le secteur associatif et à 15 % pour le secteur public, conformément à la répartition des établissements au niveau national.

Au final, on constate la persistance d'un besoin extrêmement important en matière de réhabilitation et de modernisation de capacités existantes, dans le champ tant des personnes âgées que celui des personnes handicapées, avec des variations d'intensité selon les régions, difficiles à objectiver à ce stade.

Compte tenu de leur équipement médico-social en phase de constitution et de rattrapage, les DOM insistent sur le besoin d'aide à l'investissement pour favoriser la création, dans un contexte d'absence de PLS (système de la ligne budgétaire unique, d'usage libre pour les collectivités locales).

L'aide à l'investissement CNSA s'inscrit comme un levier utile à la transformation du secteur médico-social.

* Bilan du fonctionnement et de l'activité des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) en 2007

Note de synthèse des rapports des présidents de conseil général

Les trois quarts des départements ont transmis les rapports annuels sur l'activité de leur maison départementale des personnes handicapées, alors que seuls cinquante-deux l'avaient fait l'année dernière. **Soixante-quinze rapports** avaient ainsi été reçus au 30 septembre 2008, souvent après avoir été présentés devant la commission exécutive du GIP, voire, quelquefois, devant la commission des affaires sociales du conseil général.

Les rapports sont de consistance inégale, allant de moins de dix pages à plus de quatre-vingts. Si la majorité d'entre eux relatent le fonctionnement des MDPH de manière formelle, certains ont structuré leur document en un véritable bilan annuel. De nombreux rapports comportent une conclusion politique et prospective.

Le nombre de rapports transmis est suffisamment significatif pour permettre de faire ressortir **les grandes évolutions du nouveau dispositif**.

On se rappelle la création relativement rapide des GIP au 1^{er} janvier 2006 et la mise en place dans des conditions quelquefois difficiles des MDPH. Ainsi, l'année 2007, sans pouvoir être considérée, à la lecture des rapports des PCG, comme une année de pleine maturité, constitue **une étape décisive** dans le développement de ce pilier essentiel de la loi du 11 février 2005.

Étape décisive à trois niveaux : la constitution des équipes pluridisciplinaires d'évaluation, le regroupement des services dans des locaux communs et le tissage, souvent très large, de partenariats à la fois politiques et techniques. On peut également noter les efforts faits dans d'autres domaines : ceux réalisés pour constituer une équipe d'accueil, avec des personnels exerçant un véritable métier, qui est désormais reconnu au sein de la MDPH ; pour organiser les travaux de la CDAPH ; pour réduire les délais de réponse et résorber les anciens stocks ; ou pour mettre en place le fonds départemental de compensation.

Au-delà d'une prise de conscience de la philosophie générale de la loi nouvelle, il y a eu, dans de nombreux départements, **une réflexion conduite sur le rôle de la MDPH** et sur ce qui favoriserait un fonctionnement optimal, à partir d'une analyse des enjeux d'un service public moderne.

Une vraie « **consolidation** » de cette nouvelle structure a ainsi été réalisée au cours de l'année 2007.

Sans être exempts de remarques, voire de plaintes, sur les difficultés encore rencontrées pour créer avec les MDPH un service public performant, ces rapports ont été rédigés sur un ton plutôt positif, significatif d'un nouvel élan et du dynamisme des directeurs et de leurs équipes.

On notera combien un grand nombre de départements utilisent les statistiques nationales, et le retour personnalisé chiffré qui leur est assuré par la CNSA, pour pointer leur place au niveau national selon les items. Cela confirme l'importance pour le pilotage local de pouvoir situer l'action d'une MDPH par rapport à celle de l'ensemble des autres départements.

Si ces rapports relatent essentiellement l'activité chiffrée de la maison départementale, un certain nombre de réflexions et de propositions sont émises. Elles permettront de préciser, voire de redéfinir en les approfondissant, les relations nouées entre les MDPH et les équipes de la CNSA, dans ce « compagnonnage » engagé depuis maintenant trois ans, et nourriront le processus de renouvellement des conventions d'appui à la qualité de service, au 1^{er} semestre 2009.

***Avertissement au lecteur** : il voudra bien être indulgent sur certains tableaux statistiques qui portent sur un nombre de départements sensiblement inférieur à celui des rapports reçus, car soit les données n'apparaissent pas dans tous les rapports, soit leur exploitation n'a pu être réalisée suffisamment tôt. Si les rapports des départements sont pour la plupart riches en indications locales, précisant de façon heureuse les données chiffrées transmises régulièrement à la CNSA, ils restent encore difficiles à analyser de manière systématique, par non-respect d'une trame commune.*

Les rapports d'activité des MDPH s'accompagnent, en parallèle et en amont, d'une phase d'échange de données entre les MDPH et la CNSA, qui a pour but de permettre aux MDPH de disposer de « repères » quantitatifs pour la rédaction de leur rapport d'activité. Quatre-vingt-sept maisons départementales ont participé à cet échange sur les données 2007.

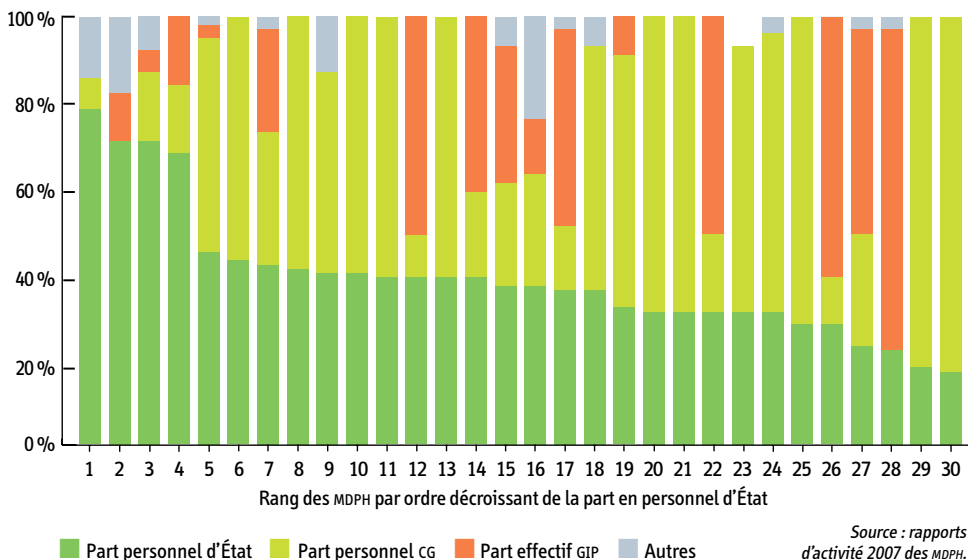
Les graphiques présentés ci-après illustrent les résultats obtenus par ce circuit d'échange. Ils sont parfois basés sur un échantillon inférieur à quatre-vingt-sept, lorsque certaines réponses n'ont pas pu être analysées.

✱ Les conditions de fonctionnement

Les personnels

Malgré, et à cause des difficultés rencontrées dans certains départements avec les mises à disposition des personnels de l'État, les MDPH ont recruté un assez grand nombre d'agents, soit directement soit, dans la majorité des cas, par le biais du conseil général qui les affecte à la maison départementale. Il n'a toutefois pas été possible de faire la part, dans les statistiques fournies, du total des postes en équivalents temps plein à la MDPH et des postes mis à disposition. Les données n'ont pas permis de distinguer les agents mis à disposition par les trois services de l'État concernés (Éducation, Travail et Affaires sociales) et les agents départementaux recrutés pour la MDPH, qui sont juridiquement aussi dans une situation statutaire de mise à disposition.

Origine des personnels en 2007
Échantillon : 30 MDPH



Les deux tiers des MDPH fonctionnent avec au moins 50% de mises à disposition, État et conseil général confondus, et certaines ne fonctionnent qu'avec du personnel mis à disposition.

Le nombre d'agents a globalement été augmenté de 50 % dès les deux premières années d'installation. Rares sont les départements qui ne disposent pas d'une trentaine d'emplois permanents sur les différentes missions de la maison départementale. Tel département de trois cent mille habitants présente un organigramme de quarante-trois personnes, toutes qualifications confondues, pour vingt-huit équivalents temps plein.

Quant à leur gestion, il apparaît qu'un certain nombre de GIP ont recruté leur personnel au-delà de ce qu'on aurait pu penser au départ, tant dans des départements très peuplés que dans certains plus petits. Cette place plus autonome ressort soit de la volonté politique locale, soit de la nécessité de donner à certains personnels un contrat plus favorable, ce qui n'aurait pas été possible au sein du statut de la fonction publique territoriale. Dans certains départements, des conventions ont été formellement passées entre les services des conseils généraux et les GIP sur les questions de personnel et sur l'informatique.

Pour ce qui concerne les recrutements nouveaux, les uns, considérant que c'était là une mission nouvelle de leur politique sociale, ont agi comme s'il s'agissait d'une vraie décentralisation, et les autres ont d'abord attendu les transferts de l'État, ou leur prise en charge financière, avant de décider de recruter directement. Si on juge que globalement les trois quarts des crédits de fonctionnement sont consacrés à des frais de personnel, **on peut considérer que mille emplois sont financés** en plus des ressources humaines existantes grâce aux concours financiers de la CNSA (45 M€ par an).

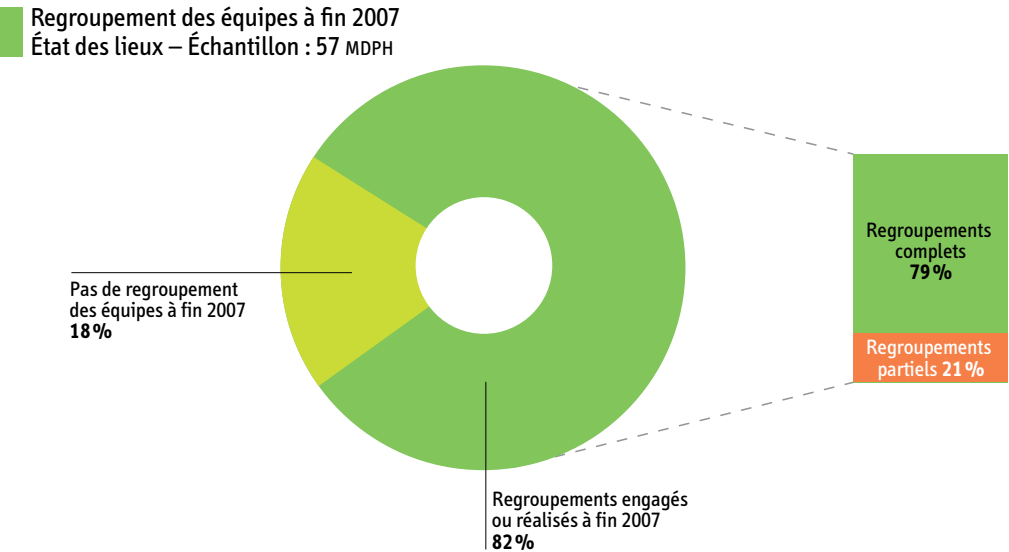
De nombreux rapports notent, une nouvelle fois, la précarité de certains postes, en raison de l'absence de toutes les mises à disposition d'emplois initialement prévus dans les conventions de création des GIP ainsi que d'incertitudes sensibles sur les transferts de crédits de l'État. Outre le manque de moyens en personnel, venant souvent d'agents de l'État qui avaient à la fois la mémoire et les compétences techniques, on regrette aussi que cette précarité des situations ait des conséquences dommageables sur la professionnalisation des équipes dont les membres sont des remplaçants sous contrat de courte durée.

Au-delà de ces difficultés dénoncées, des éléments très positifs sont mis en avant comme les efforts de formation engagés par la majorité des départements pour homogénéiser les cultures de ces personnels venant d'horizons différents et ayant des âges et des compétences diverses, y compris en faisant sauter progressivement la barrière entre les anciens des CDES et des COTOREP. La réunion dans des locaux uniques, les qualités de management des directeurs, et sans doute la nouvelle proximité des membres de la CDAPH ont favorisé ces évolutions.

✱ Les locaux

C'est également un domaine dans lequel les progrès ont été nombreux en 2007. **Les trois quarts des départements disposent de locaux uniques** permettant aux équipes d'être regroupées sur un même site même si, dans certains cas encore, ce regroupement reste provisoire, avec des locaux mal agencés, en attendant des locaux neufs ou rénovés.

L'aménagement des nouveaux locaux a permis de faire réfléchir les équipes à leurs missions, à leurs moyens et à leurs relations fonctionnelles. En cela, au-delà de la crainte toujours liée aux changements, les déménagements ont été de fait plutôt structurants. L'accessibilité des locaux a fait l'objet d'un travail approfondi avec les associations représentatives pour assurer la prise en compte des besoins de tous les types de handicap. Différentes modalités d'accès pour les personnes sourdes se mettent en place (langue des signes, Web-sourd, affichage électronique...).



- Près de 80 % des MDPH ont engagé une démarche d'accessibilité.
- Elles sont plus nombreuses à avoir engagé une démarche d'accessibilité lorsqu'elles ont engagé un regroupement (partiel ou total) : 91 %.

Le système d'information

Ce domaine, l'un de ceux qui ont donné lieu au plus grand nombre de réunions techniques au niveau national, n'est pas traité de façon trop négative dans les rapports.

De par la disparition programmée des anciens systèmes ITAC et OPALES, les MDPH ont dû s'atteler à la recherche d'une solution de remplacement leur permettant de s'affranchir des anciennes solutions nationales et mettre sur pied **un traitement automatisé des données à caractère personnel** pour faciliter l'instruction, la gestion et le suivi des demandes.

La recherche de solutions a reposé sur l'extension du périmètre du système d'information de chaque conseil général dédié à l'aide sociale ou au passage d'appels d'offres pour l'acquisition d'un logiciel spécifique de gestion de la MDPH.

Si, pour 2007, peu de maisons départementales indiquent avoir fait basculer leur système, on peut considérer qu'au milieu de l'année 2008, près de la moitié d'entre elles étaient en passe de le faire. L'appropriation des nouveaux systèmes s'appuie aussi sur la conservation d'un outil répondant aux besoins d'archivage à partir des anciens logiciels, l'historique des dossiers étant ainsi sauvegardé.

✱ Les différentes missions de la MDPH ont été mieux prises en compte en 2007

L'accueil

Il s'agit du « service » qui était le plus attendu, notamment par les associations de personnes handicapées, et le plus significatif du changement de regard dans le domaine institutionnel. Tant par le nombre d'agents chargés de cette mission première de la MDPH (14 % des agents y sont affectés) que par l'organisation des locaux, de réels progrès ont été réalisés au cours de l'année 2007. Il n'est pas rare que dans un département de taille moyenne, l'effectif affecté à cette mission dépasse les dix agents. Un véritable suivi de l'activité de l'accueil se met en place et permet d'adapter les moyens (locaux, lignes téléphoniques et personnel dédié) en fonction de la fréquentation tant physique que téléphonique.

À titre d'exemple, dans la MDPH d'un département de taille moyenne-haute (le Finistère, huit cent cinquante mille habitants), on reçoit trente personnes par jour et on répond à trois cents appels téléphoniques. Le souci de l'accessibilité de la maison départementale s'est souvent concrétisé par des permanences en langue des signes française et l'édition de documents en braille.

Parmi les innovations, on peut citer la mise en place de plates-formes téléphoniques avec des personnels formés et surtout l'organisation, dans de nombreux départements, **d'un accueil physique à deux niveaux** : l'information, d'une part, et l'accueil plus complet pour la constitution des dossiers, d'autre part, permettant une écoute approfondie de la personne et un début d'instruction.

Dès cette deuxième année de fonctionnement, les maisons départementales ne sont plus le lieu unique d'accueil des personnes handicapées sur le département, près de la moitié ayant déjà déployé des accueils secondaires sur leur territoire.

Toutefois, rares sont les CLIC ou les CCAS qui ont été mobilisés (on les trouve dans moins de 20 % des départements). **Ce sont plutôt les unités territoriales d'action sociale** – services des conseils généraux –, qui constituent ces points d'appui déconcentrés. Les CAF sont également sollicitées comme point d'accueil pour les parents d'enfants handicapés.

Les rapports mentionnent aussi l'ouverture de la MDPH aux associations, qui y assurent des permanences, ainsi que l'existence de permanences d'accueil associatives localisées sur le territoire départemental pour le compte de la maison départementale.

Un réel souci de communication existe avec le développement de différents instruments et supports d'information : livret d'accueil, affichage par écran électronique, bornes interactives de la CAF et de l'AGEFIPH, site internet spécifique ou rubrique sur le site du conseil général, plaquettes et brochures en direction du grand public.

* L'évaluation

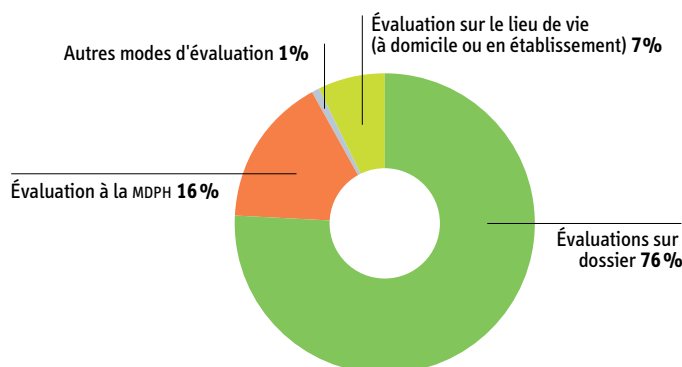
Le guide d'évaluation des besoins de compensation des personnes handicapées (GEVA) semble être utilisé par la quasi-totalité des MDPH, même s'il ne l'est que partiellement (80 % des départements), quelques-uns disant ne pas l'employer du tout...

Les MDPH qui ont organisé des rencontres de travail autour de cet outil soulignent combien elles ont permis aux membres de l'équipe pluridisciplinaire et des équipes conventionnées « *d'échanger sur l'appréciation de la situation de la personne handicapée, des différentes déficiences et incapacités* », débats favorisant l'émergence d'une culture commune. La pluridisciplinarité devient progressivement une réalité, au fur et à mesure de l'arrivée dans les équipes de professionnels de formations différentes (assistants sociaux, ergothérapeutes, conseillers en économie sociale et familiale...). Des formations à l'utilisation du guide sont souvent citées dans les rapports annuels.

C'est sans doute dans les équipes pluridisciplinaires que les effectifs de professionnels ont connu la plus grande augmentation ; le « noyau dur » (personnels spécialisés internes à la MDPH) peut représenter jusqu'à 80 % du personnel. Il est souvent fait appel à des expertises extérieures, même dans le cas des gros départements. Les rapports n'évoquent cependant que très peu les services de PMI, ou les secteurs de psychiatrie...

Si, dans l'esprit de la loi, l'évaluation pluridisciplinaire devait donner lieu à des entretiens personnalisés, les trois quarts des demandes sont examinées au travers des seuls dossiers, les visites à domicile restant encore très minoritaires. On peut toutefois faire remarquer que ces évaluations sur le lieu de vie des personnes sont passées de 4 % en 2006 à 7 % en 2007, et qu'elles représentent ainsi quelque mille visites en moyenne par département. Elles sont en effet réservées aux demandes les plus complexes nécessitant une évaluation de l'environnement de vie de la personne handicapée.

■ Répartition des modes d'évaluation en 2007
Échantillon : 39 MDPH



* La CDAPH

Malgré le nombre important de ses membres comme de ses réunions, **la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées** ne fait pas l'objet de critiques massives quant à son fonctionnement.

Après le sentiment d'écrasement devant les tâches à accomplir qui était celui des directeurs comme des présidents de commission en 2006, notamment en raison des stocks de dossiers non traités dans l'ancien dispositif, la lecture des rapports annuels de 2007 donne une impression, sinon d'apaisement, du moins d'utile réflexion engagée par les nouveaux responsables sur la meilleure organisation à mettre en place.

En effet, la CDAPH est une organisation originale appelée à construire un mode de fonctionnement innovant qui doit à la fois faire face à la pression de la masse des dossiers et garantir la recherche du traitement le plus individualisé possible pour un certain nombre de demandes.

La majorité des départements ont organisé des sessions de la commission des droits au moins tous les quinze jours, voire chaque semaine durant toute la journée. Aucune MDPH ne se plaint de l'absentéisme de ses membres, enrayé sans doute grâce aux nombreux suppléants nommés...

Le souhait d'étudier toutes les demandes en « ouvrant les dossiers en séance » avait été pointé, l'année dernière, comme une difficulté structurelle du nouveau dispositif. Le taux d'examen des dossiers apparaît dans certains rapports, celui-ci s'opposant à une modalité de présentation par listes. Une répartition selon les âges semble encore assez majoritaire dans l'organisation des CDAPH.

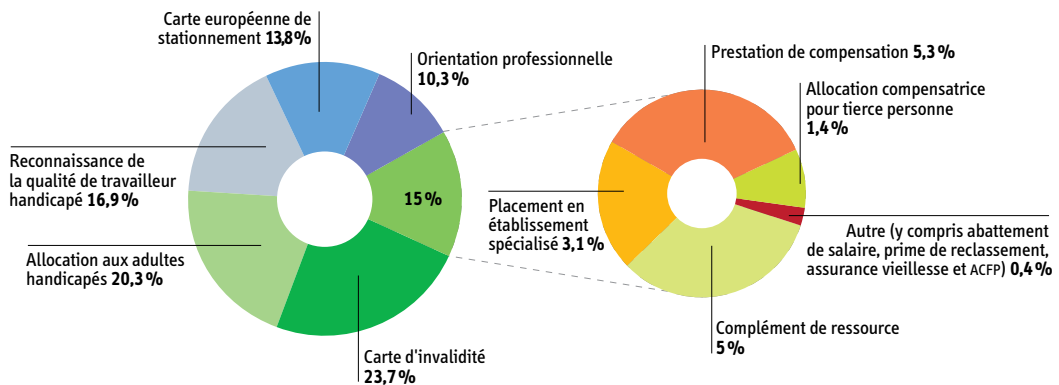
De nombreuses commissions veillent à recevoir les demandeurs, dans des conditions d'écoute garantissant une certaine dignité, souvent en petit comité, évitant ainsi que les vingt-trois membres ne soient tous réunis pour ces audiences.

On note avec intérêt le souci **d'un grand nombre des MDPH d'organiser le flux des dossiers**, à la fois pour raccourcir les délais de traitement et pour fluidifier les séances de la CDAPH; ainsi, une répartition des demandes par type de traitement administratif est faite dès l'arrivée du courrier (les demandes pour l'obtention des différentes cartes seront traitées de manière plus simple, donc plus rapide qu'une demande de PCH).

Dans le fonctionnement des MDPH, le chiffre le plus significatif est sans doute celui des demandes déposées, rapporté à la population de moins de 60 ans ; **ce chiffre varie de dix-sept à près de cinquante pour mille habitants**, soit de un à trois... selon les départements.

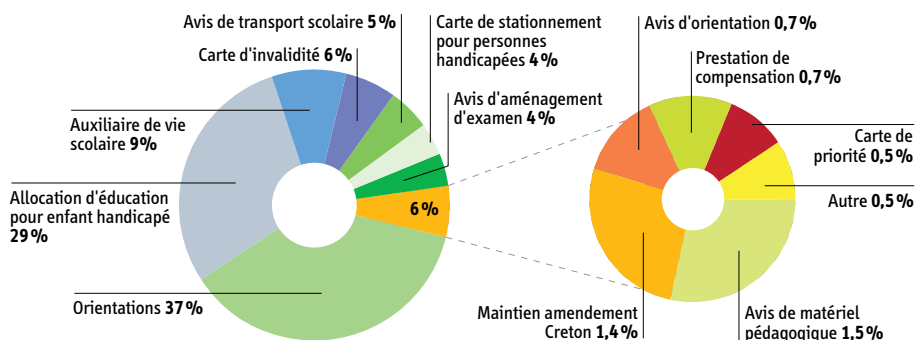
Parmi les différents types de demandes qui sont analysées, celles relatives à la PCH constituent les plus longs développements dans les rapports, non pas en raison de leur nombre, qui est très faible par rapport au total des demandes, mais de la nouveauté et de la difficulté que représentent la réalisation d'une évaluation globale des besoins et la proposition d'un plan personnalisé de compensation.

Répartition des demandes adultes déposées en 2007 Échantillon : 97 MDPH



Sources : extraction ITAC 5-12 février 2008 et questionnaire mensuel.

Répartition des demandes enfants déposées en 2007 Échantillon : 90 MDPH



Sources : extraction OPALES 14 février 2008 et questionnaire mensuel.

✱ La conciliation

Cette fonction semble assez bien utilisée dans les départements où elle a été mise en place. Si, lors de la première année de fonctionnement, moins de la moitié des départements avaient pu désigner la « personne qualifiée chargée de proposer des mesures de conciliation », on peut dire qu'il en existe aujourd'hui presque partout, même si les MDPH soulignent souvent la difficulté de trouver des bénévoles compétents et volontaires pour accomplir cette mission.

Pour autant, les demandes de conciliation des personnes handicapées ou de leur famille sont encore en relatif petit nombre (40 % des MDPH disent n'avoir eu aucune demande à traiter en 2007).

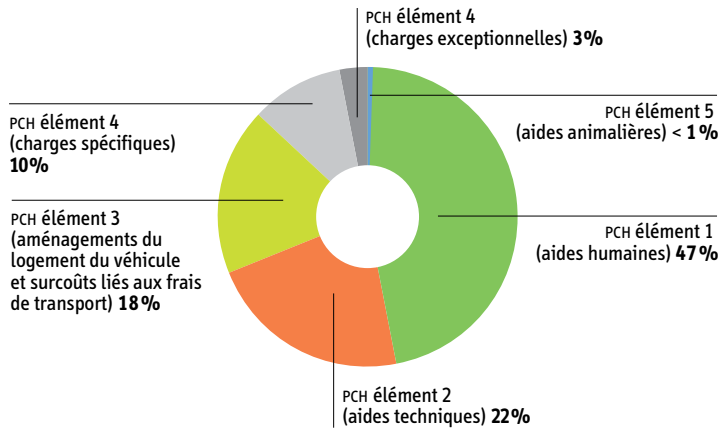
✱ La prestation de compensation du handicap

Sans que le nombre des demandes ait « explosé » lors de la création des MDPH, les décisions ont été relativement lentes à être prises, du fait de la nouveauté du dispositif.

Le taux des accords s'établissait de 60 à 80 % et en moyenne nationale, il était des deux tiers. Les maisons départementales indiquent que le temps passé à l'étude de ces demandes est sans proportion avec leur nombre. Celui-ci représente en moyenne 5 % des demandes, mais l'étude de ces demandes occupe environ le quart des moyens de la MDPH et du temps de ses professionnels.

Parmi les éléments financés par la PCH, si les aides humaines en représentent encore la moitié, les aménagements de logement, les frais de transport et les autres aides techniques représentent 40 % en volume des décisions. Ces chiffres sont d'autant plus remarquables si on les compare aux anciens financements accordés par les COTOREP, qui concernaient essentiellement les aides humaines.

Répartition 2007 des éléments de la PCH accordés en volume
Échantillon : 62 MDPH



✱ La scolarisation

Il y a, au regard de son importance, peu de choses dans les rapports des départements sur ce thème. On a longtemps pensé que les changements de procédure pour les dossiers des enfants étaient marginaux. **Pourtant, le changement de paradigme était complet**, puisque la loi affirme le droit commun de l'école ordinaire et qu'elle « renverse la charge de la preuve ». Ainsi, il est vraiment apparu que les rôles des différents acteurs – enseignants, parents, équipe pluridisciplinaire de la MDPH, voire établissements et services médico-sociaux – devaient être profondément modifiés. L'augmentation de l'activité sur le nombre de situations d'enfants est pointée dans de nombreux rapports. De plus, la suppression des CCPE et des CCSD a transféré des tâches directement à l'échelon départemental.

Les rapports parlent également beaucoup des missions des enseignants référents. Souvent hébergés dans les collèges (dont les départements ont par ailleurs la charge logistique) dans la grande majorité des situations, leurs moyens de fonctionnement sont assurés par la MDPH ou directement par les services du conseil général. Les départements indiquent souvent qu'une convention a été élaborée sur les conditions des « prestations de missions » des enseignants référents et sur la mise en œuvre du plan personnalisé de scolarisation. Quelques-uns traitent aussi de l'accueil des étudiants handicapés à l'université, dossier effectivement encore sensible en 2007.

Différents développements sont également fournis sur les emplois d'auxiliaires de vie scolaire (AVS), sur les difficultés rencontrées à la rentrée scolaire 2007 et sur les interrogations concernant le profil, les fonctions et la pérennité de ces emplois.

✱ L'insertion professionnelle

Si le domaine de l'emploi des personnes handicapées était déjà très présent dans les COTOREP, il n'était pas apparu comme une préoccupation première lors de la création de la MDPH. L'importance des informations recueillies dans les rapports de 2007 permet ainsi **un développement détaillé sur ces thèmes de l'emploi et de l'insertion professionnelle des personnes handicapées.**

En 2007, les demandes liées à l'emploi augmentent dans les MDPH par rapport à 2006 : les augmentations relevées sont nombreuses et importantes (de + 9 % de reconnaissances de la qualité de travailleur handicapé, jusqu'à + 20 %). Au plan national, si le nombre de demandes de **RQTH** avait nettement baissé il y a deux ans, il a augmenté de 18 % en 2007 (deux cent soixante mille personnes), sans toutefois retrouver le niveau de 2004-2005.

En 2007, la plupart des MDPH ont désigné un référent de l'insertion professionnelle. Il peut être contrôleur du travail, psychologue, assistant de service social, juriste... Dans certains cas, le référent pour l'insertion professionnelle est mis à disposition de la MDPH, par un Cap emploi ou la DDTEFP.

Plusieurs MDPH ont mis en place **un accueil individuel** dédié à l'insertion professionnelle. Plusieurs MDPH mentionnent également la présence de la « borne AGEFIPH », borne interactive dédiée à l'information des personnes handicapées sur les aides et dispositifs relatifs à l'emploi en milieu ordinaire de travail, qui permet notamment la mise en relation directe avec un conseiller Cap emploi. **L'accueil collectif** spécifique s'est également développé : informations collectives hebdomadaires conduites sous la responsabilité du référent insertion professionnelle, demi-journées d'accueil collectif trimestrielles... L'organisation même des MDPH peut refléter cette forme de spécialisation ; plusieurs d'entre elles ont mis en place **des pôles et des missions dédiés à l'insertion et à l'orientation professionnelle.** Ces différentes formes d'organisation s'appuient sur le même type de partenariat que celui développé au sein des équipes pluridisciplinaires spécialisées, en soutien desquelles elles viennent souvent.

Dans sa forme et sous son appellation la plus répandue, « **l'équipe pluridisciplinaire insertion professionnelle** » rassemble :

- ▀ le référent insertion professionnelle MDPH ;
- ▀ un médecin de la MDPH ;
- ▀ un psychologue de l'AFPA ;
- ▀ un représentant de l'ANPE ;
- ▀ un représentant des Cap emploi.

Ce noyau dur peut associer la CRAM et être complété par un médecin du travail.

Au registre des variantes, citons une procédure accélérée pour le traitement en urgence des demandes de RQTH, instruites par le seul médecin de la MDPH dans un département.

Il existe également une section spécialisée de la CDAPH à dominante insertion professionnelle, mais ce cas de figure est nettement moins répandu.

Les MDPH ont été amenées, dans ce secteur comme dans d'autres, à **passer des conventions** fixant la participation aux équipes pluridisciplinaires d'évaluation. Un très grand nombre de rapports d'activité font état des conventions passées ou à venir **avec le service public de l'emploi et les Cap emploi** à ce titre. Dans plusieurs MDPH, les partenariats se sont mis en place sans que ces conventions aient été signées. Ces partenariats vont souvent au-delà de la participation aux équipes pluridisciplinaires, et se traduisent par des actions innovantes, qui seront détaillées plus bas.

Après la signature de conventions, **la participation au plan départemental d'insertion des travailleurs handicapés** constitue la forme la plus emblématique et la plus partagée de partenariat développé dans le domaine de l'insertion professionnelle.

Enfin, outre les bornes d'information déjà mentionnées, **le partenariat des MDPH avec les délégations de l'AGEFIPH** se développe par la contribution de cet organisme au financement de certaines aides dans le cadre de la PCH ou du fonds départemental de compensation, y compris pour les MDPH qui n'ont pas participé à l'expérimentation lancée sur ce thème.

Des actions innovantes et partenariales se mettent en place. De nombreuses MDPH font ainsi état de leur participation **aux expérimentations nationales**. D'autres ont développé ou poursuivi **des projets locaux innovants**, tels que la plate-forme de suivi des parcours des travailleurs handicapés, action partenariale sur le suivi des travailleurs handicapés à leur sortie de CRP ou en CIE...

Un grand nombre d'actions partenariales sont également développées dans le domaine de l'information, de la formation, et de l'observation : participation à *la Semaine pour l'emploi des personnes handicapées*, présentation de l'AGEFIPH et du FIPHP en CDAPH plénière, stage du référent insertion professionnelle auprès des partenaires du service public de l'emploi...

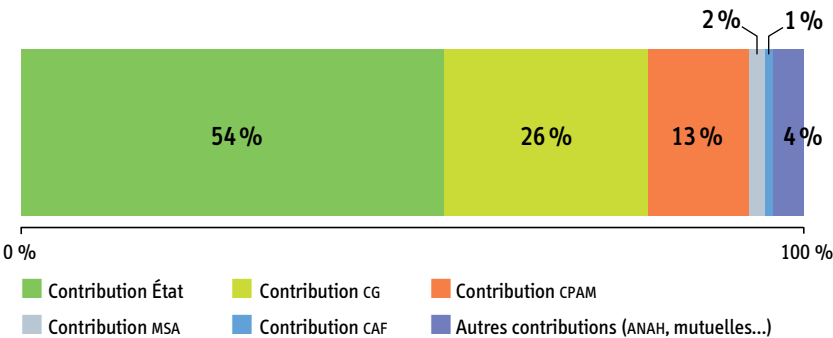
Pour beaucoup, l'amélioration de la collaboration dans le champ de l'insertion professionnelle reste une priorité et dans les projets de 2008, de nouvelles thématiques émergent :

- ▶ l'accompagnement dans un parcours d'insertion ;
- ▶ l'insertion professionnelle des jeunes travailleurs handicapés et le parcours de formation des élèves handicapés ;
- ▶ le développement de l'observation en matière d'emploi et d'insertion professionnelle.

Le fonds départemental de compensation

Le fonds départemental de compensation est évoqué dans presque tous les rapports transmis. Des tableaux de synthèse présentent les types de demandes, les catégories de personnes handicapées, la nature des prestations financées. L'alimentation du fonds par l'État, avec les crédits des ex-sites pour la vie autonome créés avant la loi de 2005, apparaît essentielle. Ces crédits de l'État restent les premiers, et souvent les plus importants, dans l'immense majorité des fonds départementaux. Pour les départements pour lesquels on dispose des chiffres, ce taux est en moyenne de 64 % du total du fonds. Outre le département toujours présent, les autres financeurs sont très différenciés, sans que l'on puisse établir une réelle cartographie aujourd'hui.

Répartition des participations des contributeurs au fonds de compensation
Échantillon : 26 MDPH



Source : rapports d'activité 2007 des MDPH.

Le contentieux

Les chiffres recueillis ne sont guère significatifs, puisqu'on ne connaît pas les statistiques de l'ancien dispositif. Parmi les recours, 60 % sont des recours contentieux, mais cette moyenne doit être prise avec prudence, compte tenu du faible échantillon (trente-huit départements). Il sera aussi utile d'observer l'éventuelle corrélation entre **le niveau du contentieux et l'activité des conciliateurs**.

L'organisation d'une fonction d'explication des décisions aux personnes contribue à faire diminuer le nombre de recours contentieux, souvent liés à une incompréhension de la décision ou au sentiment de ne pas avoir été suffisamment écouté au cours de la procédure par la maison départementale.

Toutefois, ce secteur dans les MDPH reste encore à structurer.

Le suivi des situations

Il y a relativement peu de choses sur ce thème, qui n'est sans doute pas encore considéré comme une priorité, et peut-être pas comme l'une des fonctions obligatoires de la MDPH.

Quand un chapitre est consacré à cette préoccupation de la maison départementale et de sa CDAPH, il est fait état de **la création d'un outil de suivi de l'effectivité des décisions**.

Il est à cet égard proposé de poursuivre les échanges entre MDPH sur les mécanismes à inventer sur ce thème, le suivi de la situation de la personne handicapée dans le temps étant un des enjeux de la réussite du nouveau dispositif.

La qualité du service

Décidé par le Conseil de la CNSA, **un dispositif permanent de mesure de la satisfaction des usagers** a été proposé fin 2006 aux MDPH.

Mis en place dans les premiers départements à partir de février 2007, il s'est étendu progressivement à plus de cinquante aujourd'hui. Cette montée en puissance du dispositif, peut-être parce que lente, ne se traduit pas par de grands développements dans les rapports de 2007. C'est à partir de l'évolution trimestrielle ou annuelle des résultats que la MDPH pourra vérifier l'impact de son action sur la satisfaction des bénéficiaires...

Conclusion

S'il est délicat de conclure sur un nouveau domaine d'action publique après simplement deux ans d'existence, on peut toutefois, sans émettre de jugement hâtif, donner certaines tendances et faire part de certaines interrogations pour le proche avenir.

Parmi les sept « *points de préoccupation et de vigilance* » qui étaient évoqués l'année dernière, on peut considérer qu'au cours de 2007, cinq ont connu de vrais progrès ou qu'ils ressortent au moins d'un net « commencement de preuve », mais doivent encore faire face à certains défis.

- **La constitution d'une équipe pluridisciplinaire structurée** : si les conventions passées pour des expertises extérieures constituent une richesse dans le partenariat, leur très grand nombre pourrait aussi être significatif d'un éclatement excessif du travail en équipe. D'où l'importance de structurer véritablement l'action par un minimum de travail en commun et dans la durée.
- **Le fonctionnement de la CDAPH** n'a sans doute pas encore trouvé sa vitesse de croisière, mais il a donné lieu dans la majorité des départements à une véritable réflexion entre les responsables de la MDPH et les membres de la commission. Bien que les MDPH se soient organisées pour fluidifier le fonctionnement de leurs commissions, il sera sans doute nécessaire de proposer une modification des textes de façon à ce que les décisions, toujours prises collectivement, ne soient pas trop lourdes à gérer.
- **Les liaisons avec les politiques nationales de droit commun** se sont très nettement développées, notamment dans les domaines de l'emploi et de l'école. Les questions de santé sont traitées le plus souvent sous l'angle des orientations vers les établissements médico-sociaux, certaines MDPH ayant élaboré un suivi des places disponibles sur leur département. La santé mentale est, quant à elle, presque entièrement absente, ce que l'on regrettera car s'il est une politique comparable, en doctrine, avec le dispositif des MDPH, travaillant en réseau, c'est bien celle de la psychiatrie de secteur. Le logement a donné lieu à d'intéressantes innovations. Dans les domaines de la culture, des sports et des loisirs, les initiatives n'apparaissent pas prioritaires.

- ▶ **Le maintien des ACTP** : on notera, logiquement, un réel infléchissement des demandes (elles ont diminué de moitié entre 2006 et 2007), puisque seuls les renouvellements sont possibles depuis 2006. Remarquons toutefois qu'au plan national, la dépense d'ACTP des départements diminue peu. Certains se posent la question de la pérennité de cette ancienne allocation, trois ans après la création de la PCH.
- ▶ **L'installation d'un système d'information fiable** : malgré les difficultés liées à la maintenance des deux systèmes anciens et la charge de travail pour les équipes locales, la moitié des départements ont aujourd'hui assuré le transfert sur leur nouveau système.

Les deux autres points doivent concentrer l'attention.

- ▶ **S'agissant du plan personnalisé de compensation**, on voit qu'il n'est élaboré que dans les cas de demande explicite d'une PCH. L'étude menée par l'ODAS en 2007 sur les premiers PPC concluait d'ailleurs sur cette observation. Il conviendra sans doute de réfléchir dans quelles situations on pourrait ne pas en élaborer, sans que cela soit considéré comme un recul des pratiques qui ne mettraient plus la personne handicapée au cœur d'un dispositif.
- ▶ **Le suivi des situations et l'accompagnement des personnes dans le temps** devront donner lieu à une plus large réflexion collective, de façon à ce que ces missions puissent être mieux structurées. Dans les progrès attendus de la nouvelle institution, elles apparaissent indispensables, là où les anciennes commissions (surtout la COTOREP) n'avaient guère réussi. **Sans aller jusqu'à un véritable accompagnement de toutes les personnes, il est nécessaire que la MDPH puisse savoir quelle suite est donnée aux décisions prises.**

Si cela n'a pas été traité dans cette note de synthèse, un grand nombre de rapports fournissent **des données financières**. On voit ainsi que les MDPH, sans être directement attributaires des financements extérieurs, se préoccupent des coûts de leurs décisions. **Concernant les budgets des GIP-MDPH**, une étude a été réalisée par la CNSA avec une vingtaine de départements. Elle montre que si la participation de l'État reste encore importante, et cela malgré les difficultés liées à la mise à disposition des personnels, l'investissement des conseils généraux – et de la CNSA – a permis un développement relativement rapide de la nouvelle institution, au triple plan des emplois, des locaux et de la logistique, particulièrement en matière d'informatique.

Alors que les conventions d'appui à la qualité de service signées entre les présidents de conseil général et la CNSA arrivent à échéance fin 2008 (elles seront tacitement prorogées de six mois), il est nécessaire d'examiner les conditions de présentation des futurs rapports, de façon à assurer leur exhaustivité et une meilleure comparaison, la transparence des informations étant l'un des vecteurs de l'égalité de traitement sur le territoire dont la Caisse nationale est chargée par la loi de s'assurer.

Enfin, on peut témoigner, tant à la lecture de ces rapports que dans les relations régulières que la CNSA a développées avec elles, que les maisons départementales des personnes handicapées ont su mettre en œuvre une réforme qui demandait d'abord **un vrai changement de culture**. Le souci de la qualité du service rendu, notamment en termes d'accueil, et la volonté de nouer des partenariats avec les autres acteurs de la politique du handicap dans leur département font des MDPH le début heureux d'**un modèle nouveau de service public**.

* Récapitulatif des actions financées sur la section V et mise en œuvre du programme d'action 2008 Au 30 septembre 2008

1. Connaissance des besoins globaux d'accompagnement des personnes en perte et en manque d'autonomie	
Axe	Personnes âgées / Personnes handicapées (PA/PH)
1a) Amélioration de la connaissance sur les personnes en situation de perte ou de manque d'autonomie (part dans la population générale, relation avec des facteurs de risques de santé, sociaux, environnementaux...)	PH
	PA/PH
	PA/PH
1b) Mesure des besoins de recours aux services et d'adaptation des services.	PH
	PH
	PH
1c) Appui à la mise en place d'une fonction d'observation locale.	PH
	PH
1d) Connaissance des attentes des personnes en matière de prise en charge de la perte d'autonomie (participation et citoyenneté).	
1e) Mobilisation des données, amélioration du recueil des données ; développement de méthodologies de la bonne utilisation ; déploiement de la technologie de diffusion des données.	PH
	PA/PH
2. Évaluation des besoins individuels et de la situation de la personne	
Axe	Personnes âgées / Personnes handicapées (PA/PH)
2a) Outils et démarches d'évaluation.	PH
	PA/PH
	PH
	PA/PH
	PA/PH
	PA/PH
	PA
	PH
2b) Soutien à l'organisation et à la mise en œuvre de l'évaluation.	PH
2c) Expression et prise en compte du projet de vie de la personne et de son articulation avec l'évaluation de sa situation.	PH
	PH

(1) Projet retenu dans le cadre du programme de travail 2007 dont les conventions ont été signées en 2008.

Titre projet	Porteur	Budget (k€)
Déficiência intellectuelle légère de l'enfant : prévalence, étiologie et prise en charge.	Registre des handicaps de l'enfant et observatoire périnatal (RHEOP) de l'Isère et des deux Savoie.	90
AAP territoire et santé.	IRESP.	En cours de définition
Étude sur le vieillissement des PH dans le Maine et Loire.	MDPH 49.	30
Enquête sur les trajectoires des lycéens et étudiants handicapés au niveau international, dans le cadre de l'OCDE.	INS-HEA.	50
Grandir ensemble : étude nationale destinée à analyser les enjeux et les conditions d'un meilleur accès des enfants en situation de handicap aux structures d'accueil ou de loisirs.	Fédération Loisirs Pluriel.	25
Connaissance des besoins des enfants et des jeunes adultes accueillis en ITEP en Basse Normandie.	CREAI de Basse Normandie.	33,2
Handicap psychique, autonomie, vie sociale.	DREES.	600 maximum
Précarité, émergence de situations de handicap durant l'enfance et choix de la filière de prise en charge.	CRESGE Nord Pas de Calais.	En cours de définition
Observatoire du handicap.	MDPH 47.	En cours de définition
Système d'information partagé MDPH.	Prestataires sur appels d'offres.	264
Guide d'utilisation des statistiques dans les domaines du handicap et de la dépendance.	Appel d'offres FNORS.	95
Titre projet	Porteur	Budget (k€)
E-espoirs-Handi (travail sur la GEVA comptabilité).	CHU Clermont Ferrand.	60
Optimisation de la compensation par articulation sanitaire / médico-social en matière d'incontinence (travail sur la GEVA compatibilité).	Réseau de santé PERINICE (réseau régional NPDC).	204,8
GEVA compatibilité.	Association Information Recherche (AIR).	223,3
Expérimentation du SMAF dans le département de la Dordogne.	CG Dordogne.	500
Évaluation des besoins de compensation : une étude des perceptions.	ASDO études.	102,8
Les pratiques et la fonction d'évaluation : une étude des organisations et des représentations.	Deloitte.	1 071,4
GEMAPA ⁽¹⁾ .	CG Creuse.	10
Logiciel GEVA bêta 1.	CEDIAS.	15
Relais accueil locaux MDPH 49.	MDPH 49.	4
Aide à la formulation du projet de vie.	GEIST 21.	82
Mise au point d'outils d'aide à la formulation et à la mise en œuvre du projet de vie des porteurs de trisomie 21.	Trisomie 21.	120

3. Aides techniques	
Axe	Personnes âgées / Personnes handicapées (PA / PH)
3a) Appui au développement de solutions techniques et technologiques particulières (étude de besoins, acceptabilité par les personnes, service rendu...) et de solutions facilitant ce développement.	PA
	PH
	PA
	PA
	PA
	PA / PH
3b) Évaluation des besoins en matière d'aide technique et appui à la préconisation et à l'acquisition (référentiels, centres ressources...).	PH
	PH
3c) Connaissance prospective du secteur : marché, évolutions technologiques, besoins des usagers.	PH

4. Aide aux aidants informels	
Axe	Personnes âgées / Personnes handicapées (PA / PH)
4a) Connaissance de la place des aidants familiaux dans l'accompagnement des personnes en perte d'autonomie (articulation avec les aidants professionnels, évolution quantitative...).	PA / PH
	PA / PH
4b) Soutien à l'élaboration et au développement des dispositifs d'aide aux aidants.	
4c) Mise en place d'actions de formation pour les aidants familiaux : soutien en phase de démarrage.	

5. Formules d'organisation innovante dans l'accompagnement médico-social de la perte d'autonomie	
Axe	Personnes âgées / Personnes handicapées (PA / PH)
5a) Développement, accompagnement, évaluation de nouveaux modes d'organisation.	PH
	PA
	PA / PH
	PH
	PH
5b) Évaluation de lieux de vie innovants ou de structures d'accompagnement innovantes.	PH
	PA

6. Adaptation et amélioration des espaces de vie	
Axe	Personnes âgées / Personnes handicapées (PA / PH)
6a) Prise en compte de la perte d'autonomie dans le secteur de l'habitat ordinaire.	
6b) Organisation de l'espace dans la prise en charge en établissement médico-social.	PA / PH
	PA / PH
6c) Approfondissement des articulations entre les programmations médico-sociales et celles du secteur du logement.	

Titre projet	Porteur	Budget (k€)
Projet Prédica ⁽¹⁾ .	Institut Charles Delaunay.	89,4
Déploiement du dispositif Web-sourd.	MDPH 45.	En cours de définition
T-Seniority.	FNAQPA.	En cours de définition
Exploration des géronto-technologies au service du grand âge.	INSERM.	27
Utilisation des technologies de l'information et de la communication pour la prévention et la gestion des conditions chroniques chez les personnes âgées.	ANR (programme AAL).	1 000 maximum
AAP TECSAN 2008.	ANR.	1 000
Création d'un service formation et information des personnels MDPH au sein d'un centre de ressources mobilité et handicap (CEREMH ⁽¹⁾).	CEREMH AFM (pôle compétitivité MOV'EO).	82
Étude action et expérimentation d'un dispositif de location d'aides techniques avant attribution de la PCH.	CEP CICAT 67.	57
Étude comparative européenne.	Observatoire du marché et des prix des aides techniques.	133

Titre projet	Porteur	Budget (k€)
Enquête aidants informels.	DREES.	100
Enquête sur les besoins et attentes des aidants de personnes âgées dépendantes.	GRATH / CREA Bretagne.	75

Titre projet	Porteur	Budget (k€)
Méthodes pour l'élaboration d'un réseau SAMSAH-SAVS-SSIAD en Seine et Marne.	Centre La Gabrielle.	32,5
Téléassistance pour le maintien à domicile : comment dépasser une logique d'offre technologique et construire des usages pertinents ?	ARMINES.	35,6
Accueil temporaire : changement et adaptation des pratiques professionnelles.	CREAI Nord Pas de Calais.	11,52
Soutien aux travaux de la Mission nationale d'appui en santé mentale.	MNASM.	En cours de définition
Expérimentation de l'accueil temporaire à domicile (intégrant la création d'une unité de ressources à la MDPH).	CG 03.	300
Centre de ressources et d'animation.	ARAMIS.	100
MAIA.		7 200 sur 3 ans

Titre projet	Porteur	Budget (k€)
Un établissement médico-social pour tous : programmer et concevoir des centres médico-sociaux.	ARVHA.	25
Organisation d'un prix de l'architecture des établissements pour PA et PH.	FHF.	24

(1) Projet retenu dans le cadre du programme de travail 2007 dont les conventions ont été signées en 2008.

7. Mesure de l'efficacité	
Axe	Personnes âgées / Personnes handicapées (PA / PH)
7a) Modes de tarification, structures de coût et connaissance des déterminants des coûts globaux.	PH
7b) Évaluation des politiques conduites par la CNSA et dans son champ d'action.	PH
7c) Évaluation des méthodes d'accompagnement.	PA
	PA

8. Approches convergentes de la perte d'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées	
Axe	Personnes âgées / Personnes handicapées (PA / PH)
8a) Coordination et complémentarité des dispositifs d'accueil et d'évaluation (MDPH, CLIC, équipes médico-sociales).	
8b) Évaluation et soutien à des actions innovantes qui dépassent des barrières d'âge.	
8c) Accompagnement de la réflexion autour du nouveau champ de protection sociale.	

9. Actions de prévention	
Axe	Personnes âgées / Personnes handicapées (PA / PH)
9a) Prévention de la perte d'autonomie.	PA
9b) Accès aux soins primaires des personnes handicapées, tant à domicile qu'en établissement.	PH
9c) Prévention de la maltraitance.	PA / PH

10. Pédagogie et diffusion de la connaissance	
Axe	Personnes âgées / Personnes handicapées (PA / PH)
10a) Colloques.	PH
	PA / PH
	PA / PH
	PH
	PA
	PA
10b) Appui aux travaux de la commission spécialisée du Conseil scientifique sur l'animation et les colloques scientifiques.	
10c) Actions de sensibilisation.	

Autres	
Axe	Personnes âgées / Personnes handicapées (PA / PH)
	PA / PH
	PA
	PH
	PA / PH
	PH
	PA

Titre projet	Porteur	Budget (k€)
Étude expérimentale : coût de la prise en charge des PH mentales.	FEGAPEI.	200
Actions innovantes en faveur des personnes en situation de handicap.	CG 71.	10
Essai clinique pour l'évaluation de trois thérapies non médicamenteuses dans la maladie d'Alzheimer ⁽¹⁾ .	CHU Bordeaux.	469
Traitement non pharmacologique de la maladie d'Alzheimer et des pathologies apparentées – application aux troubles du comportement en EHPAD ⁽¹⁾ .	CHU Nice.	6

Titre projet	Porteur	Budget (k€)
Cf. axe 5b appel à projets MAIA.		

Titre projet	Porteur	Budget (k€)
Plan « bien vieillir ».	CNSA / DGAS.	2 500
Audition publique « accès aux soins des personnes en situation de handicap ».	HAS.	20
AAP qualité de l'aide à domicile des personnes fragiles.	DREES.	En cours de définition

Titre projet	Porteur	Budget (k€)
Colloque.	CG 71.	35
Congrès annuel CIAS.	CIAS.	39
Organisation des premiers ateliers nationaux de la solidarité.	Réseau IDEAL (et CG 69).	15
Entretiens de la Fondation de Garches.	Fondation de Garches.	20
Symposium / congrès mondial de gérontologie et de gériatrie.	IAGG.	En cours de définition
Colloque international « l'âge et le pouvoir en question – vieillir et décider dans la cité ».	REIACTIS.	15
Économie des soins de long terme.	DREES.	100

Titre projet	Porteur	Budget (k€)
Convention-cadre	DREES.	
QUORDIAL : projet de site internet collaboratif pour l'animation en gérontologie.	La Tuatha.	35
Création de formations de professionnels de l'accompagnement des personnes IMC/PC.	I=MC².	210
Enquête intervenants à domicile.	DREES.	100
Prévention de l'isolement et de la désocialisation des personnes handicapées.	DOM'HESTIA.	30
FLARE-CNAV ⁽¹⁾ .	3 post-doc.	455

(1) Projet retenu dans le cadre du programme de travail 2007 dont les conventions ont été signées en 2008.

