



Inspection générale
des affaires sociales
RM2008-145P

Evaluation de l'élaboration et de la mise en oeuvre des PRIAC

RAPPORT DEFINITIF

Établi par

D^l. Patricia VIENNE Christian PLANES-RAISENAUER Thierry LECONTE

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

- Mars 2009 -

Synthèse

- [1] La mission d'évaluation des PRIAC (programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie), inscrite au programme annuel de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) pour 2008, a pour objet d'apprécier les effets de la mise en œuvre de cet outil sur l'amélioration de la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées par les établissements et services médico-sociaux, à travers le financement et la réalisation de places nouvelles dans ces établissements et services.
- [2] Créée par la loi du 30 juin 2004¹, la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) est notamment chargée de répartir les crédits destinés aux établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes handicapées et des personnes âgées, financés par l'assurance maladie et relevant de la compétence de l'Etat. Pour ce faire, la CNSA dispose depuis la loi du 11 février 2005², d'un outil de programmation pluriannuel, le PRIAC.
- [3] Le PRIAC est un document de programmation arrêté par le préfet de région et actualisé chaque année pour la fin avril, qui dresse pour une période de cinq ans les priorités interdépartementales de créations, extensions ou transformations d'établissements et services médico-sociaux, établies sur la base des schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale.
- [4] La notification par la CNSA des crédits pour mesures nouvelles constitue une démarche distincte de la programmation PRIAC. Chaque année, pour le 15 février, la CNSA notifie aux préfets de région et aux préfets de département le montant des dotations régionales limitatives ainsi que les dotations départementales indicatives pour l'année en cours. Après arbitrage régional, le préfet de région doit, pour le 15 mars, indiquer s'il retient ou non cette proposition de répartition interdépartementale. Courant avril, la CNSA procède à la répartition définitive des dotations départementales qui feront l'objet d'une publication au journal officiel, fin mai début juin. Le PRIAC est alors actualisé dans chaque région pour tenir compte des dotations définitives. Le montant des enveloppes notifiées par la CNSA est établi sur la base de critères de rééquilibrage territorial, quel que soit le nombre de créations de places programmées dans le PRIAC, ce qui explique que des écarts importants puissent être constatés entre le nombre de places nouvelles programmées par les préfets de région et le nombre de places financées par la CNSA. Bien que la période d'observation soit trop limitée pour en mesurer pleinement les effets, la mission constate que les critères de rééquilibrage commencent à avoir un impact réel au regard de l'objectif d'équité territoriale confié à la CNSA.
- [5] Pour favoriser l'identification des besoins, la loi du 2 janvier 2002³ a donné un nouvel élan à la planification départementale en renforçant le rôle des schémas départementaux, arrêtés par les présidents des conseils généraux, sur les bases desquels devront s'appuyer le PRIAC. Toutefois, cet outil a été inégalement mis en œuvre puisque, aujourd'hui, moins des deux tiers des départements disposent de schémas en vigueur et, lorsqu'ils existent, les approches sont très hétérogènes.

¹ Loi n°2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et handicapées.

² Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

³ Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002, rénovant l'action sociale et médico-sociale.

- [6] La qualité de l'identification des besoins est déterminante pour la programmation des créations de places en établissements et services médico-sociaux. Actuellement, faute d'autres données disponibles, c'est essentiellement le taux d'équipement par catégorie de service ou établissement qui est utilisé par la CNSA pour « objectiver » la quantification des besoins, répartir les enveloppes et réduire les inégalités territoriales. Pourtant, la mission constate qu'en 2008, près de 5 000 jeunes de plus de 20 ans bénéficient de « l'amendement Creton » et sont maintenus dans les établissements pour enfants et adolescents faute de places disponibles dans les établissements pour adultes.
- [7] L'articulation entre les secteurs sanitaire et médico-social est indispensable pour une prise en charge globale des personnes. Dans cette optique, la création des agences régionales de santé (ARS), prévue par le projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) devrait permettre d'entrer dans une logique décisionnaire unique pour l'organisation et le financement des structures et la fongibilité des enveloppes.
- [8] Pour accompagner la mise en œuvre des plans nationaux dans le domaine de la dépendance et du handicap et répondre à l'objectif de rééquilibrage territorial, le dispositif de programmation régional doit être stabilisé pour faciliter sa compréhension et sa pleine appropriation par l'ensemble des acteurs concernés. Il devra, notamment, s'appuyer sur des échanges étroits avec les conseils généraux pour améliorer la connaissance de l'existant et favoriser l'obtention d'une identification partagée des besoins. Par ailleurs, la collaboration avec les conseils régionaux devra être développée pour réaliser une projection, à cinq ans, des besoins en personnels induits par les créations de places figurant dans le PRIAC.
- [9] Aujourd'hui, la mission constate que les départements ne sont pas toujours en mesure d'assurer la mise en œuvre effective de leur programmation ; le nombre de créations de places autorisées par les préfets ainsi que le nombre de places réellement installées est trop souvent nettement inférieur au nombre de places financées sur les crédits accordés chaque année par la CNSA.
- [10] Pour tenir compte des délais de réalisation nécessaires (notamment pour la création de structures d'hébergement) et favoriser l'ouverture de places dès leur année de financement, la CNSA a mis en place, depuis 2007, un nouveau mécanisme de notification par anticipation d'enveloppes financières au titre des années N+1 et N+2. Ces enveloppes, notifiées en même temps que les enveloppes de l'année en cours, ne peuvent faire l'objet d'aucune dépense effective, mais peuvent faire l'objet d'un engagement administratif sous forme d'autorisation d'ouverture pour les deux années considérées. Ces enveloppes dites « anticipées », qui portent sur 80 % des dotations pour mesures nouvelles, doivent permettre l'utilisation effective des crédits dès l'année de leur mise en place. Toutefois, au 31 décembre 2007, on constate, pour le secteur « personnes âgées », que 29 % des places financées sur enveloppe d'anticipation 2008 et 2009 ont été autorisées ; pour le secteur « personnes handicapées », 19 % des places financées sur l'enveloppe 2008 et 10 % des places financées sur l'enveloppe 2009 ont été autorisées.
- [11] Actuellement, les demandes de création de places doivent être déposées par les porteurs de projets, à leur initiative et au cours de période déterminées par décret, devant le comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale (CROSMS) pour y être examinés et recevoir un avis avant d'être autorisées ou non par le préfet (et le président du conseil général en cas de financement conjoint). Dès lors, les projets déposés spontanément par les promoteurs, sur la base de besoins qu'ils identifient eux-mêmes, ne permettent pas toujours de répondre à toutes les actions qui sont inscrites au PRIAC pour satisfaire les besoins prioritaires et réduire les disparités territoriales.

- [12] La mission considère que la procédure d'examen des projets par le CROSMS n'est plus adaptée au nouveau paysage médico-social qui s'est mis en place depuis les lois de 2002 et 2005 et doit être remplacée par des appels à projets. Il s'agit, pour les autorités publiques, de reprendre l'initiative en appelant les promoteurs à déposer les projets correspondant aux besoins identifiés et pour lesquels une garantie de financement existe.
- [13] Enfin, pour permettre au PRIAC d'être pleinement efficace, la procédure de notification des crédits par la CNSA doit être simplifiée en laissant aux directeurs régionaux des affaires sanitaires et sociales⁴ la responsabilité de la répartition interdépartementale des ressources, et permettre ainsi une utilisation plus rapide (dès la fin mars) des crédits de l'année en cours.

⁴ DRASS ou futures ARS.

Sommaire

SYNTHESE	3
EVALUATION DE L'ELABORATION ET DE LA MISE EN ŒUVRE DES PRIAC.....	11
1. LE PRIAC EST UN DISPOSITIF RECENT, EVOLUTIF ET A CONSOLIDER	13
1.1. <i>La loi du 11 février 2005 instaure un outil de programmation interdépartementale.....</i>	13
1.1.1. La CNSA assure la répartition des moyens de financement de l'Etat et de l'assurance maladie destinés à la dépendance et à l'autonomie.....	13
1.1.2. La CNSA s'attache à améliorer la démarche PRIAC, en relation avec les acteurs locaux, et à leur apporter une aide à la décision	15
1.2. <i>Les PRIAC, expression ascendante des besoins, traduisent aussi la compréhension de la démarche par les régions</i>	16
1.2.1. Chaque région s'est appropriée cet outil selon des modalités différentes	17
1.2.2. Les méthodes de travail s'harmonisent et la concertation locale progresse	19
1.3. <i>Les crédits pour mesures nouvelles sont attribués annuellement par la CNSA sur la base de critères de rééquilibrage territorial.....</i>	21
1.3.1. Le processus de notification des crédits pour mesures nouvelles par la CNSA constitue une démarche distincte de la programmation PRIAC	21
1.3.2. Les dotations régionales pour mesures nouvelles sont réparties par la CNSA sur la base de critères de rééquilibrage territorial	23
2. L'AMELIORATION DE L'EVALUATION DES BESOINS EST A POURSUIVRE	27
2.1. <i>Les schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale constituent des outils de planification du ressort des conseils généraux.....</i>	27
2.1.1. En renforçant le rôle des schémas départementaux, la loi de 2002 a donné un nouvel élan à la planification départementale.....	27
2.1.2. Les démarches départementales et régionales sont très hétérogènes.....	28
2.2. <i>La qualité de l'identification des besoins est déterminante pour la programmation des créations de places en établissements et services.....</i>	30
2.2.1. Comment faire émerger les besoins des personnes handicapées pour programmer avec efficacité ?	30
2.2.2. Comment faire émerger les besoins des personnes âgées pour programmer avec efficacité ?.....	33
2.3. <i>L'articulation entre les secteurs sanitaire et médico-sociale est indispensable pour une prise en charge globale des personnes.....</i>	35
2.3.1. Ces articulations sont en construction en gérontologie et en santé mentale.....	36
2.3.2. Les liens avec les programmes régionaux de santé publique	38
2.3.3. Le droit à l'innovation et à l'expérimentation apporte des réponses originales hors programmation PRIAC	39
2.3.4. La création des ARS devrait faciliter les coordinations et apporter des améliorations notables	39
3. LES DEPARTEMENTS NE SONT PAS EN MESURE D'ASSURER LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE DE LEUR PROGRAMMATION.....	40
3.1. <i>La procédure en vigueur pour l'autorisation de créations de places n'est pas en cohérence avec une démarche de programmation.....</i>	40
3.1.1. Les départements éprouvent des difficultés pour engager les crédits notifiés.....	40

3.1.2. Le recours à l'appel à projets devrait améliorer la capacité des autorités publiques à autoriser des projets conformes au PRIAC	42
3.2. <i>Une meilleure utilisation des enveloppes anticipées devrait favoriser la création effective des places programmées dès leur année de financement</i>	45
3.2.1. Le taux moyen national d'exécution des places financées reste faible et s'avère inférieur à celui constaté l'année précédente	45
3.2.2. La mise en place d'enveloppes anticipées doit favoriser l'ouverture des places dès leur année de financement	46
3.2.3. La sous-utilisation des enveloppes anticipées ne permet pas d'utiliser les crédits dès leur attribution	47
3.3. <i>La valorisation des emplois est balbutiante dans le processus PRIAC</i>	49
3.3.1. Les ressources humaines font partie intégrante du nouvel exercice de programmation pour 2008	49
3.3.2. L'anticipation des besoins en personnel passe par une concertation accrue avec les conseils régionaux.....	50
3.3.3. Le plan des métiers de la dépendance est en phase d'expérimentation dans trois régions.....	51
CONCLUSION.....	52
PRINCIPALES RECOMMANDATIONS DE LA MISSION	55
LISTE DES PERSONNES RENCONTREES OU CONTACTEES.....	57
ANNEXE 1 : MONOGRAPHIE DE LA REGION PICARDIE	65
1. LE PRIAC.....	65
2. L'IDENTIFICATION DES BESOINS	66
3. LA MISE EN ŒUVRE DES PRIAC	68
ANNEXE 2 : MONOGRAPHIE DE LA REGION LORRAINE	71
1. LE PRIAC.....	71
2. L'IDENTIFICATION DES BESOINS.....	72
3. LA MISE EN ŒUVRE DES PRIAC	74
ANNEXE 3 : MONOGRAPHIE DE LA REGION PAYS DE LA LOIRE.....	77
1. LE PRIAC.....	77
2. L'IDENTIFICATION DES BESOINS.....	79
3. LA MISE EN ŒUVRE DES PRIAC	82
SIGLES UTILISES.....	85
PIECES JOINTES	87
PIECE JOINTE N° 1 : LISTE DES ETABLISSEMENTS ET SERVICES MENTIONNES A L'ARTICLE L. 312-1 DU CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES	89
ETABLISSEMENTS ET SERVICES MEDICO-SOCIAUX CONCERNES PAR LE PRIAC	91
PIECE JOINTE N°2 : TAUX D'EQUIPEMENT PAR REGION – PERSONNES AGEES (SOURCE CNSA).....	93

PIECE JOINTE N°3 : TAUX D'EQUIPEMENT PAR REGION – PERSONNES HANDICAPEES (SOURCE CNSA).....	97
PIECE JOINTE N°4 : POSITIONNEMENT DES REGIONS EN 2006 AU REGARD DE L'EVOLUTION DE LEUR ENVELOPPE PERSONNES AGEES ET DE LEUR COUT ASSURANCE MALADIE PAR HABITANT DE 75 ANS ET PLUS (SOURCE CNSA).....	101
PIECE JOINTE N°5 : POSITIONNEMENT DES REGIONS EN 2007 AU REGARD DE L'EVOLUTION DE LEUR ENVELOPPE PERSONNES AGEES ET DE LEUR COUT ASSURANCE MALADIE PAR HABITANT DE 75 ANS ET PLUS (SOURCE CNSA).....	107
PIECE JOINTE N°6 : POSITIONNEMENT DES REGIONS EN 2008 AU REGARD DE L'EVOLUTION DE LEUR ENVELOPPE PERSONNES AGEES ET DE LEUR COUT ASSURANCE MALADIE PAR HABITANT DE 75 ANS ET PLUS (SOURCE CNSA).....	111
PIECE JOINTE N°7 : POSITIONNEMENT DES REGIONS EN 2006 AU REGARD DE L'EVOLUTION DE LEUR ENVELOPPE PERSONNES HANDICAPEES ET DE LEUR COUT ENVELOPPE PERSONNES HANDICAPEES PAR HABITANT DE MOINS DE 60 ANS (SOURCE CNSA).....	115
PIECE JOINTE N°8 : POSITIONNEMENT DES REGIONS EN 2007 AU REGARD DE L'EVOLUTION DE LEUR ENVELOPPE PERSONNES HANDICAPEES ET DE LEUR COUT ENVELOPPE PERSONNES HANDICAPEES PAR HABITANT DE MOINS DE 60 ANS (SOURCE CNSA).....	119
PIECE JOINTE N°9 : POSITIONNEMENT DES REGIONS EN 2008 AU REGARD DE L'EVOLUTION DE LEUR ENVELOPPE PERSONNES HANDICAPEES ET DE LEUR COUT ENVELOPPE PERSONNES HANDICAPEES PAR HABITANT DE MOINS DE 60 ANS (SOURCE CNSA).....	123
PIECE JOINTE N°10 : DISPOSITIF « FAMILLES GOUVERNANTES ».....	127
PIECE JOINTE N°11 : ACTIONS EN FAVEUR DES PERSONNES AGEES FINANCEES PAR LE GRSP.....	133
OBSERVATIONS DE LA DIRECTION REGIONALE DES AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES DE LORRAINE.....	137
OBSERVATION DE LA DIRECTION REGIONALE DES AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES DE PICARDIE	141
OBSERVATION DE LA DIRECTION DEPARTEMENTALE DES AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES DE NANCY.....	145
OBSERVATIONS DE LA DIRECTION GENERALE DE L'ACTION SOCIALE	149
OBSERVATIONS DE LA DIRECTION REGIONALE DES AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES DES PAYS DE LA LOIRE	155
OBSERVATION DU CONSEIL GENERAL DE LA MOSELLE	163
OBSERVATIONS DU CONSEIL GENERAL DU DEPARTEMENT DE MAINE-ET-LOIRE.....	167
OBSERVATIONS DE LA DIRECTION GENERALE DES SERVICES DU DEPARTEMENT DE L'OISE.....	171

OBSERVATIONS DU CONSEIL REGIONAL DES PAYS-DE-LA-LOIRE.....	175
OBSERVATION DU CONSEIL REGIONAL DE LORRAINE.....	179
OBSERVATION DE L'INSPECTION ACADEMIQUE DE MEURTHE-ET-MOSELLE	183
OBSERVATIONS DE LA CAISSE NATIONALE DE SOLIDARITE POUR L'AUTONOMIE	187
REPONSE DE LA MISSION AUX OBSERVATIONS FORMULEES DANS LE CADRE DE LA PROCEDURE CONTRADICTOIRE	193

Evaluation de l'élaboration et de la mise en œuvre des PRIAC

- [14] Cette mission d'évaluation de l'outil PRIAC (programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie) inscrite au programme annuel de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) pour 2008, a été réalisée à la demande de Madame LETARD, secrétaire d'Etat à la Solidarité. Madame BACHELOT, ministre de la santé, de la jeunesse et des sports et de la vie associative et Monsieur WOERTH, ministre du budget, des comptes publics et de la fonction publique ont également manifesté leur intérêt pour une telle évaluation.
- [15] Par lettre de mission du 27 mai 2008, Mme le docteur Patricia VIENNE, et M. Thierry LECONTE ont été désignés par le chef de l'IGAS pour réaliser cette évaluation. M. Christian PLANES-RAISENAUER a rejoint la mission en date du 28 juillet 2008.
- [16] L'objet de cette mission est d'apprécier les effets de la mise en place des PRIAC sur l'amélioration de la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées par les établissements et services médico-sociaux, notamment à travers le financement de créations, d'extensions ou de transformations d'établissements ou de services au niveau régional.
- [17] Créée par la loi du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et handicapées, la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) s'est installée en 2005 et exerce l'ensemble de ses compétences depuis le 1^{er} janvier 2006. Elle est notamment chargée de répartir la part des crédits destinés aux établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes handicapées et des personnes âgées, financés par l'assurance maladie et relevant de la compétence de l'Etat. Les services et établissements concernés sont ceux mentionnés à l'article L.312-5-1 du code de l'action sociale et des familles⁵.
- [18] Pour ce faire, la CNSA dispose, depuis la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, d'un outil de programmation pluriannuel, le PRIAC.
- [19] Le PRIAC constitue une des quatre étapes de la procédure de créations de places nouvelles :
- les besoins sont exprimés au niveau départemental, au travers des schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale (SDOSMS) en vigueur ;
 - les places financées correspondent aux crédits notifiés par la CNSA aux préfets de région et de département (autorisation budgétaire) à travers le PRIAC ;
 - dans le cadre de cette autorisation budgétaire, le préfet de département autorise, le cas échéant conjointement avec le président du conseil général, après avis du CROSMS, la création de places nouvelles, sur la base de projets présentés par les personnes physiques ou morales qui sont susceptibles d'en assurer la gestion (porteurs de projet) ;
 - les places installées correspondent aux places effectivement ouvertes aux populations concernées (personnes âgées et personnes handicapées).

⁵ Cf. pièce jointe n°1.

- [20] **Pour les personnes handicapées**, la première conférence nationale du handicap, lancée le 10 juin 2008 par le président de la République, a rappelé qu'actuellement 15 000 enfants et 12 000 adultes sont inscrits sur liste d'attente pour des places d'accueil en établissements spécialisés. Pour faire face à cette pénurie, un plan de création de 50 000 places nouvelles a été annoncé. Ces créations répondent à des besoins de prise en charge spécifiques (services de soins à domicile, instituts médico-professionnels, maisons d'accueil spécialisé...). La conférence a annoncé que 4 100 places seront destinées aux enfants autistes, 3 700 aux personnes polyhandicapées. Ainsi, 1,5 milliards d'euros seront consacrés à cette mesure d'ici à 2012.
- [21] **Pour les personnes âgées**, d'ici 2011, le plan solidarité grand âge (2007- 2011) prévoit, *sur 5 ans, la création de 84 295 places pour un total de 620 millions d'euros*⁶.
- [22] Le PRIAC 2007- 2011 prévoit, au plan national, la création de :
- 86 386 places nouvelles pour personnes âgées ;
 - 16 606 places nouvelles pour les enfants handicapés ;
 - 25 669 places nouvelles pour les adultes handicapés.
- [23] La mission a organisé son évaluation du PRIAC en éclairant trois facettes : son rôle comme outil de programmation, les modalités de concertation entre le sanitaire, le social et le médico-social et, enfin, la réalité de sa mise en œuvre.
- [24] Le lecteur devra garder à l'esprit que le PRIAC, outil de programmation pluriannuel, est un dispositif relativement récent, qui a déjà évolué depuis sa création et qui n'est pas encore totalement stabilisé après trois années d'utilisation.
- [25] Pour conduire à bien la mission, une analyse critique des rapports disponibles, complétés par les travaux de la CNSA et des études menées au niveau régional, a permis de préparer les rencontres avec les représentants des différents ministères concernés et des principales associations nationales.
- [26] A partir de plusieurs critères⁷, la mission a choisi de se rendre dans trois régions et sept départements, où elle a rencontré l'ensemble des interlocuteurs mobilisés dans l'élaboration des PRIAC (services de l'Etat, conseils généraux, maisons départementales des personnes handicapées, gestionnaires d'établissements et associations représentant les personnes handicapées et personnes âgées). Près de 300 personnes ont été auditionnées (Cf. liste jointe).
- [27] La mission s'est tout d'abord attachée à analyser les modalités d'élaboration des PRIAC en examinant les conditions et les critères d'arbitrage nationaux et régionaux, ainsi que les modalités de répartition des dotations régionales et départementales par la CNSA (partie 1). Puis, la mission a centré sa réflexion autour de la nécessité d'améliorer la phase d'identification des besoins en s'appuyant notamment sur les SDOSMS, en tant qu'expression des besoins identifiés par les conseils généraux, mais aussi sur les autres outils disponibles. Elle a également examiné la cohérence de l'articulation entre les différents schémas et programmes dans les secteurs sanitaire et médico-social (partie 2). Enfin, la mission a évalué les modalités de mise en œuvre des PRIAC, en analysant les procédures d'autorisation de créations de places et en appréciant les conditions de réalisation effective des places financées. (partie 3). Pour chacun des déplacements en région, la mission a élaboré une monographie à partir de la trame retenue pour le plan du rapport (annexes).

⁶ La circulaire ministérielle du 6 avril 2007 signée de Philippe BAS, secrétaire d'Etat la Santé et à la Solidarité précise les objectifs et les priorités notamment pour 2007.

⁷ Utilisation des dotations régionales, écart entre les dotations et la programmation, présence d'une région de référence dans le domaine de la dépendance (pour la CNSA et le ministère).

[28] La mission a fait des recommandations qui sont compatibles avec le projet⁸ de création des agences régionales de santé (ARS). Celles-ci devront intégrer le PRIAC dans la dynamique du programme stratégique régional de santé.

1. LE PRIAC EST UN DISPOSITIF RECENT, EVOLUTIF ET A CONSOLIDER

[29] Installée en 2005, la CNSA est chargée d'assurer un « pilotage budgétaire et financier, équitable et efficient, des établissements et services médico-sociaux accueillant ou accompagnant des personnes âgées en perte d'autonomie et des personnes handicapées »⁹. Pour ce faire, elle dispose, à travers le PRIAC, d'un outil de programmation pluriannuel qui doit permettre l'adaptation et l'évolution de l'offre d'accompagnement médico-social. Le PRIAC est à la fois ascendant, en expression des besoins, et descendant, puisqu'il sert aussi à la notification des enveloppes régionales et départementales.

1.1. La loi du 11 février 2005 instaure un outil de programmation interdépartementale

1.1.1. La CNSA assure la répartition des moyens de financement de l'Etat et de l'assurance maladie destinés à la dépendance et à l'autonomie

1.1.1.1. Les objectifs de la CNSA visent à garantir une égalité de traitement sur tout le territoire

[30] Créée par la loi du 30 juin 2004, la CNSA a vu ses missions précisées et renforcées par la loi du 11 février 2005. Installé effectivement en mai 2005, cet opérateur est chargé d'accomplir les missions énumérées au I de l'article L.14-10-1 du code de l'action sociale et des familles (CASF). La convention d'objectifs et de gestion (COG)¹⁰ entre l'Etat et la CNSA définit ses principes d'action autour de quatre axes stratégiques et neuf objectifs majeurs.

[31] D'une manière plus globale, les travaux de la CNSA sont guidés par les principes de proximité, d'égalité et de qualité et ses principales missions peuvent être rassemblées suivant trois grands axes :

- Garantir l'égalité de traitement sur tout le territoire et pour l'ensemble des handicaps. Dans ce domaine, la loi charge les conseils généraux des réponses de proximité et du versement des aides individuelles et confie à la CNSA le soin de veiller au respect de l'égalité de traitement pour toutes les personnes concernées par ces mesures sur l'ensemble du territoire. La Caisse doit également s'assurer de la juste répartition des moyens alloués au fonctionnement des établissements et des services d'accompagnement à domicile.
- Assurer une mission d'expertise, d'information et d'animation. On relèvera que la Caisse est chargée de participer à la définition d'indicateurs et d'outils de recueil de données pour améliorer l'analyse de la perte d'autonomie et de ses conséquences. Elle doit également réaliser un large ensemble de mission d'information, de partage d'expériences et de diffusion de bonnes pratiques ainsi que la remise d'un rapport annuel d'activité au Parlement.
- Financer et répartir les aides en faveur des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées. A cet effet, la Caisse concentre l'essentiel des moyens de l'Etat et de l'assurance maladie consacrés à l'autonomie de personnes âgées et des personnes

⁸ Projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires (HPST).

⁹ Convention d'objectif et de gestion entre l'Etat et la CNSA

¹⁰ Cette COG qui couvre les années 2006-2009 a été signée le 23 janvier 2006.

handicapées¹¹. Une partie de ces ressources est reversée aux Conseils généraux¹², l'autre partie est ventilée en matière d'offre collective sur la base d'une analyse inter départementale des besoins, réalisée dans chaque région par les services de l'Etat.

[32] De fait, ce nouvel opérateur est à la fois une « agence », centre de ressource et d'appui technique, et une « caisse » chargée de répartir des moyens financiers. Son budget, qui répond à des exigences de transparence et de suivi de l'utilisation des fonds publics permet, en particulier, de retracer l'emploi des ressources propres de la CNSA et celui des crédits ouverts par le vote de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) médico-social. Il est aussi en mesure de garantir à l'euro près la destination de la contribution supplémentaire créée en 2004. Cette construction, voulue par la loi¹³, permet ainsi de présenter en toute clarté l'origine des produits et la répartition des charges concernant tant les personnes âgées que les personnes handicapées.

1.1.1.2. Le PRIAC est un outil de programmation, d'adaptation et d'évolution de l'offre d'accompagnement médico-sociale

[33] Le transfert à la CNSA de la compétence de financement, qui relevait précédemment des administrations de l'Etat au niveau national, s'est accompagné de la création d'un nouvel outil de programmation régional, le PRIAC. Il a été créé par l'article 58-1 de la loi du 11 février 2005 (CASF, art L312-5-1). Pour les établissements ou services qui accueillent des personnes âgées ou handicapées « *le représentant de l'Etat dans la région établit, en liaison avec les préfets de département concernés, et actualise annuellement* » un PRIAC. Ce dernier, dresse « *pour la part des prestations financée sur décision tarifaire de l'autorité compétente de l'Etat, les priorités de financement des créations, extensions ou transformations d'établissements ou de services au niveau régional* ».

[34] Ces priorités sont établies et actualisées annuellement sur la base des SDOSMS¹⁴. Elles doivent, « garantir un niveau d'accompagnement géographiquement équitable des différentes formes de handicap et de dépendance » et « l'accompagnement des handicaps de faible prévalence ». Il faut également que soit prise en compte « l'articulation de l'offre sanitaire et de l'offre médico-sociale au niveau régional ». Ainsi, la loi insiste d'une part sur la dimension géographique que doit prendre en compte le PRIAC et sur la nécessité de concevoir ce programme dans une logique de complémentarité et de cohérence avec les acteurs du sanitaire sur ces mêmes territoires. Les PRIAC ont donc trois grands objectifs :

- réduire les inégalités territoriales et les situations de sous-équipement de certains départements ou régions ; c'est une des raisons du choix de l'échelle interdépartementale pour sa conception partagée ;
- appuyer l'adaptation de l'offre médico-sociale de service collectif et la diversification des modes d'accompagnement ;
- à partir des besoins tels qu'ils s'expriment au niveau départemental au travers des schémas départementaux existants, les valoriser financièrement, en fixant des priorités au niveau régional (nombre de places, coûts, publics), étalées dans le temps à l'horizon de cinq ans¹⁵ et intégrant aussi la réalisation des programmations antérieures.

¹¹ En 2008 son budget a été de 16,9 milliards d'euros, dont 4 sont issus de la contribution solidarité autonomie et de la contribution sociale généralisée, et 12,9 des crédits de l'assurance maladie destinés aux personnes âgées et handicapées.

¹² Elle contribue à financer les aides individuelles telles l'allocation personnalisée d'autonomie pour les personnes âgées, la prestation de compensation du handicap et le fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées, soit respectivement 1,4 milliard d'euros et 500 millions d'euros pour 2006.

¹³ Cf. article L14-10-5 du CASF.

¹⁴ Cf. l'article L312-5 du CASF.

¹⁵ En 2007 la durée de programmation du PRIAC a été portée de 3 à 5 ans.

[35] Le PRIAC est donc un outil de programmation, ascendant, en expression des besoins et descendant, puisqu'il sert aussi à la notification. Il débouche sur une expression nationale de moyens qui facilite le vote de la loi de financement de la Sécurité sociale, l'ONDAM et la construction des plans pluriannuels de créations de places. Bien qu'en termes d'allocations budgétaires le rythme prévisionnel retenu par le PRIAC soit conditionné par l'enveloppe d'assurance-maladie votée annuellement, il permet d'orienter les acteurs locaux.

1.1.1.3. En 2008, l'action de rééquilibrage du PRIAC est déjà perceptible

[36] Une approche socio économique des régions et de l'offre dans le domaine médico-social, à partir des données de l'institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) ou de la CNSA fait nettement apparaître, dans trois domaines, des disparités territoriales importantes entre régions. Le premier est celui de la dynamique démographique. Il permet de distinguer entre espaces ruraux ou urbains, entre zones vieillissantes ou jeunes et traduit des écarts régionaux sensibles au regard des projections de population¹⁶. Le second correspond à l'offre existante¹⁷ en établissements, en ce qui concerne le nombre de structures, les modes d'organisation territoriale et l'articulation avec le champ sanitaire. Le troisième concerne les coûts des services.

[37] L'action de la CNSA porte sur ces deux derniers champs et pour atteindre l'objectif « d'accompagnement équitable » du PRIAC, la Caisse a défini des indicateurs. Ainsi, afin de contenir l'influence des infrastructures existantes dans les régions, la répartition des enveloppes régionales médico-sociales s'effectue, pour partie, sur la base d'indicateurs « de besoins » et indépendants du niveau d'équipement¹⁸. Ces indicateurs sont combinés avec des critères de réduction des inégalités interrégionales relatifs à l'équipement existant ainsi qu'à la diversité des formes de prise en charge¹⁹. La CNSA s'efforce aussi de limiter le rôle du critère du « nombre de places en attente de financement » dont l'utilisation peut créer des distorsions dans le rattrapage des inégalités (Cf. 1.3.2).

1.1.2. La CNSA s'attache à améliorer la démarche PRIAC, en relation avec les acteurs locaux, et à leur apporter une aide à la décision

1.1.2.1. Une démarche méthodologique en lien direct avec les acteurs locaux

[38] Dès le premier exercice PRIAC, la CNSA a fourni un cadre de présentation commun à toutes les régions, permettant l'expression des besoins prioritaires ainsi qu'un fusionnement national des données. Un mécanisme d'animation et d'appui permettant de suivre et d'évaluer le dispositif mis en place a été installé avec un groupe de pilotage co-animé par la direction générale de l'action sociale (DGAS) et la CNSA. Très vite, à l'automne 2006, des échanges techniques régionaux ont permis de tirer les premiers enseignements et d'approfondir le mode d'emploi de cette démarche de programmation.

¹⁶ Soit entre 2005 et 2010 pour les régions extrêmes, une évolution de la population totale variant de -0,4 à 6,1% selon l'INSEE.

¹⁷ En France métropolitaine, pour les personnes âgées, à savoir établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)+ Unité de soins de longue durée (USLD) + Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) les écarts de taux d'équipement vont du simple au double. Pour le secteur du handicap, volet enfant, les écarts de taux d'équipement pour les établissements + service d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) vont de 1 à 1,72 et de 1 à 3 pour les adultes [maison d'accueil spécialisé (MAS) + foyer d'accueil médicalisé (FAM) + SSIAD + service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH)].

¹⁸ Il s'agit pour l'essentiel d'indicateurs populationnels avec introduction de projections démographiques à 10 ou 15 ans. On trouve aussi des indicateurs de liste d'attente lorsqu'ils existent, en provenance des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH).

¹⁹ Sont inclus des dépenses de soins de ville comme les actes infirmiers de soin (AIS) dispensés aux personnes âgées.

[39] La démarche méthodologique est ensuite devenue plus précise et plus stable. Elle s'appuie maintenant sur deux réunions annuelles rassemblant l'ensemble des correspondants PRIAC des directions régionales et des directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DRASS et DDASS), permettant les comparaisons collectives d'expériences et des échanges techniques bilatéraux avec chaque région, via des déplacements ou des visioconférences pour analyser les questions locales. Parallèlement, un travail permanent d'évaluation est réalisé sur les indicateurs d'analyse et de définition des priorités.

1.1.2.2. Une aide pour l'appréciation des besoins et une information sur le suivi des réalisations et de l'emploi des crédits

[40] La CNSA conduit des travaux complémentaires pour éclairer les besoins en établissements et services, notamment dans des secteurs spécifiques où la réponse à apporter dépasse l'appréciation régionale, ou sur la question de l'influence de l'allongement de l'espérance de vie des personnes en situation de handicap sur l'offre en établissements et services.

[41] Un dispositif complet de suivi des crédits a été mis en place et vient en appui du travail de programmation. Grâce à lui, chaque préfet de région auquel les résultats sont transmis, peut situer sa région et la position relative de chaque département dans sa région au regard de l'effort réalisé par type de public²⁰, en niveau d'équipement mais aussi en délai de réalisation. Il peut ainsi infléchir sa programmation en fonction de priorités de rééquilibrage territorial. Il peut également rythmer la création des places nécessaires pour répondre aux besoins identifiés en fonction de la capacité à faire de sa région.

1.1.2.3. Faciliter la connaissance de la constitution des coûts dans les établissements et services

[42] L'amélioration de la connaissance des coûts de fonctionnements des établissements sociaux facilite les travaux de programmation locaux en fournissant des référentiels de coûts, éclaire les besoins de financement à 5 ans et permet de mieux comprendre les disparités territoriales, pour les résorber. Le travail de la CNSA sur ce point s'est concentré sur la construction et l'évolution d'un système d'information. Il s'appuie sur deux progiciels. Le premier concerne les personnes âgées, il s'agit de l'applicatif SAISEHPAD. Il permet d'opérer un suivi statistique et financier du processus de médicalisation des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Développé par la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) et repris par la CNSA en juin 2006, cet outil fait l'objet d'une mise à jour continue par les services déconcentrés de l'Etat (DDASS) et d'une exploitation statistique trimestrielle.

[43] Pour les personnes handicapées, l'applicatif REBECA va permettre de disposer des éléments de synthèse des budgets exécutoires (BP) et des comptes administratifs (CA) des établissements et services pour personnes handicapées et des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), ainsi que de leurs indicateurs physico-financiers. Il se substitue à l'enquête « BP-CA ». Il doit permettre d'analyser l'évolution des coûts de fonctionnement des établissements et services concernés et éclairer les éléments de formation des coûts en fonction des grands groupes de dépenses.

1.2. Les PRIAC, expression ascendante des besoins, traduisent aussi la compréhension de la démarche par les régions

[44] Le calendrier de notification des enveloppes et celui de programmation correspondent à des exercices distincts.

²⁰ Il s'agit là de l'indicateur dit de « l'euro par habitant ».

- Chaque année, pour le 15 février, la CNSA transmet les propositions de répartition des enveloppes départementales concernant tant les crédits destinés aux établissements déjà ouverts que ceux concernant l'ouverture de places nouvelles. Les préfets de région ont alors jusqu'au 15 mars pour valider ou modifier la proposition de répartition faite par la CNSA. Au 30 mars, une fois en possession de l'ensemble des propositions régionales, la Caisse procède alors à la répartition définitive des dotations.
- La mise à jour annuelle des PRIAC est quant à elle plus souple. Certes, la CNSA précise qu'elle peut être conduite dans le courant du printemps mais, seule la date échéance de fourniture du document, à savoir la fin du mois d'avril, est imposée. Ces dispositions ont donc laissé le champ libre aux régions pour organiser à leur guise cette démarche d'actualisation.

1.2.1. Chaque région s'est appropriée cet outil selon des modalités différentes

1.2.1.1. En Lorraine, une démarche projet est menée par la DRASS et étalée sur cinq mois

[45] Dès le premier PRIAC, indépendamment des modalités de réflexion choisies par chaque département, une démarche projet a été adoptée par les services de l'Etat et des réunions de cadrage prévues avec les conseils généraux pour fixer les axes prioritaires. Depuis, le PRIAC a été actualisé chaque année en suivant cette démarche qui s'est stabilisée et amplifiée. Elle s'appuie désormais sur des réunions régulières, menées au sein de quatre groupes de travail thématiques. Ces derniers se réunissent mensuellement, suivant un calendrier étalé sur cinq mois, de mars à juin. L'équipe « projet » du premier PRIAC est devenue « équipe de suivi ». Elle comporte aujourd'hui deux personnels de la DRASS et un comité de pilotage constitué par le CTRI.

[46] La région Lorraine se distingue par un PRIAC présenté localement sous une forme originale. Les schémas locaux et en particulier l'analyse des besoins étant de nature et de qualité très variables la DRASS a ressenti dès le début la nécessité de d'engager une démarche didactique et partagée. De fait, elle a réalisé, sous le libellé PRIAC, un schéma régional d'organisation sociale et médico-sociale. Elaboré pour une durée de trois ans (2006/2008) ce premier PRIAC comporte deux volets. Le premier présente un état des lieux avec une analyse des besoins, le tout est illustré par des tableaux de synthèse et des notes explicatives. Il est accompagné d'un second dossier regroupant les annexes documentaires, essentiellement sous la forme de cartes. Ces choix rendent le document très lisible. Les actualisations qui ont suivi ont repris cette forme. Un document PRIAC sur le modèle prévu par la CNSA existe aussi, mais uniquement pour les relations avec la Caisse.

[47] Un bilan intermédiaire du PRIAC a été présenté aux gestionnaires d'établissements de la région Lorraine, en décembre 2007 pour le secteur des personnes âgées et en janvier 2008 pour le secteur du handicap. Seul ce PRIAC « local » est en ligne sur le site internet de la DRASS.

1.2.1.2. En Picardie, à partir de 2008, la démarche est construite suivant un calendrier resserré et coordonnée par la DRASS

[48] La région Picardie, comité technique régional et interdépartemental (CTRI) de référence sur le champ handicap et dépendance pour la CNSA et le ministère, a été identifiée dès 2006 comme région pilote du processus PRIAC.

[49] A partir de 2007, les actualisations du PRIAC ont été établies sur la base d'objectifs quantifiés au niveau régional et réalisées à partir des besoins identifiés dans les SDOSMS. Les deux premiers exercices ne semblent pas avoir été très satisfaisants en termes de concertation avec les conseils généraux, car ces derniers ont été peu associés aux travaux d'élaboration du PRIAC.

[50] Pour l'actualisation 2008, le CTRI a défini un calendrier resserré sur 3 mois pour l'élaboration du PRIAC et a demandé expressément que les équipes techniques des conseils généraux soient associées aux réunions techniques régionales (DRASS, DDASS et conseils généraux) dès le démarrage des travaux, en janvier 2008. La DRASS a quant à elle présenté aux membres du comité régional d'organisation sociale et médico-sociale (CROSMS) un bilan de la version du PRIAC établie en 2007 ainsi que les perspectives de travail pour l'actualisation 2008. Elle a souligné auprès de la mission que la méthode d'élaboration du PRIAC, qui évolue chaque année, mériterait d'être consolidée, notamment dans un contexte où les services de l'Etat connaissent une rotation importante et rapide de leurs personnels. Le PRIAC est mis en ligne sur le site internet de la DRASS, accompagné d'une note explicative.

1.2.1.3. En Pays de la Loire, la DRASS pilote des groupes « techniques » mais les échanges avec les conseils généraux sont confiés aux DDASS

[51] Les modalités de concertation régionale ont évolué en 2007 autour de groupes techniques sur les secteurs des personnes âgées et des personnes handicapées pour préparer les propositions à mettre à l'arbitrage du CTRI. La programmation actée en 2007 a été arrêtée en fonction des taux d'équipement, dans l'objectif d'évoluer vers une péréquation interdépartementale²¹.

[52] A partir de 2008, l'ensemble des services déconcentrés de la région a intégré la méthode et le calendrier de programmation²². La planification des consultations et le recueil des avis préalables ont été simplifiés. Les travaux interdépartementaux et les arbitrages²³ ont abouti à des orientations prioritaires qui ont été clairement affichés lors du passage en CROSMS, le 28 avril dernier. Le PRIAC 2008-2012 est mis en ligne sur le site internet de la DRASS, accompagné d'une note explicative.

[53] A noter, qu'alors que la CNSA recommande la coordination au niveau régional de tous les interlocuteurs concernés, et notamment une concertation avec les conseils généraux, le CTRI de février 2008 a souhaité, dans un souci d'opérationnalité, que les DDASS conduisent la concertation avec les conseils généraux au niveau départemental et a émis un avis défavorable à l'organisation d'une réunion régionale avec les collectivités départementales.

Recommandation n°1 : La stabilisation du dispositif PRIAC apparaît nécessaire pour permettre son appropriation tant par les équipes des services de l'Etat que par celles des conseils généraux.

[54] La démarche adoptée par les régions Lorraine et Picardie illustrent la nécessité de disposer d'un document régional d'analyse de la programmation médico-sociale, en complément du PRIAC, dans le but d'améliorer la lisibilité de la programmation pour l'ensemble des acteurs locaux.

[55] Le projet de loi « HPST » prévoit qu'un « schéma régional d'organisation médico-sociale a pour objet de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre des établissements et services médico-sociaux ... afin de répondre aux besoins de prise en charge et d'accompagnement médico-sociaux de la population handicapée ou en perte d'autonomie ». Ce schéma doit aussi veiller à l'articulation, au niveau régional, de l'offre sanitaire et médico-sociale relevant de la compétence de l'ARS et des schémas départementaux élaborés par les conseils généraux.

²¹ Les crédits alloués par la CNSA ont permis en 2007 la création de 70 places pour enfants handicapés et 224 places pour adultes handicapés et pour le secteur des personnes âgées de 172 places en établissements en personnes âgées dépendantes (EHPAD), 208 places en services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), 58 places en hébergement temporaire (HT) et 80 places en accueil de jour (AJ).

²² Les ajustements annuels depuis 2006 d'un outil non stabilisé n'ont pas facilité cette appropriation.

²³ CTRI du 14 février, pré-CAR du 5 mars, CTRI du 8 avril, pré-CAR du 16 avril et CAR du 30 avril 2008.

- [56] L'élaboration d'un tel schéma régional est déjà prévue par le code de l'action sociale et des familles mais ne s'est pas concrétisée formellement dans les régions visitées par la mission (cf. 2.1).

Recommandation n°2 : La rédaction du schéma régional d'organisation sociale et médico-sociale doit devenir effective.

1.2.2. Les méthodes de travail s'harmonisent et la concertation locale progresse

- 1.2.2.1. Pour l'exercice PRIAC 2006, un calendrier très contraint a réduit la concertation avec les acteurs locaux

- [57] Le premier PRIAC, élaboré avec un calendrier très serré, n'a pas permis de mener la concertation nécessaire avec les partenaires, notamment les conseils généraux et les agences régionales de l'hospitalisation (ARH), ainsi que l'information auprès des réseaux associatifs et des gestionnaires. Il a essentiellement consisté en un regroupement des besoins exprimés par les départements. Il a géré le stock des dossiers déposés dans les fenêtres de dépôt, qui avaient reçu un avis favorable du CROSMS et étaient en attente de financement. Les documents de programmation réalisés par les régions présentaient une forte hétérogénéité en termes de méthodes de définition des priorités et de valorisation financière.

- [58] Comme l'illustrent les monographies figurant en annexe, certaines régions comme la Picardie furent très offensives et d'autres comme la Lorraine plus modérées.

- 1.2.2.2. En 2007, la programmation des demandes devient plus homogène

- [59] L'actualisation des PRIAC pour 2007 s'est accompagnée d'une modification de la durée de programmation qui a été allongée, passant de trois à cinq ans. Le but recherché était de faire coïncider la durée des PRIAC et celle des schémas départementaux. L'analyse de ce deuxième exercice a montré que la concertation s'était renforcée tant avec les partenaires de l'éducation nationale et de l'équipement qu'avec les conseils généraux. La communication avec les acteurs locaux, tout en restant perfectible, s'est également améliorée. Cette actualisation a permis de constater des volumes de demandes toujours denses mais plus homogènes sur le secteur des personnes âgées comme sur celui du handicap. De fait, ils ont pu être repris par la CNSA dans l'analyse des besoins à 4 ans en établissements et services médico-sociaux.

- [60] Les documents et graphiques produits par la CNSA montrent que les programmations présentaient globalement un rythme linéaire, avec même un infléchissement en fin de période, traduisant semble-t-il les difficultés rencontrées par les régions pour faire émerger des projets pertinents. En Lorraine et en Pays de la Loire, les responsables locaux ont fait part de telles difficultés. Par ailleurs, des originalités demeurent ; la région Lorraine a ainsi réalisé deux documents PRIAC, l'un sous une présentation proche des schémas, disponible sur le site de la DRASS et présentant une programmation à 3 ans, l'autre destiné à la CNSA n'est renseigné que sur trois ans.

1.2.2.3. En 2008 la concertation entre les acteurs s'est amplifiée et la dimension pluriannuelle de la programmation est mieux appréhendée

- [61] En 2008, pour l'actualisation des PRIAC, l'analyse menée par la CNSA²⁴ ainsi que les constats de la mission montrent que des progrès ont été réalisés sur deux axes. Le premier est l'approfondissement de la concertation avec les partenaires. Elle est maintenant généralisée dans l'ensemble des régions avec les services techniques des conseils généraux et parfois elle se réalise également avec les élus. C'est le cas en région Lorraine ou en région Pays de la Loire.
- [62] Au plan interministériel, la concertation s'est élargie en priorité avec les services de l'Education nationale mais elle reste encore perfectible. Ainsi, en région Picardie n'a-t-elle pas pu se réaliser faute de disponibilité des interlocuteurs. En régions Lorraine comme en Pays de la Loire, des échanges ont bien eu lieu mais sans être coordonnés par l'inspecteur d'académie référent pour la scolarisation des enfants handicapés.
- [63] La concertation avec les ARH est jugée plus inégale. En ce qui concerne les régions visitées par la mission, elle est plutôt bien développée mais des marges de progrès existent dans ce domaine, très sensible à la veille de la mise en place des ARS. Il convient donc de noter que ces échanges se réalisent prioritairement avec les services techniques de l'ARH et ne concernent pas l'ensemble de la programmation sanitaire et médico-sociale.
- [64] D'autres partenaires sont parfois aussi associés :
- en région Picardie, la direction régionale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle (DRTEFP) a assisté au pôle régional de santé publique au titre de la concertation sur la programmation des établissements et services d'aide par le travail (ESAT) et l'union régionale des caisses d'assurance maladie (URCAM) était présente pour les réseaux existants ou en projets ;
 - en région Lorraine, des représentants des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) ainsi que les deux caisses régionales d'assurance maladie (CRAM) et l'URCAM participent régulièrement aux travaux de programmation et d'élaboration du PRIAC ainsi que les médecins conseils de l'échelon régional du service médical (ERSM). Le centre régional pour l'enfance et l'adolescence inadaptées (CREAI) et l'observatoire régional de la santé et des affaires sociales (ORSAS) sont également associés.
- [65] D'après la CNSA, la concertation s'est amplifiée lors des sessions des CROSMS mais aussi par la sollicitation de l'avis formalisé des financeurs avant la présentation des dossiers par les rapporteurs, ainsi que par une communication accrue auprès des acteurs et des porteurs de projets.
- [66] Le second domaine ayant progressé est celui concernant la poursuite des objectifs méthodologiques de programmation posés dès 2007. Le caractère pluriannuel du PRIAC est mieux compris par les régions qui utilisent plus largement les capacités réelles de mise en œuvre des porteurs de projets des départements. L'harmonisation des méthodes de programmation s'est poursuivie, permettant de réduire les écarts interrégionaux constatés particulièrement dans les PRIAC 2006.
- [67] Sur ce dernier point, la CNSA a préconisé, lors de ses visites en région, l'utilisation d'une approche commune de définition des priorités au niveau interdépartemental, en mettant l'accent sur les objectifs reconnus comme majeurs par tous les acteurs. Il s'agit en l'occurrence de la réduction des disparités territoriales d'accès aux équipements, de la diversification des modes d'accompagnement et de l'adaptation de l'offre médico-sociale

²⁴ Enquête CNSA réalisée au cours du premier semestre 2008.

1.3. Les crédits pour mesures nouvelles sont attribués annuellement par la CNSA sur la base de critères de rééquilibrage territorial

1.3.1. Le processus de notification des crédits pour mesures nouvelles par la CNSA constitue une démarche distincte de la programmation PRIAC

1.3.1.1. Les dotations régionales limitatives sont notifiées annuellement par la CNSA

[68] Le montant des crédits destinés à financer les créations de places nouvelles est identifié annuellement, après détermination²⁵ de l'Objectif Global de Dépenses (OGD) destiné au financement du fonctionnement des établissements et services médico-sociaux par la CNSA. Celui-ci correspond, d'une part, à une fraction de la Contribution de Solidarité pour l'Autonomie (CSA)²⁶ et, d'autre part, à la contribution des régimes d'assurance maladie à l'ONDAM voté par le Parlement en décembre de l'année N-1.

[69] «Ce montant total annuel est constitué de dotations régionales limitatives. Le montant de ces dotations régionales est fixé chaque année par le ministre chargé de l'action sociale, en fonction des besoins de la population, des priorités définies au niveau national en matière de politique médico-sociale, en tenant compte de l'activité et des coûts moyens des établissements et services et d'un objectif de réduction progressive des inégalités dans l'allocation des ressources entre régions »²⁷.

[70] Il convient de souligner que le montant global des allocations notifiées aux régions ne porte que sur 90 % de l'enveloppe nationale. Une réserve nationale de 10 % est conservée par la CNSA. Il s'agit d'une réserve de gestion qui sera attribuée à des projets précis, sur décision discrétionnaire du ministre chargé de l'action sociale, après consultation de la DDASS du département concerné et avis de la CNSA quant à la cohérence du projet avec le PRIAC et l'objectif de rééquilibrage territorial. L'existence de cette réserve nationale est remise en cause par les collectivités territoriales qui y voient un moyen potentiel de contourner les travaux de programmation établis au niveau départemental.

[71] Le 15 février de chaque année, la CNSA notifie aux préfets de région et aux préfets de département les dotations régionales limitatives et les dotations départementales indicatives pour l'année en cours, ainsi que les dotations régionales anticipées pour les années N+1 et N+2. Pour les crédits destinés à la création de places nouvelles, les enveloppes sont réparties entre les régions selon les critères fixés par délibération du Conseil de la CNSA, et chaque enveloppe régionale est répartie ensuite entre les départements de la région, au vu des priorités inscrites dans le PRIAC. Ces enveloppes départementales ont à ce stade un caractère purement indicatif.

1.3.1.2. La répartition des ressources entre les départements fait l'objet d'un arbitrage régional

[72] Chaque préfet de région doit, pour le 15 mars, indiquer à la CNSA s'il retient ou non la proposition de répartition entre les différents départements de la région et, dans la négative, le détail des modifications qu'il entend introduire. Cette proposition doit donc être établie dans des délais très courts, après arbitrage en CTRI et en comité de l'administration régionale (CAR). Elle doit respecter l'enveloppe régionale globale, sans fongibilité possible entre le champ du handicap et le champ des personnes âgées, mais peut opérer tous les redéploiements géographiques ou thématiques qui seraient justifiées par les priorités d'actions inscrites dans le PRIAC.

²⁵ Par arrêté des ministères chargés de la sécurité sociale, de l'action sociale, de l'économie et du budget.

²⁶ Crédits issus de la journée de solidarité.

²⁷ Article L314-4 du code de l'action sociale et des familles.

- [73] Courant avril, la CNSA procède à la répartition définitive des dotations départementales qui feront l'objet d'une publication au Journal officiel dans le courant du mois de mai²⁸. Dans la majorité des cas, les propositions de répartition des enveloppes de mesures nouvelles remontées par le préfet de région sont validées par la CNSA.
- [74] Le PRIAC est alors actualisé par chaque région pour tenir compte des dotations départementales définitives de l'année en cours. La répartition de la dotation au niveau infra départemental est laissée à l'initiative de chaque région.
- [75] La mission estime qu'il est nécessaire de confier aux instances régionales²⁹ la responsabilité de la répartition interdépartementale des dotations régionales. Il s'agit, d'une part, de responsabiliser les directeurs régionaux sur la mise en œuvre interdépartementale de l'objectif de rééquilibrage territorial et, d'autre part, de simplifier la procédure de notification des dotations annuelles dont la publication au Journal officiel n'intervient qu'à la fin du mois de mai. La CNSA n'effectuera alors qu'une seule notification, le 15 février, pour les enveloppes régionales limitatives.

Recommandation n°3 : Les dotations régionales limitatives devront être notifiées aux directeurs régionaux qui seront responsables de la répartition interdépartementale dans le cadre de la mise en œuvre régionale d'un objectif de rééquilibrage territorial.

- [76] Les critères de répartition des dotations entre les départements de la région ne sont pas clairement annoncés par les DRASS. La mission a constaté, au cours des entretiens menés dans plusieurs départements, que les conseils généraux estiment être insuffisamment informés sur les critères de répartition des dotations régionales, ce qui peut introduire parfois des doutes sur l'équité de traitement entre départements.

Recommandation n°4 : Les directeurs régionaux feront connaître la répartition interdépartementale de leur enveloppe pour le 15 mars et en informeront la CNSA.

Recommandation n°5 : Les directeurs régionaux devront instaurer des relations de travail suivies avec les présidents des conseils généraux, en amont de l'élaboration des PRIAC, et les arbitrages réalisés à l'occasion de la répartition des dotations entre les différents départements de la région devront leur être systématiquement présentés et expliqués.

1.3.1.3. Les régions programment avec plus de réalisme

- [77] La répartition des dotations régionales par la CNSA ne se fait pas au vu de la programmation PRIAC de la région, mais exclusivement sur la base des critères fixés par le Conseil de la CNSA. Ainsi, un PRIAC très offensif en termes de volume de programmation sera sans effet sur la dotation régionale réellement accordée par la CNSA et les écarts entre les montants programmés et les montants notifiés pourront être très importants.
- [78] De ce fait, lorsque le PRIAC est trop ambitieux³⁰, il n'est pas perçu par les acteurs départementaux comme un outil de programmation car il ne permet pas de disposer d'une visibilité pluriannuelle sur les créations de places en établissements et services médico-sociaux. A contrario, toujours dans une logique de rééquilibrage, certaines régions très modérées dans leur programmation se voient notifier des enveloppes parfois supérieures à leurs attentes³¹.

²⁸ Pour 2008, la décision de répartition a été prise le 2 mai par le directeur de la CNSA et publiée le 30 mai 2008 au Journal officiel.

²⁹ DRASS / ARS.

³⁰ Cf annexe 1 : monographie de la région Picardie.

³¹ Cf. annexe 2 : monographie de la région Lorraine.

[79] De manière générale, entre 2007 et 2008, les programmations établies par les régions ont évolué vers plus de réalisme en se rapprochant des possibilités de financement de la CNSA. Pour autant, si les notifications de créations de places en établissements et services pour personnes âgées atteignent en moyenne 91 % des places programmées pour 2008 (contre 60 % en 2007), des efforts doivent encore être réalisés par les régions afin que les programmations concernant les établissements et services pour personnes handicapées se rapprochent « du souhaitable et du réalisable ».

Tableau 1 : Taux moyen national de notification des places programmées

	Enfants	Adultes	Personnes âgées
2007	38 %	61 %	60 %
2008	71 %	78 %	91 %

Source : CNSA et exploitation par la mission

1.3.2. Les dotations régionales pour mesures nouvelles sont réparties par la CNSA sur la base de critères de rééquilibrage territorial

[80] Conformément à l'objectif de réduction progressive des inégalités qui lui est fixé par la loi, la CNSA doit garantir une répartition équitable sur le territoire national des dotations relevant de l'OGD³². Les critères d'allocation de ressources utilisés par la CNSA pour la répartition des dotations régionales ont été adoptés par le Conseil de la CNSA en janvier 2006 et revus en mars 2007. Ils sont très fortement marqués par des indicateurs populationnels et de niveau d'équipement.

1.3.2.1. Les critères d'attribution des dotations régionales en faveur des personnes âgées sont peu contestables mais perfectibles

[81] Pour les personnes âgées, les trois critères servant à la répartition des dotations régionales sont les suivants :

- l'euro par habitant (y compris le coût des Actes Infirmiers de Soignant destinés aux personnes âgées de plus de 75 ans et le montant des enveloppes dédiées aux Unités de Soins de Longue Durée [USLD]) pour 50 % de l'enveloppe ;
- la population des plus de 75 ans (recensée en 2004 et pondérée des extrapolations à 2015) pour 40 % de l'enveloppe ;
- le taux d'équipement (comprenant l'ensemble des services et établissements médicalisés ou non, dont les USLD) pour 10 % de l'enveloppe.

[82] Si la robustesse de ces critères n'appelle pas de remarque particulière, en revanche, les critères populationnel (+ de 75 ans) et du taux d'équipement soulèvent quelques interrogations de la part des différents acteurs rencontrés par la mission, qu'il s'agisse des services de l'Etat ou des collectivités territoriales. En effet, les demandes d'entrée en établissement concernent principalement les personnes âgées de plus de 85 ans. Par ailleurs, de nombreux départements constatent des flux de populations en provenance d'autres régions ou départements au sein de leurs établissements. Ce dernier point mérite cependant d'être nuancé, car une personne accueillie dans un EHPAD en dehors de son département d'origine y acquiert son domicile et doit être, de ce fait, considérée comme population du département d'accueil.

³² Convention d'objectifs et de gestion entre l'Etat et la CNSA.

[83] Enfin, la mission ne peut que constater qu'en l'absence de critère de pression disponible sur le secteur des personnes âgées, il est difficile d'objectiver la mesure des besoins à satisfaire (cf. point 2.2.2.).

1.3.2.2. Les critères d'attribution des dotations en faveur des personnes handicapées ne sont pas suffisamment pertinents

[84] Pour les personnes handicapées, 3 critères servent à la répartition des dotations régionales :

- la population (de moins de 20 ans pour l'enfance ou de 20 à 59 ans pour les adultes, recensée en 2004 et pondérée des extrapolations à 2015) pour 50 % de l'enveloppe ;
- le taux d'équipement global (établissements et services) pour 30 % de l'enveloppe ;
- le prorata des projets en attente de financement pour 20 % de l'enveloppe.

[85] Le faible niveau de disponibilité ou de fiabilité des critères de pression (listes d'attente et amendements Creton) pour une trentaine de départements a amené la CNSA à les écarter. Toutefois, lorsqu'ils sont disponibles, ces critères sont utilisés dans l'analyse des besoins interdépartementaux.

[86] Si les deux premiers critères s'avèrent robustes et facilement disponibles, ils ne prennent pas en compte les placements de personnes handicapées dans les établissements situés hors de leur département d'origine, considérés comme non acquisitifs de domicile, et ne reflètent pas la réalité de la population en situation de handicap, dans la mesure où les facteurs sociaux et environnementaux de recours aux établissements et services médico-sociaux sont mal connus. Par ailleurs, pour certains handicaps rares, les établissements d'accueil peuvent avoir une vocation régionale, voire interrégionale, qui devrait être prise en compte.

[87] Le troisième critère ne correspond à aucune analyse objective des besoins. Les projets en attente de financement ne permettent pas de mesurer l'importance des besoins à satisfaire. Ils ne sont, en général, que l'expression du nombre de projets déposés de leur propre initiative par les promoteurs sur les seuls territoires de leur choix. Enfin, cet indicateur aura vocation à disparaître dans le cadre de la nouvelle procédure d'autorisation de créations de places, fondée sur l'appel à projet, qui figure dans le projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires.

Recommandation n°6 : Le critère « projets en attente de financement » devra être remplacé par le critère « listes d'attente », établi à partir des orientations prononcées par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH), transmises par les MDPH, lorsque les systèmes d'information le permettront.

1.3.2.3. Les indicateurs de rééquilibrage territorial sont complétés par des indicateurs de diversification de l'offre

[88] Des indicateurs de diversification de l'offre sont utilisés par la CNSA pour la répartition des enveloppes régionales et départementales en sous-enveloppes thématiques (prise en charge en établissement ou en milieu ordinaire).

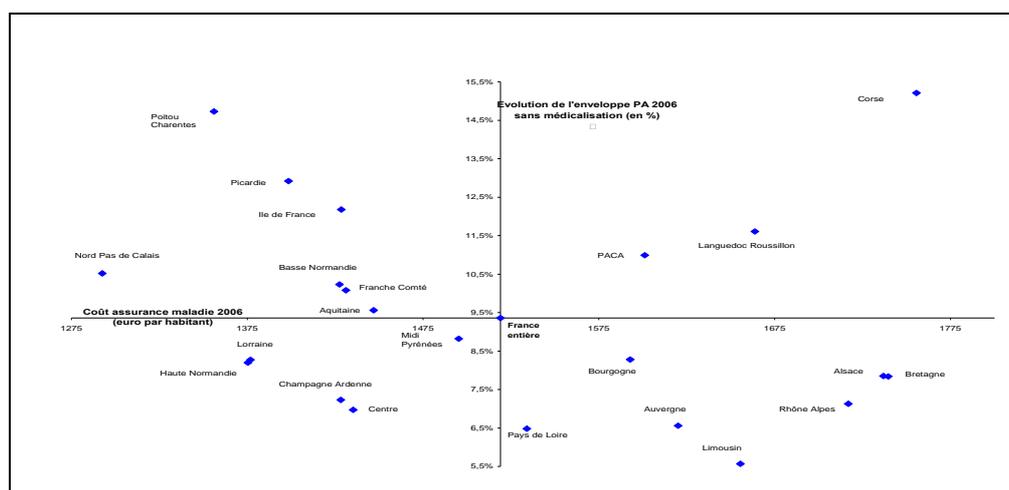
[89] La diversification de l'offre est mesurée par la CNSA à partir du ratio entre, d'une part, le volume de places d'hébergement permanent en établissement et, d'autre part, le volume de places de services de soins, d'accompagnement en milieu ordinaire ou d'accueil alternatif favorisant le maintien à domicile. Ces deux modes de prise en charge doivent être complémentaires et non concurrents.

1.3.2.4. Les critères de rééquilibrage interrégional ont un impact réel mais encore limité au regard de l'équité territoriale

[90] Sur la période 2006 – 2008, des graphiques établis par la CNSA permettent de constater la réduction des écarts entre les régions au regard, d'une part, de l'évolution de leur enveloppe et, d'autre part, de leur coût par habitant. On constate, pour les personnes âgées et pour les personnes handicapées, que le pourcentage d'évolution de la dotation régionale a tendance à devenir plus important pour les régions dont le coût par habitant est le plus faible et qu'il a tendance à diminuer pour les régions dont le coût par habitant est le plus élevé³³.

[91] A titre d'exemple, pour les personnes âgées, depuis 2006, les informations en retour sur l'évolution de l'offre ne traduisent pas encore de changement notable en termes de rééquilibrage, en revanche, en matière de crédits alloués, des changements sont déjà perceptibles. Pour chacune des années 2006, 2007 et 2008, les graphiques ci après situent les régions par rapport à leurs enveloppes en faveur des personnes âgées sans médicalisation et leur coût assurance maladie³⁴ par habitant de 75 ans et plus. Le point de référence est le coût moyen dit « France entière » situé à l'intersection des axes.

Graphique 1 : Personnes âgées Année 2006



Source : CNSA

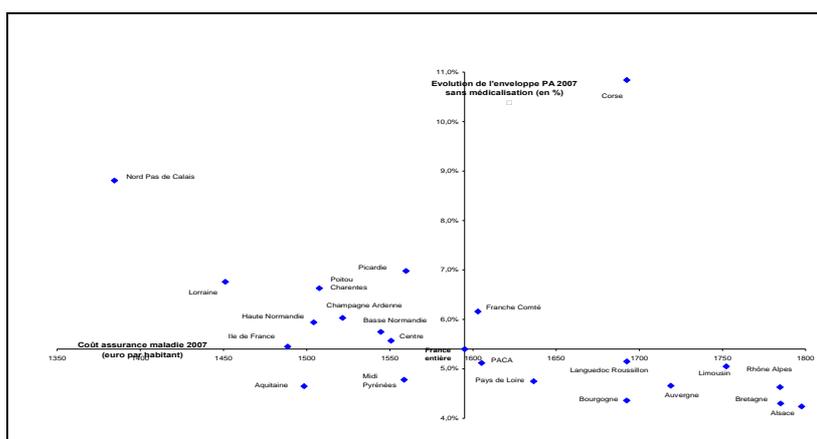
[92] Il faut noter que les échelles, sur les deux axes, sont variables dans le temps sur ces trois graphiques. Si la valeur « France entière » du point de vue du coût de l'assurance maladie en euro par habitant conserve une valeur qui fluctue faiblement de 2006 à 2007 puis reste stable en 2007 et 2008 (1 600 €), il en est autrement pour l'évolution de l'enveloppe en faveur des personnes âgées dont l'écart total se réduit très sensiblement sur la période. Il passe ainsi en 2006 d'une échelle d'une amplitude de 10 points entre ses extrêmes à une échelle variant de 7 points en 2007 puis seulement 5 points en 2008. Ces simples modifications d'échelles, induites par la réduction de la dispersion, traduisent à elles seules une réduction de moitié des écarts.

[93] On observe aussi des changements de position relative des régions les unes par rapport aux autres. Certes, la durée de la période d'observation est restreinte mais il est intéressant de pointer là les premiers effets des rééquilibrages induits par la CNSA grâce au dispositif PRIAC.

³³ Cf P.J. n°4 à 9.

³⁴ Ce coût assurance maladie intègre l'enveloppe « personnes âgées » + USLD + AIS pour les 75 ans et plus.

Graphique 2 : Personnes âgées Année 2007



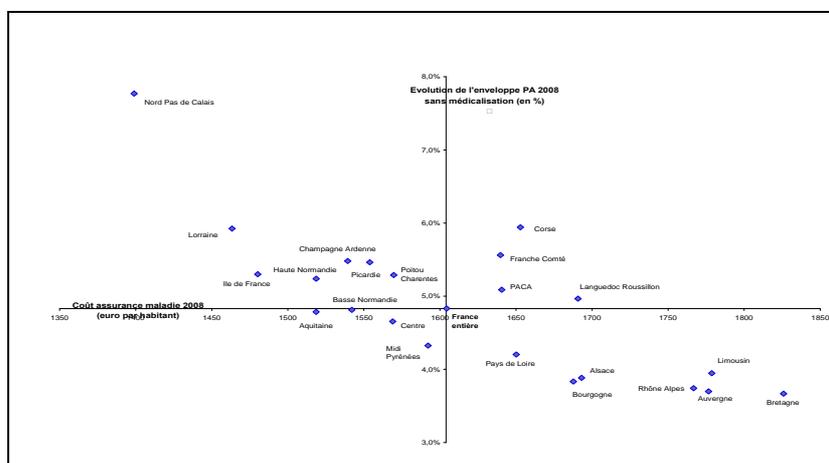
Source : CNSA

[94] Ce resserrement des écarts est plus facilement observable sur les points extrêmes, à savoir les régions présentant un fort déficit. Ainsi, on peut noter le retour progressif de certaines régions vers la moyenne :

- c'est le cas de la région Corse qui est à signaler comme un exemple de région sur-dotée revenant vers la moyenne.
- à l'inverse, la région Picardie et la région Lorraine, toutes deux sous dotées et visitées par la mission, rattrapent depuis 2006 une partie de leurs retards. Pour cette dernière région, le graphique illustre bien le mécanisme du rattrapage qui se réalise en abondant les dépenses d'assurance maladie en euros par habitants tout en majorant dans le même temps, d'une évolution supérieure à la moyenne, l'enveloppe en faveur des personnes âgées sans médicalisation et cela depuis 2007.

[95] En final, il faut relever que la très grande dispersion constatée pour l'année 2006 a laissé la place, en 2008, à une répartition plus groupée de toutes les régions. Cette concentration qui s'amorce a pour objectif de les faire converger à termes vers le point de référence national. Ces schémas illustrent visuellement l'influence de l'outil PRIAC pour ces crédits alloués concernant les personnes âgées.

Graphique 3 : Personnes âgées Année 2008



Source : CNSA

- [96] Pour atteindre l'objectif de rééquilibrage, la CNSA utilise aussi d'autres leviers comme l'adaptation des structures, la diversification des modes d'accompagnement mais aussi une meilleure connaissance de la constitution des coûts dans les établissements ou par son action d'accompagnement et d'aide aux acteurs.
- [97] Toutefois, l'évolution du taux d'équipement par région³⁵ montre, pour les personnes âgées, que l'écart entre les extrêmes augmente de manière régulière sur la période 2004 – 2007, alors qu'au cours de la même période il tend à se réduire pour les enfants et les adultes handicapés.
- [98] La mission estime que la période d'observation (deux années pleines) est trop limitée pour mesurer pleinement l'effet de ces critères sur la réduction des inégalités territoriales, compte tenu, notamment, des délais nécessaires pour l'installation effective des places nouvelles.

2. L'AMELIORATION DE L'EVALUATION DES BESOINS EST A POURSUIVRE

- [99] Pour favoriser l'identification des besoins, la loi du 2 janvier 2002 a donné un nouvel élan à la planification départementale en renforçant le rôle des schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale. Si la qualité de l'identification des besoins est déterminante pour la programmation des créations de places en établissements et services, l'articulation entre les secteurs sanitaire et médico-social s'avère indispensable pour permettre une prise en charge globale des personnes.

2.1. *Les schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale constituent des outils de planification du ressort des conseils généraux*

2.1.1. **En renforçant le rôle des schémas départementaux, la loi de 2002 a donné un nouvel élan à la planification départementale**

- [100] La loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 précise les objectifs fixés aux schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale (SDOSMS). Elle a réformé la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médicosociales, et transformé le code de l'action sociale et des familles (CASF) en modifiant les règles d'organisation et de fonctionnement des établissements et services sociaux et médico-sociaux.
- [101] La loi du 13 août 2004, relative aux libertés et responsabilités locales, en traduisant une nouvelle répartition des compétences entre l'Etat et les collectivités locales, a modifié les conditions d'élaboration et d'adoption du schéma départemental. Alors qu'antérieurement il était arrêté conjointement par le représentant de l'Etat et le président du conseil général, l'article L312-5 a confié au seul conseil général le soin d'adopter le schéma départemental et de le transmettre pour avis au comité régional de l'organisation social et médico-social (CROSMS).
- [102] Toutefois, le schéma doit être « *arrêté par le président du Conseil général après concertation avec le représentant de l'Etat* » dans le département. De plus, ce dernier transmet au président du conseil général, au plus tard six mois avant l'expiration du précédent schéma, les orientations qu'il doit prendre en compte pour les établissements restés sous la responsabilité de l'Etat.

³⁵ Cf P.J. n°2 et n°3.

- [103] L'article 312-4 du CASF indique, notamment, que ces schémas qui sont établis pour une période maximum de cinq ans :
- « 1° Apprécient la nature, le niveau et l'évolution des besoins sociaux et médico-sociaux de la population ;
 - 2° Dressent le bilan quantitatif et qualitatif de l'offre sociale et médico-sociale existante ;
 - 3° Déterminent les perspectives et les objectifs de développement de l'offre sociale et médico-sociale et, notamment, ceux nécessitant les interventions sous forme de création, transformation ou suppression d'établissements et services ... ;
 - 5° Définissent les critères d'évaluation des actions mises en œuvre dans le cadre de ces schémas. »
- [104] Un document annexé aux schémas « peut préciser, pour leur période de validité, la programmation pluriannuelle des établissements et services médico-sociaux qu'il serait nécessaire de créer, de transformer ou de supprimer afin de satisfaire les perspectives et objectifs définis au 3°. »
- [105] Une des forces du schéma réside dans le fait qu'il est dorénavant opposable puisque, comme le précise l'article L 312-4-1°, l'autorisation n'est accordée que « *si le projet est compatible avec les objectifs* » mais aussi s'il « *répond aux besoins sociaux et médico-sociaux fixés par le schéma* ».
- [106] Par ailleurs, l'article 312-5 du CASF, prévoit que « les éléments des schémas départementaux d'une même région, afférents aux établissements et services relevant de la compétence de l'Etat, sont regroupés dans un schéma régional fixé par le représentant de l'Etat dans la région », après avis du CROSMS et transmis pour information aux présidents des conseils généraux concernés.

2.1.2. Les démarches départementales et régionales sont très hétérogènes

- [107] Tous les départements ne sont pas couverts par des schémas en vigueur. Ainsi, début 2008, sur la base d'un recensement effectué par la CNSA auprès des DRASS, il apparaît que 67 % des départements disposent d'un schéma gérontologique en vigueur, 57 % d'un schéma pour les enfants handicapés et 53 % d'un schéma pour les adultes handicapés.

2.1.2.1. Les schémas portent sur des périodes différentes selon les départements

- [108] Contrairement au PRIAC, les schémas départementaux, qui sont eux aussi établis pour une période de cinq ans, ne sont pas actualisés chaque année. Ces schémas, lorsqu'ils existent, sont établis à des dates différentes entre départements d'une même région et c'est encore bien souvent le cas au sein d'un même département pour les schémas relatifs aux personnes handicapées et les schémas relatifs aux personnes âgées.
- [109] La mission constate que certains départements ont souhaité, soit retarder l'actualisation d'un schéma³⁶, soit élaborer des schémas de transition³⁷ portant sur une période courte, afin d'adopter à terme un calendrier unique pour les schémas en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées.

³⁶ Schéma gérontologique de l'Oise 2003 - 2007

³⁷ Schéma gérontologique du Maine et Loire 2008 - 2010

2.1.2.2. Les représentants de l'Etat n'ont pas élaboré de schémas régionaux

- [110] Dans les régions visitées par la mission, les représentants de l'Etat n'ont pas élaboré le schéma régional prévu par l'article 312-5 du CASF. L'absence de calendrier commun entre les départements d'une même région est présentée comme un obstacle à l'élaboration d'un tel document.
- [111] Toutefois, dans le cadre de l'élaboration du PRIAC, la région Lorraine a établi, pour la période 2006 – 2008, un document présentant les caractéristiques d'un schéma régional d'organisation sociale et médico-social. Ce document comprend, notamment, des diagnostics, des orientations stratégiques interdépartementales et régionales et des actions à prioriser pour 2007 – 2008. La partie « diagnostics » dresse un état des lieux quantitatif et qualitatif par catégorie de population et présente l'évolution des dotations financières régionales.
- [112] L'exemple de la région Lorraine montre qu'il est possible de réaliser un schéma régional d'organisation sociale et médico-sociale. La mission estime que l'élaboration d'un tel document serait de nature à améliorer la compréhension des orientations régionales par les différents acteurs concernés, et notamment les conseils généraux.

2.1.2.3. Le contenu des schémas départementaux est très hétérogène

- [113] Début 2007, un rapport de l'IGAS³⁸ avait déjà souligné l'hétérogénéité des schémas départementaux quant à leur contenu et à la précision de leurs orientations.
- [114] Les schémas départementaux sont de qualité inégale et leur élaboration, pour certains antérieure à la mise en œuvre des PRIAC, repose sur une analyse des besoins dont la précision, et donc la portée opérationnelle, est parfois limitée.
- [115] Ils témoignent entre eux, au sein d'une même région, d'une grande diversité dans les découpages territoriaux et de référentiels pour l'identification des besoins. Par ailleurs, rares sont les schémas qui disposent d'une véritable annexe précisant la programmation pluriannuelle des établissements et services médico-sociaux qu'il serait nécessaire de créer, de transformer ou de supprimer pour satisfaire les besoins. Cette situation peut conduire les acteurs locaux à considérer les schémas comme de simples déclarations d'intention.
- [116] Pour favoriser l'homogénéité des schémas départementaux, la mission estime que la CNSA pourrait utilement fournir des référentiels d'analyse et des modèles de composition des schémas pour aider les départements à renseigner les données utiles à l'identification des besoins et favoriser l'émergence d'une approche partagée, dans la perspective de l'élaboration des PRIAC.

Recommandation n°7 : La CNSA proposera des référentiels d'analyse et de composition des schémas pour favoriser l'émergence d'une analyse partagée des besoins, dans la perspective de l'élaboration des PRIAC.

³⁸ L'action sociale locale en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées dans les départements du Lot-et-Garonne, du Nord, du Rhône et du Val de Marne – rapport 2007-001P - février 2007

2.2. La qualité de l'identification des besoins est déterminante pour la programmation des créations de places en établissements et services

- [117] Les indicateurs de pilotage élaborés par le Conseil de la CNSA sont globalement disponibles, aussi bien pour le secteur des personnes handicapées que pour celui des personnes âgées. En ce qui concerne *l'offre existante*, ils s'appuient essentiellement sur le taux d'équipement.³⁹
- [118] Cependant, actuellement, faute d'autres données disponibles au niveau national, c'est également ce même taux d'équipement par catégorie de service ou établissement que le CNSA utilise principalement pour « objectiver » la quantification des besoins, répartir les enveloppes et réduire les inégalités territoriales.
- [119] L'identification réelle et la plus exhaustive possible des besoins des personnes handicapées et des personnes âgées est pourtant l'étape préalable à toute programmation adaptée et pertinente des services et établissements dans le secteur médico-social ; c'est encore plus vrai dans une période de ressources humaines et financières limitées.
- [120] Lors de ses déplacements, la mission s'est heurtée à la difficulté à faire émerger une méthode et/ou des indicateurs communs : nos interlocuteurs évoquant sans cesse la nécessité de « répondre aux besoins » sans apporter plus de précisions.

2.2.1. Comment faire émerger les besoins des personnes handicapées pour programmer avec efficience ?

2.2.1.1. Les données disponibles sont disparates et difficilement comparables

- [121] Longtemps, la définition du handicap est restée floue. Encore actuellement, la « classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé », issue des travaux de l'organisation mondiale de la santé (OMS) de 2001⁴⁰, est un outil complexe à utiliser et peu opérationnel. De multiples travaux techniques ou enquêtes utilisent les définitions de « déficiences », d'incapacités » ou /et de dépendance »⁴¹ pour cerner les réponses à organiser.
- [122] Les sources d'information disponibles sont hétérogènes et proviennent d'études de prévalence nationale⁴² qui estiment également le nombre de personnes handicapées par catégories de déficiences.⁴³ Pour préparer les travaux des schémas départementaux, des études⁴⁴ ont été réalisées avec un état des lieux complet.

³⁹ Il est calculé notamment à partir des fichiers d'identification des établissements (FINESS) et des recensements de l'INSEE (répertoires STATISS) complétés par l'analyse des comptes administratifs et des rapports d'activité des structures.

⁴⁰ Auxquels a participé le centre technique national d'études et de recherches sur les handicaps et les inadaptations (CTNERHI).

⁴¹ Enquête « handicaps, incapacités, dépendances » (HID) de l'INSEE.

⁴² Cf. l'étude INSERM-CNTERHI de 2004 - « Le handicap en chiffres ». Celle-ci estimait la prévalence des handicaps chez l'enfant de 0 à 20 ans à environ 2%. Dans le département de Mayenne par exemple, cela portait en 2004 le nombre d'enfants et adolescents handicapés à 1440.

⁴³ Pour les déficiences sévères (trisomies 21, retards mentaux importants, paralysies cérébrales, cécités, surdités sévères, autisme...) ou autres anomalies (malformations, maladies somatiques invalidantes...).

⁴⁴ Cf. DRASS-ORS « Prévalence des handicaps de l'enfant dans les Pays de la Loire – décembre 2001 d'après une étude INSERM sur le registre Isère RHEOP qui utilise un taux de prévalence supérieur pour les déficiences sévères (9,2 pour 1000 au lieu 8,4) ou travaux du CREA réalisés en 2006 à la demande de la DDASS et intitulés « Enfants et adolescents handicapés de Mayenne – les orientations de l'Etat pour le schéma départemental ».

- [123] A partir d'enquêtes dans les établissements et services pour enfants handicapés, il est possible de connaître le nombre d'enfants pris en charge dans ces structures⁴⁵. A chaque rentrée scolaire, les services de l'inspection académique connaissent le nombre d'enfants en scolarité ordinaire, le nombre d'enfants en classes d'intégration scolaire (CLIS) et en unité pédagogique d'intégration (UPI) ainsi que le nombre d'auxiliaires de vie scolaire (AVS) financées. Pour les adultes handicapés, les mêmes informations sont disponibles à travers les enquêtes et les rapports d'activités des structures⁴⁶. Certaines régions ont également réalisé des études particulières.⁴⁷
- [124] Toutes ces données sont à interpréter avec une grande prudence et ne peuvent s'additionner, faute de tableau de bord nominatif et global⁴⁸.
- [125] Ces enquêtes recensent le nombre de places mises à disposition pour permettre une prise en charge, plus qu'elles n'identifient les besoins des personnes handicapées. *Réaliser un état des lieux des prises en charge actuelles ne suffit pas à conclure à une réponse en adéquation avec les besoins.*
- [126] C'est pourtant encore le **taux d'équipement** par type de service et structure qui est utilisé comme principal indicateur pour comparer les départements et régions et réduire les inégalités territoriales

2.2.1.2. L'officialisation de la réponse aux besoins à travers le droit à compensation n'est pas encore opérationnelle

- [127] Alors que pendant des années la réponse aux besoins s'est organisée autour de l'offre existante, la loi de 2005 inverse la démarche. En inscrivant pour la première fois dans la loi, d'une part, une définition du handicap⁴⁹ et, d'autre part, un droit à compensation des conséquences de ce handicap : « *les besoins de compensation étant inscrit dans un plan élaboré en considération des besoins et des aspirations de la personne handicapée* ». ⁵⁰
- [128] Si cette loi est une avancée majeure, force est de constater que sa mise en pratique est encore aujourd'hui partielle, malgré la mobilisation de l'ensemble des interlocuteurs concernés. La mission constate que certains préalables à la réussite de ce changement de dispositif n'ont été pas suffisamment pris en compte.

⁴⁵ Centre d'action médico social précoce (CAMSP), institut médico éducatif (IME), service d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD, institut thérapeutique éducatif et pédagogique (ITEP).

⁴⁶ Etablissement et service d'aide par le travail (ESAT), foyer d'accueil médicalisé (FAM), maison d'accueil spécialisé (MAS).

⁴⁷ Cf. Analyse comparative régionale en Pays de la Loire réalisée en 2004 (DRASS-CRAM-MSA-Service médical régional) sur les MAS et les FAM avec un double objectif : définir précisément les populations prises en charge et comparer le fonctionnement des deux types de structures.

⁴⁸ De nombreuses personnes disposent de multiples prestations complémentaires et peuvent être recensées dans plusieurs enquêtes.

⁴⁹ Cf. article L. 114 du code de l'action sociale et des familles : « Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un poly-handicap ou d'un trouble de santé invalidant ».

⁵⁰ Cf. dernier alinéa de l'article L.114-1-1 du CASF.

- [129] Le transfert des activités des commissions départementales de l'éducation spéciale (CDES) et des commission technique d'orientation et de reclassement professionnel (COTOREP) au groupement d'intérêt public que sont les MDPH, n'a pas été anticipé pour leur permettre un fonctionnement adapté à l'élargissement de leurs nouvelles missions.⁵¹ Dès la sortie de la loi de 2005, les associations représentant des personnes handicapées, largement associées à la préparation du projet de loi, se sont très rapidement mobilisées pour obtenir ces droits à compensation.
- [130] En 2008, les MDPH rencontrées par la mission ont procédé à l'acquisition de nouveaux systèmes d'information mais elles n'ont pas terminé la migration des données figurant dans les logiciels OPALES et ITAC. Elles ne sont donc pas encore en mesure d'effectuer les requêtes permettant de disposer des informations relatives aux orientations prononcées, à leur mise en œuvre, aux placements inadéquats ou aux listes d'attente. Les données existantes, exploitables manuellement, ne sont donc pas réellement utilisables pour évaluer les besoins collectifs et programmer avec efficacité la création de nouveaux services et établissements ou la reconversion d'autres.
- [131] La première étape d'identification des besoins relève du travail de l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH. Il s'agit de réaliser une évaluation à partir du diagnostic médical du handicap, mais avec une étude globale de l'impact sur l'ensemble des activités de la vie quotidienne de la personne handicapée.⁵² Cette évaluation conduit, pour chaque personne handicapée, à une proposition d'orientation vers un service et/ou vers un établissement. C'est ensuite à la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) de se prononcer sur l'orientation et les mesures propres à assurer l'insertion scolaire ou professionnelle et sociale. Cette commission « désigne également les établissements ou services correspondants aux besoins de l'enfant ou de l'adolescent ou concourant à la rééducation, à l'éducation, au reclassement et à l'accueil de l'adulte handicapé et en mesure de l'accueillir. »⁵³
- [132] Le guide d'évaluation des besoins de compensation des personnes handicapées (GEVA) est devenu officiel par la parution de deux textes réglementaires⁵⁴. D'après les remontées à la CNSA, « Le GEVA apparaît utilisé par la quasi-totalité des MDPH, mais il ne l'est toutefois que partiellement dans 80% des départements ; quelques uns disent ne pas l'employer du tout... »⁵⁵.
- [133] Entre 2005 et 2008, certaines MDPH ont vu émerger des demandes ; ainsi en Mayenne le nombre d'enfants connus est passé de 800 à 1 300. Cette évolution s'expliquerait notamment par le fait que, bien qu'en situation de handicap et suivis dans des classes spécialisées, de nombreux enfants n'avaient pas de reconnaissance de statut d'handicapé, aucun dossier de demande à la CDES n'ayant été constitué.
- [134] Le décret prévu par l'article L.247-2 du CASF venant tout juste d'être publié,⁵⁶ les données d'activités disponibles pour 2007 sont encore incomplètes et non standardisées.

Recommandation n°8 : Poursuivre l'effort d'accompagnement des MDPH pour qu'elles soient équipées avant fin 2009 d'un système d'information permettant la transmission des

⁵¹ Par exemple : recrutement de directeur décalé dans le temps et parfois remplacé rapidement, personnels à culture et méthode de travail différentes, démarrage du fonctionnement sur des sites éclatés et surtout aucune mise à niveau des systèmes d'information avant le transfert.

⁵² Cf. deuxième alinéa de l'article L. 114-1-1 du CASF – « qu'il s'agisse de l'accueil de la petite enfance, de la scolarité, de l'enseignement, de l'éducation, de l'insertion professionnelle, des aménagements du domicile ou du cadre de travail nécessaires au plein exercice de sa citoyenneté et de sa capacité d'autonomie, du développement ou de l'aménagement de l'offre de service... ».

⁵³ Cf. article L.241-6 du CASF.

⁵⁴ Décret n° 2008-110 du 6 février 2008 relatif au guide d'évaluation des besoins de compensation des personnes handicapées et arrêté de la même date.

⁵⁵ Cf. Note de synthèse sur les rapports des présidents de conseil général sur l'activité des MDPH en 2007 : « Les maisons départementales de personnes handicapées en 2007 : vers la maturité ? » - source CNSA.

⁵⁶ Décret n° 2008-833 du 22 août 2008 portant création du système d'information et organisant la transmission des destinées à l'alimenter.

données prévues par le décret n°2008-833 du 22 août 2008 portant création du système national d'information pris en application de l'article L .247-2 du CASF.

Recommandation n°9 : Prévoir dans la programmation des travaux de l'IGAS une mission d'évaluation des MDPH pour juger de leurs capacités à répondre aux missions que la loi de 2005 leur a confiées.

2.2.1.3. La situation particulière des jeunes sous amendement Creton

[135] Les jeunes, au-delà de l'âge de 20 ans, relèvent officiellement des services et structures pour adultes handicapés. Cependant, depuis 1989, la prise en charge d'une personne handicapée placée dans un établissement peut se poursuivre dans ce même établissement au-delà de l'âge de 20 ans, dans l'attente d'une place dans un établissement adapté.⁵⁷

[136] La DGAS estime en 2008, à environ 5 000 le nombre de jeunes de plus de 20 ans qui sont maintenus dans les établissements pour enfants et adolescents faute de place disponibles dans les établissements pour adultes. La majorité des interlocuteurs rencontrés (aussi bien les représentants des familles que de l'Etat et des conseils généraux) ont souligné cette inadéquation de réponse, qui parfois dure depuis plusieurs années.

[137] **Cette mesure transitoire aura 20 ans l'année prochaine** (l'âge des jeunes handicapés pour qui elle avait été créée et une génération) ; ce constat n'est guère satisfaisant et la mission estime que les intéressés et leurs familles ont été bien patients.

Recommandation n°10 : Trouver en priorité, avant fin 2009, une solution individuelle adaptée aux besoins des jeunes placés sous amendement Creton et permettre à l'avenir, à chaque jeune arrivant à l'âge adulte, de bénéficier, sans retard, d'une prise en charge adaptée à ses besoins.

[138] Mais il ne s'agit pas uniquement de régler cette situation, mais également d'éviter qu'elle ne se reproduise. Entre 15 000 et 17 000 adolescents seraient également sur listes d'attente pour obtenir une orientation conforme à leurs besoins.

2.2.2. Comment faire émerger les besoins des personnes âgées pour programmer avec efficience ?

2.2.2.1. La projection démographique mérite d'être complétée par une analyse qualitative plus détaillée des besoins

[139] Les études de l'INSEE, avec les projections de population d'ici 2015, donnent un premier éclairage concernant le nombre de personnes âgées de plus de 75 ans et de plus de 85 ans. Mais il s'agit d'organiser les réponses, non en fonction de l'âge des personnes, mais de leurs besoins et notamment de leur degré d'autonomie. Pour cela, il est nécessaire de compléter ces informations statistiques par des données qualitatives sur l'état de santé et de dépendance des personnes pour anticiper leurs besoins.

⁵⁷ Cf. article 22 de la Loi n° 89-18 du 13 janvier 1989 dit amendement Creton « Lorsqu'une personne handicapée placée dans un établissement d'éducation spéciale ne peut être immédiatement admise dans un établissement pour adulte désigné par la commission technique d'orientation et de reclassement professionnel, Ce placement peut être prolongé au-delà de l'âge de vingt ans ou, si l'âge limite pour lequel l'établissement est agréé est supérieur, au-delà de cet âge dans l'attente de l'intervention d'une solution adaptée, par une décision conjointe de la commission départementale de l'éducation spéciale et de la commission technique d'orientation et de reclassement professionnel. »

[140] Le « plan solidarité grand âge » de juin 2006, complété par les préconisations de prévention du plan « bien vieillir » 2007-2009, propose des mesures, notamment pour permettre aux personnes âgées qui le souhaitent de rester à leur domicile avec des possibilités d'accompagnement et de soutien. Cependant, pour les personnes âgées dépendantes⁵⁸ qui présentent des problèmes majeurs de désorientation, ce qui ne leur permet pas de vivre seules, c'est aux institutions de s'adapter.

[141] Devant l'absence de maquette-type avec des indicateurs communs qui faciliteraient les analyses comparatives entre départements, la mission a constaté que lorsque les schémas gérontologiques existent, les données disponibles sont disparates et surtout quantitatives.⁵⁹ Les conseils généraux ne disposent pas toujours d'informations suffisantes sur la situation individuelle, l'origine géographique et les caractéristiques des personnes âgées hébergées en établissement, ni sur les listes d'attente des établissements, qui aideraient à la programmation.

2.2.2.2. Certaines évolutions se dessinent et méritent d'être intégrées dans les processus de programmation

[142] Les profils des personnes qui entrent actuellement et qui entreront dans les 5 à 10 ans dans les structures présentent les caractéristiques suivantes :

- une entrée en institution plus tardive⁶⁰, ce qui induit un état de santé plus dégradé et un degré d'autonomie plus faible, associé à des désorientations parfois sévères (en particulier liées à la maladie d'Alzheimer);
- un souhait des personnes âgées de se rapprocher de leurs familles et, à cet effet, d'être hébergées dans des établissements situés plutôt en ville (au détriment de zone rurale, même si elles y ont toujours vécu) ;⁶¹
- sans oublier la prise en charge adaptée des personnes handicapées vieillissantes.

Recommandation n°11 : Le vieillissement des personnes handicapées est une véritable problématique à prendre en compte, qu'il s'agisse des personnes handicapées physiques, psychiques ou présentant des déficiences mentales.

[143] Ces tendances sont susceptibles d'influer sur l'architecture et la localisation des futurs établissements, ce qui incite à une analyse précise des besoins des populations accueillies.

2.2.2.3. L'évaluation individuelle des besoins des personnes âgées n'est pas systématique, ce qui ne facilite pas la programmation

[144] Les besoins individuels des personnes âgées sont recensés à travers un certain nombre d'outils (mesure de la charge en soins avec la grille PATHOS, mesure de la dépendance avec la grille AGGIR...). Mais l'évaluation globale des besoins des personnes âgées n'est pas systématiquement réalisée, notamment lorsqu'elles demeurent à domicile⁶².

⁵⁸ Notamment celles atteintes de la maladie d'Alzheimer qui représentent entre 40 et 60% des personnes de plus de 85 ans en EHPAD.

⁵⁹ Nombre d'allocataires en APA à domicile et en établissements.

⁶⁰ L'âge moyen actuel d'entrée en EHPAD est voisin de 84 ans.

⁶¹ Elle a été évoquée à de multiples occasions par l'ensemble des interlocuteurs lors des déplacements dans les 7 départements.

⁶² Lorsqu'une demande d'allocation personnalisée d'autonomie (APA) à domicile est formulée, une équipe pluridisciplinaire réalise une évaluation concernant le degré d'autonomie de la personne.

- [145] Un des éléments de complexité pour évaluer les besoins des personnes âgées, provient de la fragilité de leur état de santé et d'un degré d'autonomie qui peut fluctuer très rapidement dans le temps⁶³ ; ce qui n'est pas le cas des personnes handicapées dont la situation est plus stable dans le temps. Ainsi, pour répondre au mieux à leurs besoins, cette évaluation doit pouvoir être réalisée régulièrement et rapidement, notamment lors de la survenue de tout événement pouvant conduire à une évolution de leur situation d'autonomie.
- [146] Lors des entretiens, l'opportunité de la mise en place d'une maison de l'autonomie (en particulier par extension des missions de la MDPH), qui jouerait le rôle de guichet unique et qui pourrait accueillir toute personne âgée ou handicapée (et/ou leurs familles) pour une évaluation en cas de perte d'autonomie, a été discutée.
- [147] Actuellement, seuls les réseaux de gérontologie mènent une véritable réflexion en matière de parcours de prise en charge des personnes âgées. Sur un territoire donné, ils disposent alors d'informations via leurs dossiers individuels de coordination.
- [148] Ainsi, les intervenants du réseau de Lunéville (RESEAU LU) se déplacent à domicile pour une évaluation médico-sociale, financière et de l'habitat. Ils remplissent un dossier d'évaluation qui comprend les rubriques administratives avec les noms et coordonnées des différents intervenants, les données médicales, les informations relatives à l'autonomie, la mobilité ainsi que les caractéristiques de l'environnement avec une synthèse gériatrique présentant le projet du patient et de la famille et les objectifs de prise en charge ainsi que le projet de soin.⁶⁴ Une étude particulière est réalisée lors de l'évaluation à partir de critères de fragilité (désorientation/poly-pathologies/inadaptation du logement...) : 60% des personnes âgées ont plus de 5 critères de fragilité. Le plan d'intervention individualisé élaboré pour chaque personne âgée fait l'objet d'un suivi minimal mensuel (parfois tous les jours si la situation le nécessite). Des visites conjointes avec les professionnels du conseil général peuvent être organisées.
- [149] L'analyse des besoins, réalisée par les professionnels des réseaux de gérontologie mais également des centres locaux d'information et de coordination (CLIC), doit pouvoir alimenter les schémas départementaux ; ceux-ci s'appuyant sur les besoins individuels des populations pour construire une évaluation collective des besoins en services et établissements médico-sociaux.
- [150] Certaines régions ont initié des études pour analyser les parcours d'entrée en dépendance et la mise en place des aides.⁶⁵

Recommandation n°12 : *S'il peut être intéressant de conduire une réflexion sur l'opportunité d'évoluer vers l'ouverture de maisons de l'autonomie, il n'est pas raisonnable de pouvoir élargir les missions des maisons départementales des personnes handicapées avant que celles-ci n'arrivent à un fonctionnement en vitesse de croisière.*

2.3. L'articulation entre les secteurs sanitaire et médico-sociale est indispensable pour une prise en charge globale des personnes

- [151] La maquette de l'élaboration des PRIAC prévoit dans son volet 5 que les services des DRASS renseignent les articulations entre les secteurs sanitaire, médico-social et social, avec notamment :

⁶³ Une chute, une déshydratation ou une infection peuvent avoir des conséquences majeures sur ces personnes âgées très fragiles ; une hospitalisation pouvant également conduire à une perte de repères et à une désorientation qui peut aggraver un équilibre instable.

⁶⁴ Les outils permettent une évaluation de l'état nutritionnel, de la dépendance (grille AGGIR), des tests psychométriques avec les 4 IADL de l'échelle de LAWTON pour évaluer le comportement et l'autonomie une grille pour évaluer la souffrance des aidants naturels dans le maintien à domicile des PA et un plan d'aide est mis en place.

⁶⁵ Cf. « Les personnes âgées dépendantes à l'horizon 2015 en Basse Normandie - Etude du comité régional de coordination et d'observation sociale - septembre 2007.

- la planification hospitalière à travers le schéma régional d'organisation sanitaire (SROS III) et les actions prioritaires de coopérations ;
- les coordinations avec le secteur de ville, notamment par les réseaux de soins ville-hôpital-médico-social ;
- et les actions de prévention et de promotion de la santé en établissements et services des programmes régionaux de santé publique (PRSP).

[152] Les tableaux, dont a été destinataire la mission lors de ses déplacements dans trois régions, sont inégalement remplis et les informations difficilement lisibles et utilisables en tant que telles. Ainsi, concernant les EHPAD, ils renvoient souvent au contenu des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) et, pour les hôpitaux, à des réponses à des appels d'offre nationaux. Ils sont parfois restés vierges.

[153] Dans l'immédiat, leur contenu ne permet pas d'évaluer les coordinations établies entre les acteurs et entre les différents outils (schémas ou programmes), alors que cette concertation collective est primordiale. L'intérêt manifeste de travailler sur ces modalités de collaboration entre les soins hospitalier, les prises en charge en libéral ou par les réseaux, et les actions préventives, est de pouvoir appréhender la continuité et la globalité de la prise en charge des personnes âgées et des personnes handicapées, qui est encore trop souvent morcelée par décideurs et par financeurs.

2.3.1. Ces articulations sont en construction en gérontologie et en santé mentale

[154] Les orientations nationales ciblent ces articulations sur deux secteurs prioritaires : la filière gérontologique et l'accompagnement médicosocial des personnes présentant un handicap psychique ou une pathologie mentale stabilisée. C'est ainsi l'objectif des circulaires⁶⁶ signées par les trois directeurs d'administration centrale concernés et par le directeur de la CNSA depuis trois ans, de coordonner la planification et la programmation de l'évolution de l'offre de soins et des services dans le domaine de la santé mentale.

[155] Le PRIAC est explicitement mentionné dans les trois circulaires comme un des outils de transversalité des politiques publiques dans le domaine de la santé mentale.

[156] En ce qui concerne les personnes âgées, des circulaires incitent également à cette articulation des différents secteurs, notamment avec appels à projet.⁶⁷

[157] Cependant, dans ces deux domaines, sur les territoires, les travaux de concertation sont variables selon les régions et la dynamique de travail collectif des acteurs. Ainsi, **en Lorraine**⁶⁸, lors de l'élaboration du volet « personnes âgées » du SROS, l'analyse de l'ARH s'est centrée sur les filières gérontologiques de prise en charge intégrant l'amont (le domicile et les intervenants sanitaires, sociaux et médico-sociaux), l'étape hospitalière (comment le sanitaire fait face aux accidents de santé intercurrents) et l'aval (comment faire sortir les personnes âgées en les orientant si besoin transitoirement vers des structures de réadaptation) avec selon les situations, un retour possible au domicile ou l'établissement de liens avec une structure médico-sociale si nécessaire. Le directeur de l'ARH de Lorraine, lors de son entretien avec la mission, expliquait que : « *La meilleure façon de gérer l'amont c'est de travailler sur l'aval : il s'agit surtout de développer le maintien à domicile « citoyen » avec l'articulation des différents intervenants autour de la personne âgée.... et ainsi d'éviter au maximum son entrée en structure.* »

⁶⁶ Circulaire DGS/SD6C/DHOS/O2/DGAS/CNSA n°149 du 30 mars 2006 ; circulaire DGS/SD6C/DHOS/O2/DGAS/CNSA n° 84 du 1^{er} mars 2007 et circulaire DGS/SD6C/DHOS/O2/DGAS/CNSA n° 163 du 19 mai 2008.

⁶⁷ Circulaire DHOS/O2/2007/117 du 28 mars 2007 et circulaire DHOS/O2/2007/176 du 30 avril 2007.

⁶⁸ Dans cette région le travail de concertation a été facilité, d'une part, grâce à un médecin inspecteur chargé de mission à l'ARH faisant le lien et les coordinations entre ARH-DRASS-DDASS et URCAM et, d'autre part, avec une inspectrice principale à la DDASS de Meurthe et Moselle désignée comme chef de projet pour l'articulation entre SROS III et PRIAC (cf. monographie).

- [158] **En Picardie**, le directeur de l'ARH considère que le PRIAC a été élaboré en cohérence avec le SROS, notamment le volet « personnes âgées » construit en 2006, donc antérieur au PRIAC. La révision de certains volets du SROS sera, selon lui, une occasion d'élargir la réflexion et de compléter l'articulation avec le médico-social pour améliorer la continuité des parcours de prise en charge et adapter celle-ci aux pathologies, et à l'état des patients (vieillesse et/ou dépendance) qui est évolutif. Dans ce cadre, des groupes de travail sur le volet « santé mentale et psychiatrie » ont été lancés à partir d'une analyse des inadéquations (estimé à environ 30%) dans les établissements de santé publics et privés. Ces travaux ont conduit à la création de la maison d'accueil spécialisée de Clermont de l'Oise, par transformation de lits de psychiatrie avec transfert financier de l'enveloppe sanitaire vers le médico-social avec l'accord de la commission exécutive de l'ARH.
- [159] Dans les **Pays de la Loire**, il existe une forte étanchéité entre les deux outils, avec des modes d'élaboration sans véritable articulation, avec des approches territoriales différentes.
- [160] Mais tous les acteurs rencontrés insistent sur le fait qu'il existe des difficultés pour optimiser l'utilisation des structures existantes. La méconnaissance de l'utilisation des capacités existantes et du nombre de personnes n'ayant pas de réponse adaptée à leurs besoins ne facilite pas la mise en adéquation de l'offre et de la demande. Ainsi, l'indépendance des structures d'hébergement ne permet pas d'organiser l'orientation et le placement au sein d'un territoire de santé. Souvent, les personnes âgées se retrouvent seules avec leurs familles, pour trouver une place adaptée en institution.
- [161] La mission estime que pour les personnes âgées, les articulations entre le SROS III et le PRIAC ne peuvent être réalisées avec efficacité que par l'association de l'ARH aux travaux du PRIAC et par l'intégration des DDASS et des conseils généraux aux travaux concernant le volet obligatoire « personnes âgées » du SROS⁶⁹ : ce qui est rarement le cas.
- [162] Les opérations de restructuration et de reconstitution d'établissements de santé se font au coup par coup et l'interlocuteur naturel de l'ARH est la DDASS et non la DRASS. L'ARH soutient ces opérations dans les contrats d'objectifs et de moyens des établissements de santé en s'appuyant sur des études d'inadéquation.
- [163] En effet, la fongibilité des enveloppes des sous-objectifs de l'ONDAM (sanitaire et médico-sociale) est d'ores et déjà possible et l'instruction des dossiers est confiée aux DDASS pour le secteur médico-social et aux ARH pour le secteur sanitaire, mais nécessite la validation de l'administration centrale (DHOS, DGAS, CNSA et direction de la sécurité sociale [DSS]). Les opérations de transfert sont encore très marginales (1/1000 de l'ONDAM) et dans les faits, asymétriques vers le médico-social.

Tableau 2 : Opérations de fongibilité des enveloppes de l'ONDAM

Années	Transfert du sanitaire vers les PA	Transfert du sanitaire vers les PH	Montant total des opérations de fongibilité
2008	103,3 M€	8,3M€	142,1M€
2007	60,1M€	21,2M€	84,3 M€
2006	94,9M€	15,5M€	114,7 M€

Source : DSS - note remise à la mission

⁶⁹ Sachant que l'ARH de Lorraine a élargi la réflexion par un volet facultatif du SROS sur les personnes handicapées.

[164] En 2008, environ 110 millions d'euros ont été transférés, dont 90% vers les structures pour personnes âgées.⁷⁰ Les sommes intègrent également les opérations de partition des unités de soins de longue durée (USLD) à hauteur de 79 millions d'euros pour 2008.

2.3.2. Les liens avec les programmes régionaux de santé publique

[165] Au regard des tableaux du PRIAC, il est quasiment impossible de se faire une idée des articulations existant avec les actions du PRSP (certaines régions n'ayant d'ailleurs pas rempli les tableaux). Au niveau national, la direction générale de santé (DGS) a réalisé une analyse des 26 PRSP en se référant aux actions inscrites dans les différents plans nationaux⁷¹ et en croisant avec les critères populationnels (personnes âgées et personnes handicapées).

[166] Cinq orientations prioritaires faisant l'objet d'un financement par le groupement régional de santé publique (GRSP) sont retrouvées dans les programmes régionaux :

- faciliter le diagnostic précoce pour ralentir l'évolution de la maladie et prévenir les complications ;
- anticiper pour mieux prendre en compte les besoins des familles et des patients ;
- promouvoir l'approche globale des personnes âgées et améliorer la prise en charge pluridisciplinaire ;
- développer la collaboration entre les réseaux de santé et les pôles gérontologiques ;
- programmer des actions de formation en direction des professionnels de santé, des intervenants à domicile et des aidants, et développer les actions intergénérationnelles.

[167] Certaines actions particulières ont été inscrites en direction des personnes âgées et des personnes handicapées dans les PRIAC⁷² :

- prévention du suicide (en lien avec la stratégie nationale de prévention du suicide) ;
- déclinaison du plan national nutrition santé ;
- vie sexuelle et affective⁷³ ;
- prévention de la consommation d'alcool.

[168] Les actions en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées financées par le GRSP font l'objet d'un recensement régional et d'une analyse de la direction générale de la santé, à partir d'une base nationale non figée qui est alimentée par les DRASS. Une extraction concernant la prévention des chutes chez les personnes âgées figure en pièce jointe.

⁷⁰ Dont 12% correspondent à des opérations de sincérité des comptes entre budget sanitaire principal et budget annexe d'une structure médico-sociale.

⁷¹ Plan « Bien vieillir » 2007-2009, plan « Alzheimer et maladies apparentées » 2008-2012, plan « Pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques » 2007-2011 et plan relatif au « Soins palliatifs ».

⁷² En Picardie, un cahier des charges en lien avec le PRIAC a été élaboré pour des actions relatives à l'éducation sexuelle et affective des personnes handicapées et des actions nutritionnelles pour les personnes âgées en EHPAD. Mais il y a eu peu de réponses sur ces publics cibles (les promoteurs ne se sentent pas capables d'aborder ces thématiques et de construire des projets).

⁷³ C'est le cas en Picardie et dans les Pays de la Loire. En Picardie, un cahier des charges en lien avec le PRIAC a été élaboré pour des actions relatives à l'éducation sexuelle et affective des personnes handicapées et des actions nutritionnelles pour les personnes âgées en EHPAD. Mais il y a eu peu de réponses sur ces publics cibles (les promoteurs ne se sentent pas capables d'aborder ces thématiques et de construire des projets). Dans les Pays de Loire, le programme interdépartemental « vie affective et sexuelle des personnes vivant avec un handicap mental » a été examinée au niveau régional, de façon conjointe par la commission médico-sociale et par la commission de santé publique avant d'être présenté au comité des programmes du GRSP.

[169] Dans l'état actuel, les objectifs affichés pour articuler SROS, PRIAC et PRSP sont louables, mais il s'agit souvent d'actions autonomes, sans véritable projet transversal commun entre les différents promoteurs. *Les difficultés d'articulation sont liées notamment aux calendriers, aux méthodes d'élaboration et de suivi des actions et aux modalités financières qui ne sont pas harmonisés.* Même si des efforts sont réalisés entre les acteurs locaux, notamment dans les services des DDASS et DRASS, cette coordination entre les personnels en charge des dossiers et les promoteurs est considérée par tous les acteurs comme chronophage et peu productive, car elle n'a pas été initiée au démarrage de la construction des dispositifs (schéma ou programme).

2.3.3. Le droit à l'innovation et à l'expérimentation apporte des réponses originales hors programmation PRIAC

[170] Lors de ses déplacements, la mission a rencontré des acteurs motivés et des promoteurs imaginatifs, prêts à expérimenter des solutions pragmatiques et adaptées aux soins des personnes âgées et des personnes handicapées. Il existe ainsi d'autres formes de réponses qui ne sont pas identifiées dans le PRIAC, qui relèvent de dispositifs innovants et ne nécessitent pas nécessairement des financements publics coûteux. C'est le cas du projet initié en Moselle, intitulé « familles gouvernantes ». Il s'agit d'un montage construit en collaboration entre l'UDAF, le secteur de psychiatrie adultes et des malades psychiques stabilisés installés à domicile (cf. P.J. n°10). Ce projet montre que des solutions innovantes peuvent être construites pour répondre de façon adaptée aux besoins de certaines personnes (ici les malades psychiques stabilisés) sans systématiquement créer des places dans les établissements. La programmation PRIAC n'apportera pas toujours toutes les solutions. Il suffit souvent que les acteurs du sanitaire et du médico-social et les représentants des usagers soutenus par la société civile coordonnent les compétences et acceptent d'intégrer dans la cité des personnes différentes.

Recommandation n°13 : Continuer à autoriser le dépôt de projets expérimentaux avec des réponses innovantes hors programmation PRIAC en prévoyant leur suivi et leur évaluation rigoureuse.

2.3.4. La création des ARS devrait faciliter les coordinations et apporter des améliorations notables

[171] Le vrai enjeu de santé publique réside dans la coordination des acteurs, alors qu'actuellement les dispositifs et les processus décisionnaires sont en tuyau d'orgue ; chacun jouant sa partition de façon autonome. Le projet de loi « hôpital santé patient territoire » (HPST) prévoit un plan régional stratégique de santé. Celui-ci ne doit pas être construit par regroupement des programmations initialement existantes, mais doit conduire à une méthode d'élaboration transversale, en affichant des priorités d'action qui s'inscriront dans une continuité de prise en charge pour les personnes concernées.

[172] La création des ARS devrait permettre d'entrer dans une logique de décisionnaire unique dans l'organisation et le financement des structures (établissements de soins, médecine de ville et structures médico-sociales) et de fongibilité des enveloppes.

[173] Avec les ARS, le directeur devient le pilote de la stratégie régionale de santé en décloisonnant les outils régionaux. C'est alors le responsable régional et l'organisateur de l'offre (à travers un document régional stratégique) et il peut contractualiser avec les territoires pour répondre aux besoins de proximité

3. LES DEPARTEMENTS NE SONT PAS EN MESURE D'ASSURER LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE DE LEUR PROGRAMMATION

[174] Aujourd'hui, les services déconcentrés de l'Etat éprouvent des difficultés pour créer les places d'établissements et services médico-sociaux financées par la CNSA. La procédure encore en vigueur du passage en CROSMS, préalable indispensable à l'autorisation de créations de places, n'est pas en cohérence avec une démarche de programmation. Par ailleurs, une meilleure anticipation des créations de places s'avère nécessaire pour permettre une ouverture effective des établissements ou services dès leur année de financement. Enfin, pour que la question des ressources humaines ne soit pas un obstacle à l'ouverture de nouvelles structures, la valorisation des emplois induits par les créations de places programmées, introduite par la maquette 2008 du PRIAC, gagnerait à être renseignée.

3.1. *La procédure en vigueur pour l'autorisation de créations de places n'est pas en cohérence avec une démarche de programmation*

3.1.1. Les départements éprouvent des difficultés pour engager les crédits notifiés

[175] Le suivi de la programmation des créations de places nouvelles est réalisé chaque année par la CNSA à partir des données transmises par les directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS) et les directions régionales des affaires sanitaires et sociales (DRASS), lors d'enquêtes semestrielles qui permettent de suivre la réalisation physique et financière des enveloppes de chaque exercice.

3.1.1.1. Le taux d'autorisation⁷⁴ des créations de places financées dans l'année est très insuffisant

[176] Les autorisations de création ou d'extension d'établissements ou services médico-sociaux financés par l'Etat ou les organismes de sécurité sociale sont délivrées par le représentant de l'Etat, ou conjointement avec le président du conseil général lorsque celui-ci participe conjointement au financement des prestations délivrées dans les établissements.

[177] On constate que les taux d'autorisation de créations de places sont faibles, voire très faibles, concernant les établissements et services pour personnes âgées et pour adultes handicapés. Par ailleurs, les taux moyens nationaux cachent de très fortes disparités régionales et par type de structure.

[178] Pour les personnes âgées, au 31 décembre 2007, le taux d'autorisation des places nouvelles financées sur des crédits 2007 n'était que de 58 %. A la même date, le taux d'autorisation sur des crédits 2006 s'élevait à 84 %. Sur les crédits notifiés en 2007, on constate que 16 régions⁷⁵ ont un taux d'autorisation inférieur à 75 % et que 6 d'entre elles ont un taux d'autorisation inférieur à 50 %⁷⁶. Ce sont les créations de places en milieu ordinaire qui enregistrent les plus faibles taux d'autorisation (47%) alors que 73 % des places d'hébergement permanent sont autorisées dans l'année. Pour les structures de répit, on constate qu'en 2007 le taux moyen d'autorisation ne dépasse pas 36 % pour l'accueil de jour et 25 % pour l'accueil temporaire.

⁷⁴ Le taux d'autorisation de l'année N correspond au rapport entre le nombre de places autorisées sur financement de l'année N et le nombre de places financées pour l'année N.

⁷⁵ Hors DOM.

⁷⁶ Ces taux sont, notamment, de 16 % en Champagne Ardenne et 28 % en Corse.

[179] Dans les régions visitées par la mission, les services de l'Etat et les collectivités territoriales soulignent les difficultés rencontrées pour développer les places d'accueil séquentiel en raison du faible intérêt manifesté par les promoteurs pour ce type de prestation et du faible taux d'occupation (inférieur à 50 % dans plusieurs départements) constaté au sein des structures existantes⁷⁷, dont l'attractivité serait limitée en raison d'un coût trop onéreux pour les personnes concernées. Ces solutions innovantes pourraient s'avérer être de fausses « bonnes idées », si elles ne répondent pas aux besoins des intéressés et/ou de leurs familles, ou si leurs conditions de mise en œuvre sont dissuasives. Cette question, qui n'a pas été investiguée par la mission, mériterait de faire l'objet d'une étude menée par la CNSA..

Recommandation n°14 : Dans le cadre du suivi de la mise en œuvre du PRIAC, il paraît nécessaire que la CNSA puisse mener une étude sur les solutions alternatives ou innovantes qui portera, notamment, sur l'attractivité et le fonctionnement des structures d'accueil séquentiel.

[180] S'agissant des adultes handicapés, au 31 décembre 2007, le taux d'autorisation des places nouvelles financées sur des crédits 2007 n'était que de 62 %, A la même date, 81 % des places financées sur des crédits 2006 avaient été autorisées. Sur les crédits notifiés en 2007, on constate que 11 régions⁷⁸ ont un taux d'autorisation inférieur à 75 % et que 3 d'entre elles ont un taux d'autorisation inférieur à 50 %⁷⁹.

[181] Toutefois, concernant les enfants handicapés, au 31 décembre 2007, le taux d'autorisation des places nouvelles financées sur des crédits 2007 s'élevait à 94 % et 100 % des places financées sur des crédits 2006 avaient été autorisées. Sur les crédits notifiés en 2007, on constate qu'une seule région⁸⁰ a un taux d'autorisation inférieur à 75 %⁸¹.

3.1.1.2. Le taux d'engagement des crédits notifiés diminue de 2006 à 2007

[182] L'exploitation par la CNSA des données transmises par les DDASS et les DRASS montre que le retard d'engagement⁸² des crédits notifiés dans l'année progresse de 2006 à 2007.

Tableau 3 : Part des crédits engagés au 31 décembre sur les montants notifiés dans l'année

	2006		2007	
	Crédits notifiés	Taux d'engagement	Crédits notifiés	Taux d'engagement
Personnes âgées	121 619 788 €	64 %	121 612 863 €	52 %
Adultes handicapés	138 081 693 €	68 %	148 277 519 €	57 %
Enfants handicapés	69 081 741 €	88 %	74 350 036 €	80 %

Source : DRASS-DDASS et exploitation CNSA des enquêtes semestrielles

[183] Il convient de souligner que, compte tenu de la date relativement avancée dans l'année de la publication des dotations départementales⁸³, les services déconcentrés de l'Etat ne disposent que d'un semestre pour autoriser les créations de places dans l'année de la notification des crédits.

⁷⁷ 50 % pour l'hébergement temporaire et 48 % pour l'accueil de jour dans la Somme.

⁷⁸ Hors DOM.

⁷⁹ Ces taux sont de 30 % en Ile de France, 32 % en Picardie et 44 % en PACA.

⁸⁰ Hors DOM.

⁸¹ 67 % en Midi-Pyrénées.

⁸² Le taux d'engagement des crédits d'une année N correspond au rapport entre le montant de crédits engagés pendant l'année N et le montant de crédits notifiés pour l'année N. C'est l'équivalent financier du taux d'autorisation.

- [184] La recommandation n°3, en confiant aux directeurs régionaux la responsabilité de la répartition interdépartementale de la dotation régionale, devrait permettre d'avancer la date de publication des dotations, et augmenter ainsi la période au cours de laquelle les autorisations de créations de places seront accordées. Une notification des dotations régionale publiée en février doit permettre d'arrêter la ventilation interdépartementale en mars ; les premières autorisations pouvant alors être délivrées dès le mois d'avril, soit un gain de deux mois par rapport à la procédure actuelle.
- [185] Toutefois, ces contraintes de délais ne sauraient à elles seules expliquer les retards si importants constatés pour engager les crédits notifiés dans l'année, et à fortiori pour engager les crédits notifiés l'année précédente.
- [186] L'engagement des crédits suppose que des projets conformes à la programmation interdépartementale soient présentés par des promoteurs et prêts à être autorisés.

3.1.2. Le recours à l'appel à projets devrait améliorer la capacité des autorités publiques à autoriser des projets conformes au PRIAC

3.1.2.1. Le passage en CROSMS ne permet pas de répondre aux actions programmées dans le PRIAC

- [187] Actuellement, les demandes d'autorisation de création ou d'extension d'établissements ou services médico-sociaux doivent être déposées par les porteurs de projets, à leur initiative et au cours de périodes déterminées par décret, devant le comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale (CROSMS) pour y être examinées et recevoir un avis. Le calendrier d'examen de ces demandes est fixé par le représentant de l'Etat dans la région. Lorsque l'autorisation a été refusée pour insuffisance de financement, et lorsque le coût prévisionnel de fonctionnement du projet se révèle, dans un délai de trois ans, compatible avec le montant des dotations départementales, l'autorisation peut être accordée au cours de ce même délai sans qu'il soit à nouveau procédé à un examen du projet par le CROSMS. Passé ce délai, ou si le projet a connu des évolutions significatives, il doit à nouveau être présenté pour examen devant le CROSMS.
- [188] Dès lors, tout projet déposé spontanément par un promoteur, quelles que soient la pertinence du dossier et sa cohérence avec les besoins identifiés par le schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale (SDOSMS) et les actions programmées dans le PRIAC, doit faire l'objet d'un examen préalable par les services déconcentrés de l'Etat en vue de son passage devant le CROSMS.
- [189] Si les projets présentés en CROSMS à l'initiative des promoteurs sont appréciés, notamment, au regard de leur compatibilité avec les objectifs des SDOSMS, ils ne permettent pas de répondre à toutes les actions qui sont inscrites dans le PRIAC pour satisfaire les besoins prioritaires et réduire les disparités territoriales. Ceci explique l'existence, dans la plupart des départements, de territoires dont les besoins ne sont pas couverts par des établissements ou services médico-sociaux. La procédure actuelle ne permet donc pas de disposer de projets disponibles, prêts à être autorisés en exécution de la programmation et des crédits notifiés.

⁸³ Pour 2007, les dotations départementales limitatives ont été publiées au Journal Officiel le 1^{er} juin 2007.

- [190] Comme l'ont indiqué à la mission plusieurs représentants de l'Etat et gestionnaires d'établissements, l'examen des projets par le CROSMS est redondant avec l'évaluation des besoins réalisée par les services de l'Etat et du conseil général. L'avis rendu par le comité peut constituer un « piège à contradiction » avec la décision finale qui sera prise par l'autorité publique compétente. Par ailleurs, en cas de mésentente entre les services de l'Etat et ceux du conseil général, ceux-ci peuvent être amenés à émettre des avis divergents lors de l'examen des projets⁸⁴. De même, on peut s'interroger sur la totale neutralité d'un comité dont certains membres sont aussi des porteurs de projet potentiels.
- [191] L'examen des projets par le CROSMS est une procédure lourde et incertaine, qui peut faire perdre beaucoup de temps aux promoteurs, car l'obtention d'un avis favorable en CROSMS peut être suivie d'un arrêté de refus, faute de financement. Le projet pourra alors être mis en attente durant trois ans sans aucune certitude quant à son devenir, avant de devenir caduc. A cet égard, le positionnement de certains gestionnaires d'établissements est assez paradoxal : d'un côté ils déplorent que l'avis favorable rendu en CROSMS constitue une « promesse » sans engagement, et de l'autre ils considèrent que cet avis favorable est nécessaire car il conforte le bien fondé de leur analyse des besoins et de la réponse qu'ils y apportent par leur projet.
- [192] Par conséquent, le passage en CROSMS n'apparaît plus adapté au nouveau paysage médico-social qui s'est mis en place depuis les lois de 2002 et de 2005. Avant ces réformes, les créations de structures étaient la traduction d'initiatives locales, présentées par les promoteurs sur la base de besoins qu'ils identifiaient eux-mêmes, ce qui pouvait aboutir, de fait, à une répartition de secteurs géographiques entre gestionnaires de structures. Ces projets ne s'inséraient donc pas toujours dans une approche globale au sein d'un territoire.
- [193] Toutefois, il convient de souligner que le CROSMS pourrait rester un lieu de concertation, d'échange et d'information. Il conserve toute sa pertinence à l'occasion de la présentation des SDOSMS et du PRIAC, qui fixent les grandes orientations stratégiques à cinq ans.

Recommandation n°15 : Transformer le CROSMS comme instance de concertation sur les orientations régionales : présentation du SDOSMS et du PRIAC.

3.1.2.2. L'appel à projets doit constituer le « troisième pilier » du paysage médico-social

- [194] Dans le prolongement des réformes introduites par les lois de 2002 et de 2005, la procédure d'examen des projets doit être modifiée pour être mise en cohérence avec le nouveau paysage médico-social. La mise en œuvre de la programmation figurant dans le PRIAC doit se concrétiser par le recours à des appels à projets. Il s'agit, pour les autorités publiques compétentes (Etat et conseils généraux), de reprendre l'initiative en appelant les promoteurs à déposer les projets correspondant aux besoins identifiés et pour lesquels une garantie de financement existe. Ainsi, seuls les projets répondant à un appel pourront être examinés par une commission de sélection et seront susceptibles d'être autorisés par l'autorité publique. Cette mesure suppose de modifier les dispositions législatives et réglementaires figurant dans le code de l'action sociale et des familles⁸⁵.

Recommandation n°16 : Remplacer le dépôt des projets devant le CROSMS par des appels à projets lancés par l'autorité publique compétente pour autoriser la création ou l'extension des établissements ou services médico-sociaux souhaités.

⁸⁴ Situation signalée par plusieurs interlocuteurs de la mission en Moselle.

⁸⁵ De telle modification sont déjà envisagées par le projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires.

- [195] Le recours à l'appel à projets implique que les besoins aient été clairement identifiés par les SDOSMS et que leur financement global ait été programmé dans le PRIAC, ce qui suppose une bonne concertation entre les services de l'Etat et des conseils généraux pour parvenir à un diagnostic partagé des besoins à satisfaire.
- [196] Il s'agit, notamment, d'orienter les promoteurs vers les territoires déficitaires, sur lesquels ils n'avaient jusqu'à présent pas manifesté d'intérêt, et d'éviter ainsi les dépôts de projets sur les seuls secteurs les plus attractifs.
- [197] Cette démarche favorise la transparence et place les promoteurs sur un pied d'égalité, quels que soient leur statut et leur implantation de prédilection.
- [198] L'appel à projets doit faire l'objet d'une large publicité pour susciter le plus grand nombre de projets et favoriser la mise en concurrence des promoteurs afin d'améliorer la qualité des projets.

Recommandation n°17 : Les appels à projets devront faire l'objet d'une publicité au niveau régional ou national (voire européen), en fonction de l'importance et de la compétence des promoteurs présents localement.

- [199] Les appels à projets devront systématiquement présenter un cahier des charges et indiquer quels seront les critères d'évaluation des projets par la commission de sélection. Les cahiers des charges devront préciser, notamment : le public concerné, le type de structure, le territoire d'implantation, le nombre de places, l'année de financement, le type de prise en charge, les critères de qualité requis, ainsi que des éléments de coûts (afin de limiter le montant du reste à charge pour les publics concernés).

Recommandation n°18 : Les appels à projets devront systématiquement présenter un cahier des charges et indiquer quels seront les critères d'évaluation des projets par la commission de sélection.

- [200] La commission de sélection pourrait notamment comprendre : des représentants de l'Etat, des collectivités territoriales, des organismes de sécurité sociale, des MDPH et des représentants des usagers des établissements et services médico-sociaux. Pour éviter les conflits d'intérêt, il ne paraît pas souhaitable que la commission de sélection des projets comprenne des représentants des gestionnaires d'établissement.
- [201] Les autorités publiques régionales devront pouvoir disposer de l'appui technique d'une structure nationale chargée de mettre à leur disposition les éléments (documents types, ratios, coûts moyens, référentiels, normes techniques, normes architecturales au regard des coûts de fonctionnement, ...) nécessaires à la rédaction du cahier des charges, qui pourront être adaptés localement en fonction des particularités de chaque territoire.

Recommandation n°19 : Mettre en place, au sein de la CNSA, une cellule d'appui aux autorités publiques régionales pour la rédaction des cahiers des charges.

- [202] Pour autant, l'appel à projets ne doit pas entraîner une standardisation de l'offre et constituer un obstacle à l'émergence de projets innovants. Il est nécessaire, en fonction de la nature des besoins à prendre en charge, de maintenir la possibilité de présenter des projets de structures expérimentales. Un dialogue régulier doit être assuré avec les acteurs du secteur médico-social, en amont des appels à projets, pour favoriser la circulation des idées et l'émergence de solutions novatrices pour répondre à la variété des besoins de prise en charge. Lorsque les solutions capables de répondre à certains besoins ne sont pas clairement identifiées, l'autorité publique devrait pouvoir, par analogie avec certaines dispositions du code des marchés publics, conduire un dialogue compétitif avec les porteurs de projets. Il s'agit de définir avec les promoteurs une ou plusieurs solutions parfaitement adaptées aux besoins identifiés et sur la base desquels les candidats au dialogue sont invités à remettre des projets.

Recommandation n°20 : Maintenir la possibilité de présenter des projets de structures expérimentales, dans le cadre d'appels à projets visant à faire émerger des solutions innovantes pour répondre à des besoins non satisfaits.

3.2. Une meilleure utilisation des enveloppes anticipées devrait favoriser la création effective des places programmées dès leur année de financement

3.2.1. Le taux moyen national d'exécution des places financées reste faible et s'avère inférieur à celui constaté l'année précédente

- [203] En 2007, les taux d'exécution⁸⁶ des places financées sont plus faibles qu'en 2006, tant pour les personnes âgées (30 % en 2007 contre 36 % en 2006) que pour les personnes handicapées (42 % en 2007 contre 48 % en 2006).
- [204] De même que pour les taux d'autorisation, on constate que les taux d'exécution des places notifiées sont plus faibles pour les établissements et services destinés aux personnes âgées et aux adultes handicapés que pour les établissements et services destinés aux enfants handicapés. Les taux moyens nationaux recouvrent de fortes disparités régionales et par types de structures (il est plus facile d'ouvrir des services que des établissements d'hébergement).
- [205] Pour les **personnes âgées**, les installations de places sont majoritairement financées sur les crédits des années antérieures. Au 31 décembre 2007, le taux moyen national d'exécution des mesures nouvelles sur des crédits 2007 n'est que de 30 %. Hors DOM, on constate que ce taux atteint 73 % en Franche-Comté mais qu'il est inférieur à 20 % dans 5 régions et inférieur à 10 % dans 3 d'entre elles⁸⁷. A la même date, seules 51 % des places financées sur des crédits 2006 sont installées ; ce taux atteint 69 % en Alsace mais est inférieur à 30% dans 3 régions⁸⁸.
- [206] Le plus fort taux d'exécution (43 % sur des crédits 2007 et 88 % sur des crédits 2006) concerne les places de SSIAD. Pour les structures de répit, on constate que seules 14 % des places d'accueil de jour et 8 % des places d'hébergement temporaires financées en 2007 ont été installées au 31 décembre 2007, alors que le plan Alzheimer incite à leur développement. Concernant les EHPAD, les taux d'exécution ne sont pas élevés (25 % sur les crédits 2007) car ils répercutent la durée plus longue d'installation de ces établissements.
- [207] Pour les **adultes handicapés**, les installations de places sont majoritairement financées sur les crédits des années antérieures. Au 31 décembre 2007, le taux moyen national d'exécution des mesures nouvelles sur les crédits 2007 n'est que de 29 %. Hors DOM, on constate que ce taux ne dépasse pas 68 % (Limousin) et qu'il est inférieur à 20 % dans 4 régions⁸⁹. A la même date, seules 49 % des places financées sur des crédits 2006 sont installées ; ce taux est supérieur à 100 %⁹⁰ dans le Limousin mais reste inférieur à 40 % dans 5 régions⁹¹.
- [208] Les plus faibles taux d'exécution concernent les places de foyers d'accueil médicalisé (FAM) et de maisons d'accueil spécialisé (MAS), respectivement 19 % et 11 %, en raison des délais d'installation plus longs, alors qu'ils atteignent 48 % pour les services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH) polyvalents.

⁸⁶ Le taux d'exécution correspond au rapport entre le nombre de places installées sur financement de l'année N et le nombre de places financées pour l'année N.

⁸⁷ 1 % en Corse, 7 % en Champagne-Ardenne et dans le Nord-Pas-de-Calais.

⁸⁸ 4 % en Corse, 20 % en Bourgogne et 26 % en Haute-Normandie.

⁸⁹ 14 % en Ile de France, 11 % en Nord-Pas-de-Calais et en PACA, 7 % en Poitou-Charentes.

⁹⁰ Grâce au jeu des fongibilités d'enveloppes.

⁹¹ 38 % en Bretagne, 35 % dans le Centre, 32 % en Basse-Normandie, 31 % en Languedoc-Roussillon et 19 % dans le Nord-Pas-de-Calais.

[209] Concernant les **enfants handicapés**, les installations de places sont principalement financées sur les crédits de l'année. Au 31 décembre 2007, le taux moyen national d'exécution des mesures nouvelles sur des crédits 2007 atteint 70 %. Hors DOM, ce taux est supérieur à 100 % dans 5 régions⁹² mais il reste inférieur à 50 % dans 2 régions⁹³. A la même date, 82 % des places financées sur des crédits 2006 sont installées ; ce taux n'est inférieur à 50 % qu'en région Centre (43 %).

[210] Ces taux d'exécution sont très élevés, notamment en raison de l'importance du nombre de places de services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD), pour lesquels 87 % des places financées en 2007 sont installées en fin d'année, leurs délais d'installation étant plus courts qu'en établissement et le développement de la scolarisation en milieu ordinaire incitant fortement à ouvrir de telles structures d'accompagnement.

3.2.2. La mise en place d'enveloppes anticipées doit favoriser l'ouverture des places dès leur année de financement

3.2.2.1. Les enveloppes anticipées instaurent une pluriannualité en allocation budgétaire

[211] Les taux d'exécution des places financées sont beaucoup plus faibles pour les structures d'hébergement que pour les services en raison des délais nécessaires à leur installation. Les gestionnaires d'établissement rencontrés par la mission estiment que les délais d'installation d'un établissement d'hébergement, liés aux formalités administratives (obtention du terrain, du permis de construire, ...) et à la réalisation des travaux, sont de l'ordre de 2 à 3 ans.

[212] Pour favoriser l'utilisation immédiate des crédits notifiés aux départements, la CNSA met en place de manière globale depuis 2007, un nouveau mécanisme de notification par anticipation d'enveloppes financières au titre des années N+1 et N+2. Il s'agit d'un engagement prévisionnel de financement à valoir pour les années à venir, notifié sous forme d'enveloppes anticipées limitatives, réparties selon un mécanisme analogue à celui utilisé pour la répartition de l'enveloppe de l'année en cours. Leur montant est déterminé sur la base du montant prévisionnel de l'année considéré, établi sur la base du Plan Solidarité Grand Age pour les personnes âgées et sur la base de l'évolution tendancielle constatée pour les personnes handicapées.

[213] Ces enveloppes, notifiées en même temps que les enveloppes de créations de places nouvelles pour l'année en cours, ne peuvent faire l'objet d'aucune dépense effective (l'établissement ne peut pas commencer à fonctionner) mais peuvent faire l'objet d'un engagement administratif sous forme d'autorisation d'ouverture pour l'année considérée (N+1 ou N+2).

[214] Les autorisations accordées par anticipation doivent contribuer à réduire l'importance des crédits immobilisés pendant le délai nécessaire à l'installation de l'établissement.

[215] En permettant d'autoriser « par anticipation » des places dont l'ouverture effective n'interviendra qu'en N+1 ou N+2, les enveloppes anticipées instaurent une pluriannualité en allocation budgétaire.

3.2.2.2. Les enveloppes anticipées portent dorénavant sur 80 % des dotations annuelles pour mesures nouvelles

[216] Le mécanisme des enveloppes anticipées a été mis en place à titre expérimental au cours du second semestre 2006, pour des ouvertures prévues au titre de l'exercice 2007. Elles ont été mises en œuvre de manière globale lors de la notification des enveloppes 2007.

⁹² Aquitaine, Auvergne, Centre, Corse et Franche-Comté.

⁹³ 40 % en Ile de France et 26 % en PACA.

- [217] Fixées en 2007 à 40 % de l'enveloppe N+1 et 20 % de l'enveloppe N+2, les enveloppes anticipées ont sensiblement augmenté en 2008. Elles portent maintenant sur 40 % de l'enveloppe N+1 et 40 % de l'enveloppe N+2.

Tableau 4 : Le mécanisme de mise en place des enveloppes anticipées

	LFSS 2007	LFSS 2008	LFSS 2009	LFSS 2010
Notification 2006	40 % anticipé 2006 pour 2007			
Notification 2007	60 % complément mesures nouvelles 2007	40 % anticipé 2007 pour 2008	20 % anticipé 2007 pour 2009	
Notification 2008		60 % complément mesures nouvelles 2008	40 % anticipé 2008 pour 2009	40 % anticipé 2008 pour 2010
Notification 2009			40 % complément mesures nouvelles 2009	40 % anticipé 2009 pour 2010
Notification 2010				20 % complément mesures nouvelles 2010
Total enveloppe mesures nouvelles	100 %	100 %	100 %	100 %

Source : CNSA

- [218] Au cours des deux premières années de mise en œuvre des enveloppes anticipées (2007 et 2008), ce mécanisme permet d'accroître de 20 % à 40% le volume de places susceptibles d'être immédiatement autorisées dans l'année.
- [219] Début 2009, la dotation annuelle devra avoir été déjà engagée à hauteur de 60 % : 20 % accordés en 2007 et 40 % accordés en 2008. Début 2010, la dotation annuelle devra avoir été déjà engagée à hauteur de 80 % : 40 % accordés en 2008 et 40 % accordés en 2009.

3.2.3. La sous-utilisation des enveloppes anticipées ne permet pas d'utiliser les crédits dès leur attribution

3.2.3.1. Les enveloppes anticipées sont sous-utilisées dans la plupart des régions

- [220] Compte tenu de la mise en place récente de ce dispositif, son utilisation ne peut être appréciée que sur l'année 2007.
- [221] Au 31 décembre 2007, il apparaît que 29 % des places d'hébergement et services pour **personnes âgées** financées sur enveloppe d'anticipation 2008 et 29 % des places financées sur l'enveloppe anticipée 2009 ont été autorisées. Les taux d'autorisation les plus importants concernent les EHPAD : ils atteignent 43 % sur l'enveloppe 2008 et 44 % sur l'enveloppe 2009.
- [222] On constate, pour les personnes âgées, que 16 régions ont autorisé des places sur l'enveloppe anticipée 2008 et 11 régions ont autorisé des places sur l'enveloppe anticipée 2009. Ainsi, en Lorraine, 100 % des places financées par anticipation sur 2008 et 2009 sont autorisées.

[223] Concernant les établissements et services pour **personnes handicapées**, au 31 décembre 2007, 19 %⁹⁴ des places financées sur l'enveloppe anticipée 2008 et 10 %⁹⁵ des places financées sur l'enveloppe 2009 ont été autorisées. Pour les adultes, les taux d'autorisation les plus élevés concernent les MAS : ils atteignent 39 % sur l'enveloppe 2008 et 29 % sur l'enveloppe 2009. Pour les enfants, les taux les plus élevés concernent les instituts médico-éducatifs (IME) pour polyhandicapés : 45 % sur crédits 2008 et 62 % sur crédits 2009.

[224] Au cours de l'exercice 2007, pour les personnes handicapées, on constate que 17 régions métropolitaines ont autorisé des places sur l'enveloppe anticipée 2008⁹⁶ et 13 régions métropolitaines ont autorisé des places sur l'enveloppe anticipée 2009⁹⁷.

3.2.3.2. L'utilisation des enveloppes anticipées doit être optimisée pour parvenir à une utilisation effective des crédits dès leur allocation

[225] La mise en place de ce mécanisme est particulièrement appréciée par les gestionnaires d'établissements rencontrés par la mission. Ces acteurs soulignent que les délais nécessaires à l'installation d'une structure d'hébergement ne permettent d'ouvrir les places que deux à trois ans après avoir reçu l'autorisation. Toutefois, au cours des entretiens menés dans les départements visités, la mission a constaté que les conseils généraux et les promoteurs n'étaient pas tous bien informés sur le mécanisme des enveloppes anticipées.

[226] En avril 2008, lors de la notification aux préfets des dotations anticipées 2009 et 2010, la CNSA a souligné la nécessité de ne pas disperser les enveloppes et de les concentrer sur des opérations complètes ou des extensions de capacités significatives. Pour cela, il importe, comme pour la programmation PRIAC, que les régions effectuent un réel travail de « priorisation » car un morcellement des financements constitue un obstacle à la réalisation d'opérations complètes. Une sous-utilisation des crédits anticipés retarde l'ouverture réelle des places programmées en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées. Par ailleurs, une sous-utilisation récurrente des crédits accordés pour financer les créations de places de services et établissements médico-sociaux risque de remettre en cause, non seulement les enveloppes anticipées, mais aussi le montant global de ces crédits destinés à la création de places d'établissements et services médico-sociaux, alors que les besoins existent.

[227] La mission constate l'incohérence de certaines régions qui présentent des programmations PRIAC volontaristes alors qu'elles ne sont pas en mesure d'utiliser les enveloppes anticipées ni de consommer l'ensemble des crédits qui leurs sont attribués.

[228] Dans la lettre du 22 avril 2008, adressée aux préfets pour fixer les enveloppes de dépenses autorisées 2008 ainsi que les enveloppes anticipées 2009 et 2010, la CNSA indique que la capacité des départements à autoriser les projets de créations de places pourrait devenir un critère de répartition des moyens. La mission estime que l'utilisation de cet indicateur pour répartir les enveloppes risque de renforcer les inégalités territoriales, ce qui irait à l'encontre de l'objectif de la CNSA. Pour autant, cet indicateur, ainsi que le taux d'exécution, qui permet de mesurer la réalité des places installées par rapport aux places financées, devraient être utilisés dans le cadre de l'évaluation individuelle de la performance des directeurs régionaux (DRASS / ARS).

Recommandation n°21 : Le taux d'exécution des places financées ainsi que le taux d'autorisation des places sur enveloppes anticipées doivent être utilisés pour évaluer la performance des directeurs régionaux.

⁹⁴ 22 % des places pour enfants et 18 % des places pour adultes sur l'enveloppe anticipée 2008.

⁹⁵ 7 % des places pour enfants et 12 % des places pour adultes sur l'enveloppe anticipée 2009.

⁹⁶ La Lorraine et le Nord-Pas-de-Calais et la Réunion ont autorisé au moins 50 % des places financées par anticipation sur des crédits 2008.

⁹⁷ Les régions Aquitaine et Haute-Normandie ont autorisé plus de 50 % des places financées par anticipation sur des crédits 2009.

3.3. *La valorisation des emplois est balbutiante dans le processus PRIAC*

3.3.1. **Les ressources humaines font partie intégrante du nouvel exercice de programmation pour 2008**

- [229] Principale innovation de la maquette 2008 du PRIAC, le tableau relatif à la valorisation de la programmation prévisionnelle médico-sociale en emplois devait être renseigné en 2008 pour la première fois par les régions. Ces tableaux ont été remplis par les services des DRASS sur la base des effectifs moyens des services et établissements en activité.
- [230] A partir de ces remontées régionales, le besoin prévisionnel a été estimé en juin dernier par la CNSA⁹⁸ à plus de 50 000 équivalents temps plein (ETP) : pour les personnes âgées à 23 000 ETP (dont 15 000 aides-soignantes, 4 500 infirmières et 2 700 AMP) et pour les personnes handicapées à 24 800 ETP (dont 72% sur le secteur adulte, composés de 1 400 infirmiers diplômés d'Etat [IDE], 3 000 aides-soignants, 3 000 aides médico psychologique [AMP], 8 000 personnels socio-éducatifs, 800 psychologues, 600 psychomotriciens et 300 ergothérapeutes).
- [231] Toutes les DRASS n'ont pas renseigné l'annexe relative aux ressources humaines, destinée à établir un diagnostic des métiers sous tensions et à préciser les postes vacants, les besoins de recrutement et d'adaptation professionnelle en nombre de postes et par type de qualifications et les solutions envisagées.
- [232] Un premier bilan, lors de la réunion du comité de suivi du processus PRIAC du 24 juin 2008, faisait état des réponses de 8 régions ayant rempli « l'annexe » recensant les postes vacants ainsi que les besoins en formation et en qualification. Il semble que toutes les DRASS, non seulement ne se sont pas encore appropriées ce nouvel indicateur du PRIAC, mais n'ont pas encore initié de travaux de prospective sur le secteur médico-social.
- [233] La DRASS des Pays de Loire vient tout juste d'initier une démarche en recensant les sorties potentielles de chaque catégorie de professionnels, à partir des quotas ou des capacités des écoles de formations paramédicale ou sociale, du nombre de diplômes délivrés (ex : en 2007 perte de 15% avec 990 diplômes IDE délivrés pour une capacité de 1 170 places). Une étude de l'observatoire régional de santé (ORS) de 2005 a réalisé une projection des besoins de personnel d'ici 2020, par tranche de 5 ans, en fonction des départs à la retraite. Les besoins de remplacements d'infirmiers pour ce motif sont estimés d'ici 2020 à 1 260 infirmières et 1 113 aides soignantes⁹⁹. D'après la DRASS, les sorties d'école actuellement suffisent tout juste à compenser les besoins liés aux départs à la retraite, aucune véritable étude prospective globale n'a encore été réalisée.
- [234] En Picardie, la première estimation des emplois induits par les créations de places prévues au PRIAC s'élève à près de 2 000 postes à partir du tableau relatif à la valorisation prévisionnelle médico-sociale des emplois par la DRASS. Mais l'annexe relative aux ressources humaines n'a pas été renseignée. La DRASS prévoit pour 2009 de réaliser ce travail en concertation avec le conseil régional.

⁹⁸ Réunion du comité de suivi du processus PRIAC du 24 juin 2008.

⁹⁹ Informations remises par la DRASS des Pays de Loire lors de la réunion du 6 octobre 2008.

- [235] En Lorraine, sur les deux secteurs personnes âgées et personnes handicapées, le nombre de postes à créer est estimé à environ 600. L'annexe relative aux ressources humaines, destinée à établir un diagnostic des métiers sous tensions et à préciser les besoins de recrutement et d'adaptation professionnelle, n'a pas été remplie. Le schéma régional des formations sociales et le schéma des formations sanitaires viennent d'être adoptés pour 2007-2011, en utilisant les études nationales (sources DARES¹⁰⁰ et centre d'analyse stratégique), car il n'existe pas de travaux de prospective au plan régional.
- [236] La question du recrutement de personnel a été évoquée de façon différente par les gestionnaires d'établissement ou de service rencontrés par la mission. Pour certains le risque de pénurie existe et celle-ci est même déjà présente (médecins coordonnateurs en EHPAD ou infirmiers). Pour d'autres, si les structures ont du mal à recruter, elles doivent s'interroger sur leurs techniques de management, sur l'organisation mise en place pour la prise en charge des personnes et sur la qualité et les conditions de vie des salariés. Parfois, c'est l'absence de turn-over et l'existence de personnels qui se remettent peu en cause quant à la qualité de leurs pratiques, qui est plus problématique que la difficulté à recruter.
- [237] Si certaines DDASS peuvent être mobilisées à travers les observatoires de la démographie médicale ou des études départementales¹⁰¹ sur le personnel sanitaire (médical et paramédical), elles sont moins investies dans le volet prospectif des formations du secteur social et médico-social.

3.3.2. L'anticipation des besoins en personnel passe par une concertation accrue avec les conseils régionaux

- [238] En effet, depuis le 1^{er} janvier 2005¹⁰², c'est aux conseils régionaux que revient la responsabilité de la définition et de la mise en œuvre de la politique de formation des travailleurs sociaux, dans le cadre du schéma des formations sociales. Ce sont également les régions qui sont compétentes pour répartir les étudiants dans les formations sanitaires et paramédicales sur la base du schéma régional des formations sanitaires¹⁰³. Ces schémas de formation s'inscrivent dans le plan régional de développement des formations professionnelles (PRDFP) élaboré avec l'ensemble des acteurs locaux.
- [239] Les représentants des conseils régionaux rencontrés considèrent que l'élaboration des schémas régionaux de formation est rendue difficile par l'éclatement des sources d'information entre de nombreux acteurs, notamment dans le secteur médico-social, ainsi que par les différents calendriers d'élaboration des documents stratégiques ou de programmation (SDOSMS, PRIAC, schéma régional). Les concertations ne sont pas spontanées avec les services de la DRASS et des conseils généraux¹⁰⁴. Il est difficile d'avoir une expression précise des besoins de formation médico-sociale permettant de réelles anticipations¹⁰⁵.

Recommandation n°22 : Développer les collaborations locales entre les conseils régionaux, les services de l'Etat et les conseils généraux pour réaliser une projection à 5 ans des besoins en personnels dans le cadre de la programmation PRIAC, mais en intégrant les besoins et les contraintes des organismes de formation et de l'ensemble des employeurs potentiels.

¹⁰⁰ Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques.

¹⁰¹ La directrice de la DDASS de la Mayenne ainsi que le directeur de la CPAM ont réalisé en décembre 2007 un gros travail en lien avec le conseil départemental de l'ordre des médecins, pour proposer des solutions à la pénurie actuelle et future de professionnels médicaux dans le cadre d'un « plan départemental en faveur de la démographie médicale ».

¹⁰² Loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales.

¹⁰³ Article L.4383-2 du code de la santé publique.

¹⁰⁴ Les communes sont également concernées par la gestion de certaines catégories de professionnels, notamment dans le domaine de la petite enfance.

¹⁰⁵ La circulaire DGAS/DGSL/4A/2006 relative à la mise en œuvre des articles 52 et 55 de la loi du 13 août précitée rappelle que : « Le schéma régional des formations sociales constitue l'outil par lequel la région définit sa politique en matière de formation des travailleurs sociaux ; elle y recense les besoins de formation et indique comment elle compte répondre aux besoins de formations recensés : voies et moyens, priorités et localisation des formations... ».

3.3.3. Le plan des métiers de la dépendance est en phase d'expérimentation dans trois régions

[240] Le plan des métiers de la dépendance au service des personnes handicapées et des personnes âgées dépendantes présenté en février 2008 par la secrétaire d'Etat à la Solidarité, fixe à 900 000 le nombre de professionnels paramédicaux et sociaux au service de la dépendance en établissements ou dans le cadre de l'aide à domicile¹⁰⁶. Il estime le **besoin à l'horizon 2015 à 400 000 emplois supplémentaires**, et prévoit donc la création de ces postes : la moitié pour compenser les départs à la retraite¹⁰⁷ et la moitié pour répondre aux besoins nouveaux liés au vieillissement de la population et aux créations de places.

[241] Ce plan fixe quatre grands objectifs prioritaires (ceux-ci étant déclinés en dix mesures concrètes) :

- identifier l'offre existante¹⁰⁸ et les besoins de formation à court et moyen terme¹⁰⁹ ;
- recruter pour répondre aux besoins actuels et futurs ; campagne de communication pour sensibiliser le grand public, information en direction des jeunes dans les collèges et lycées, aider les publics en situation de précarité à accéder à ces métiers grâce au PARMED¹¹⁰, formation au management et à la gestion des cadres intermédiaires ;
- former les personnels, développer la formation continue et adapter les compétences aux grands enjeux et créer de nouveaux métiers (dépendance, Alzheimer, ...) ¹¹¹ et également permettre aux aidants familiaux d'accéder à des formations et reconnaître leur expérience en terme d'accompagnement ;
- valoriser les métiers de la dépendance (notamment par la création d'un répertoire national des métiers de la dépendance, la généralisation des passeports de formation et l'élaboration d'un cadre déontologique et éthique pour l'intervention des professionnels en établissements ou à domicile¹¹²).

[242] Trois régions (Nord Pas de Calais, Centre et Alsace) se sont portées volontaires pour expérimenter cette démarche de contractualisation. La secrétaire d'Etat à la Solidarité a signé en juillet dernier, avec deux d'entre elles¹¹³, les conventions qui fixent le cadre méthodologique pour la déclinaison des objectifs du plan : identification des besoins, expérimentations de formations nouvelles, financement et modalités de contractualisation avec les partenaires financiers.

[243] Dans le cadre du plan, l'Etat prévoit de débloquer 10 millions d'euros pour le volet formation dont 8 millions pour la première année mis à disposition par la CNSA. En effet, l'article 69 de la loi de financement de la sécurité sociale 2008 prévoit l'affectation à la section V d'une partie des excédents des autres sections du budget de la CNSA afin de financer des actions de formation et de qualification des personnels des établissements sociaux et médico-sociaux. Actuellement pour les deux premières régions 4,2 millions d'euros ont été débloqués pour la période 2008-2009.

¹⁰⁶ Source : CAS – DARES « les métiers en 2015 ».

¹⁰⁷ La branche sanitaire et sociale de la commission paritaire nationale pour l'emploi (CPNE) a produit avec l'UNIFAF (organisme paritaire collecteur agréé – OPCA) une enquête emploi 2007 riche d'enseignements.

¹⁰⁸ Nombre de personnes diplômées par an et par filière, candidats et/ou diplômés à la VAE, exerçant dans le secteur de l'aide à domicile et première qualification et en recherche d'emploi.

¹⁰⁹ Nombre de recrutements nouveaux nécessaires et ceux liés au remplacement des personnes partant à la retraite dans les cinq prochaines années.

¹¹⁰ Parcours d'accès aux métiers de la dépendance : collaboration entre les conseils généraux, les conseils régionaux et le service public de l'emploi avec un accompagnement individualisé des demandeurs d'emploi.

¹¹¹ En rénovant l'ingénierie de formation et en développant des passerelles et des tronc communs de formation entre différents secteurs (petite enfance, personnes âgées et personnes handicapées).

¹¹² Cela devrait faire l'objet d'une recommandation de l'Agence nationale d'évaluation sociale et médico-sociale sur la base d'une proposition du Conseil supérieur du travail social.

¹¹³ La convention avec le conseil régional de la région Nord Pas de Calais devrait être signée prochainement.

[244] Le comité de pilotage national du plan, chargé du suivi du plan et notamment de l'expérimentation contractuelle, s'est réuni le 17 septembre dernier pour réaliser un état d'avancement des travaux dans les trois régions. Il a été convenu de proposer un recueil d'indicateurs concernant les différentes actions prévues dans les conventions ; ces indicateurs devant notamment permettre d'assurer un suivi homogène des expérimentations et de préparer le pilotage de la généralisation nationale du plan. Chaque observatoire régional de l'emploi et des qualifications installé par le plan des métiers travaillera également au recueil d'un certain nombre d'informations pour déterminer notamment les métiers et les zones géographiques sous tension de recrutement ainsi que de données relatives à l'image et à l'attractivité des métiers.

Conclusion

[245] Le transfert à la CNSA de la compétence de financement qui relevait auparavant de l'administration centrale de l'Etat a conduit à l'élaboration et la mise en œuvre de critères de répartition des dotations régionales destinés à favoriser le rééquilibrage territorial de l'offre médico-sociale. Bien que la période d'observation soit encore très limitée, il apparaît que les critères de répartition des dotations régionales commencent à avoir un impact réel au regard de l'objectif d'équité territoriale confié à la CNSA. Par ailleurs, le PRIAC apporte aux acteurs locaux une plus grande lisibilité des orientations interdépartementales et une visibilité pluriannuelle sur les créations de places en établissements et services médico-sociaux.

[246] Toutefois, la mission constate que, même lorsqu'ils sont facilement identifiables (notamment les jeunes adultes bénéficiant de l'« amendement Creton »), les besoins en établissements et services médico-sociaux ne sont pas entièrement satisfaits. La mise en œuvre du PRIAC n'est pas satisfaisante car les DRASS et les DDASS n'utilisent pas la totalité des dotations pour créations de places nouvelles qui leurs sont notifiées au titre de l'exercice en cours ou à titre anticipé.

[247] Pour accompagner la mise en œuvre des plans nationaux dans le domaine de la dépendance et du handicap et répondre à l'objectif de rééquilibrage territorial, le dispositif de programmation régional doit être stabilisé pour faciliter sa compréhension et sa pleine appropriation par l'ensemble des acteurs concernés. Il devra, notamment, s'appuyer sur des échanges étroits avec les conseils généraux pour améliorer la connaissance de l'existant et favoriser l'obtention d'une identification partagée des besoins.

[248] Pour permettre au PRIAC d'être pleinement efficace, la procédure de notification des crédits par la CNSA doit être simplifiée en laissant aux DRASS (ou aux ARS) la responsabilité de la répartition interdépartementale des ressources, et permettre ainsi une utilisation plus rapide des crédits de l'année en cours.

[249] Enfin, l'instauration de l'appel à projet est nécessaire pour mettre en cohérence la procédure d'examen des projets avec le nouveau paysage médico-social issu des réformes introduites par les lois de 2002 et 2005. La mise en œuvre de cette procédure, combinée à une utilisation complète des enveloppes anticipées, semble indispensable pour parvenir à la réalisation effective des places financées par la CNSA.

- [250] L'année 2009 sera une période de transition, avec notamment la discussion du projet de loi HPST. Ce projet induit une évolution vers une nécessaire articulation du PRIAC avec les autres outils, et en particulier ceux de la planification sanitaire régionale (SROS) et de la programmation des actions de prévention (PRSP). Cela nécessite surtout de consolider la concertation de l'Etat et de l'assurance maladie avec les conseils généraux, en particulier via les schémas départementaux de l'organisation sociale et médico-sociale.
- [251] Cette réflexion ne doit pas se limiter à la création de places ou à la restructuration des services et des établissements pour les personnes âgées et les personnes handicapées ; elle doit être en permanence reliée à une analyse de la qualité des pratiques, pour évoluer vers une amélioration de la qualité des prises en charges de ces populations. Cette analyse se fera bien évidemment en lien avec l'agence nationale d'évaluation sociale et médico-sociale.

D^r. Patricia VIENNE

Christian PLANES-RAISENAUER

Thierry LECONTE

Principales recommandations de la mission

N°	recommandation	Autorité responsable	Echéance de mise en œuvre
1	La stabilisation du dispositif PRIAC apparaît nécessaire pour permettre son appropriation tant par les équipes des services de l'Etat que par celles des conseils généraux.	CNSA	immédiat
2	La rédaction du schéma régional d'organisation sociale et médico-sociale doit devenir effective	DRASS (ou ARS)	immédiat
3	Les dotations régionales limitatives devront être notifiées aux directeurs régionaux qui seront responsables de la répartition interdépartementale dans le cadre de la mise en œuvre régionale d'un objectif de rééquilibrage territorial	CNSA	2010
4	Les directeurs régionaux feront connaître la répartition interdépartementale de leur enveloppe pour le 15 mars et en informeront la CNSA	SG (modification CASF) DRASS ou ARS (mise en œuvre)	2009 2010
5	Les directeurs régionaux doivent instaurer des relations de travail suivies avec les présidents des conseils généraux, en amont de l'élaboration des PRIAC, et les arbitrages réalisés à l'occasion de la répartition des dotations entre les différents départements de la région devront leur être systématiquement présentés et expliqués	DRASS (ou ARS)	2009
6	Le critère « projets en attente de financement » devra être remplacé par le critère « listes d'attente », établi à partir des orientations prononcées par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH), transmises par les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), lorsque les systèmes d'information le permettront	CNSA	2009/2010
7	La CNSA proposera des référentiels d'analyse et de composition des schémas pour favoriser l'émergence d'une partagée des besoins, dans la perspective de l'élaboration des PRIAC	CNSA	2010
8	Poursuivre l'effort d'accompagnement des MDPH pour qu'elles soient équipées avant fin 2009 d'un système d'information permettant la transmission des données prévues par le décret n°2008-833 du 22 août 2008 portant création du système national d'information pris en application de l'article L .247-2 du CASF	CNSA	2009
9	Prévoir dans la programmation des travaux de l'IGAS une mission d'évaluation des MDPH pour juger de leurs capacités à répondre aux missions que la loi de 2005 leur a confiées.	IGAS	2009
10	Trouver en priorité, avant fin 2009, une solution individuelle adaptée aux besoins des jeunes placés sous aménagement Creton et permettre à l'avenir, à chaque jeune arrivant à l'âge adulte, de bénéficier, sans retard, d'une prise en charge adaptée à ses besoins.	CNSA (répartition des dotations) DRASS/DDASS	2009

11	Le vieillissement des personnes handicapées est une véritable problématique à prendre en compte, qu'il s'agisse des personnes handicapées physiques, psychiques ou présentant des déficiences mentales	DGAS/CNSA	immédiat
12	S'il peut être intéressant de conduire une réflexion sur l'opportunité d'évoluer vers l'ouverture de maisons de l'autonomie, il n'est pas raisonnable de pouvoir élargir les missions des maisons départementales des personnes handicapées avant que celles-ci n'arrivent à un fonctionnement en vitesse de croisière.	DGAS/CNSA	Après mise en œuvre de la recommandation n°8
13	Continuer à autoriser le dépôt de projets expérimentaux avec des réponses innovantes hors programmation PRIAC en prévoyant leur suivi et leur évaluation rigoureuse	DRASS/ARS	immédiat
14	Dans le cadre du suivi de la mise en œuvre du PRIAC, il paraît nécessaire que la CNSA puisse mener une étude sur les solutions alternatives ou innovantes qui portera, notamment, sur l'attractivité et le fonctionnement des structures d'accueil séquentiel.	IGAS	2009
15	Transformer le CROSMS comme instance de concertation sur les orientations régionales : présentation du SDOSMS et du PRIAC	SG (modification du CASF)	2009
16	Remplacer le dépôt des projets devant le CROSMS par des appels à projets lancés par l'autorité publique compétente pour autoriser la création ou l'extension des établissements ou services médico-sociaux souhaités	SG (modification du CASF parties L et R)	2009
17	Les appels à projets devront faire l'objet d'une publicité au niveau régional ou national (voire européen), en fonction de l'importance des promoteurs présents localement.	DRASS/DDASS (ou ARS)	Dès modification du CASF
18	Les appels à projets devront systématiquement présenter un cahier des charges et indiquer quels seront les critères d'évaluation des projets par la commission de sélection	SG (modification du CASF) DRASS/DDASS ou ARS (mise en œuvre)	2009
19	Mettre en place, au sein de la CNSA, une cellule d'appui aux autorités publiques régionales pour la rédaction des cahiers des charges	CNSA	2009
20	Maintenir la possibilité de présenter des projets de structures expérimentales, dans le cadre d'appels à projets visant à faire émerger des solutions innovantes pour répondre à des besoins non satisfaits	SG (modification du CASF)	2009
21	Le taux d'exécution des places financées ainsi que le taux d'autorisation des places sur enveloppes anticipées doivent être utilisés pour évaluer la performance des directeurs régionaux	SG	2010
22	Développer les collaborations locales entre les conseils régionaux, les services de l'Etat et les conseils généraux pour réaliser une projection à 5 ans des besoins en personnels dans le cadre de la programmation PRIAC, mais en intégrant les besoins et les contraintes des organismes de formation et de l'ensemble des employeurs potentiels	DRASS/DDASS (ou ARS)	immédiat

Liste des personnes rencontrées ou contactées

Secrétariat d'Etat à la solidarité

M. Jean-Paul LE DIVENAH, directeur de cabinet

M. Marc BOURQUIN, conseiller chargé des établissements sociaux et médico-sociaux

Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports et de la vie associative

M. Daniel NIZRI, conseiller en charge des personnes âgées et des personnes handicapées et du plan cancer

Ministère du budget, des comptes publics et de la fonction publique

Mme Mathilde LIGNOT LELOUP, Conseillère au cabinet - chef du pôle synthèse des comptes publics - comptes sociaux

Mme Marianne KERMOAL, conseillère

Délégation interministérielle aux personnes handicapées

M. Patrick GOHET, délégué

Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA)

M. Laurent VACHEY, directeur de la CNSA

Mme Evelyne SYLVAIN, directrice du département des établissements et services médicosociaux

Mme Jeanne BROUSSE, responsable du pôle « programmation de l'offre » - département des établissements et services médico-sociaux

M. Hervé DROAL, directeur délégué

Mme Laure-Marie ISSANCHOU, chargée de mission pôle « allocation budgétaire » - département des établissements et services médico-sociaux

M. Guillaume BLANCO, chargé de mission pôle « allocation budgétaire » - département des établissements et services médico-sociaux

Direction générale de la santé (DGS)

Docteur Zinna BESSA, chef du bureau du cancer, des maladies chroniques et des maladies liées au vieillissement

Mme Emmanuelle BAUCHET, adjointe au chef de bureau des maladies mentales

Direction générale de l'action sociale (DGAS)

Mme Mireille GAUZERE, chef de service, adjointe au directeur

Mme Sabine FOURCADE, sous directrice à la 5^{ème} sous direction « institutions, affaires juridiques et financières »

Mme Annick BONY, chef du bureau des personnes âgées (2C)

Mme Virginie CHENAL, adjointe au chef du bureau des personnes âgées (2C)

Mme Nathalie MONTANGON, chargée des PRIAC, des foyers logements et des plans d'aide à l'investissement de la CNSA au bureau des personnes âgées (2C)

Mme Maryse CHAIX, sous directrice de l'animation territoriale et du travail social

Mme KITTEL, chargé des schémas nationaux et régionaux du travail social

Direction de la sécurité sociale (DSS)

M. Jean Philippe VINQUANT, sous directeur du financement du système de soins

M. Jérôme SEQUIER, chef du bureau des établissements sanitaires et établissements médicaux sociaux (1A)

Mme SAULI, bureau A1

Direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins (DHOS)

Docteur Michel GENTILE, chef de bureau de l'organisation régionale des soins et des populations spécifiques (O2) sous direction de l'organisation du système de soins

Mme Cécile BALLANDIER, chargée des personnes âgées (bureau O2)

Mme Isabelle MATHURIN, adjointe au chef de bureau O2

M. PINTON, adjoint à la sous directrice de l'organisation du système de soins

Comité national des retraités et des personnes âgées (CNRPA)

Mme DUJAY BLARET, vice présidente du CNRPA et présidente du CODERPA du Tarn et Garonne

Mme Chantal BELLOT, secrétaire générale

Union Nationale des Familles de Malades Psychiques (UNAFAM)

M. CANNEVA, président

Associations de Paralysés de France (APF)

M. Claude MEUNIER, directeur général

M Jean Pierre CAILLIBOT, directeur régional Ile de France.

Mme Evelyne MARION, conseiller du réseau des personnes handicapées adultes.

M Stéphane LAVERGNE, conseiller national des politiques de santé.

Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS)

Dr Michel MARTY, responsable du département hospitalisation et du médico-social.

Dr Catherine REA, médecin conseil de la région Centre.

M Jean François ROUGET, chargé du secteur médico-social personnes âgées et personnes handicapées

Mme Dominique POLTON, directrice de la stratégie des études et des statistiques

M Claude GISSOT, chargé de mission des études sur l'offre de soin

Mme LEBLANC, économiste à la direction de l'offre de soin

Région PICARDIE

Préfecture de région

M. COMET, préfet de la région Picardie préfet de département de la Somme
M. Jean Pierre SIVIGNON, secrétaire adjoint du secrétaire général pour les affaires régionales

Agence régionale de l'hospitalisation (ARH)

M. Pascal FORCIOLLI, directeur de l'ARH

Direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS) :

Mme VAN RECHEM, directrice de la DRASS
Mme Nathalie VIARD, directrice adjointe responsable du pôle santé
Mme Anne BLU-MOCAER, inspectrice de l'action sanitaire et sociale
M. Arnaud TROHEL, inspecteur l'action sanitaire et sociale
Dr FAURE, inspection régionale de la santé

Département de la Somme

Direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS) de la Somme

M. HERLICOVIEZ, directeur de la DDASS de la Somme
M. Daniel BOUTILLIER, responsable du pôle social et médico-social

Conseil général de la Somme

Mme DEMAISON, vice présidente en charge de l'autonomie
M. SKRZYPCZAK, directeur général adjoint chargé du développement social
M. CAPRON, directeur du pôle finances et gestion
Mme KWAPISZ, responsable de la mission d'accueil en établissement, pôle autonomie et solidarité

Gestionnaires et porteurs de projet des secteurs des personnes âgées et des personnes handicapées

Mme DELABASSE, présidente d'autisme Picardie 80, projet de FAM à Bray sur Somme
M. PASQUET, association Autisme Nord
M. BRIZZI, directeur de l'EHPAD de Fouilloy

Département de l'Oise

Préfecture de l'Oise

M. GREGOIRE, préfet du département de l'Oise

Direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS) de l'Oise :

M. Bernard DEPRET, directeur de la DDASS de l'Oise
Mme Anne Lyse PENNEL, directrice adjointe
Melle France CULIE, inspectrice principale et chef de service du pôle handicap et dépendance
M. BOUFADINE, inspecteur des affaires sanitaires et sociales, secteur personnes âgées
Mme BERTIDE, inspectrice des affaires sanitaires et sociales, secteur offre de soins hospitalière

Conseil Général de l'Oise

Dr Henri BONAN, Vice-président chargé de l'autonomie des personnes
M. Vincent GUILLUY, directeur de l'autonomie des personnes à la délégation départementale à la Solidarité et directeur de la maison départementale des personnes handicapées

Gestionnaires et porteurs de projet des secteurs des personnes âgées et des personnes handicapées

M. THUILLIEZ, directeur de la maison de retraite d'Antilly et de l'EHPAD de Verberie
M. TOMBOIS, directeur de l'IME de Beauvais

Région LORRAINE

Agence régionale de l'hospitalisation (ARH)

M. Jean-Yves GRALL, directeur de l'ARH

Direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS)

Mme Mireille WILLAUME, directrice régionale

Dr Eliane PIQUET, médecin inspecteur régional de santé publique

Mme JULIEN, inspectrice principale responsable du service « actions sociales et médico-sociales »

Mme SPATZ, inspectrice en charge du secteur « personnes handicapées »

Mme RICARD, inspectrice en charge du secteur « personnes âgées »

Mme ABRAHAM, secrétaire du CROSMS

Union des caisses d'assurance maladie (URCAM) de Lorraine

M. MARX, directeur de l'URCAM

Conseil régional de Lorraine

M. RENAUDIN, directeur de la santé, du sanitaire et du social

Département de Meurthe et Moselle

Préfecture de Meurthe et Moselle

M. Hughes PARANT, Préfet de département

Direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS) de Meurthe et Moselle

M. Daniel BOUFFIER, directeur départemental

Mme Brigitte DEMPT, inspectrice hors classe, chef du service « solidarité-autonomie » et chef de projet SROS-PRIAC

Dr Hélène DALLAIRE, médecin inspecteur de santé publique

Mme Jeanne CHATRY-GISQUET, inspectrice en charge du secteur « personnes handicapées »

M. Jean Marc LE MOIGNE, inspecteur en charge du secteur « personnes âgées »

Inspection d'académie de Meurthe et Moselle

M. BISSON, inspecteur d'académie

Conseil Général de Meurthe et Moselle

M. DINET, président du conseil général

M. LEUYET, directeur de la solidarité et de l'action sociale

Mme HELFER, secteur personnes âgées et personnes handicapées

Maison départementale des personnes handicapées de Meurthe et Moselle (MDPH)

M. DUSSINE, directeur de la MDPH

Gestionnaires et porteurs de projet des secteurs des personnes âgées

Dr Aline KUTA, coordonatrice de RESEAULU réseau gérontologique du secteur de Lunéville

M. Vincent RENAULT, directeur général d'Alpha Santé

Gestionnaires et porteurs de projet du secteur des personnes handicapées

M. Jacques JEANJEAN, président ADAPEI 54 [AEIM : adultes et enfants inadaptés mentaux]

M. Giovanni LONGO, directeur général adjoint ADAPEI 54

M. Gilles DUPUITS, directeur général ADAPEI 54

Département de la Moselle*Direction départementale des affaires sanitaires et sociale (DDASS) de Moselle*

Mme CHEVALLIER, directrice

Mr ROTH, directeur adjoint

Mme GERMAIN, inspectrice secteur personnes âgées

Mme GALAFFU, inspectrice secteur personnes âgées

Mr MALHOMME, inspecteur secteur personnes handicapées

Conseil Général de Moselle

M. Philippe LEROY, président du Conseil Général

M. Alex STAUB, vice président délégué à l'action sociale et à l'autonomie.

Mme Anne-Sophie BOUR, directrice de la politique de l'autonomie

Maison départementale des personnes handicapées de Moselle

M. Pascal LAURENT, directeur

Associations du secteur des personnes handicapées

M. Claude WALTER, délégué départemental de l'ADMD

Mme Thérèse PRECHEUR, déléguée régionale de l'UNAFAM

Mme Josette BURY, présidente régionale AFTC Lorraine

Mme Raymonde NICOLAS JOLY, représentante de la FNAIR

Mme Claudine CLERC, directrice générale de l'UDAF Moselle

Mme Simone ALBISER, membre du bureau D'ESPOIR 54

M. Patrick WILK, président de l'ADMHIR 57

Mme Marionne RIVIERE, représentante régionale d'Alliance maladies rares et présidente de l'AFL

Mme Monique JONAS, secrétaire de l'AFL

Gestionnaires et porteurs de projets du secteur des personnes âgées

M. RENAULT, directeur général de l'association Alpha Santé

M. BELLO, directeur de l'hôpital médico-gériatrique Alpha Santé Le Kem à Thionville

M. MELIS, directeur général de l'AMAPA

Mme BERNARD, directrice financière de l'AMAPA

M. VANNUCCI, directeur du développement d'Hospitalor

Mme AUBERT, coordinatrice du secteur médico-social d'Hospitalor

Mme BAAKE, déléguée départementale de la FHF et directrice de l'EHPAD de Puttelange

Gestionnaires et porteurs de projets du secteur des personnes handicapées

M. MULLER, directeur IME, APEI de la région de Sarrebourg

M. LOTZ, directeur d'établissement, APEI de la région de Sarrebourg

M. KOWALSKI, directeur de l'IEM de Metz

Dr GERMAIN, IEM, APF de Moselle

Mme FRANOZ, présidente de l'association Envol Lorraine

Mme BORNIER, vice présidente de l'association Envol Lorraine

M. ROYER, directeur de la fondation Bompard de Novéant sur Moselle

Région PAYS DE LA LOIRE

Préfecture de région

M. Bernard HAGELSTEEN, préfet de région, préfet de la Loire Atlantique
M. Cyrille MAILLET, secrétaire général des affaires régionales

Agence régionale de l'hospitalisation (ARH)

M. PAILLE, directeur de l'ARH
Mme MOLLARD BLANZACO, conseiller technique
Docteur GANGER, conseiller médical

Direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS)

M. Jean Pierre PARRA, directeur régional
Mme Patricia SALOMON, responsable du service médico-social
Mme Catherine BERTHOMEAU, responsable de la mission profession
Mme Elisabeth BERNARD, inspectrice du secteur handicap
Mme Arlette BOUCHARD, inspectrice du secteur personnes âgées
M Gérard LEBRETON, ingénieur régional de l'équipement
M François LEVENT, responsable du service politique régionale de santé

Conseil Régional des Pays de Loire

M. Jérôme GUIDICELLI, directeur général adjoint en charge de la formation professionnelle et de l'apprentissage
Mme THOMAS, chef de service, mission santé solidarité
Mme RAUTUREAU, responsable du pôle « offre de formation sanitaire et sociale et animation »
Mr NEDELEC, pôle chargé de mission « offre de formation sanitaire et sociale et animation »

Département de Loire Atlantique

Direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS)

Mme Nicole TALLANDIER, directrice
Mme JUBAULT, directrice adjointe
Mr POUGET, inspecteur principal responsable du département « santé »
Mr BLAYO, inspecteur en charge des établissements médico-sociaux

Inspection d'académie

M. JAVAUDIN, inspecteur d'académie directeur des services départementaux de l'Education Nationale
Mme HUBERT-MOUSSET, inspectrice de l'éducation nationale chargée de l'adaptation scolaire et de la scolarisation des élèves handicapés

Maison départementale des personnes handicapées (MDPH)

Mme MATHE PIVETEAU, directrice

Conseil Général

M. Patrick MARESCHAL, président du conseil général
M. Gérard MAUDUIT, vice président chargé des personnes âgées et des personnes handicapées
Mme RENARD, directrice du secteur des personnes âgées et des personnes handicapées
Mme DUBREIL, secteur personnes âgées
Mme DUTERTRE, secteur personnes handicapées

Gestionnaires et porteurs de projets des secteurs des personnes âgées et des personnes handicapées

M. BLOND, directeur général de la Mutualité Retraite

M. Marc MARHADOUR, directeur général de l'association départementale des amis et parents de personnes handicapées mentales (ADAPEI 44)

Maine et Loire

Préfecture

M. LE FRANC, secrétaire général

Direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS)

Mme Juliette CORRE, directrice

Mme Marie Laure BUSNEL, directrice adjointe ancienne directrice de la MDPH

Mme MARAIS, inspectrice principal en charge du service de la politique du handicap

Mme NORMAND, secteur handicap

Mme MARTINEAU-BRUN, secteur handicap

Mme Marie-France LE BOZEC, inspectrice principale en charge du service « santé et vieillissement »

Mme Isabelle LABORDE, chargée de mission secteur personnes âgées

Mme Marie-Odile GAYOL, secrétaire administrative de classe exceptionnelle secteur personnes âgées

Inspection académique du Maine et Loire

Mme Françoise FOURNERET, inspectrice d'académie directrice des services départementaux de l'Education Nationale

M. Olivier CROMY, inspecteur de l'éducation nationale chargé de l'adaptation scolaire et de la scolarisation des élèves handicapés

Mme YOUNG, conseillère

Conseil Général du Maine et Loire

M. Christian GILLET, vice-président chargé de l'action sociale

M. TOUCHARD, conseiller général chargé de l'insertion

M. Michel PERANZI, directeur départemental de la santé et de la solidarité

Mme BARBIER-PRIEUR, directrice des solidarités

Dr L'HERMITTE, service action gérontologique

Mr DOUSSIN, service handicap

Maison départementale des personnes handicapées (MDPH)

Mme Catherine BOSSE, directrice

Gestionnaires et porteurs de projets du secteur du handicap

M. SELLIER, directeur général de l'association départementale des amis et parents d'enfants inadaptés (ADAPEI)

M. HOULGARD, directeur général de la Mutualité Française de l'Anjou Mayenne

M. Yves-Gérard BRANGER, président de l'association ligérienne d'aide aux handicapés mentaux et inadaptés (ALAHMI)

M. Philippe SUSS, directeur général d'ALAHMI

Gestionnaires et porteurs de projets du secteur des personnes âgées

M. RUTTEN, association « Vie à Domicile »

Mme COUTAUT, coordinatrice, Mutualité Française Anjou Mayenne

Mme NUREM, directrice pôle soins et personnes âgées, Mutualité Française Anjou Mayenne

Mme TRAVERS, directrice EHPAD privé « Le Pin en Mauges »

Mayenne

Préfecture de Mayenne

Mme Fabienne BUSSIO, préfète du département

Direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS)

Mme Ségolène CHAPPELLON, directrice

Mme Monika KUMAR, responsable du pôle personnes âgées

M. Jean-Marc LALANDE, responsable du pôle personnes handicapées

Dr Sylvie DUGAS, médecin inspecteur de santé publique

Conseil général

M. DUTERTRE, vice président du conseil général

Mme CHOISNET, directrice des personnes âgées et personnes handicapées

Maison départemental des personnes handicapées (MDPH)

M. MALLE, directeur

Inspection d'académie

Mme GUINARD, inspectrice de l'éducation nationale chargée de l'adaptation scolaire et de la scolarisation des élèves handicapés

Gestionnaires et porteurs de projet du secteur des personnes âgées

M. Jean Sébastien SCHWERTZ, directeur de Valmont Santé

M. Paul CHOISNET, directeur de l'hôpital local d'Ernée

Mme Evelyne ROUXEL, cadre supérieure à l'hôpital local d'ERNEE

Gestionnaires et porteurs de projets du secteur des personnes handicapées

M. Fernand HOTTON, directeur général ADAPEI 53

M. Michèle TAREAU, présidente ADAPEI 53

M. Thierry DESCAMPS, directeur général adjoint ADAPEI 53

M. Jean Pierre BERÇON, directeur des établissements et services Félix Jean MARCHAIS

M. Guy Michel SIZARET, président de l'association Félix Jean MARCHAIS

Mme Cécile MENARD, directrice adjointe de l'association Félix Jean MARCHAIS.

M. Rémy LEBLANC, directeur de l'association GEIST

M. Daniel VANNIER, directeur de l'EPSMS de Mayenne – cadre de santé avec une activité de 40 ans en psychiatrie

Mme Monique BEDHOUCHE, élève directeur EHESP promotion 2007-2008 en formation et en poste à l'EPSMS de Mayenne à partir de janvier 2009

M. Gaston GEORGEL, président délégué de Mayenne de l'UNAFAM

Annexe 1 : monographie de la région Picardie

[252] La région Picardie compte 1,8 millions d'habitants. Elle verra sa population augmenter de 3% entre 2006 et 2015, avec des disparités interdépartementales fortes : +8 % dans l'Oise et - 2 % dans l'Aisne. S'agissant des personnes âgées dépendantes, la Picardie est globalement bien équipée en établissements et services, comparativement aux autres régions, mais la population des personnes de 75 ans et plus augmentera de près de 21 % d'ici 2015 (contre 16,1 % au niveau national), avec une progression de 29,9 % dans l'Oise. S'agissant des personnes handicapées, sur le secteur de l'enfance, la région dispose d'un taux d'équipement global en établissement supérieur à la moyenne nationale, excepté l'Oise. En revanche, pour l'ensemble de la région, l'accompagnement en milieu ordinaire est moins développé qu'au niveau national. Pour les adultes, si la situation régionale est proche de la moyenne nationale, les départements de l'Oise et de la Somme sont moins bien équipés, notamment en MAS et FAM.

1. LE PRIAC

1.1. *L'élaboration du PRIAC*

[253] La Picardie, CTRI de référence sur le champ handicap et dépendance pour la CNSA et le ministère, a été identifiée dès 2006 comme région pilote du processus PRIAC.

[254] En 2006, compte tenu des contraintes de délais et de l'absence de cadre méthodologique, le premier exercice d'élaboration du PRIAC a essentiellement consisté en un regroupement des besoins exprimés par les départements. Les exercices suivants ont été établis sur la base d'objectifs quantifiés au niveau régional, à partir des besoins identifiés dans les SDOSMS.

[255] En Picardie, les deux premiers exercices semblent ne pas avoir été très bien vécus par les conseils généraux, peu associés aux travaux d'élaboration du PRIAC.

[256] Pour l'actualisation 2008, le CTRI a défini le calendrier (resserré sur 3 mois) et le déroulement de l'élaboration du PRIAC, en demandant que les équipes techniques des conseils généraux soient associées aux réunions techniques régionales (DRASS, DDASS et conseils généraux) dès le démarrage des travaux, le 17 janvier 2008.

[257] La DRASS a présenté aux membres du CROSMS un bilan de la version du PRIAC établie en 2007 ainsi que les perspectives de travail pour l'actualisation 2008. Le PRIAC est mis en ligne sur le site internet de la DRASS, accompagné d'une note explicative.

[258] La DRASS souligne que la méthode d'élaboration du PRIAC, qui évolue chaque année, mériterait d'être consolidée, notamment dans un contexte de fort turn-over au sein des services de l'Etat.

1.2. La notification des enveloppes par la CNSA

- [259] Concomitamment avec la mise en place des PRIAC et l'installation de la CNSA, le financement de mesures nouvelles pour personnes âgées et personnes handicapées a globalement progressé de près de 42 % entre 2005 et 2008, plus particulièrement dans le champ des personnes âgées où les financements ont progressé de 137 % en 3 ans, sous l'effet des plans nationaux (Solidarité Grand Age et Alzheimer). Pour les personnes handicapées, sur la même période, les mesures nouvelles ont progressé de 24 % pour les enfants alors qu'elles ont baissé de 5,5 % pour les adultes (après avoir connu une hausse de 59 % entre 2005 et 2007).
- [260] Le PRIAC de Picardie figure parmi les plus ambitieux en termes de volumes financiers souhaités, ce qui engendre des écarts très importants entre les montants programmés dans le PRIAC et les montants notifiés par la CNSA pour l'année en cours. De ce fait, le PRIAC n'est pas toujours perçu comme un véritable outil de « programmation » car il ne constitue pas un engagement pluriannuel de l'Etat sur 5 ans.
- [261] L'enjeu annoncé en comité de l'administration régionale par la DRASS¹¹⁴, pour l'exercice 2009, est de présenter des objectifs « plus réalistes, en rapprochant au mieux les possibilités de financement de la CNSA et des Conseils généraux et les besoins identifiés ».

Tableau 5 : Taux de notification régional des places programmées

	Enfants	Adultes	Personnes âgées
2007	21 %	47 %	31 %
2008	25 %	36 %	57 %

Source : CNSA et exploitation par la mission

- [262] Pour l'année 2008, le Préfet de la région Picardie a validé la répartition interdépartementale des mesures nouvelles proposées par la CNSA le 15 février 2008. Toutefois, il a proposé certains ajustements au sein des enveloppes départementales « afin d'éviter un émiettement des crédits et de permettre des ouvertures plus rapides de structures ».

2. L'IDENTIFICATION DES BESOINS

2.1. Les schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale

- [263] En région Picardie, les SDOSMS sont très hétérogènes et rares sont ceux qui disposent d'une annexe financière¹¹⁵ programmant les établissements et services à créer, transformer ou supprimer afin de satisfaire les perspectives et les objectifs qui y figurent.
- [264] Alors que les arrondissements constituent les territoires infra départementaux identifiés par le PRIAC de Picardie, les découpages territoriaux utilisés par les SDOSMS sont très hétérogènes.

¹¹⁴ Note au CAR du 16 avril 2008.

¹¹⁵ Pour les départements de la Somme et de l'Oise, seul le schéma gérontologique de la Somme présente quelques objectifs quantifiés, mais ne portant pas sur l'ensemble du secteur des personnes âgées.

- [265] Dans l'Oise, le niveau territorial d'analyse du schéma départemental des personnes âgées est actuellement le « pôle gérontologique » et devrait bientôt être remplacé par la « délégation territoriale ». Ce même découpage devrait être adopté par les autres directions du Conseil général. Le schéma couvrant la période 2003 – 2007 n'a pas été révisé car il prévoyait la création de 1250 places d'EHPAD (destinées à maintenir le taux d'équipement au regard de l'évolution démographique), or à la fin de l'année 2007, seules 500 places nouvelles étaient ouvertes. Le Conseil général a décidé d'attendre la réalisation des places programmées avant d'établir un nouveau schéma. Par ailleurs, il envisage d'adopter un calendrier identique pour les deux schémas, sachant que le schéma départemental des personnes handicapées ne devrait être renouvelé qu'en 2011.
- [266] Le schéma départemental des personnes handicapées (2006 – 2011) de l'Oise a été élaboré en lien avec la DDASS qui est pilote de plusieurs fiches action. On peut regretter que de nombreuses données de référence de l'état des lieux portent sur les années 2001 et 2002 et peuvent donc sembler obsolètes dès le début de la période couverte par le schéma.
- [267] Dans la Somme, le niveau territorial d'analyse du volet handicap (2004 – 2008) et du volet personnes âgées (2007 – 2011) du schéma départemental est le « pays », considéré comme étant le découpage le plus approprié pour répondre à la demande de proximité de prise en charge sociale et médico-sociale. Toutefois, pour certains types de structures, notamment dans le secteur du handicap (instituts de rééducation et établissements pour enfants, adolescents et adultes polyhandicapés) le regroupement de plusieurs « pays » peut être envisagé.
- [268] Enfin, la région Picardie n'a pas élaboré le schéma régional regroupant « les éléments des schémas départementaux d'une même région, afférents aux établissements et services relevant de la compétence de l'Etat »¹¹⁶.

2.2. L'identification des besoins

- [269] Pour les personnes handicapées, les MDPH ne sont pas encore en mesure d'exploiter aisément les données figurant dans les anciens logiciels ITAC et OPALES, qui supposent un traitement manuel. Les travaux sont en cours afin de réunir, dans un logiciel unique¹¹⁷, l'ensemble des données relatives aux orientations prononcées en commission, ce qui devrait permettre d'effectuer les requêtes nécessaires à l'identification des besoins.
- [270] Pour les personnes âgées, les conseils généraux ne disposent pas d'informations suffisantes sur l'origine géographique des personnes hébergées en établissement, ni sur les listes d'attente des établissements. Le seul critère d'évaluation utilisé pour « objectiver » la quantification des besoins reste le taux d'équipement. Toutefois, du fait de leur proximité avec la région Ile de France, les départements picards estiment que cet indicateur ne permet pas de tenir compte des flux de pensionnaires provenant d'autres régions ou départements.

2.3. La coordination entre les acteurs des secteurs sanitaire et médico-social

- [271] Il n'existe aucune cartographie superposée des différentes offres sanitaires et médico-sociale au niveau régional.
- [272] La requalification des USLD sur la base des coupes PATHOS a imposé de fait la transformation de places d'USLD en places d'EHPAD, sans que cela soit prévu par le PRIAC. A contrario, aucune étude d'inadéquation n'a été menée dans les EHPAD.

¹¹⁶ Article 312-5 du code de l'action sociale et des familles.

¹¹⁷ Logiciel IODAS de GFI.

[273] La partie du PRIAC relative aux articulations sanitaires, médico-sociales et sociales est renseignée par la DRASS de manière plus exhaustive en 2008 que lors de l'exercice précédent. Cependant, on peut constater que le tableau relatif aux actions prioritaires de coopération entre PRIAC et SROS III renvoie systématiquement au contenu des CPOM.

[274] En 2008, les travaux relatifs à l'actualisation du PRIAC ont permis d'engager des relations entre les acteurs intervenant dans les champs sanitaire et médico-social et d'échanger sur les politiques respectives. Pour autant, il reste à concrétiser cette démarche.

3. LA MISE EN ŒUVRE DES PRIAC

3.1. De l'autorisation à l'installation des places

[275] Pour les personnes âgées, au 31 décembre 2007, les taux d'autorisation et les taux d'exécution des places nouvelles sur les crédits 2006 et 2007 sont globalement plus élevés que la moyenne nationale. Toutefois, le taux d'exécution des places financées sur crédits 2006 reste très faible par rapport à la moyenne nationale qui se situe à 51 %.

[276] Pour les personnes handicapées, les taux d'autorisation et les taux d'exécution des places nouvelles sont globalement plus faibles en Picardie que pour la moyenne nationale.

Tableau 6 : Suivi de la réalisation des places nouvelles au 31 décembre 2007

	Crédits 2006		Crédits 2007	
	Taux d'autorisation	Taux d'exécution	Taux d'autorisation	Taux d'exécution
Personnes âgées	95 %	36 %	65 %	43 %
Enfants handicapés	100 %	78 %	79 %	59 %
Adultes handicapés	85 %	43 %	32 %	24 %

Source : CNSA

3.2. Passage en CROSMS et appel à projets

[277] Dans le département de la Somme, la DDASS et le Conseil général se sont engagés dans une démarche d'appels à projets conjoints pour la création de structures relevant d'un financement conjoint. Ainsi, les projets de création de FAM font l'objet d'appels à projets, mais dans le cadre d'une publicité purement locale, ce qui ne permet pas toujours de susciter un grand nombre de réponses. Par ailleurs, seuls les dossiers déposés en réponse à un appel à projets étant examinés par le CROSMS, la démarche adoptée présente une certaine fragilité sur le plan juridique, au regard de la réglementation en vigueur.

[278] Dans le département de l'Oise, compte tenu du grand nombre de promoteurs implantés dans le département et de la priorité donnée aux opérations de restructuration, un seul appel à projets a été lancé, en 2005, sur le secteur du handicap.

3.3. *Vers une pluri annualité des allocations budgétaires*

- [279] Le premier exercice de répartition interdépartemental des enveloppes anticipées, qui devait être réalisé en 2007 pour des ouvertures prévues en 2008 et 2009, n'a donné lieu à aucun arrêté d'autorisation anticipée au cours de l'année 2007. Considérant que le mécanisme n'avait pas été compris, il a été convenu, lors d'une réunion technique du PRIAC du 17 janvier 2008, réunissant la DRASS, les DDASS et les Conseils généraux, de prioriser davantage les projets pour permettre l'autorisation d'un nombre de places suffisant pour réellement démarrer par anticipation certains projets, sans chercher à répartir ces enveloppes entre tous les départements chaque année.
- [280] Le 4 mars 2008, le CTRI a validé les propositions du groupe technique régional pour la répartition des enveloppes d'anticipation 2009 et 2010, sur la base de critères (projets nécessitant une construction, date prévisionnelle de sortie de terre, ...) visant à permettre le financement intégral des projets sur les 2 ans.

3.4. *La disponibilité des professionnels*

- [281] Principale innovation de la maquette 2008 du PRIAC, le tableau relatif à la valorisation de la programmation prévisionnelle médico-sociale en emplois a été renseigné. Cette première estimation, réalisée par la DRASS, des emplois induits par les créations de places prévues au PRIAC, s'élève à près de 2 000 postes. Il s'agit, notamment, de 995 postes d'aides soignants/aides médico-psychologiques, 209 postes d'infirmiers et 87 postes de psychologues.
- [282] Toutefois, l'annexe relative aux ressources humaines, destinée à établir un diagnostic des métiers sous tensions et à préciser les besoins de recrutement et d'adaptation professionnelle en nombre de poste, par type de qualification, n'a pas été renseignée. Pour l'exercice 2009, la DRASS prévoit de mettre l'accent sur le travail de valorisation des programmations en emplois, en lien avec le Conseil Régional.

Annexe 2 : monographie de la région Lorraine

[283] Forte de 2,3 millions d'habitants, la région Lorraine présente une densité de population égale à la moyenne nationale mais dans une situation de ralentissement démographique liée surtout à la diminution des jeunes de moins de 20 ans. Avec 33% d'habitants en communes de moins de 2 000 habitants elle présente un net caractère rurale et connaît une densité réduite en professionnels de santé libéraux (médecins, infirmiers psychiatres et pédiatre). L'observation des taux d'équipement fait apparaître qu'en dépit de disparités entre les quatre départements qui la composent, la région est globalement bien dotée, tant en établissements pour personnes âgées dépendantes qu'en structures pour enfants et adolescents ou pour adultes handicapés¹¹⁸.

1. LE PRIAC

1.1. *L'élaboration du PRIAC*

[284] Dès le premier PRIAC, indépendamment des modalités de réflexion choisies par chaque département, une démarche projet a été adoptée par la DRASS pour les services de l'Etat et des réunions de cadrage ont été prévues avec les conseils généraux pour fixer les axes prioritaires. Du fait du temps très contraint accordé par la CNSA, les consultations ont été assez formelles et la concertation très réduite pour ce premier exercice. La version 2006 n'a donc pas fait l'objet d'une consultation des présidents de conseil généraux et les élus ont plutôt mal vécu cette démarche initiale considérée comme précipitée. Ce PRIAC a géré le stock des dossiers déposés dans les fenêtres de dépôt, qui avaient reçus un avis favorable du CROSMS et étaient en attente de financement. Il a reçu un avis favorable du CROSMS le 8 mars 2006 et a été soumis au CAR du 13 avril 2006.

[285] Depuis, le document a été actualisé chaque année en liaison avec les conseils généraux. L'équipe « projet » du premier PRIAC est devenue « équipe de suivi ». Elle comporte aujourd'hui deux personnels de la DRASS, un comité de pilotage (le CTRI) et s'appuie sur des réunions menées au sein de quatre groupes de travail thématiques qui se réunissent mensuellement de janvier à juin. L'actualisation 2008 du PRIAC a été soumise au CTRI le 10 mars 2008, puis au CROSMS plénier du 8 avril 2008 et au CAR du 29 avril 2008. Un bilan intermédiaire du PRIAC a été présenté aux gestionnaires d'établissements de la région Lorraine, le 20 décembre 2007 pour le secteur personnes âgées et le 22 janvier 2008 pour le secteur handicap.

[286] La région Lorraine se distingue par un PRIAC présenté sous une forme originale. Le cadre proposé par la CNSA a été complété par la DRASS et comporte, outre les tableaux de la CNSA, un document très proche du modèle recommandé pour les schémas départementaux par la loi de janvier 2002. Elaboré pour une durée de trois ans (2006/2008) ce document comporte deux volets. Une première partie présentant un état des lieux avec une analyse détaillée des besoins, le tout illustré par des tableaux de synthèse et des paragraphes d'explications qui mettent l'accent sur des points saillants. Elle est accompagnée d'une seconde partie regroupant des annexes documentaires présentées essentiellement sous la forme de cartes. Ces choix rendent le document très lisible. Ce document est en ligne sur le site internet de la DRASS.

¹¹⁸ On notera pourtant un léger déficit en équipements de psychiatrie infanto juvénile ainsi qu'en FAM.

1.2. La notification des enveloppes par la CNSA

[287] Sur la période 2006/2008, du fait de l'arrivée du dispositif PRIAC et sous l'effet conjoint tant des plans nationaux¹¹⁹ que des mesures nouvelles en direction des personnes âgées ou handicapées, la région Lorraine a connu une évolution sensible de la dotation régionale limitative de dépenses médico-sociales. Ainsi, l'enveloppe personnes handicapées a augmenté de 4,04% en 2006, de 6,95% en 2008 et de 4,14% en 2008. 544 places nouvelles ont été créées. De son côté, l'enveloppe personnes âgées a augmenté de 11,82% en 2006, de 12,8% en 2007 et de 22% en 2008. 2 463 places nouvelles ont été créées.

[288] Dès le départ, le niveau de programmation du PRIAC de Lorraine a été très modéré ; la région faisant preuve de réalisme et argumentant ses demandes. Ainsi, comme l'illustre le tableau 1 on ne constate pas de distorsion entre les moyens sollicités et ceux notifiés par la CNSA pour l'année en cours mais plutôt une « sur-notification », traduisant le caractère mesuré des demandes.

Tableau 7 : Taux de notification régional par la CNSA des places programmées

	Enfants	Adultes	Personnes âgées
2007	42 %	177 %	94 %
2008	100 %	108 %	144 %

Source : CNSA et exploitation par la mission

[289] La DRASS exprime certaines réserves sur le fait que la CNSA, dans sa notification du 15 février, n'ait pas suivi les priorités proposées par la région procédant, en particulier, à une répartition directe des enveloppes entre départements. Le saupoudrage qui résulte de cette répartition n'a pas permis de toujours réaliser sur un exercice les opérations dans leur globalité, nécessitant de cumuler les allocations sur plusieurs années. Le Préfet de la région Lorraine a validé le 19 juin 2008 l'actualisation du PRIAC et son annexe financière fixant la répartition interdépartementale des dotations pour les établissements et services médico-sociaux.

2. L'IDENTIFICATION DES BESOINS

2.1. Les schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale

[290] Depuis 2005, la démarche de planification départementale par le biais des schémas a progressé en Lorraine. Ainsi, en 2008 tous les départements de la région disposent de schémas. Les difficultés sont maintenant d'ordre plus technique. Il s'agit en particulier de faire coïncider la durée du PRIAC qui est actuellement de trois ans en Lorraine, avec la durée des schémas qui est de 5 ans. Pour les personnes âgées comme pour les personnes handicapées, 3 départements sur 4 ont adopté un même calendrier pour leurs SDOSMS.

[291] Toutefois, cela ne résout pas la question de l'hétérogénéité des schémas sur d'autres points et notamment de l'absence d'annexes financières étoffées.

¹¹⁹ Il s'agit pour 2004/2007 des plans « Vieillesse et solidarité » et du 1^{er} plan Alzheimer, pour 2007/2012 du plan solidarité grand âge et pour 2008/2012 du 2^{ème} plan Alzheimer.

[292] Ainsi, en matière de découpage territorial, le schéma pour les personnes âgées se calque sur le SROS et les 20 territoires de santé de proximité, et retient les unités territorialisées pour le secteur des personnes handicapées. A l'exception des schémas de Meurthe et Moselle, qui s'appuient tous sur le découpage des PAIS¹²⁰ ; les autres schémas font références, suivant les populations, a des espaces géographiques variables.

2.2. L'identification des besoins

[293] Les travaux sur les indicateurs posent en particulier la question de la prise en charge des personnes, de la connaissance de l'offre (FINESS, enquête ES, ...), de l'adéquation des réponses aux besoins et de l'actualisation des taux d'occupation (connus à partir des budgets prévisionnels des établissements pour les PH et des comptes administratifs des établissements pour les PA). Ce point influe aussi sur la question des transformations de places au sein du secteur médico-social qui implique que l'on ait une bonne connaissance des taux d'occupation et des placements inadaptés.

[294] Pour les personnes handicapées, les MDPH ne sont globalement pas encore en mesure d'exploiter aisément les données figurant dans les anciens logiciels ITAC et OPALES. Les requêtes automatisées sont considérées comme complexes à réaliser et peu fiables dans leurs résultats. De fait, elles sont souvent associées à des décomptes manuels et des croisements de données avec les DDASS et les établissements. Les travaux sont en cours¹²¹ afin de réunir, dans un logiciel unique, l'ensemble des données relatives aux orientations prononcées en CDAPH. Cela devrait permettre d'effectuer les requêtes nécessaires à l'identification des besoins.

[295] Pour les personnes âgées, les conseils généraux ne disposent pas d'informations suffisantes sur l'origine géographique des personnes hébergées en établissement, ni sur les listes d'attente des établissements. Le seul critère d'évaluation utilisé pour « objectiver » la quantification des besoins reste donc le taux d'équipement, en dépit de ses insuffisances pour traduire l'attractivité de certaines structures qui recrutent bien au-delà des limites des départements.

2.3. La coordination entre les acteurs des secteurs sanitaire et médico-social

[296] Réalisés en mode projet dès 2006, tous les travaux relatifs au PRIAC ont gagné en lisibilité du fait de la répétition de la démarche, permettant aussi d'approfondir les relations entre acteurs des champs sanitaire et médico-social. Les travaux du groupe de pilotage se sont depuis élargis, associant en plus des représentants des MDPH, des deux CRAM et de l'ARH, des interlocuteurs des établissements de santé, l'URML, les associations gestionnaires de structures, les fédérations et sociétés savantes. Les 4 conseils généraux ont été aussi invités.

¹²⁰ Point accueil information service.

¹²¹ Ces démarches d'informatisation complètent celles des services du conseil général qui utilise souvent le même logiciel pour ses services sociaux. Elles sont parfois très avancées comme en Meurthe et Moselle qui a choisi comme 35 autres conseils généraux le logiciel Perceval de la société Info DB.

[297] L'articulation entre le SROS et le PRIAC est une orientation de travail adoptée conjointement par l'ARH, la DRASS et le DDASS. Lors des travaux sur le SROS, l'ARH a choisi de réaliser un volet « personnes handicapées » qui n'était pas obligatoire et travaille depuis sur la notion de parcours individualisés. Ainsi, les hôpitaux (dont le CHU) lors de la procédure d'accréditation ont dû répondre à des questions sur les conditions d'accueil des personnes handicapées et ils se sont mobilisés pour les améliorer¹²² en concertation avec les associations en liens avec les personnes handicapées. Il faut noter que l'URCAM de Lorraine qui pilote la mission régionale de santé influe sur ces projets dans une région où l'URML est difficile à mobiliser et où l'histoire de la région la conduit à coordonner 2 CRAM et 2 DRSM, sachant qu'il y a 13 caisses en Lorraine.

[298] La requalification des USLD sur la base des coupes PATHOS a imposé de fait la transformation de places d'USLD en places d'EHPAD. Contrairement à d'autres régions, ces opérations figurent dans le PRIAC de Lorraine mais ces actions, non concertées, ont été mal supportées par les conseils généraux.

3. LA MISE EN ŒUVRE DES PRIAC

3.1. De l'autorisation à l'installation des places

[299] Au 31 décembre 2007, pour la région Lorraine, les taux d'autorisation et les taux d'exécution pour la création de places nouvelles rapportés aux crédits tant 2006 que 2007 présentent une évolution contrastée.

[300] Pour les personnes âgées, seul le taux d'exécution pour les crédits 2006 est plus élevé que la moyenne nationale et traduit les difficultés rencontrées pour faire émerger les projets.

[301] En revanche, le volet enfants handicapés, malgré un faible taux d'exécution en 2006, présente en 2007 un taux supérieur à la moyenne nationale. De son côté, le volet adultes handicapés présente depuis 2006 des taux toujours supérieurs aux moyennes nationales.

Tableau 8 : Suivi de la réalisation des places nouvelles au 31 décembre 2007

	Crédits 2006		Crédits 2007	
	Taux d'autorisation	Taux d'exécution	Taux d'autorisation	Taux d'exécution
Personnes âgées	65 %	61 %	55 %	21 %
Enfants handicapés	105 %	73 %	100 %	77 %
Adultes handicapés	91 %	61 %	94 %	40 %

Source : CNSA

¹²² En concertation avec les associations, des démarches se sont notamment traduites par l'adaptation de la page d'accueil internet des ETS pour apporter des informations pratiques, la rédaction d'un document explicatif mis à disposition des personnels qui répondent sur la plateforme téléphonique et l'insertion dans le livret d'accueil des personnes hospitalisées des modalités d'accès aux soins pour les personnes porteuses de handicaps.

3.2. *Passage en CROSMS et appel à projets*

[302] En Moselle comme en Meurthe et Moselle, la DDASS et le conseil général estiment que l'appel à projets permettra de reprendre l'initiative en favorisant le dépôt de dossiers sur les zones déficitaires. Ainsi l'arrivée du PRIAC a créé les conditions favorables à la mise en œuvre de l'appel à projets et la DRASS estime qu'une modification en ce sens du code de l'action sociale et des familles constituerait un appui.

[303] La version 2009-2011 du PRIAC s'oriente vers la mise en œuvre d'appels à projets. Ils seront lancés avec une publicité nationale mais pas obligatoirement par catégories de handicap. La proximité de la prise en charge restera prioritaire. Pour les établissements dont l'ouverture est soumise à autorisation conjointe Etat/Conseil général, le contenu du cahier des charges sera élaboré par les deux parties.

3.3. *Vers une pluri annualité des allocations budgétaires*

[304] Dès 2007, premier exercice de répartition interdépartemental des enveloppes anticipées, la région Lorraine a compris l'intérêt du mécanisme et a utilisé cette facilité pour des ouvertures prévues en 2008 et 2009. En 2008, le dispositif des enveloppes anticipées a été reconduit pour autoriser les créations de places via des projets encore en attente sur le secteur PH et qu'il n'avait pas été possible de réaliser sur le PRIAC 2006-2008.

[305] Toutefois, la DRASS souligne que l'utilisation de ce dispositif pour les créations de places est très dépendante de l'existence et de la capacité des promoteurs à réaliser les projets. Il arrive que ces derniers sollicitent également les conseils généraux afin d'obtenir une aide à l'investissement. Ce type de démarche implique alors de s'insérer dans le calendrier budgétaire des conseils généraux.

3.4. *La disponibilité des professionnels*

[306] Décentralisé aux régions en 2004, le pilotage de la formation des professions de santé se met progressivement en place en Lorraine. Le schéma régional, voté en octobre 2007, fait référence au PRIAC au SROS et au SDOSMS, mais contient peu de données chiffrées en regard des orientations.

[307] Le document d'actualisation 2008 de la version locale du « PRIAC » contient un paragraphe qui traite de la question de l'offre libérale pour les professionnels de santé. Il présente des taux rapportant à la population de chaque département les densités en matière de médecins (généralistes et spécialistes), d'infirmiers libéraux, et de masseurs de kinésithérapeutes et une synthèse régionale qui situe la Lorraine par rapport aux taux nationaux et illustre le déficit de la région pour toutes ces professions. Au sein du PRIAC transmis à la CNSA, le tableau 4 qui valorise la programmation médico-sociale en emplois fait bien apparaître les futures créations de postes, mais l'annexe 2 sur les métiers en tension et les besoins de recrutement n'a pas été renseignée.

[308] Identifiée dès novembre 2006 comme une action à amplifier, la question des ressources humaines en accompagnement de la programmation médico-sociale reste un domaine perfectible. Si, de son côté, la DRASS admet qu'elle devra approfondir l'analyse de la problématique des ressources humaines, il apparaît que le dispositif gagnera encore en efficacité lorsque les relations entre le conseil régional et les services de l'Etat seront plus formalisées

Annexe 3 : monographie de la région Pays de la Loire

[309] La région des Pays de Loire compte 3,4 millions d'habitants soit 5,4% de la population de France métropolitaine (estimation 2005). Sur la période 2005-2015, le taux d'évolution prévisible de la population est d'environ + 2%, mais avec des disparités interdépartementales fortes (+4,4% pour la Loire Atlantique). S'agissant des personnes âgées dépendantes, les Pays de la Loire sont globalement bien équipés en établissements et services comparativement aux autres régions (la Loire Atlantique, le Maine et Loire et la Mayenne étant les plus équipés), mais la progression d'ici 2015 sera forte pour les plus de 75 ans (+24% contre +19% en moyenne nationale) dans tous les départements de la région (et particulièrement en Loire Atlantique et en Vendée). Dans le secteur du handicap, la région des Pays de Loire est correctement équipée, tant en ce qui concerne les enfants que les adultes handicapés.¹²³ Cependant, pour les enfants l'offre de places pour les troubles du caractère et de comportement est faible, à l'exception du Maine et Loire. La Loire Atlantique dispose d'un taux en IME inférieur à la moyenne nationale. La Sarthe et la Vendée présentent un taux d'équipement faible pour la prise en charge des enfants polyhandicapés. Pour les adultes, les départements de la Mayenne et la Sarthe sont mieux dotés en places de MAS que de FAM alors que le Maine et Loire et la Vendée présentent un taux d'équipement en MAS et FAM inférieur à la moyenne nationale. Tous les départements sont peu équipés en SSIAD.

1. LE PRIAC

1.1. Procédure d'élaboration du PRIAC

[310] Compte tenu des délais octroyés par la CNSA, le premier PRIAC de 2006 n'a pas permis de véritable construction collective interdépartementale. Il a été élaboré, comme dans la plupart des régions, en collectant les projets départementaux passés en CROSMS et en attente de financement dans la région.

[311] Les modalités de concertation régionale ont évolué en 2007 autour de groupes techniques sur les secteurs des personnes âgées et des personnes handicapées pour préparer les propositions à mettre à l'arbitrage du CTRI. La programmation actée en 2007 a été arrêtée en fonction des taux d'équipement dans l'objectif d'évoluer vers une péréquation interdépartementale¹²⁴.

¹²³ Cependant, pour les enfants l'offre de places pour les troubles du caractère et de comportement est faible à l'exception du Maine et Loire. La Loire Atlantique dispose d'un taux en IME inférieur à la moyenne nationale. La Sarthe et la Vendée présentent un taux d'équipement faible pour la prise en charge des enfants polyhandicapés. Pour les adultes, La Mayenne et la Sarthe sont mieux dotées en places de MAS que de FAM alors que le Maine et Loire et la Vendée présentent un taux d'équipement en MAS et FAM inférieur à la moyenne nationale. Tous les départements sont peu équipés en SSIAD.

¹²⁴ Les crédits alloués par la CNSA ont permis en 2007 la création pour le secteur du handicap de 70 places pour enfants handicapés et 224 places pour adultes handicapés et pour le secteur des personnes âgées de 172 places en établissements en personnes âgées dépendantes (EHPAD), 208 places en services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), 58 places en hébergement temporaire (HT) et 80 places en accueil de jour (AJ).

- [312] A partir de 2008, l'ensemble des services déconcentrés de la région a intégré la méthode et le calendrier de programmation¹²⁵. La planification des consultations et le recueil des avis préalables ont été simplifiés. Les travaux interdépartementaux et les arbitrages¹²⁶ ont abouti à des orientations prioritaires qui ont été clairement affichées lors du passage en CROSMS le 28 avril dernier. Le PRIAC 2008-2012 est mis en ligne sur le site internet de la DRASS, accompagné d'une note explicative.
- [313] En 2008, les départements ont accepté des arbitrages forts, notamment sur le secteur de l'enfance handicapée. D'une part, il n'est pas prévu de créations de places sur crédits nouveaux pour le Maine et Loire afin de concentrer les moyens sur les départements déficitaires, d'autre part, des efforts importants d'adaptation de l'offre sont inscrits pour le Maine et Loire et la Mayenne, avec requalification de 212 places d'IME pour la prise en charge d'enfants ayant des troubles envahissant du développement (TED) ou présentant une déficience intellectuelle avec handicaps associés et redéploiement de 147 places d'IME vers des places de SESSAD pour accompagner la scolarisation des enfants en milieu ordinaire.
- [314] Sur le secteur des adultes handicapés, la programmation prévoit en priorité le renforcement de l'offre institutionnelle en places médicalisées et d'aide par le travail pour accueillir les jeunes relevant de l'« amendement Creton » (estimés à 389 au 31 /12/2007) et l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes avec 697 places nouvelles de MAS ou FAM, la médicalisation de 193 places de foyers de vie et la création de 1 069 places en ESAT.
- [315] Pour répondre aux besoins futurs liés aux prévisions d'augmentation de la population âgée dépendante, la programmation de places d'EHPAD permet un rééquilibrage interdépartemental avec 45% de ces places prévues pour la prise en charge des malades atteints d'Alzheimer.
- [316] A noter qu'alors que la CNSA recommande la coordination au niveau régional de tous les interlocuteurs concernés, et notamment une concertation avec les conseils généraux, le CTRI de février 2008 a souhaité, dans un souci d'opérationnalité, que les DDASS conduisent la concertation avec les conseils généraux au niveau départemental et a émis un avis défavorable à l'organisation d'une réunion régionale avec les collectivités départementales.

1.2. La notification des enveloppes par la CNSA

- [317] En 2008, le préfet de région a proposé en CAR de redéployer les places proposées par la CNSA pour le Maine et Loire, dont le taux d'équipement en établissements pour enfants handicapés (8,7%) est supérieur à la moyenne régionale (6,78%)¹²⁷, sur les autres départements afin de réduire les inégalités territoriales. Le redéploiement de 24 places de FAM en 10 places de MAS a été proposé en Loire Atlantique. Pour les personnes âgées, la proposition de la CNSA relative à la répartition des places d'EHPAD a été retenue par le CAR, avec cependant une demande d'ajustement des enveloppes financières pour un coût à la place identique (en Mayenne le plus élevé est à 8 648 €) pour tous les départements. Les crédits alloués par la CNSA en 2008 vont conduire à la création de 307 places¹²⁸ pour le secteur du handicap et 782 places¹²⁹ pour le secteur des personnes âgées.

Tableau 9 : Taux de notification régional des places programmées

¹²⁵ Depuis 2006, les ajustements annuels d'un outil non stabilisé n'ont pas facilité cette appropriation.

¹²⁶ CTRI du 14 février, pré-CAR du 5 mars, CTRI du 8 avril, pré-CAR du 16 avril et CAR du 30 avril 2008.

¹²⁷ Ce département a un taux d'équipement en établissements pour enfants handicapés (8,7%) supérieur à la moyenne régionale (6,78%).

¹²⁸ 107 places pour enfants handicapés (dont 63 places en SESSAD) et 200 places pour adultes handicapés (dont 82 places en services).

¹²⁹ 327 places en établissements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), 328 places en services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), 45 places en hébergement temporaire (HT) et 87 places en accueil de jour (AJ).

	Enfants	Adultes	Personnes âgées
2007	28%	51%	42%
2008	57%	72%	102%

Source : CNSA et exploitation de la mission

[318] En 2007, quels que soit les secteurs, les taux des Pays de la Loire sont inférieurs à la moyenne nationale. En 2008, seul le taux relatif aux personnes âgées est supérieur à la moyenne nationale (91%).

2. L'IDENTIFICATION DES BESOINS

2.1. Les schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale

[319] Dans les Pays de la Loire, les SDOSMS¹³⁰ sont très hétérogènes (département sans schéma, département avec un schéma gérontologique de transition...) avec des échéanciers différents, et rares sont les schémas qui disposent d'une annexe financière programmant en pluriannuel les établissements et services à créer, de transformer ou de supprimer afin de satisfaire les perspectives et les objectifs définis audit schéma.

[320] La région des Pays de la Loire¹³¹ n'a pas élaboré le schéma régional regroupant « les éléments des schémas départementaux d'une même région, afférents aux établissements et services relevant de la compétence de l'Etat ».¹³²

[321] **En Loire Atlantique**, le schéma gérontologique est toujours d'actualité ; il existe sous forme d'un plan d'action sur 5 ans (2006-2010). Le fil directeur affiché par le président du Conseil général est « de favoriser la cohérence des actions et la coordination des acteurs », le schéma privilégie le travail collectif à l'échelon intercommunal ou le regroupement des intercommunalités considérés comme territoires de proximité.

[322] Par contre, le schéma 2004-2008 pour les personnes handicapées, élaboré conjointement entre l'Etat et le Conseil Général, est en cours d'évaluation avant l'élaboration du prochain qui devrait être présenté au CROSMS en 2009. Les services de l'Etat (DDASS, éducation nationale) sont associés aux travaux.

[323] Le schéma gérontologique n'affiche pas de programmation pluriannuelle en moyens budgétaires, ce qui conduit certaines associations à considérer ce document comme une simple déclaration d'intention.

¹³⁰ L'élaboration des schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale établis pour une période de cinq ans est prévue par l'article L. 312-4 du code de l'action sociale et leur adoption relève de l'assemblée départementale (conformément à la loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales) après concertation avec le représentant de l'Etat dans le département et avis du CROSMS.

¹³¹ C'est d'ailleurs le cas de toutes les régions françaises.

¹³² Celui-ci est prévu à l'article L.312-5 du code de l'action sociale.

- [324] **En Maine et Loire**, le schéma départemental en faveur des enfants et des adultes en situation de handicap arrêté de façon conjointe par le préfet et le président du conseil général couvre la période 2005-2009. La démarche d'élaboration a largement associé l'ensemble des acteurs. Il définit quatre axes prioritaires.¹³³ Des fiches actions au nombre de 17 précisent les pilotes des actions, les modalités opérationnelles, l'échéancier et les indicateurs d'évaluation.
- [325] Une annexe d'équipement relative aux perspectives et objectifs de structures et services est intégrée au schéma et tient compte du découpage infra départemental élaboré dans le cadre de la démarche d'observation sociale¹³⁴. S'appuyant sur un état des lieux, elle fait des projections quantitatives en nombre de places à créer chaque année pour les adultes handicapés. *Le Maine et Loire ayant dans le secteur de l'enfance handicapée un taux d'équipement supérieur à la moyenne régionale, a accepté que dans le PRIAC 2008-2012 les moyens nouveaux soient concentrés sur les autres départements de la région.*
- [326] En ce qui concerne les personnes âgées, le conseil général a élaboré un schéma gérontologique de transition 2008-2010 et cela pour deux raisons majeures ; d'une part, le schéma précédent était ambitieux et l'ensemble des 30 fiches-actions n'ont pu conduire à une réalisation totale des mesures et, d'autre part, le conseil général a fait le choix à partir de 2010 d'un seul schéma d'organisation sociale et médico-sociale pour les différentes populations relevant de sa compétence.
- [327] La démarche départementale affiche deux points forts : une « annexe équipement » avec affichage des priorités et des créations de places ainsi que l'harmonisation des calendriers avec l'élaboration d'un schéma unique à partir de 2010.
- [328] **En Mayenne**, le schéma gérontologique vient d'être adopté en février dernier pour la période 2008-2012, le conseil général n'ayant pas jugé opportun de travailler plus tôt sur une planification compte tenu du gel des créations de places en EHPAD pendant plusieurs années. L'Etat a été associé à son élaboration et a été très actif. Un représentant de la DDASS était présent à côté du conseil général pour le présenter au CROSMS et indiquer les engagements de l'Etat inscrits au PRIAC (40 places EHPAD/ an sur 5 ans et création de SSIAD). Le conseil général a voté l'aide à l'investissement pour les structures publiques et a calculé l'impact sur les coûts de fonctionnement correspondants pour la création de ces 200 places. Des actions de prévention innovantes sont inscrites au schéma en concertation avec l'Etat¹³⁵.
- [329] *Il n'existe pas actuellement de schéma départemental des personnes handicapés.* Sans qu'il existe d'opposition particulière de la collectivité départementale, les groupes de travail peinent à être lancés faute de disponibilité des cadres qui sont mobilisés sur d'autres priorités. Il existe une forte demande aussi bien de la part des services de l'Etat que des représentants associatifs et des promoteurs de projets potentiels.

¹³³ L'information, l'écoute, le soutien et l'aide aux personnes, à leurs familles et leurs aidants - l'intégration des enfants, adolescents et adultes - la prise en compte adaptée de tous les handicaps - et le développement de la proximité et des coopérations à partir des territoires.

¹³⁴ 6 territoires pour le secteur adulte et 5 par fusion de deux territoires pour le secteur enfant.

¹³⁵ Notamment sur la sécurité routière des personnes âgées (comme conducteurs et piétons) et l'opportunité de maintenir un permis à vie.

2.2. *L'identification des besoins*

- [330] *Pour les personnes handicapées*, actuellement l'analyse des besoins s'appuie sur les taux d'équipement, les profils des personnes en structures, le recensement des jeunes en « amendement Creton » et des études réalisées au niveau régional par la DRASS sur les services et structures actuels¹³⁶ ou leurs perspectives de développement¹³⁷.
- [331] Les anciens systèmes d'information (logiciels Itac ou Opales) transférés aux MDPH ne sont pas en mesure d'exploiter de façon utile les données disponibles. Les MDPH procèdent à l'acquisition de logiciels plus pertinents (Perceval en particulier) qui permettront de disposer de données relatives aux personnes formulant une demande, aux orientations prononcées en commission et d'effectuer les requêtes nécessaires à une meilleure identification des besoins. *La fiabilité des données disponibles est mise en question par chacun des directeurs de MDPH rencontrés* et il existe parfois plus de 6 mois de retard dans le traitement des dossiers. Alors qu'actuellement les orientations sont effectuées en s'appuyant uniquement sur les besoins des demandeurs, cela n'a pas toujours été le cas et il est difficile d'évaluer précisément les inadéquations d'orientation.
- [332] Les données actuellement disponibles auprès des MDPH concernent essentiellement les décisions prises (ex : 29 733 pour la Loire Atlantique en 2007 pour les personnes handicapées¹³⁸) mais permettent difficilement de présenter des statistiques détaillées sur les situations des intéressés. Les informations obtenues ne sont pas suffisamment précises pour servir d'outil de programmation des besoins collectifs.
- [333] Les conseils généraux ne disposent pas d'informations suffisantes sur l'origine géographique des personnes hébergées en établissement, ni sur les listes d'attente des établissements, les familles pouvant inscrire la personne dans plusieurs établissements et parfois en anticipant sur ses futurs besoins liés au vieillissement. Des études sont en cours dans les services des conseils généraux pour analyser les populations des EHPAD et notamment mieux identifier le pourcentage et les besoins des personnes âgées dépendantes désorientées (qui représenteraient 40 à 60% des populations âgées des EHPAD). Dans l'immédiat, le seul critère d'évaluation utilisé pour « objectiver » la quantification des besoins reste le taux d'équipement, aussi bien pour les établissements que pour les services (avec pour les SSIAD le critère de proximité territoriale).

2.3. *La prise en charge globale des personnes et l'articulation entre le sanitaire et le médico-social*

- [334] Le PRIAC a inscrit comme actions prioritaires le développement de l'articulation des projets médico-sociaux avec les filières de santé mentale et les filières gériatriques du SROS III. Cependant, il existe une forte étanchéité entre les deux outils et les approches territoriales sont différentes.¹³⁹

¹³⁶ « Le dispositif de prise en charge des enfants et des adultes handicapés en Pays de la Loire - situation au 31 décembre 2006 ».

¹³⁷ « Le devenir des IME dans les Pays de Loire - étude du CREA I de 2006 ».

¹³⁸ Qui concernent les allocations, les cartes d'invalidité, les compléments de ressources, les prestations de compensation, les cartes de stationnement et les orientations vers les structures médico-sociales.

¹³⁹ Il existe 15 territoires de santé de proximité et 7 territoires de recours pour le SROS 3 dans les Pays de Loire, avec 3 départements éclatés sur plusieurs territoires de recours, des territoires interrégionaux pour les activités sanitaires très spécialisées.

- [335] Les modalités de concertation sur les opérations de restructuration et de recombinaison inscrites au PRIAC ne se sont pas déroulées au niveau régional, mais au coup par coup, les DDASS étant les interlocuteurs naturels de l'ARH, qui soutient celles-ci dans les CPOM, en s'appuyant sur des études d'inadéquation. A terme, les projets médicaux de territoire devraient aboutir à des conventions entre le sanitaire et le médico-social.
- [336] Par contre, les opérations de transformation d'USLD en EHPAD sans impact financier ne sont pas inscrites au PRIAC, alors qu'elles font partie des réponses et devront être médicalisées. Par ailleurs, la concertation sur l'inscription au PRIAC des opérations relevant des réseaux ville-hôpital financés par l'ARH est encore à développer.
- [337] Des actions ponctuelles, notamment relevant du secteur des personnes âgées ou handicapées, bénéficient du financement du GRSP suite à des appels à projets¹⁴⁰. Mais il n'existe pas de recensement précis au niveau régional de toutes ces actions, sachant que la CRAM et la MSA sont très mobilisées dans la prévention en direction des personnes âgées.
- [338] En Maine et Loire, en ce qui concerne la réforme des USLD en EHPAD, certains établissements hospitaliers avaient anticipé la réforme en transformant dès 2005 leurs places d'USLD en EHPAD et en ayant un seul budget pour des structures en multi-sites. La réforme de 2006 les a pénalisés en réduisant encore les capacités. Le conseil général considère que cette réforme a été imposée avec une information après-coup par le niveau régional de la transformation des 2/3 de la capacité régionale des USLD en EHPAD.

3. LA MISE EN ŒUVRE DES PRIAC

3.1. De l'autorisation à l'installation des places

- [339] Pour les personnes âgées, au 31 décembre 2007, le taux d'autorisation et les taux d'exécution des places nouvelles financées sur des crédits 2006 et 2007 sont plus élevés que la moyenne nationale
- [340] C'est également le cas concernant les enfants et les adultes handicapés, au 31 décembre 2007, les taux d'autorisation et d'exécution des places nouvelles financées sur des crédits 2006 et 2007 sont satisfaisants et supérieurs à la moyenne nationale.

Tableau 10 : Suivi de la réalisation des places nouvelles au 31 décembre 2007

	Crédits 2006		Crédits 2007	
	Taux d'autorisation	Taux d'exécution	Taux d'autorisation	Taux d'exécution
Personnes âgées	72%	67%	79%	57%
Enfants handicapés	90%	90%	106%	90%
Adultes handicapés	91%	73%	78%	64%

Source : CNSA

¹⁴⁰ Par exemple, actions relatives à l'éducation sexuelle et affective des personnes handicapées ou prévention des chutes chez les personnes âgées.

3.2. *Passage en CROSMS et appel à projets*

- [341] La plupart des interlocuteurs considèrent le passage en CROSMS comme une procédure lourde et qui a vécu. Mais, pour certains, le CROSMS mérite d'être maintenu comme un lieu d'échange et de concertation, notamment lors de la présentation du PRIAC et des SDOSMS, et il joue un rôle de régulation.
- [342] Dans les trois départements, les conseils généraux et les services de l'Etat souhaitent évoluer vers l'appel à projets avec des motifs qui concordent.
- [343] En Loire Atlantique, le conseil général et l'Etat souhaitent orienter les promoteurs vers le dépôt de dossiers sur les zones déficitaires. En Mayenne, l'évolution vers l'appel à projets est également souhaitée.
- [344] En Maine et Loire, c'est aussi la position de la DDASS de souhaiter s'orienter vers la procédure de l'appel à projets, sur la base des actions identifiées dans le PRIAC, car actuellement, ce sont les promoteurs qui identifient l'existence des besoins pour justifier les dépôts de projets en CROSMS. La collectivité départementale veut mettre fin à la logique de guichet ; mais elle doit au préalable régler la situation des projets passés en CROSMS et en attente de financement.
- [345] Certains promoteurs estiment que l'appel à projets est une procédure permettant l'équité mais qui avantage les grands groupes privés, qui disposent de personnels pour la conception des documents et de moyens d'évaluation et ont une capacité forte de lobbying. Par ailleurs, certaines associations rencontrées sont hostiles au passage à l'appel à projets, estimant que leurs propres études de besoins n'ont jamais été jusqu'à présent mises en cause lors des présentations en CROSMS et que, de ce fait, elles sont pertinentes.
- [346] Dans les trois départements, une crainte, a été formulée que l'appel à projets ne restreigne la création de structures expérimentales et innovantes avec des appels d'offres à cahier des charges fermé.

3.3. *Vers une pluriannualité des allocations budgétaires*

- [347] Les résultats sont très limités : pour les personnes handicapées, l'enveloppe anticipée 2008 (2 093 975 € - 63 places) a été engagée à hauteur de 13% et l'enveloppe anticipée 2009 (1 046 987 €- 40 places) à hauteur de 19%. Pour les personnes âgées, l'enveloppe anticipée 2008 (2 461 655 €- soit 275 places) a été engagée à hauteur de 12% et l'enveloppe anticipée 2009 (919 575 €soit 97 places n'a pas été engagée (taux 0%).
- [348] La DRASS considère qu'en 2008 les enveloppes anticipées apportent une souplesse ; cependant, elles ne connaissent qu'une montée en charge progressive de leur utilisation. En Maine et Loire, l'année 2008 est, le premier exercice d'utilisation des enveloppes anticipées pour les personnes âgées, ce qui explique pour partie que le conseil général estime ne pas disposer d'informations suffisantes sur ce mécanisme d'anticipation des enveloppes. En Mayenne, le dispositif est utilisé mais les promoteurs n'en connaissent l'existence que s'ils en sont bénéficiaires et la DDASS n'a pas fait d'information globale à ce sujet.

3.4. *La disponibilité des professionnels*

- [349] La valorisation en emplois de la programmation prévisionnelle médico-sociale du PRIAC 2008-2012 prévoit pour la région des Pays de Loire 2 545 ETP dans le secteur des personnes âgées¹⁴¹ et 1 159 ETP dans le secteur des personnes handicapées¹⁴².
- [350] Le premier schéma régional des formations sanitaires et sociales a été élaboré en 2006 et voté en 2007. Il couvre la période 2007- 2011 et pourra être ajusté en fonction de l'évolution des besoins. Le conseil régional considère que l'élaboration de ce schéma de formation n'a pas fait l'objet de concertation suffisamment organisée avec les services de la DRASS et des conseils généraux pour avoir une expression précise des besoins de formation médico-sociale, lui permettant une réelle anticipation.
- [351] Dans les Pays de la Loire, la densité des infirmiers libéraux est globalement faible dans la région (principalement dans la Sarthe) et la densité des généralistes libéraux et des spécialistes est très défavorable notamment en Sarthe, Vendée et Mayenne.
- [352] Une des priorités concerne les besoins actuels et futurs en médecins coordonateurs dans le domaine gérontologique. Dans l'immédiat, pour les autres professionnels, les structures s'organisent entre elles. Ainsi en Maine et Loire, les besoins en personnels (psychiatres, médecins généralistes, IDE, ergothérapeutes...) existent et ont conduit notamment dans les zones déficitaires à passer des conventions avec les établissements, les médecins libéraux ou les secteurs de psychiatrie. La Mayenne a réalisé un gros travail sous l'égide des directeurs de la DDASS et de la CPAM et en lien avec le conseil départemental de l'ordre des médecins, pour proposer des solutions à la pénurie actuelle et future de professionnels médicaux dans le cadre d'un « plan départemental en faveur de la démographie médicale ».
- [353] En conclusion, dans ce domaine pourtant majeur pour la réussite de la mise en œuvre opérationnelle du PRIAC, des marges de progrès existent en matière de coordination et de concertation entre les différents acteurs pour élaborer un document commun prospectif pour programmer les ressources humaines nécessaire.

¹⁴¹ 474 infirmières, 1028 aides-soignantes, 1027 aides médico-psychologiques et 16 médecins coordonnateurs.

¹⁴² Ils sont répartis en 105 personnels de direction, administration et services généraux, 588 personnels socio-éducatifs, 8 médecins et 458 personnels paramédicaux.

Sigles utilisés

Acronymes	Signification
AGGIR	Autonomie gérontologie groupe iso-ressources
AIS	Actes infirmiers de soin
AJ	Accueil de jour
AMP	Aide médico psychologique
APA	Allocation personnalisée d'autonomie
ARH	Agence régionale de l'hospitalisation
ARS	Agence régionale de santé
AVS	Auxiliaire de vie scolaire
CAMSP	Centre d'action médico sociale précoce
CAR	Comité de l'administration régionale
CAS	Centre d'analyse stratégique
CASF	Code de l'action sociale et des familles
CDAPH	Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées
CDES	Commission départementale de l'éducation spéciale
CLIC	Centre local d'information et de coordination
CLIS	Classe d'intégration scolaire
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
COG	Convention d'objectifs et de gestion
COTOREP	Commission technique d'orientation et de reclassement professionnel
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CPNE	Commission paritaire nationale de l'emploi
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CRAM	Caisse régionale d'assurance maladie
CREAI	Centre régional pour l'enfance et l'adolescence inadaptées
CROSMS	Comité régional d'organisation sociale et médico-sociale
CTNERHI	Centre technique national d'études et de recherches sur les handicaps et les inadaptations
CTRI	Comité technique régional et interdépartemental
DARES	Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques
DDASS	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DGAS	Direction générale de l'action sociale
DGS	Direction générale de la santé
DHOS	Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
DRASS	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
DRTEFP	Direction régionale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle
DSS	Direction de la sécurité sociale
EHPAD	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ERSM	Echelon régional du service médical
ESAT	Etablissement et service d'aide par le travail
ETP	Equivalent temps plein
ETS	Etablissement de transfusion sanguine
FAM	Foyer d'accueil médicalisé
FINESS	Fichier national des établissements sanitaires et sociaux
GEVA	Guide d'évaluation des besoins de compensation des personnes handicapées
GIR	Groupe iso-ressource

GRSP	Groupement régional de santé public
HID	Handicap, incapacité, dépendance
HPST	Projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires
HT	Hébergement temporaire
IDE	Infirmier diplômé d'Etat
IME	Institut médico éducatif
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
ITEP	Institut thérapeutique éducatif et pédagogique
MAS	Maison d'accueil spécialisé
MDPH	Maison départementale des personnes handicapées
MSA	Mutualité sociale agricole
OGD	Objectif général de dépenses
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONDAM	Objectif national des dépenses d'assurance maladie
OPCA	Organisme paritaire collecteur agréé
ORS	Observatoire régional de santé
ORSAS	Observatoire régional de la santé et des affaires sociales
PAIS	Point accueil information service
PATHOS	Grille d'évaluation sur les niveaux de soins nécessaires pour assurer les traitements des états pathologiques des personnes âgées
PRDFP	Plan régional de développement des formations professionnelles
PRIAC	Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
PRSP	Plan régional de santé publique
PSGA	Plan solidarité grand âge
SAMSAH	Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés
SDOSMS	Schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale
SESSAD	Service d'éducation spéciale et de soins à domicile
SSIAD	Service de soins infirmiers à domicile
SROS	Schéma régional d'organisation sanitaire
UPI	Unité pédagogique d'intégration
URCAM	Union régionale des caisses d'assurance maladie
USLD	Unité de soins de longue durée
VAE	Validation des acquis de l'expérience

Pièces jointes

P.J. n°1 : Liste des établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles

P.J. n°2 : Taux d'équipement par région – personnes âgées (source CNSA)

P.J. n°3 : Taux d'équipement par région – personnes handicapées (source CNSA)

P.J. n°4 : Positionnement des régions en 2006 au regard de l'évolution de leur enveloppe personnes âgées et de leur coût assurance maladie par habitant de 75 ans et plus (source CNSA)

P.J. n°5 : Positionnement des régions en 2007 au regard de l'évolution de leur enveloppe personnes âgées et de leur coût assurance maladie par habitant de 75 ans et plus (source CNSA)

P.J. n°6 : Positionnement des régions en 2008 au regard de l'évolution de leur enveloppe personnes âgées et de leur coût assurance maladie par habitant de 75 ans et plus (source CNSA)

P.J. n°7 : Positionnement des régions en 2006 au regard de l'évolution de leur enveloppe personnes handicapées et de leur coût enveloppe personnes handicapées par habitant de moins de 60 ans (source CNSA)

P.J. n°8 : Positionnement des régions en 2007 au regard de l'évolution de leur enveloppe personnes handicapées et de leur coût enveloppe personnes handicapées par habitant de moins de 60 ans (source CNSA)

P.J. n°9 : Positionnement des régions en 2008 au regard de l'évolution de leur enveloppe personnes handicapées et de leur coût enveloppe personnes handicapées par habitant de moins de 60 ans (source CNSA)

P.J. n°10 : Dispositif « Familles Gouvernantes »

P.J. n°11 : Actions en faveur des personnes âgées financées par le GRSP

Pièce jointe n° 1 : Liste des établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles

Etablissements et services médico-sociaux concernés par le PRIAC

Etablissements et services médico-sociaux mentionnés à l'article L.312.1 du CASF et concernés par le PRIAC, au sens de l'article L312-5-1 du CASF

- 2° Les établissements ou services d'enseignement qui assurent, à titre principal, une éducation adaptée et un accompagnement social ou médico-social aux mineurs ou jeunes adultes handicapés ou présentant des difficultés d'adaptation ;
- 3° Les centres d'action médico-sociale précoce mentionnés à l'article L. 2132-4 du code de la santé publique ;
- 5° Les établissements ou services :
 - a) D'aide par le travail, à l'exception des structures conventionnées pour les activités visées à l'article L.322-4-16 du code du travail et des entreprises adaptées définies aux articles L. 323-30 et suivants du même code ;
 - b) De réadaptation, de préorientation et de rééducation professionnelle mentionnés à l'article L. 323-15 du code du travail ;
- 6° Les établissements et les services qui accueillent des personnes âgées ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale ;
- 7° Les établissements et les services, y compris les foyers d'accueil médicalisé, qui accueillent des personnes adultes handicapées, quel que soit leur degré de handicap ou leur âge, ou des personnes atteintes de pathologies chroniques, qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale ou bien qui leur assurent un accompagnement médico-social en milieu ouvert ;
- 11° Les établissements ou services, dénommés selon les cas centres de ressources, centres d'information et de coordination ou centres prestataires de services de proximité, mettant en œuvre des actions de dépistage, d'aide, de soutien, de formation ou d'information, de conseil, d'expertise ou de coordination au bénéfice d'usagers, ou d'autres établissements et services ;
- 12° Les établissements ou services à caractère expérimental.

**Pièce jointe n°2 : Taux d'équipement par région –
personnes âgées (source CNSA)**

Taux d'équipement par région : personnes âgées				
Régions	Taux d'équipement pour les personnes âgées			
	2004	2005	2006	2007
Alsace	161,16	159,67	154,81	169,39
Aquitaine	121,28	126,16	128,04	127,39
Auvergne	162,64	158,80	163,31	165,85
Bourgogne	161,04	157,66	164,01	157,34
Bretagne	148,11	146,79	156,24	152,53
Centre	144,40	141,86	144,46	140,37
Champagne-Ardenne	135,62	133,60	137,66	139,83
Corse	68,18	67,83	68,20	60,40
Franche-Comté	122,15	119,34	127,90	129,08
Ile-de-France	109,49	104,31	101,76	96,44
Languedoc-Roussillon	103,15	104,37	116,98	117,57
Limousin	137,88	134,90	141,71	137,81
Lorraine	137,44	133,62	139,33	140,93
Midi-Pyrénées	134,03	132,65	140,07	133,34
Nord-Pas-de-Calais	115,72	113,52	112,19	110,82
Normandie-Basse	152,06	149,74	147,46	150,08
Normandie-Haute	133,03	155,73	137,30	141,76
Pays-de-la-Loire	171,12	174,41	185,91	186,22
Picardie	153,69	149,18	158,67	148,64
Poitou-Charentes	136,93	135,03	143,19	140,54
Provence-Alpes-Côte d'Azur	112,32	113,33	113,71	107,43
Rhône-Alpes	137,51	137,01	145,24	141,09
Guadeloupe	42,93	40,79	32,57	38,21
Martinique	64,17	61,84	64,59	80,53
Guyane	127,61	123,08	121,04	124,39
Réunion	61,23	65,80	63,61	72,82
FRANCE	131,04	130,30	133,77	131,50

Source : STATISS 2005 et 2006 pour données 2004 et 2005 – DREES pour données 2006 - CNSA pour 2007

Précisions méthodologiques sur l'indicateur n°I-6-a :

Les lits ou places pris en compte concernent les structures suivantes : maisons de retraite (médicalisées* ou non médicalisées), logements-foyers (médicalisés* uniquement), unités de soins de longue durée, services de soins à domicile (SSIAD), accueil de jour et hébergement temporaire. Ce nombre de lits inclut ceux en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et ceux en sections de cure médicale.

Le nombre de lits en USLD n'est plus renseigné dans FINESS depuis 2007 : les chiffres retenus sont ceux de 2006.

Les taux d'équipement (régionaux et départementaux) sont calculés en rapportant le nombre de places ou de lits installés à la population âgée de 75 ans et plus, multipliés par 1.000 habitants.

**Pièce jointe n°3 : Taux d'équipement par région –
personnes handicapées (source CNSA)**

Taux d'équipement par région : Enfants handicapés - Adultes handicapés								
Région	Taux d'équipement pour les enfants handicapés				Taux d'équipement pour les adultes handicapés			
	2004	2005	2006	2007	2004	2005	2006	2007
Alsace	8,63	8,62	8,71	8,84	1,14	1,28	1,33	1,49
Aquitaine	11,03	10,91	10,67	10,68	1,34	1,42	1,59	1,84
Auvergne	10,82	11,08	11,11	11,14	1,48	1,60	1,45	1,69
Bourgogne	8,56	8,65	8,76	9,11	1,01	1,11	1,07	1,35
Bretagne	8,48	8,62	9,03	8,90	1,41	1,51	1,60	1,79
Centre	9,42	9,36	9,67	9,79	1,00	0,99	1,22	1,39
Champagne- Ardennes	9,81	9,90	10,33	10,39	1,03	1,06	1,18	1,34
Corse	6,30	7,29	8,05	8,12	0,80	0,77	0,85	1,28
Franche-Comté	11,34	11,45	11,33	11,54	1,08	1,35	1,19	1,62
Ile-de-France	6,24	6,10	6,32	6,35	0,87	0,74	0,94	1,05
Languedoc-Roussillon	8,17	8,12	8,68	8,59	1,68	1,71	1,83	1,99
Limousin	11,23	11,13	11,51	11,49	3,03	3,04	2,93	3,18
Lorraine	9,95	10,07	10,20	10,27	1,17	1,16	1,28	1,45
Midi-Pyrénées	12,49	11,75	11,47	11,46	2,34	2,22	2,36	2,49
Nord-Pas-de-Calais	9,32	9,24	9,58	9,40	0,98	0,96	1,09	1,30
Normandie-Basse	11,53	11,63	11,76	11,80	1,37	1,42	1,41	1,56
Normandie-Haute	9,47	9,31	9,70	10,03	1,19	1,28	1,43	1,55
Pays-de-la-Loire	8,99	9,04	9,18	9,11	1,12	1,16	1,47	1,54
Picardie	8,95	8,98	8,82	8,91	0,84	0,87	0,91	1,15
Poitou-Charentes	10,24	10,49	10,88	10,89	0,90	0,87	0,93	1,02
Provence-Alpes-Côte d'Azur	7,06	7,18	7,13	7,20	0,97	1,08	1,04	1,33
Rhône-Alpes	7,93	8,08	8,48	8,57	1,05	1,12	1,35	1,47
Guadeloupe	3,71	3,67	4,12	4,67	0,20	0,20	0,20	0,25
Martinique	9,44	9,43	10,21	10,25	0,19	0,19	0,49	0,61
Guyane	1,51	1,46	1,46	1,34	0,32	0,31	0,33	0,31
Réunion	5,44	5,77	5,92	6,33	0,69	0,84	0,88	1,11
FRANCE	8,53	8,51	8,71	8,75	1,14	1,15	1,28	1,44

Source : STATISS 2005 et 2006 pour données 2004 et 2005- DREES pour données 2006- CNSA pour 2007

Précisions méthodologiques sur l'indicateur n°I-5 :

Les lits ou places pris en compte concernent les structures suivantes :

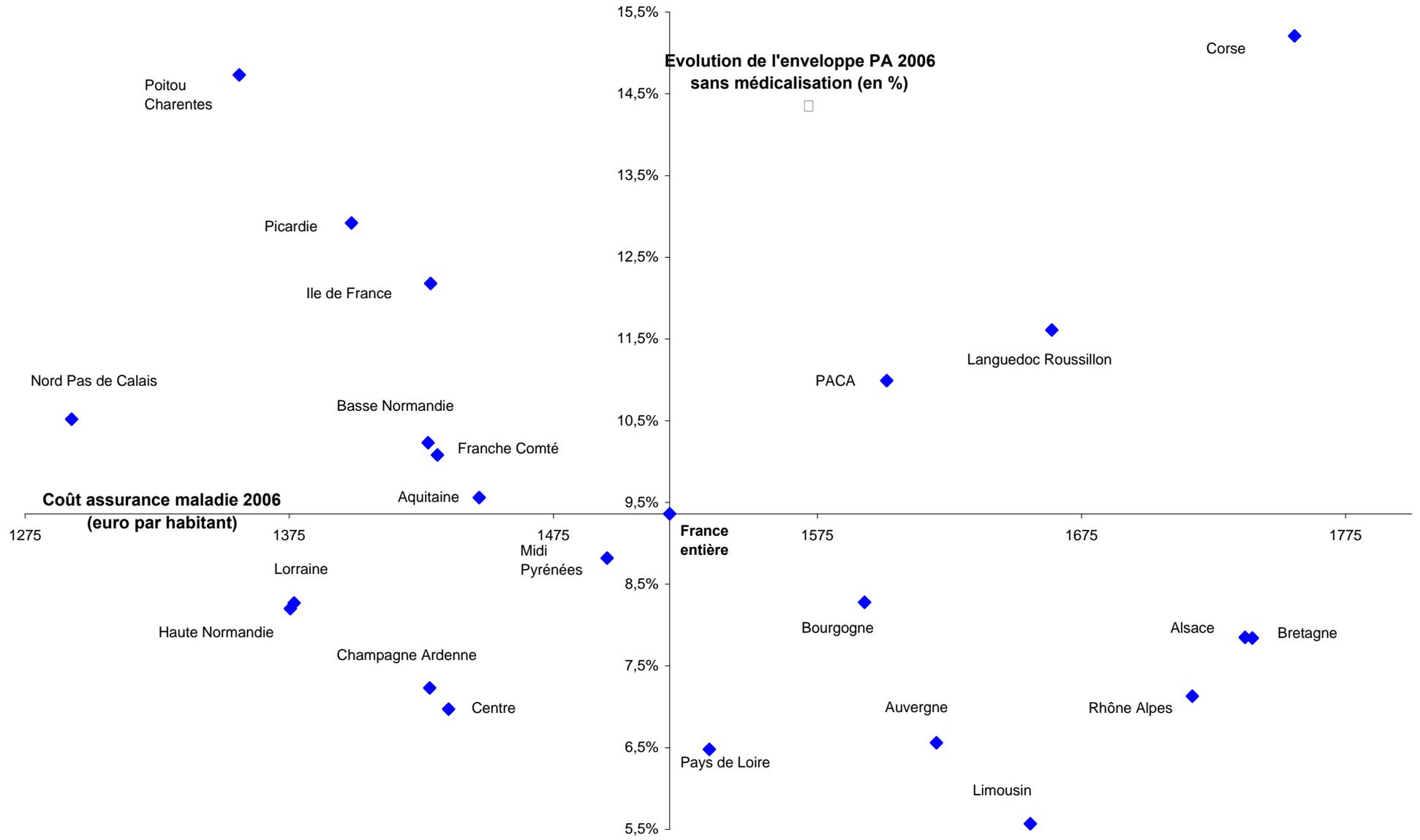
- enfants handicapés : établissements pour déficients mentaux, établissements pour polyhandicapés, établissements pour troubles du comportement, établissements pour handicapés moteurs, établissements pour déficients sensoriels, services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD),
- adultes handicapés : maisons d'accueil spécialisées (MAS), foyers d'accueil médicalisés (FAM), établissements et services de réinsertion professionnelle, services de soins à domicile (SSIAD) et services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés mentaux (SAMSAH).

Les taux d'équipement (régionaux et départementaux) sont calculés en rapportant le nombre de places ou de lits installés à la population par tranche d'âge, multipliés par 1.000 habitants :

- enfants handicapés : il s'agit de la tranche d'âge des moins de 20 ans,
- adultes handicapés : il s'agit de la tranche d'âge entre 20 et 60 ans

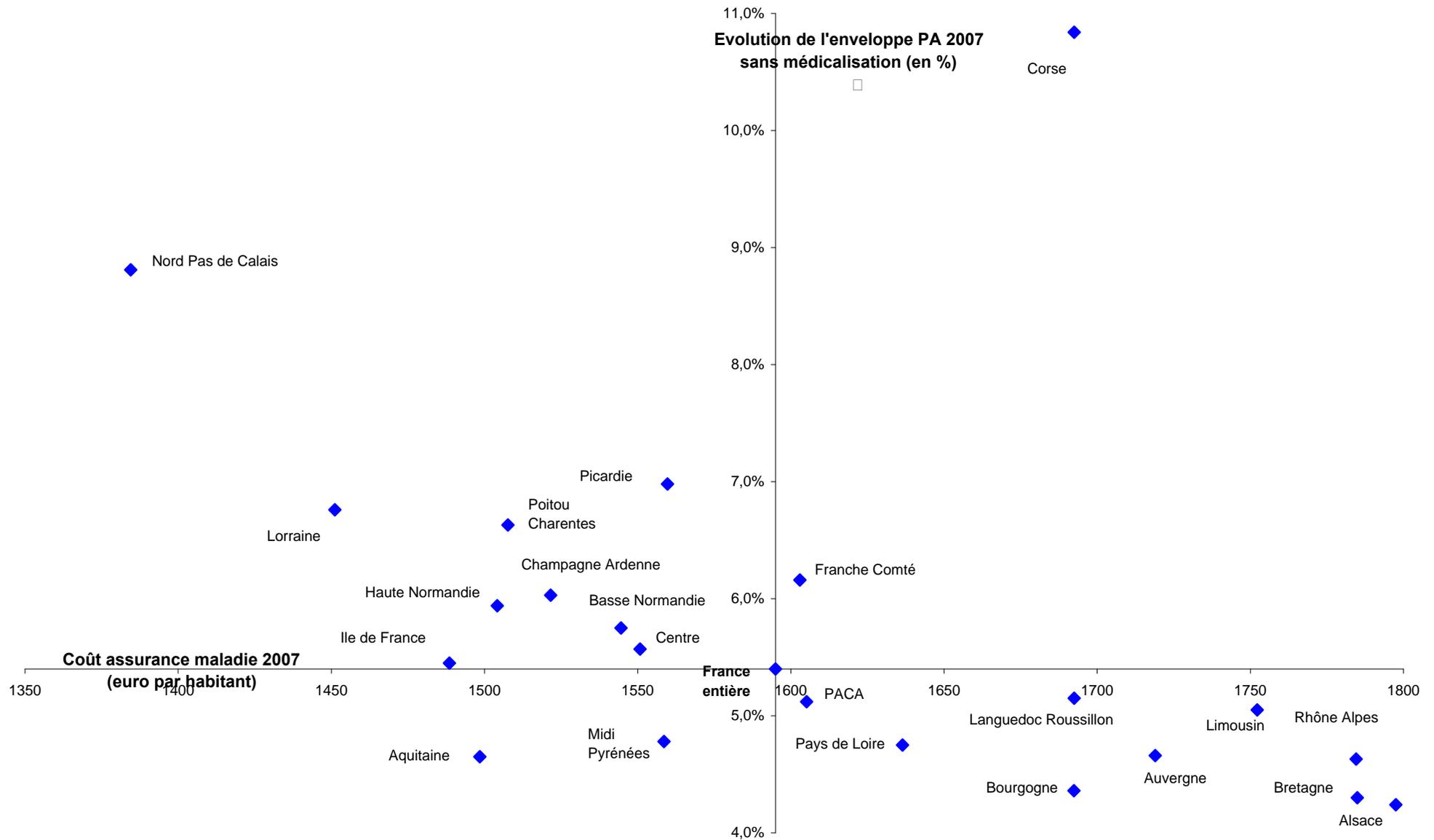
**Pièce jointe n°4 : Positionnement des régions en
2006 au regard de l'évolution de leur enveloppe
personnes âgées et de leur coût assurance
maladie par habitant de 75 ans et plus (source
CNSA)**

Positionnement des régions au regard de l'évolution de leur enveloppe PA 2006 sans médicalisation et de leur coût assurance maladie (PA + USLD + AIS 75 ans et +) par habitant de 75 ans et +



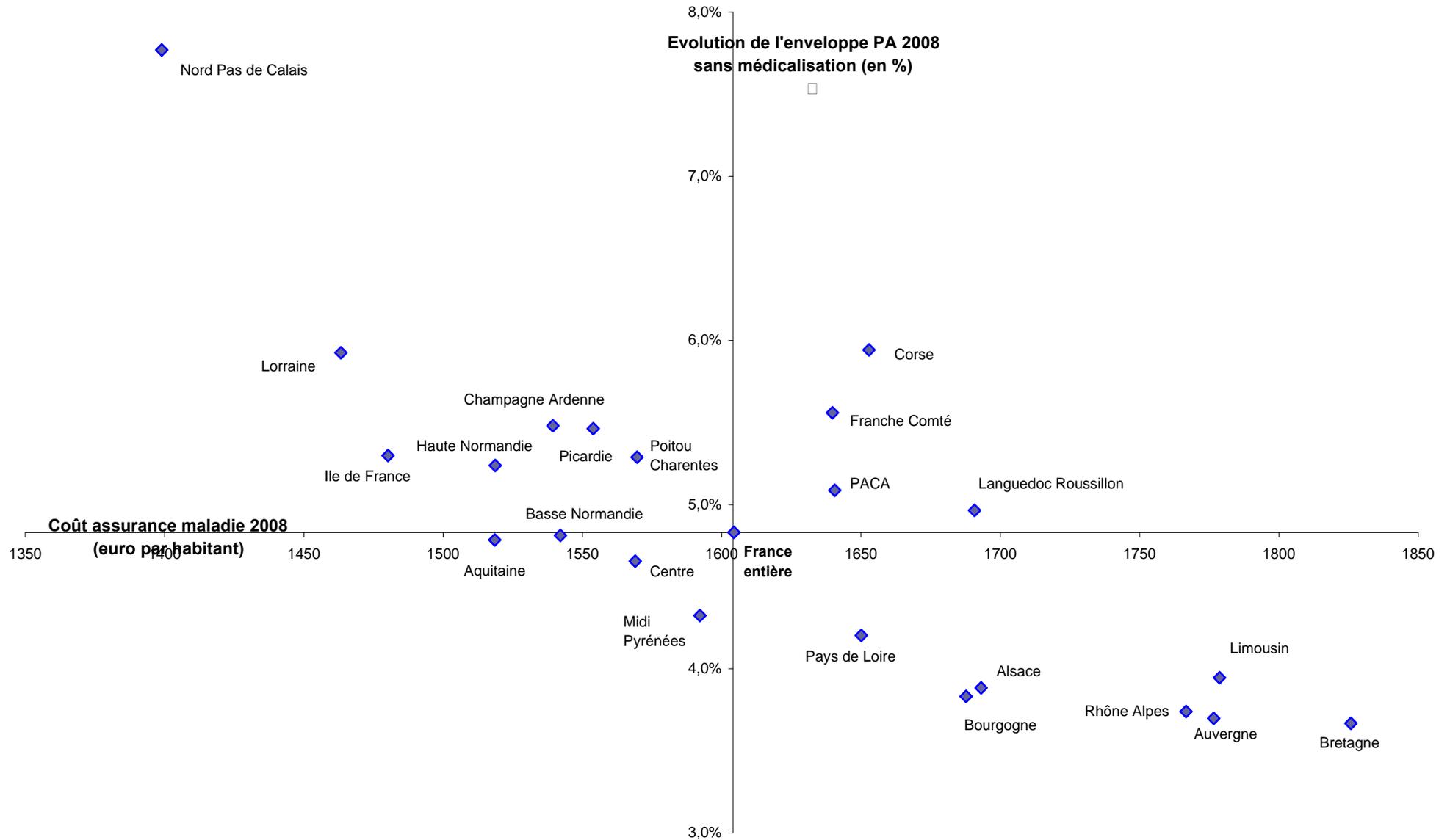
**Pièce jointe n°5 : Positionnement des régions en
2007 au regard de l'évolution de leur enveloppe
personnes âgées et de leur coût assurance
maladie par habitant de 75 ans et plus (source
CNSA)**

Positionnement des régions au regard de l'évolution de leur enveloppe PA 2007 sans médicalisation et de leur coût assurance maladie (PA + USLD + AIS 75 ans et +) par habitant de 75 ans et +



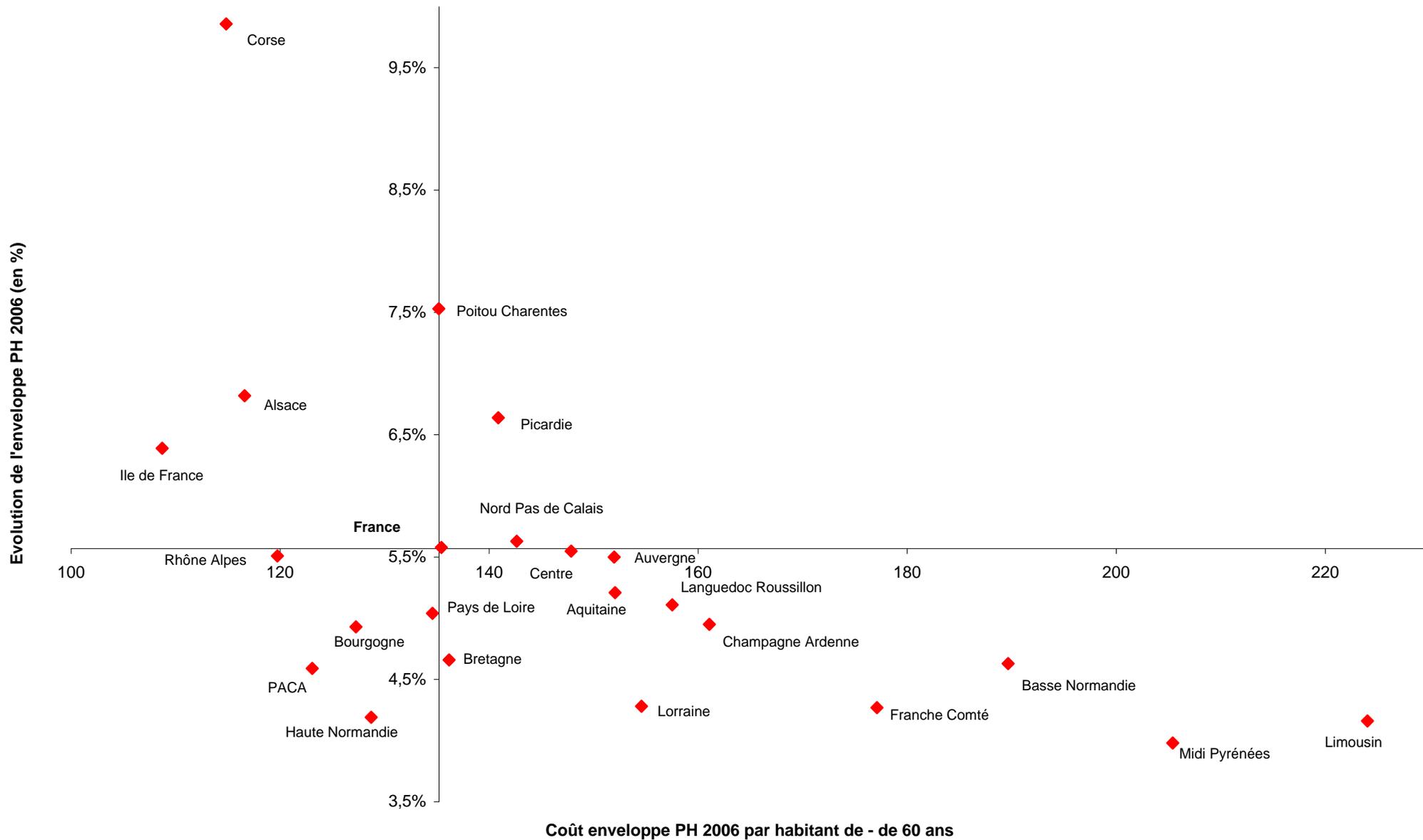
**Pièce jointe n°6 : Positionnement des régions en
2008 au regard de l'évolution de leur enveloppe
personnes âgées et de leur coût assurance
maladie par habitant de 75 ans et plus (source
CNSA)**

Positionnement des régions au regard de l'évolution de leur enveloppe PA 2008 sans médicalisation et de leur coût assurance maladie (PA + USLD + AIS 75 ans et +) par habitant de 75 ans et +



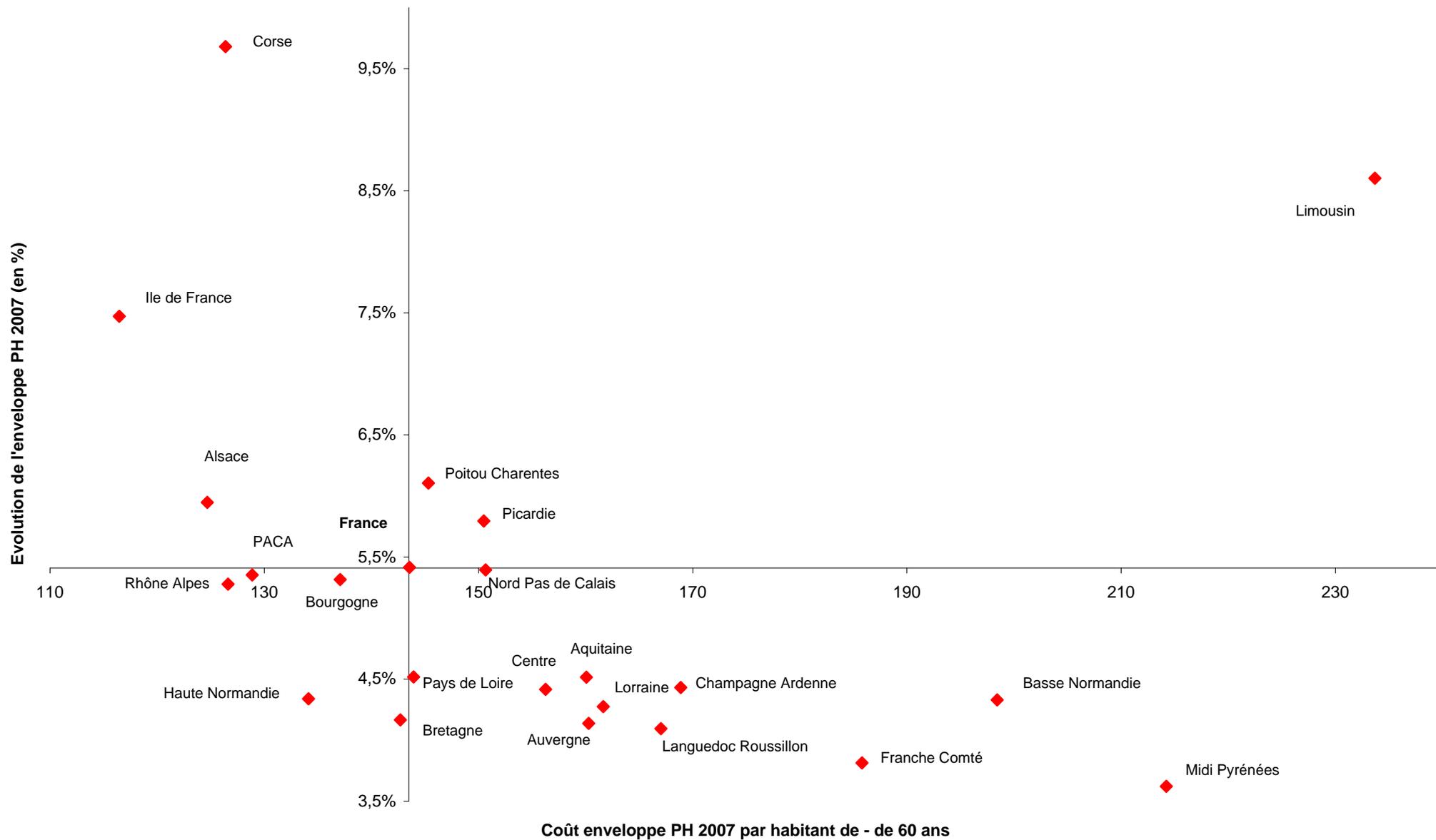
**Pièce jointe n°7 : Positionnement des régions en
2006 au regard de l'évolution de leur enveloppe
personnes handicapées et de leur coût enveloppe
personnes handicapées par habitant de moins de
60 ans (source CNSA)**

Positionnement des régions au regard de l'évolution de leur enveloppe PH 2006 et de leur coût PH par habitant de - de 60 ans



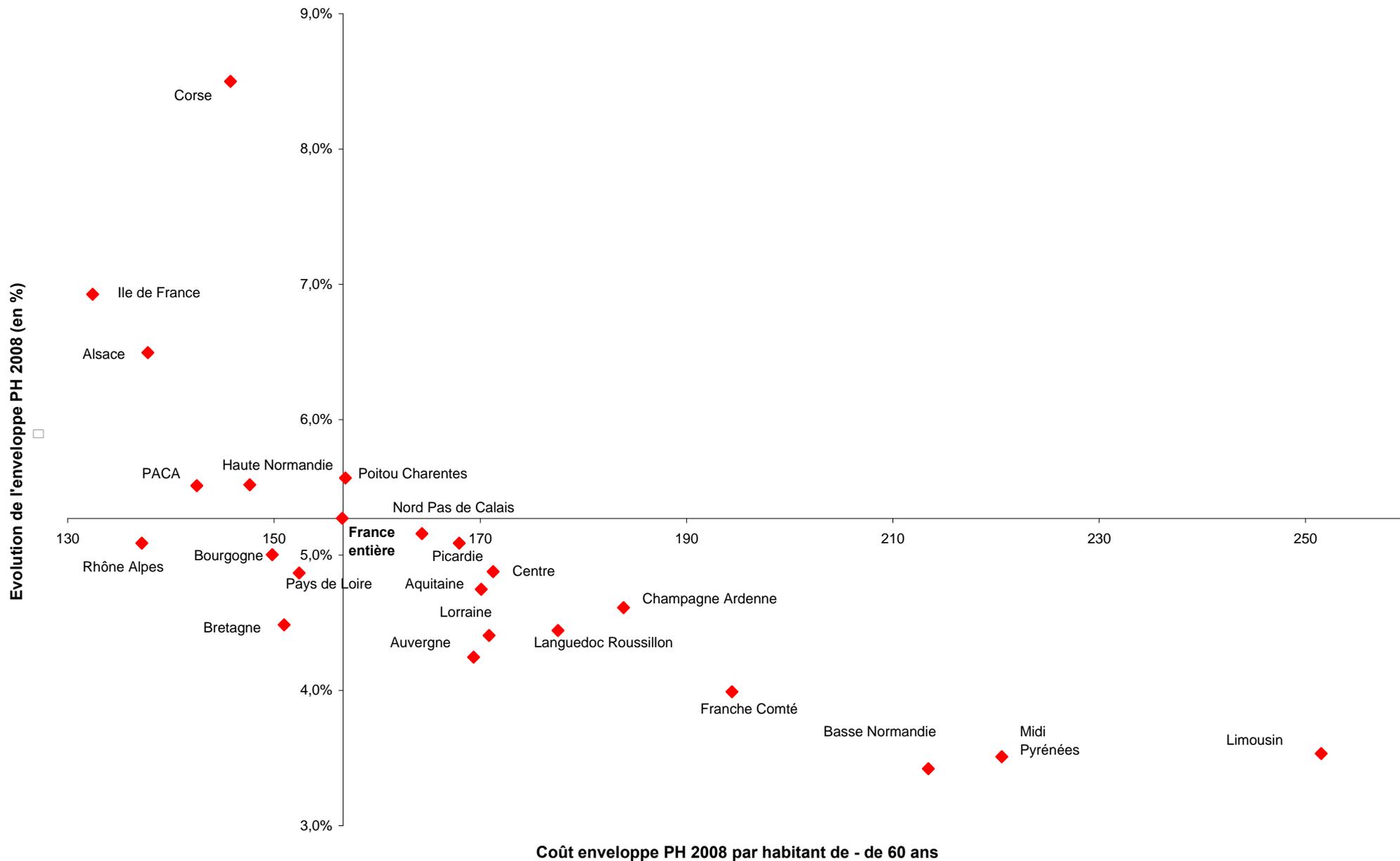
**Pièce jointe n°8 : Positionnement des régions en
2007 au regard de l'évolution de leur enveloppe
personnes handicapées et de leur coût enveloppe
personnes handicapées par habitant de moins de
60 ans (source CNSA)**

Positionnement des régions au regard de l'évolution de leur enveloppe PH 2007 et de leur coût PH par habitant de - de 60 ans



**Pièce jointe n°9 : Positionnement des régions en
2008 au regard de l'évolution de leur enveloppe
personnes handicapées et de leur coût enveloppe
personnes handicapées par habitant de moins de
60 ans (source CNSA)**

Positionnement des régions au regard de l'évolution de leur enveloppe PH 2008 et de leur coût PH par habitant de - de 60 ans



**Pièce jointe n°10 : Dispositif « Familles
Gouvernantes »**



DISPOSITIF

"FAMILLES GOUVERNANTES"

1° HISTORIQUE

Le dispositif a été créé dans les années 1990 par l'UDAF de la Marne. Ce mode de prise en charge avait pour vocation de pallier les difficultés d'une population marginale, souvent polyhandicapée, bénéficiaire de minima sociaux, en situation d'exclusion et dans l'impossibilité de trouver un mode d'hébergement dans les systèmes existants.

2° PROJET MOSELLAN

L'UDAF de la Moselle et le Centre Hospitalier de JURY ont été conduits, de par leur action auprès de publics communs depuis de nombreuses années, à réfléchir de concert à des modes d'hébergement et de prise en charge plus adaptés aux besoins des personnes.

3° BENEFICIAIRES

Il s'agit de personnes isolées, souffrant d'un handicap psychique, incapables de s'assumer dans un logement autonome. Ces personnes sont souvent placées sous mesure de protection (mais pas exclusivement) confiées à l'Etat et assurées par l'UDAF ou des tuteurs familiaux.

4° OBJECTIFS ET MODALITES

L'objectif est de recréer une structure familiale sur la base d'une vie communautaire à 3 personnes en moyenne dans le même appartement, offrant des espaces communs et conviviaux habituels (cuisine - salle à manger - salon), ménageant les espaces privatifs nécessaires (chambre individuelle).

Afin de permettre cette vie en collectivité, dans ce contexte d'un logement commun banal, et pour effectuer les actes de la vie quotidienne (ménage - courses - repas - loisirs), l'intervention d'un tiers accompagnateur est requise en la présence d'une gouvernante.

Cette « maîtresse de maison » n'est pas présente à demeure, mais habite à proximité de l'appartement.

Elle veille quotidiennement au bien-être physique et moral des « pensionnaires » : (alimentation - hygiène - prise de médicaments) en liaison avec les autres

intervenant (délégué à la tutelle - corps médical) et assure un soutien quotidien et un accompagnement dans l'environnement social.

Une gouvernante a la charge de 5 personnes accueillies dans deux appartements (répartition 3 + 2) formant une entité d'intervention.

Ces 5 personnes sont les co-employeurs de la gouvernante dont ils supportent la rémunération.

L'entrée dans le dispositif est décidée lors d'une commission d'admission. Celle-ci comprend l'UDAF, le CH de Jury, la MDPH, un cadre infirmier d'établissements psychiatriques partenaires présentant ses candidatures.

5' L'ARTICULATION AVEC LA PSYCHIATRIE

Le Médecin chef de service est le référent institutionnel du dispositif dépendant de son secteur. Il effectue le suivi médical des résidents et prend la décision, en cas de besoin, de leur ré-hospitalisation.

Les équipes soignantes, composées de professionnels de soins détachés en partie sur le dispositif, assurent un soutien auprès de la gouvernante (informations sur les pathologies, les traitements, visites sur site, ...) et des résidents (entretiens individuels d'aide, à la demande, prise en charge traditionnelle en C.M.P.).

6' COORDINATION DU DISPOSITIF

L'UDAF et le Centre Hospitalier de JURY ont nommé chacun en interne un coordonnateur « Familles Gouvernantes » :

- le coordonnateur de l'UDAF a la responsabilité générale du fonctionnement du dispositif, tant pour le recrutement et l'encadrement des gouvernantes que pour l'entrée et la sortie des personnes dans le dispositif ;
- le coordonnateur du Centre Hospitalier de JURY a pour mission de faciliter les liens entre l'ensemble des partenaires, et de réguler les situations évoquées. Il organise les bilans trimestriels de chaque unité.

7° EVOLUTION DU DISPOSITIF

Un groupe de travail a été constitué afin d'élaborer un outil d'évaluation qualité dont l'objectif est de mesurer le service rendu à l'heure actuelle, et de réfléchir à des préconisations pour améliorer celui-ci.

Des documents ont déjà été élaborés :

- une fiche de poste,
- une fiche de signalement (observer les événements du trimestre écoulé).

8° LE DISPOSITIF A L'HEURE ACTUELLE : QUELQUES CHIFFRES

77 personnes sont suivies à l'heure actuelle dans le dispositif, accompagnées par 15 gouvernants (un homme assume cette fonction).

Les appartements se répartissent ainsi qu'il suit :

Bassin de THIONVILLE

HAYANGE, FAMECK, ROMBAS, FLORANGE

Bassin de METZ

METZ BORNAY

Moselle Est

BOULAY, SARREGUEMINES

Les résidents sont majoritairement des hommes en moyenne de 40 à 45 ans ayant un long passé institutionnel psychiatrique.

En conclusion, ce dispositif a permis aux résidents un retour et une participation à la société, une mobilisation de leurs compétences pour la détermination de leur projet de vie ainsi qu'une restauration de liens familiaux souvent distendus lors de la prise en charge psychiatrique.

.....

**Pièce jointe n°11 : Actions en faveur des
personnes âgées financées par le GRSP**

Actions de santé publiques concernant les chutes des personnes âgées - Selon SIPRPS au 15/04/08

Actions filtrées selon: intitulé de l'action contient "chute" ou rattachement à la sous actions LOLF "Maladies liées au vieillissement" ou à la sous action LOLF "Maladies d'Alzheimer et maladies apparentées"

Region	IntituleAction	RefGRSP	NomPromo	SommeDeMontantGRSP	SommeDeMontantCofi
AUVERGNE	Prév. des chutes et activité phys. des pers. Âgées	R03	C.R.A.M. Auvergne	43 746 €	3 000 €
BOURGOGNE	Ateliers équilibre - Prévention des chutes	771027	CODES 71 MACON	3 600 €	6 900 €
BOURGOGNE	Prévention des chutes	771021	MACON	000 €	6 000 €
CENTRE	Prévention chutes et mémoire	2007/45/54	ASELQO	6 000 €	4 280 €
ARDENNES	Repérage des personnes âgées isolées à haut risque de chutes	10PSY0600020	TOUTAGYM	6 000 €	600 €
COMTE	chez les pers âgées	176	CCAS de Besançon	1 440 €	000 €
COMTE	dépendantes	174	CCAS de Besançon	7 625 €	2 300 €
COMTE	réduire les chutes.	16	les D	1 500 €	000 €
FRANCE	Atelier de Prévention des chutes	2007000881	Aînés	3 000 €	000 €
FRANCE	pratique d'une activité	2007000056	Multisections Audonienne	2 000 €	000 €
FRANCE	Prévention des chutes auprès des personnes âgées	2007000806	Ville d'Aulnay-sous-bois	4 000 €	000 €
FRANCE	Prévention des chutes chez la personne âgée	2007000445	CH Henry Dunant	4 000 €	000 €
FRANCE	Prévention des chutes chez les personnes âgées	2007000246	Grün	10 250 €	000 €
FRANCE	AMELIORATION DE LEUR ALIMENTATION	2007000707	Salvador ALLENDE »	10 000 €	000 €
FRANCE	PERSONNES AGEES	2007000652	CCAS	8 000 €	000 €
FRANCE	PREVENTION DES RECHUTES ET DES	2007000094	ACERMA	31 000 €	15 500 €
ROUSSILLON	programme départ. de prévention des chutes des PA	2007-157	CODES DU GARD	20 000 €	000 €
LIMOUSIN	prévention des chutes chez les personnes âgées	2007-71	CPAM de la Creuse	16 200 €	3 240 €
MARTINIQUE	Bilans de santé et prévention des chutes par ateliers	mar.07-92	OMASS	7 000 €	15 500 €
MARTINIQUE	domicile	mar.07-93	CSIEL	20 000 €	17 000 €
PYRENEES	fragiles	2007/31/0470	- Clic 31400	5 000 €	000 €
PYRENEES	aux ateliers	2007/99/0051	CRESmidi-pyrénées-CODES31	19 533 €	000 €
CALAIS	Atelier Prévention des chutes	PNBV 2007-20	canton d'Armentières	000 €	6 000 €
CALAIS	Ateliers de prévention des chutes pour les perosnnes âgées vivant à domicile	PNBV 2007-33	Gérontologique d'Haubourdin et	000 €	7 400 €
CALAIS	PREVENTION DES CHUTES CHEZ LES PERSONNES AGEES	10111_958	CPAM de Calais	2 675 €	4 525 €
CALAIS	Prévention des chutes et bien-être chez les personnes âgées	10111_772	ASSOCIATION SOINS ET SANTE	5 974 €	000 €
LOIRE	aide et soutien aux malades alcooliques, prévention des rechutes	72DD007350	Famla 72 Sos Alcool	5 000 €	000 €
LOIRE	aide et soutien aux maladies alcooliques, prévention des rechutes	72dd007447	mouvements de lutte contre	3 000 €	000 €
LOIRE	autres	98DR007 153	COREG EPGV	10 680 €	000 €
LOIRE	Atelier prévention des chutes	85DD007372	Ccas - Clic Entour'Age	4 750 €	000 €
LOIRE	personnes vieillissantés	49CP207365	Association S.I.E.L Bleu	10 000 €	2 000 €
LOIRE	prévention chutes	85DD007465	Loisirs Bleu	12 740 €	000 €
LOIRE	Prévention des accidents domestiques et plus particulièrement des chutes	44DD007473	Pazanne	500 €	000 €
LOIRE	Prévention des chutes chez les personnes agees	53DD007964	Maladie de la Mayenne	4 000 €	000 €
LOIRE	Prévention des chutes chez les seniors Nantes	44DD007134	En Kinesithérapie	11 000 €	000 €
LOIRE	Prévention des chutes chez les seniors P.I.E.D.	44DD007971	de Loire-Atlantique	6 000 €	000 €
LOIRE	Prévention des chutes chez les seniors St-Nazaire	44DD007609	Kinesithérapie	7 000 €	000 €
PICARDIE	Prévention des chutes chez les personnes âgées / ateliers équilibre	A 328	CPAM Saint Quentin	6 400 €	2 400 €
PICARDIE	Prévention des chutes chez les personnes âgées / ateliers équilibre	A340	CPAM Laon	5 000 €	000 €
PICARDIE	prévention des chutes chez les personnes âgées / ateliers équilibre	O330	CPAM de Creil	15 200 €	400 €
PICARDIE	Programme prévention des chutes chez les personnes âgées	S397	CPAM AMIENS	15 800 €	374 €
ALPES-COTE-	Ateliers équilibre de prévention des chutes des personnes âgées	20070403	Mutualité Française PACA 13	42 400 €	000 €
RHONE-ALPES	Ateliers prévention des chutes et mémoire	2007-69-99	beaujolais (VHB)	2 500 €	4 788 €
RHONE-ALPES	prévention des accidents et des chutes ches les PA à domicile	2007-01-309	ADESSA	7 000 €	14 734 €
RHONE-ALPES	dynamique	2007-RA-167	SPORTS POUR TOUS RHONE	9 000 €	12 500 €
RHONE-ALPES	Programme régional de prévention des chutes des PA	2007-RA-379	SIEL BLEU	26 000 €	4 950 €

RHONE-ALPES	Une autre chute que la rechute	2007/74-200	ANPAA 74	13 930 €	1 000 €
-------------	--------------------------------	-------------	----------	----------	---------

Observations de la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales de Lorraine



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

IGAS - SDR
05 MARS 2009

PRÉFECTURE DE LA RÉGION LORRAINE

Inspection Générale des Affaires Sociales
- 5 MARS 2009
N° 132

**Direction Régionale
des Affaires Sanitaires et Sociales
de Lorraine**

Actions médico-sociales
Personne chargée du dossier : Francine JULIEN
☎ 03.83.39.30.02
Mél : francine.julien@sante.gouv.fr

LE PREFET DE LA REGION LORRAINE

à Monsieur le CHEF DE L'INSPECTION GENERALE
DES AFFAIRES SOCIALES
Section des rapports
39-43, quai André Citroën
757319 Paris cedex 15

0383

METZ, le - 3 MARS 2009

**Objet : Rapport sur l'évaluation de l'élaboration et de la mise en œuvre des PRIAC
Extrait du rapport IGAS RM2008 145 P**

Dans le cadre de la procédure contradictoire, vous m'avez adressé, le 19 janvier 2009, l'extrait du rapport IGAS sur l'évaluation de l'élaboration et de la mise en œuvre des PRIAC.

J'ai l'honneur de vous faire connaître que je n'ai pas d'observation particulière à formuler sur le contenu de ce document.

Bernard NIQUET

Observation de la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales de Picardie



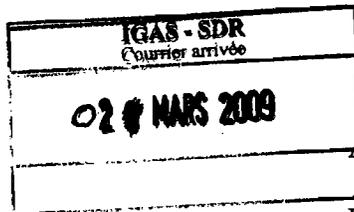
Ministère du Travail, des Relations Sociales, de la Famille, de la Solidarité et de la Ville
Ministère de la Santé et des Sports

Direction régionale
des affaires sanitaires et sociales
de Picardie

Département Planification et
Etablissements Sanitaires et Sociaux

Personne chargé du dossier :
Cécile DIZIER
Inspectrice Principale
tél. : 03 22 82 30 45
mél. : dr80-dpess@sante.gouv.fr
ou cecile.dizier@sante.gouv.fr

Réf. :



Amiens, le **25 FEV. 2009**

La Directrice Régionale,

à

Inspection Générale des Affaires Sociales
Section des rapports
39-43 quai André Citroën
75 739 PARIS Cedex 15

OBJET : rapport sur l'évaluation de l'élaboration et de la mise en œuvre des PRIAC
REF. : votre courrier reçu par la préfecture de la Somme le 22 janvier 2009

Vous m'avez transmis l'extrait du rapport provisoire cité en objet concernant la région Picardie et me demander de vous faire parvenir mes observations concernant ce document.

Je vous informe que la lecture de ce document n'appelle pas de ma part d'observation particulière et qu'il correspond bien aux échanges qui ont eu lieu.

Je tiens à confirmer que les orientations présentées dans ce rapport provisoire ont été mises en œuvre dans les travaux d'élaboration de la version 4 du PRIAC (2009-2013) engagés dès octobre 2008.

Nathalie Viard
La Directrice Régionale,

La Directrice Adjointe

Nathalie VIARD

Observation de la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales de Nancy

Ministère du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville
Ministère de la santé et des sports

Direction départementale des
affaires sanitaires et sociales

Direction

tél. : 03 83 17 44 43

fax : 03 83 17 44 00

Mail : dd54-direction@sante.gouv.fr

IGAS - SDR Courrier arrivée
26 FEV. 2009
Inspection Générale des Affaires Sociales
26 FEV. 2009
N° M5

Nancy, le

24 FEV. 2009

Le Préfet de Meurthe-et-Moselle

à
Monsieur le chef de l'inspection générale
des affaires sociales
Section des rapports
39-43, quai André Citroën
75739 PARIS CEDEX 15

Objet : Rapport sur l'évaluation de l'élaboration et de la mise en œuvre des PRIAC

Par lettre du 19 janvier dernier, vous m'avez transmis l'extrait du rapport provisoire sur l'évaluation de l'élaboration et de la mise en œuvre du PRIAC en Région Lorraine.

Comme suite à votre demande, je vous prie de bien vouloir trouver ci-après les observations qu'appellent la lecture de ce document :

[300]

Pour les personnes âgées, seul le taux d'exécution pour les crédits 2006 est plus élevé que la moyenne nationale et traduit les difficultés rencontrées pour faire émerger les projets.

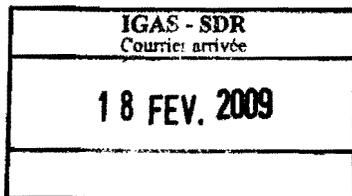
Les difficultés rencontrées pour faire émerger les projets : Aucune difficulté n'a été rencontrée en Meurthe-et-Moselle pour recevoir des projets, en ce sens que les projets correspondant au schéma départemental 2002-2006 avaient tous été reçus et examinés en CROSMS avant le 31/12/2005.

Un taux d'exécution faible traduit l'impossibilité de consommer les crédits « soins » avant ouverture; en d'autres termes, il met en évidence les délais réels de construction d'un établissement.


Le Préfet

Hugues PARANT

Observations de la Direction générale de l'action sociale



Ministère du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville
Ministère du logement

Direction générale de l'action sociale
Sous-Direction des institutions,
des affaires juridiques et financières
Adjointe au sous-directeur

Paris, le 17 FEV. 2009

Dossier suivi par :
Lorraine BOUTTES
Tél : 01.40 56 85 44 - Fax : 01.40.56.87.24
Courriel : lorraine.bouttes@sante.gouv.fr

Réf :
N° mercure :

Le Directeur Général de l'Action Sociale

à

Monsieur le chef de l'Inspection générale des
affaires sociales

Ref : rapport IGAS RM2008-145Pet (procédure contradictoire)
PJ : 1 fiche d'observations

J'ai l'honneur de vous transmettre ci-jointe une fiche retraçant les observations de la DGAS
concernant le rapport IGAS relatif à la mise en œuvre des PRIAC.

Le directeur général de l'action sociale

Fabrice HEYRIÈS

Rapport de l'IGAS

Evaluation de l'élaboration et de la mise en œuvre des PRIAC

§34 En 2007, la durée de programmation du PRIAC a été portée à 5 ans

La mission IGAS n'a pas relevé le fait que l'augmentation de la durée du PRIAC n'était pas anodine quant au contenu de l'exercice. En effet, on sait que les services locaux peuvent avoir une bonne visibilité sur les projets susceptibles de se réaliser à un horizon de 2, voire 3 ans maximum. Leur programmation s'appuie alors sur des éléments concrets : programmes déjà montés, études préalables menées, voire seulement premiers contacts avec les opérateurs potentiels. Au-delà de ce délai, l'exercice change en fait de nature puisqu'il devient plus une projection de réalisations souhaitées en fonction de l'analyse de l'évolution des besoins constatés à l'instant t. Cet exercice a bien sûr son intérêt, mais il faut être conscient de sa nature et de ses limites.

§55 Schéma régional d'organisation médico-sociale

La mission remarque à juste titre que ce schéma qui figure dans le PHPST était déjà prévu par le CASF, mais n'a été que très partiellement mis en œuvre. On peut penser que la dimension régionale forte du nouvel opérateur ARS en charge de ce schéma donnera une réelle effectivité aux schémas régionaux. En effet, comme le souligne la mission, ceux-ci sont indispensables pour donner une cohérence d'ensemble sur le territoire concerné, à la fois en analyse des besoins selon le même calendrier pour tous les points de la région, et en proposition de planification. Le PRIAC y gagnera en fiabilité. Cette analyse est développée et approfondie aux § 110 à 112 du rapport de mission.

§75 Confier aux instances régionales la responsabilité de la répartition interdépartementale des dotations régionales

Conformément à cette préconisation de la mission, le projet de loi HPST au 13° de l'article 28 prévoit une abrogation du III de l'article L 314-3. En conséquence, la CNSA déterminerait les enveloppes régionales, la responsabilité de la répartir en enveloppes départementales incombant au directeur de l'ARS (cf article L 314-2). Cette modification devra s'accompagner de la mise en place d'une bonne remontée d'informations auprès de la CNSA concernant les allocations départementales et leur consommation ultérieure, pour que la CNSA puisse garder une capacité d'analyse fine de la situation des départements, en cohérence avec sa mission de rééquilibrage des équipements.

§170 Continuer à autoriser le dépôt de projets expérimentaux avec des réponses innovantes hors programmation PRIAC en prévoyant leur suivi et leur évaluation.

Cette formulation de la recommandation n°13 est ambiguë car elle pourrait donner à penser qu'il est possible de créer des établissements expérimentaux sans que les moyens financiers nécessaires aient été réservés dans la programmation. Il est préférable que le plan régional de santé, le schéma régional médico-social et le PRIAC intègrent en amont une nécessaire dimension innovation et expérimentation sur laquelle des orientations peuvent être exprimées et des moyens réservés, la procédure d'appel à projets et les cahiers des charges prévus dans le projet de loi HPST devant permettre l'accueil de ce type de projets de manière ouverte.

On peut rappeler que :

- L'article L. 312-5-1 prévoit effectivement que le PRIAC concerne les établissements et services relevant du 12° de l'article L. 312-1 du CASF soit les établissements ou services à caractère expérimental
- L'article L. 313-4 rend opposable le PRIAC au demandeur de l'autorisation, y compris pour les projets à caractère expérimental. L'autorisation de tels projets n'est délivrée que s'ils sont "compatibles" avec le PRIAC.

Toutefois, les PRIAC comportent plusieurs volets dont les volets "priorités - orientations" et "programmation". Le premier fixe les priorités en matière de besoins de financements de places nouvelles. Le deuxième volet décline la programmation prévisionnelle des places nouvelles dont les financements sont sollicités.

Lors de la demande d'autorisation, les demandes de création, extension doivent être compatibles (et non conformes) avec le PRIAC, c'est-à-dire ne pas faire obstacle à ses objectifs généraux. Un projet à caractère expérimental peut donc être compatible (relever des priorités et orientations) sans apparaître dans le volet programmation.

Par ailleurs l'exemple présenté par la mission dans le rapport vise le cas très particulier d'un projet initié en Moselle où une solution a été apportée à la prise en charge de malades psychiques sans création de place dans un établissement, mais principalement par mutualisation de moyens, donc sans inscription dans la programmation PRIAC. Des solutions alternatives existent effectivement à la création de places nouvelles par le biais du PRIAC, et la procédure d'autorisation doit permettre la mise en place de ces dispositifs innovants. C'est le cas actuellement et cela restera possible avec la loi HPST.

§190 à 192 Le passage en CROSMS ne permet pas de répondre aux actions programmées dans le PRIAC

La DGAS partage les critiques de la mission concernant le dispositif actuel d'autorisation des ESMS : inadéquation des projets aux besoins, procédure lourde et incertaine, ...c'est pourquoi le PLHPST propose une réforme profonde de ce dispositif.

Par contre, il est à noter que le maintien de l'existence des CROSMS comme lieu de concertation, d'échange et d'information, ne sera pas nécessaire du fait de la création d'une commission spécialisée de la prise en charge et de l'accompagnement médico-social. Cette commission sera créée par décret au sein de la conférence régionale de santé et devrait correspondre d'assez près à la composition et aux missions du CROSMS actuel.

§194 L'appel à projets

La DGAS partage l'avis de la mission en ce qui concerne l'importance de la réforme de la procédure d'examen des projets d'ESMS. Cette réforme, qui crée une procédure d'appel à projet, est inscrite à l'article 28 6°) du PLHPST.

§203 à 228 Utilisation des enveloppes anticipées

La DGAS partage sur ce sujet l'avis de la mission IGAS

**Observations de la Direction régionale des affaires
sanitaires et sociales des Pays de la Loire**

PREFECTURE DE LA REGION PAYS DE LA LOIRE

Nantes, le 10 FEV. 2009

DIRECTION REGIONALE
DES AFFAIRES SANITAIRES
ET SOCIALES

Inspection Générale des Affaires Sociales
12 FEV. 2009
N° 095

Référence fichier : (ne pas indiquer le cheminement)
Affaire suivie par : Patricia Salomon
Tél. : 02.40.12.85.63
Tcpié : 02.40.12.80.77
Courriel : dr44-medico-soc@sante.gouv.fr

Le préfet de la région Pays de la Loire,
préfet de la Loire-Atlantique,

à

Monsieur le Chef de l'inspection générale
des affaires sociales
section des rapports
39-43 quai André Citroën
75015 PARIS

Objet : rapport sur l'évaluation de l'élaboration et de la mise en œuvre du PRIAC
P. J. : note sur la méthode préconisée pour le calcul d'évolution de population 2006-2015

J'ai l'honneur de vous faire part de mes observations concernant le rapport sur l'évaluation de l'élaboration et de la mise en œuvre des PRIAC que vous m'avez transmis par courrier daté du 19 janvier 2009.

Je souscris à la plupart des constats dressés par la mission d'évaluation, et je n'ai que trois observations qui sont sans incidence sur l'analyse générale.

§ 309 : le taux d'évolution prévisible de la population de la région des Pays de la Loire sur la période 2006-2015 est de 6,8 %. L'approche méthodologique adoptée par la CNSA pour le calcul des taux d'évolution est en effet contestée par la statisticienne régionale de la DRASS. (Voir pièce jointe)

Parmi les départements les mieux équipés de la Région concernant l'offre pour les personnes âgées dépendantes figure la Vendée (et non la Loire-Atlantique qui se situe juste devant la Sarthe, le département le moins équipé).

Selon STATISS 2008, la Vendée est le 2^{ème} département de la région en lits médicalisés pour personnes âgées, en SSIAD, et est le 1^{er} département équipé en places d'EHPAD.

Les données 2008 provenant de SAISEHPAD confirment la position de la Vendée comme étant le département le plus équipé de la région sur l'offre d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes.

§ 317 : Concernant le taux de notification des places programmées sur le secteur personnes âgées, il faut noter qu'au-delà des 764 places pour personnes âgées qui avaient été programmées pour l'année 2008 dans le PRIAC 2007-2011 au titre des plans nationaux, des moyens complémentaires avaient été demandés dans le PRIAC au titre de crédits spécifiques. Au total, les besoins de financements exprimés dans le PRIAC pour l'année 2008 s'élevaient à 1 316 places personnes âgées, pour un montant total de 11 984 190 €. Le taux de notification est alors de 59 %.

§ 347 : Si les résultats étaient effectivement limités, jusqu'en 2007, sur les engagements des enveloppes anticipées, l'appropriation de ce nouveau mécanisme budgétaire ayant été progressive, les directeurs de DDASS s'inscrivent désormais pleinement dans cette démarche pluriannuelle, comme en témoigne le bilan au 31/12/08 concernant les taux d'utilisation des enveloppes anticipées :

Pour le secteur personnes âgées :
- 76 % sur l'enveloppe 2009
- 67 % sur l'enveloppe 2010.

Pour le secteur personnes handicapées :
- 73% sur l'enveloppe 2009
- 91% sur l'enveloppe 2010.



Bernard HAGELSTEEN



**Ministère du Travail, des Relations sociales, de la Famille et de la Solidarité
Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie Associative**

PREFECTURE DE LA REGION PAYS DE LA LOIRE

**DIRECTION REGIONALE
DES AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES**
Statistiques
Affaire suivie par : Geneviève Lebouteux
☎ 02.40.12.85 68
☎ 02.40.12.80.77
Mél : dr44-statistiques@sante.gouv.fr

Nantes, le 19/12/2008

NOTE à l'attention de M PARRA
Directeur régional de la DRASS Pays de la Loire

Objet : Méthode préconisée pour le calcul d'évolution de population 2006 - 2015

Afin d'éclairer les discussions du pôle médico-social de la DRASS avec la CNSA, le service Statistiques et Etudes a été consulté pour préciser les définitions des concepts utilisés par l'Insee et comparer les différentes méthodes utilisables pour le calcul d'une évolution de population par tranche d'âge sur la période 2006 – 2015. **La méthode correcte consiste à prendre la même source, récente, pour les chiffres 2006 et 2015, c'est-à-dire les projections de population Omphale basées sur l'année 2005.**

1 - Définitions

Estimations localisées de population (ELP) : l'Insee estime des populations départementales et régionales par sexe et âge pour avoir des données plus récentes que celles fournies par le recensement. Ce sont des données sur le passé récent.

Les estimations au 1^{er} janvier 2006 tiennent compte de :

- la population au dernier recensement (1999)
- des données de fichiers administratifs (EDF, taxe locale d'habitation...)
- des données d'état civil (naissances et décès)
- des données issues des enquêtes annuelles de recensement 2004 à 2007.

Chaque année N, au cours du 1^{er} trimestre, la population est estimée au 1^{er} janvier N-2, à des échelons géographiques assez importants : région, département.

Projections de population : l'Insee utilise une méthode de projection de population baptisée Omphale, pour projeter certaines tendances dans le futur et avoir ainsi des données de population pour les années à venir. Ces projections sont basées sur :

- les évolutions de population observées entre les deux (voire trois) derniers recensements (1990 et 1999)
- ces évolutions sont calculées pour chaque croisement sexe-tranche d'âge

- les soldes migratoires observés par sexe et âge sur le territoire entre les deux derniers recensements
- les coefficients de mortalité par sexe et âge
- les taux de fécondité
- des hypothèses sur la fécondité, la mortalité et les migrations se traduisant par des scénarios différents
- et depuis 2007, des données issues des enquêtes de recensement 2004 et 2005.

En général, l'Insee réalise des projections après chaque recensement. Mais étant donné que depuis 2004, une nouvelle méthode de recensement est mise en œuvre (enquête annuelle sur un cycle de cinq années), en 2007, l'Insee a revu ses projections Omphale et cette dernière version, appelée "Omphale – base 2005", intègre les données des enquêtes annuelles de recensement de 2004 et 2005.

Le scénario central des projections Omphale est basé sur les hypothèses suivantes : maintien du taux de fécondité par âge observé en 2005 ; baisse de la mortalité au même rythme que celui de la France métropolitaine ; maintien sur toute la période des coefficients migratoires observés sur 1990 et 2005.

2 - Données disponibles aux échelons départementaux et régionaux

AUJOURD'HUI : fin 2008, les données de population par sexe et âge des départements les plus récentes disponibles sont les suivantes :

- ELP au 01/01/2006
- Projections Omphale basées sur 2005, couvrant la période 2005-2030, établies en 2007.

DEMAIN : en 2009, l'Insee mettra à disposition des données de population issues du nouveau recensement. Elles seront datées au 01/01/2006 et auront été établies à partir des enquêtes annuelles de recensement qui ont eu lieu de 2004 à 2008. En janvier 2009 : données de population légale totale ; en juillet 2009 : données par sexe et âge et autres critères.

Ensuite, chaque année, l'Insee publiera des données annuelles de recensement sur le même rythme : janv 2010 : populations légales datées au 01/01/2007 ; juillet 2010 : données détaillées au 01/01/07... Il ne sera sans doute plus nécessaire de calculer des ELP, les données annuelles de recensement les remplaceront.

HIER : on utilisait les données des précédentes projections Omphale réalisées en 2001 et basées sur les deux derniers recensements 1990 et 1999

3 - Calcul d'évolution de population 2006-2015 à l'échelon départemental

Pour calculer une évolution de population, il est préférable de prendre des données venant d'une source commune ou calculée par une méthode commune, car c'est plus le sens de l'évolution qui importe que le niveau des chiffres eux-mêmes.

Pour calculer l'évolution prévisible de la population des départements entre 2006 et 2015, il est préconisé d'utiliser la source Omphale-base 2005 (années 2006 et 2015) ou, à la rigueur, la donnée ELP 2006 et la donnée Omphale 2015.

Il n'est pas juste d'utiliser la donnée ELP 2006 avec la donnée issue de la première projection Omphale (base 1999) pour 2015 : en effet les enquêtes annuelles de recensement réalisées depuis 2004 ont révisé à la hausse les chiffres de population, ce qui s'est répercuté dans les ELP et dans les nouvelles projections Omphale (base 2005).

4 - Comparaison de différents modes de calcul de l'évolution de population 2006-2015

		année	Loire-Atlantique	Maine-et-Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée	Pays de la Loire
Population totale								
méthode correcte préconisée	Omphale-base2005	2006	1 215 928	755 742	298 402	552 605	591 137	3 415 820
	Omphale-base2005	2015	1 322 323	787 950	311 760	575 439	647 423	3 646 910
	Evolution (%)	2006/2015	8,8%	4,3%	4,5%	4,1%	9,5%	6,8%
méthode possible	ELP	2006	1 219 497	758 998	299 499	554 998	592 998	3 425 990
	Omphale-base2005	2015	1 322 323	787 950	311 760	575 439	647 423	3 646 910
	Evolution (%)	2006/2015	8,4%	3,8%	4,1%	3,7%	9,2%	6,4%
méthode non correcte	ELP	2006	1 219 497	758 998	299 499	554 998	592 998	3 425 990
	Omphale-base1999	2015	1 262 424	776 455	295 738	546 476	586 539	3 467 632
	Evolution (%)	2006/2015	3,5%	2,3%	-1,3%	-1,5%	-1,1%	1,2%
0 - 19 ans								
méthode correcte préconisée	Omphale-base2005	2006	315 739	198 278	77 979	138 678	140 056	872 736
	Omphale-base2005	2015	339 252	202 457	80 746	139 853	149 976	914 299
	Evolution (%)	2006/2015	7,4%	2,1%	3,5%	0,8%	7,1%	4,8%
méthode possible	ELP	2006	317 151	199 736	77 801	138 826	139 852	873 366
	Omphale-base2005	2015	339 252	202 457	80 746	139 853	149 976	914 299
	Evolution (%)	2006/2015	7,0%	1,4%	3,8%	0,7%	7,2%	4,7%
méthode non correcte	ELP	2006	317 151	199 736	77 801	138 826	139 852	873 366
	Omphale-base1999	2015	306 150	186 660	69 358	124 879	119 224	806 271
	Evolution (%)	2006/2015	-3,5%	-6,5%	-10,9%	-10,0%	-14,7%	-7,7%
20 - 59 ans								
méthode correcte préconisée	Omphale-base2005	2006	664 460	404 186	153 087	289 730	307 236	1 820 705
	Omphale-base2005	2015	674 925	394 202	150 069	283 628	308 720	1 813 559
	Evolution (%)	2006/2015	1,6%	-2,5%	-2,0%	-2,1%	0,5%	-0,4%
méthode possible	ELP	2006	665 825	405 609	154 670	291 257	308 567	1 825 928
	Omphale-base2005	2015	674 925	394 202	150 069	283 628	308 720	1 813 559
	Evolution (%)	2006/2015	1,4%	-2,8%	-3,0%	-2,6%	0,0%	-0,7%
méthode non correcte	ELP	2006	665 825	405 609	154 670	291 257	308 567	1 825 928
	Omphale-base1999	2015	646 999	390 950	144 932	269 591	287 129	1 739 601
	Evolution (%)	2006/2015	-2,8%	-3,6%	-6,3%	-7,4%	-6,9%	-4,7%

Le Chef du Service Statistiques et études

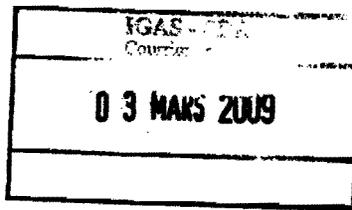
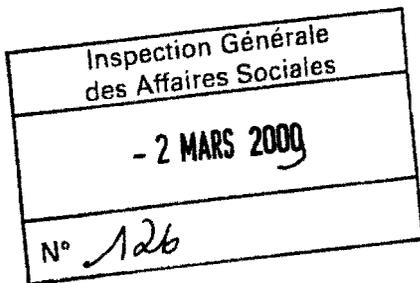


Odile Soulas

Observation du Conseil général de la Moselle

METZ, le 26 FEV. 2009
DPA/ASB/PB/PRIAC

Le Président



Monsieur,

Par courrier en date du 19 janvier 2009, vous m'avez transmis le rapport provisoire concernant la monographie de la région lorraine, relatif à l'élaboration des PRIAC, établi par une mission de l'IGAS.

Je vous remercie de cette communication, et vous informe que les constatations de ce document n'appellent pas de remarque particulière de ma part.

Je déplore toutefois de ne pas retrouver dans ce document la teneur de mes propos lors de mon entretien avec les inspecteurs de la mission. Les conséquences néfastes de l'absence de concertation sur la réforme des USLD, d'une part, les difficultés de programmation engendrées par un PRIAC établi sur 3 ans en Lorraine, d'autre part, auraient mérité à mon sens plus d'attention de la part de la mission.

Je vous prie d'agréer, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

bien à vous

Philippe LEROY
Sénateur de la Moselle

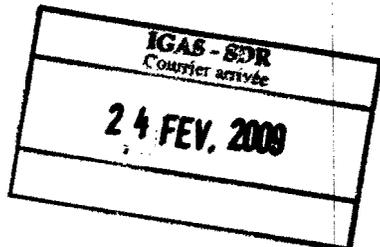
Monsieur André NUTTE
Chef de l'IGAS
39-43 Quai André Citroën
75739 PARIS CEDEX 15

Observations du Conseil général du département de Maine-et-Loire

Réf. à rappeler : MBP/MB
Affaire suivie par : Madame BARBIER-PRIEUR
Téléphone : 02 41 81 41 80
Télécopie : 02 40 81 47 08

Angers, le 18 FEV. 2009

LE VICE-PRÉSIDENT



Monsieur,

En réponse à votre courrier reçu le 27 janvier dernier, je vous prie de trouver nos observations concernant le rapport IGAS RM2008-145P.

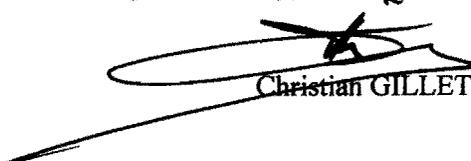
§ 316 : si nous avons rejoint le positionnement du CTRI à l'origine sur la conduite de la concertation au niveau départemental, nous avons précisé que dans les faits les observations des Conseils généraux n'étaient que très peu prises en compte (ex : répartition ULSD). Une réunion régionale avec les collectivités départementales aurait peut-être permis un échange plus constructif.

§ 325 : la rédaction "le Maine et Loire a accepté" est susceptible d'interprétation. En effet, notre collectivité n'a pas eu à se positionner ; le redéploiement a été imposé et a d'ailleurs été contraint de prendre des dispositions particulières pour certaines situations individuelles ou de certaines structures.

Enfin, nous nous sommes étonnés du titre de la directrice adjointe qui précise "ancienne directrice de la MDPH". Est-ce parce que son interview reposait sur cette ancienne fonction ?

Je vous prie de croire, Monsieur, en l'assurance de mes sentiments les meilleurs.

Pour le Président du Conseil général,
et par délégation, le Vice-président
chargé du développement social et des solidarités


Christian GILLET

Inspection générale des affaires sociales
Section des rapports
39 - 43, quai André Citroën
75739 PARIS cedex 15

Observations de la Direction générale des services du département de l'Oise

Sup. 145



DIRECTION GÉNÉRALE
DES SERVICES DU DÉPARTEMENT
DÉLÉGATION DÉPARTEMENTALE
À LA SOLIDARITÉ
DIRECTION DE L'AUTONOMIE DES PERSONNES

Inspection générale des affaires sociales
IGAS
Section des Rapports
39-43 quai André Citroën
75015 PARIS

secrétariat DAP – poste 6248

Beauvais, le 10 février 2009

Madame,

Suite au courrier du 19 janvier 2009, concernant l'extrait du rapport provisoire relatif à l'évaluation de l'élaboration et de la mise en œuvre des PRIAC, je vous transmets ci-joint les observations formulées pour le conseil général de l'Oise par rapport à ce document (un fichier en format word ayant déjà été transmis par courrier électronique).

Je vous prie d'agréer, Madame, l'expression de ma considération distinguée.

Pour le Président du conseil général,
et par délégation,
Le Directeur de l'autonomie des personnes

Vincent Guilluy

**REMARQUES RELATIVES AU RAPPORT PROVISOIRE IGAS/PRIAC
N°RM2008-145P**

Veillez trouver ci-après les observations au rapport n°RM2008-145P.

[265] Dans l'Oise, le niveau territorial d'analyse du schéma départemental des personnes âgées est actuellement la « délégation territoriale » (les pôles gérontologiques ont déjà disparu). Ce même découpage est d'ores et déjà repris pour l'ensemble des politiques territoriales de la responsabilité du Conseil général.

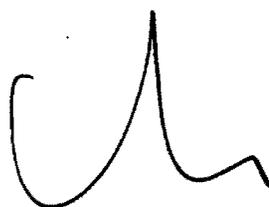
[269] Pour les personnes handicapées, les systèmes d'information ITAC et OPALES ne permettent pas l'exploitation de données relatives à l'estimation des besoins, les critères nécessaires sont insuffisants voire inexistant dans la base de données de ces systèmes d'information. Il ne s'agit d'une difficulté liée à la MDPH mais aux systèmes d'information « hérités » des anciennes COTOREP et CDES.

[272] Il faut noter que la transformation de places d'USLD en places d'EHPAD a été mise en place sans consultation préalable du Conseil général malgré les incidences que cette réforme pouvait avoir d'un point de vue financier.

Liste des personnes rencontrées ou contactées Conseil général de l'Oise, il convient de modifier le titre du Vice Président et le nom du directeur de l'autonomie des personnes

Dr Henri BONAN, Vice Président chargé de l'**autonomie des personnes**
M. Vincent GUILLUY, directeur ...

6 10 1021 2003



Vincent Guilluy
Directeur de l'autonomie
des personnes

Observations du Conseil régional des Pays-de-la-Loire



Le Président

DFPA/JA/SR/SM/09-02-3576

Inspection générale des affaires sociales
Section des rapports
39-43 quai André Citroën
75015 PARIS

Nantes, le

06 MARS 2009

Mesdames et Messieurs,

Par courrier en date du 26 janvier 2009, vous avez transmis l'extrait du rapport provisoire concernant la monographie de la région des Pays de la Loire relatif à l'évaluation de l'élaboration et de la mise en œuvre des PRIAC (programme interdépartemental d'accompagnement des handicapés et de la perte d'autonomie).

Nos commentaires apportés à ce document concernent le paragraphe [350]. Il vous est proposé la rédaction suivante :

« Le premier schéma régional des formations sanitaires et sociales a été préparé en 2006 et voté le 1^{er} février 2007. Il couvre la période 2007-2011 et est intégré dans le schéma régional éducation-formation des Pays de la Loire. La Région des Pays de la Loire n'avait pas connaissance du PRIAC et des modalités de préparation de ce plan lors de sa réflexion sur l'élaboration du schéma régional des formations sanitaires et sociales. Elle s'est appuyée pour la rédaction de ce schéma sur l'observatoire régional de la santé (ORS) et sur le GIP CARIF-OREF. Cette situation met en évidence les marges importantes de progrès concernant la coordination des acteurs. Il convient de signaler que les employeurs ou leurs fédérations ont des difficultés à traduire en emplois et en besoins de personnels qualifiés leur projet de création ou d'extension de services.

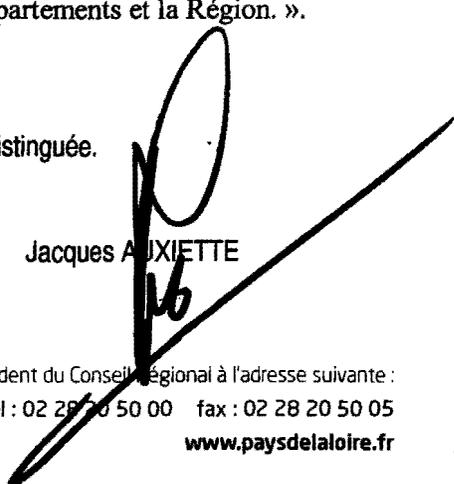
Si l'Etat envisage de solliciter les Régions sur le volet « ressources humaines » des PRIAC, cette intervention suppose que les Régions aient participé au préalable à la réflexion sur le PRIAC et à la détermination des territoires concernés par ce programme. En outre, cela implique que le ministère de la santé laisse plus d'initiatives aux Régions quant à la détermination des quotas régionaux d'étudiants infirmiers, de masseurs-kinésithérapeutes....

Enfin, il est nécessaire qu'une instance des financeurs des formations soit constituée à l'échelle de chaque région associant, l'ARH, la DRASS, le CNSA, l'ANFH, les OPCA, les Départements et la Région. ».

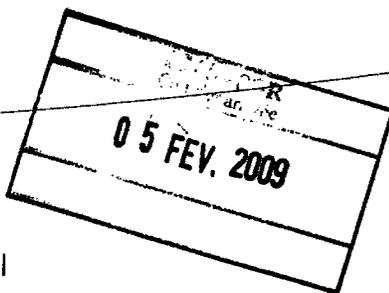
Je vous remercie de prendre en compte ces remarques.

Je vous prie d'agréer, Mesdames et Messieurs, l'expression de ma considération distinguée.

Jacques AUXIETTE



Observation du Conseil régional de Lorraine



Affaire suivie par Pierre RENAUDIN

Poste tél. 03.87.33.67.57

Fax 03.87.33.67.66

Email

Mission Lien Social et Développement Local

Direction Santé, Sanitaire et Social

Metz, le **02 FEV. 2009**

Inspection Générale des Affaires Sociales
03 FEV. 2009
N°

Monsieur André NUTTE
Inspection Générale des affaires
Section des rapports
39-43, quai André Citroën
75739 Paris Cedex 15

Références : 20090130-PR-PR-JB

Monsieur,

Par courrier en date du 19 janvier 2009, vous avez transmis au Conseil Régional de Lorraine l'extrait du rapport provisoire relatif à l'évaluation de l'élaboration et de la mise en œuvre des PRIAC.

Ayant pris connaissance des documents transmis, je souhaite vous signaler que ceux-ci n'appelle pas de remarque particulière de notre part.

Je vous prie d'agréer, Monsieur, l'assurance de nos sincères salutations.

Pour le Président, par délégation,
Le Directeur Santé, Sanitaire et Social

Pierre RENAUDIN

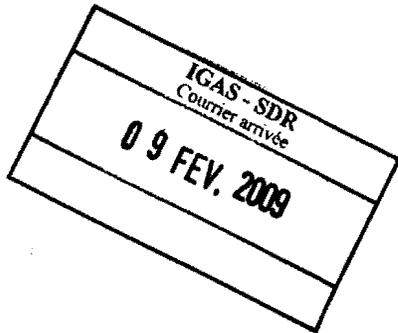


La Région
Lorraine

Hôtel de Région
Place Gabriel Hocquard - BP 81004 - 57036 Metz Cedex 1
Tél. 03 87 33 60 00 - Fax 03 87 32 89 33
www.lorraine.eu

**Observation de l'Inspection académique de
Meurthe-et-Moselle**

inspection académique
Meurthe-et-Moselle



L'Inspecteur d'Académie,
Directeur des Services Départementaux
de l'Éducation Nationale
de Meurthe-et-Moselle

à
Inspection Générale des Affaires
Sociales
Section des rapports
39-43, quai André Citroën
75739 PARIS cédex 15

Nancy, le 3 février 2009

CABINET

Objet : Rapport sur l'évaluation de l'élaboration et de la mise en œuvre des PRIAC

Téléphone
03.83.93.56.04
Fax
03.83.93.56.99
Mél.
ce.ia54@ac-nancy-metz.fr

4, Rue d'Auxonne
CS 74222
54042 Nancy cedex

L'extrait du rapport IGAS RM2008-145P que vous m'avez soumis n'appelle aucune observation de ma part.


Claude BISSON-VAIVRE

Observations de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie



Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

IGAS - SDR Courrier arrivée
03 MARS 2009

Le Directeur
DIR n° 9226

Inspection Générale des Affaires Sociales
27 FEV. 2009
N° <i>2009-120</i>

Paris, le **26 FEV. 2009**

Le Directeur de la Caisse nationale de
solidarité pour l'autonomie

à

Monsieur le chef de l'Inspection
générale des affaires sociales

Objet : Rapport sur l'évaluation de l'élaboration et de la mise en œuvre des PRIAC
Réf. : votre courrier n° 12 du 19 janvier 2009 – rapport IGAS RM2008-145P
PJ. : 1

Par courrier cité en référence, vous m'avez transmis le rapport provisoire sur l'évaluation de l'élaboration et de la mise en œuvre des PRIAC.

En complément de l'envoi électronique effectué le 25 février, je vous prie de bien vouloir trouver en pièce jointe les observations relatives aux constats et recommandations de ce rapport.

Laurent VACHEY

Objet : Rapport provisoire IGAS sur l'évaluation de l'élaboration et de la mise en œuvre des PRIAC- Décembre 2008-

Observations relatives aux constats et recommandations de la mission

Recommandation n°1

Conformément à cette recommandation le comité de suivi du processus PRIAC s'est prononcé pour la stabilisation du calendrier et du contenu du PRIAC en 2009 et a rappelé les orientations prioritaires pour l'actualisation 2009 :

- Intégrer en programmation la capacité de réalisation, dans l'objectif d'accélérer l'exécution des moyens alloués jusqu'à l'ouverture effective aux personnes ;
- Approfondir la priorisation en programmation prévisionnelle, dans l'objectif d'améliorer l'accessibilité de l'offre de service à travers le rééquilibrage territorial d'équipement et la diversification des modes d'accompagnement ;
- Renforcer la coordination régionale dans la conduite de la concertation, y compris au niveau des élus et des décideurs, pour assurer la cohérence des messages au sein de la région ;
- Approfondir l'analyse qualitative et partagée des besoins et des ressources mobilisables.

Recommandation n°3

Outre les échanges menés par les DRASS avec les conseils généraux lors de l'actualisation des PRIAC, la convention de la CNSA avec les conseils généraux pour la période 2009-2012 prévoira, outre l'appui à la qualité de service des MDPH (L. 14-10-7 du CASF), la transmission à chaque conseil général des données relatives à son taux d'équipement comparé, et aux places nouvelles autorisées dans l'année.

Recommandations n°4 [75] et [184]

Il est indiqué à la mission que pour l'exercice 2009 le calendrier de la campagne budgétaire a été avancé avec une pré- notification régionale le 15 décembre 2008 et la notification définitive des enveloppes départementale 2009 et anticipées 2010 et 2011 le 13 février 2009.

[117] et [118] Les taux d'équipement par catégorie de services ou d'établissements n'interviennent pas pour la répartition des enveloppes, seuls les taux d'équipement globaux sont utilisés. Sur le secteur des personnes âgées comme le mentionne le rapport, outre le critère populationnel (40%) c'est l'euro par habitant qui est le plus important (50%), le taux d'équipement (EHPAD+

USLD+SSIAD) n'intervient que pour 10%, il n'est pas pris en compte pour les accueils de jours et hébergements temporaires.

Sur le secteur du handicap, le taux d'équipement (enfants ou adultes) a un poids un plus important (30%), pondéré par le critère populationnel (50%) et les projets en attente de financement (20%).

Recommandation n°7

La proposition de la mission ne correspond ni à une mesure relevant des compétences légales de la CNSA, ni des objectifs de sa COG. Ceci étant, la CNSA plaide pour que ce rôle d'harmonisation des méthodes d'élaboration des schémas départementaux lui soit reconnu à l'occasion de la loi sur le « 5^{ème} risque » qui doit actualiser ses missions.

Recommandation n°8

Toutes les MDPH auront basculé à fin 2009 sur un système d'information propre, la maintenance des anciennes applications nationales ITAC et OPALES étant arrêtée à cette date. Les nouveaux systèmes d'information des MDPH permettront la mise en œuvre d'un « système d'information partagé » au niveau national, sur la base de remontées anonymisées, dont la V0 est en cours de déploiement. La V1 est en cours de définition fonctionnelle.

Recommandation n°10

Le recensement des jeunes placés sous amendement Creton est à parfaire. En 2007 19 départements n'ont pas remonté les données les concernant, (provenance et orientation), dont 7 départements de l'île de France. Tout en privilégiant la recherche de solutions pour ces jeunes, une analyse plus approfondie des situations, et des politiques des établissements en termes de recrutement ou de maintien au-delà de 20 ans est nécessaire. Par ailleurs, l'évolution du nombre de jeunes soumis à l'amendement Creton dans les départements est à mettre en regard du développement de la programmation de l'offre pour les adultes dans les PRIAC.

Recommandation n°13

Les projets expérimentaux ou innovants doivent s'inscrire dans les PRIAC, cette possibilité est déjà ouverte, car ils constituent un élément de réponse en termes d'accompagnement. Par ailleurs, cela permet d'avoir un recensement national de ces projets notamment pour la répartition d'enveloppes spécifiques.

Recommandations n°15 à 20

La CNSA a été désignée comme chef de projet du projet pilote sur la procédure d'appels à projet mené en 2009 dans trois régions dans le cadre de la loi HPST ; elle prendra en compte les recommandations de la mission. La prise en compte des projets innovants devrait faire l'objet d'une précision législative à l'occasion de l'examen de la loi HPST.

Réponse de la mission aux observations formulées dans le cadre de la procédure contradictoire

La mission a pris connaissance des observations formulées par les services de l'Etat et les collectivités territoriales concernées. Elle considère que, si celles-ci peuvent apporter des précisions sur quelques secteurs, elles ne font pas apparaître de point de désaccord majeur sur le fond.

Par ailleurs, il convient de préciser que, dans le cadre de la procédure contradictoire, le rapport provisoire n'a été adressé qu'à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), à la Direction générale de l'action sociale (DGAS) et à la Direction de la sécurité sociale (DSS). Seules les monographies régionales ont été diffusées auprès des préfets et des présidents de conseils régionaux et départementaux.

