



Inspection générale
des affaires sociales
RM2010-033P

Rapport relatif à l'évaluation des programmes interdépartementaux d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC)

RAPPORT DEFINITIF

Établi par

Roland OLLIVIER

Stéphane PAUL

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

Avec la collaboration d'Elsa JACQUIN

- Juillet 2010 -

Synthèse

- [1] La mission d'évaluation des programmes interdépartementaux d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC), qui s'est déroulée d'octobre 2009 à février 2010, est la seconde réalisée par l'IGAS depuis la mise en place de ce dispositif par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), en 2006, en application de la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.
- [2] Elle a été inscrite au programme de travail de l'IGAS au regard des enjeux liés tant à la mobilisation de financements importants qu'à la mise en œuvre de grands plans nationaux, en direction des personnes handicapées et des personnes âgées (plan solidarité grand âge, plan Alzheimer, programme pluriannuel de création de places pour les personnes handicapées, plan autisme, etc.). Ces financements et ces plans visent à rattraper les retards observés dans l'adaptation du parc des équipements et services aux besoins des publics concernés et à corriger les disparités inter et infra-régionales. Le PRIAC est l'outil de programmation de ces financements et il devrait contribuer, par ce biais, à la réduction des disparités d'équipement.
- [3] La mission s'est déroulée peu après l'achèvement du rapport IGAS-IGF portant sur l'utilisation des crédits de l'objectif global de dépenses (OGD) dans le secteur médico-social. Elle n'a pas, en conséquence, traité de l'organisation et du déroulement de la campagne budgétaire du secteur médico-social sous compétence tarifaire de l'Etat. Par ailleurs, au moment de l'enquête, l'importance et les modalités du « débasage » n'étaient pas encore connues.
- [4] La mission a pris le parti de procéder à l'évaluation du PRIAC à partir des observations qu'elle a faites localement, dans sept départements de trois régions différentes. Dans chaque cas, elle s'est attachée à observer comment le PRIAC était instruit et mis en œuvre, en vue de se prononcer sur la pertinence de son fonctionnement, voire sur son utilité même.
- [5] La mission a été lancée peu après l'adoption de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Elle s'est déroulée dans un contexte où les services déconcentrés de l'Etat se préparaient à la partition entre les agences régionales de santé (ARS) et les directions régionales et départementales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale. Les services des DDASS étaient également mobilisés par la mise en œuvre du plan de prévention de la pandémie grippale. Dans ce contexte, il était délicat de trop solliciter ces services pour les besoins du rapport ; aussi la mission a-t-elle essentiellement travaillé par entretiens et en exploitant la documentation existant localement.
- [6] La construction du PRIAC et l'engagement des mesures nouvelles sont organisés dans un cadre normé et un calendrier contraint.
- [7] La préparation du PRIAC, qui couvre une période quinquennale, est régie selon des modalités d'application très « cadrées » par la CNSA. On peut à cet égard parler de véritable « campagne » d'instruction annuelle du PRIAC, laquelle se chevauche avec la « campagne » budgétaire par laquelle s'appliquent les mesures nouvelles qui permettent de financer tout ou partie des opérations programmées.
- [8] Les instructions de la CNSA relatives à l'actualisation annuelle des PRIAC sont communiquées à la fin de chaque année. Le processus s'avère complexe à gérer compte tenu du caractère à la fois actualisable (il est possible de revoir annuellement le classement des opérations) et « glissant » du PRIAC (il est possible d'anticiper ou de différer le financement de projets en fonction de leur degré d'urgence ou de la capacité des promoteurs à les réaliser effectivement).

- [9] Le plus souvent, les services déconcentrés engagent la préparation plus en avant, avec la tenue de réunions de groupes de travail permanents : la démarche consiste à préparer un document d'orientation générale, à visée pédagogique, qui accompagne la maquette renseignée du PRIAC et qui est présenté aux membres du CROSMS, aux institutions partenaires et aux Conseils généraux.
- [10] La préparation des PRIAC se déroule jusqu'en avril et les services des DRASS procèdent, à des degrés variables selon les régions, à des consultations diverses (services de l'éducation nationale, ARH, etc.) ; en parallèle, en vue des pré-arbitrages à effectuer en CTRI, les discussions se déroulent avec les DDASS qui, elles-mêmes, consultent les Conseils généraux et procèdent à l'estimation des besoins.
- [11] Le degré de cadrage du travail départemental par les DRASS est variable. Dans l'une des régions enquêtées, il existe des recommandations régionales indicatives exprimées sous la forme de « droits de tirage » répartis par départements ; ailleurs, le CTRI est le lieu de la sommation des priorités de chaque département. En tout état de cause, comme leur appellation l'indique, les PRIAC sont, jusqu'en 2010, un exercice de programmation interdépartemental, certes coordonné par les DRASS mais non pas régional, bien que le R de l'acronyme puisse le laisser penser par erreur.
- [12] La CNSA analyse chacun des PRIAC, elle en vérifie la cohérence au regard des objectifs des plans nationaux et des orientations retenues par son conseil, comme la diversification des services par exemple. Elle peut, le cas échéant, modifier les priorités régionales et départementales qui lui ont été soumises.
- [13] La concomitance de cette phase de programmation avec le calendrier budgétaire annuel est rendue inévitable du fait que la prévision de financement du PRIAC de l'année N est celle retenue en mesures nouvelles de la campagne budgétaire, après fixation de l'OGD de chaque exercice. Ainsi, de novembre à mai, les services déconcentrés sont-ils mobilisés dans un cycle de programmation et d'attribution de financements. Ces financements sont prédéterminés en grande partie sur trois exercices (voire quatre au titre des opérations du plan de relance de 2009), par le mécanisme des enveloppes anticipées : celui-ci, institué en 2006, permet d'accélérer le cadencement de la réalisation des opérations programmées, les promoteurs disposant de la visibilité voulue sur les crédits de fonctionnement pour réaliser les travaux nécessaires à l'ouverture des équipements nouveaux.
- [14] Enfin, la CNSA a institué une revue annuelle des PRIAC avec chaque CTRI, sous la forme de visio-conférences ou par des déplacements dans les régions : le bilan de chaque région est évalué, notamment dans sa « capacité à faire » c'est-à-dire à consommer les crédits notifiés.
- [15] Le processus de construction et de réalisation des PRIAC est complexe, parce qu'il est cyclique et qu'il exige un niveau de renseignements très fin : par types de populations concernées, par secteurs géographiques, par tranches annuelles de prévision puis de réalisation dans l'exécution. Il requiert l'acquisition d'une technicité certaine par les personnels qui en sont chargés au sein des services déconcentrés et il les mobilise de manière particulièrement importante sur plusieurs mois au cours desquels les travaux du PRIAC l'emportent sur tout le reste, y compris les missions de contrôle.
- [16] Malgré cette rigueur de construction et de suivi, le dispositif des PRIAC emporte plusieurs critiques, au plan de la définition et de la réalisation des objectifs de la programmation.
- [17] Le dispositif du PRIAC comporte encore des faiblesses au plan de la définition des besoins, de la correction des inégalités et de la mise en œuvre effective des opérations programmées.
- [18] La CNSA dresse un bilan des PRIAC qui relève des insuffisances tant dans la préparation que dans l'exécution ; les observations de la mission rejoignent en grande partie ce bilan.

- [19] Schématiquement, en dehors des démarches entreprises dans quelques régions ou départements, et malgré des travaux en cours par catégories de publics, encore peu exploités, les besoins sont très souvent appréciés par le recours au taux d'équipement ; or, le rapport montre que ce taux permet certes de faire des comparaisons utiles mais qu'en raison de ses très nombreuses limites, on devrait lui accorder moins d'importance qu'on ne le fait dans les régions et départements enquêtés.
- [20] La difficulté d'évaluer les besoins est en partie due, dans le domaine des personnes âgées, aux difficultés du décompte des orientations souhaitables et à la faiblesse des indicateurs de pression de la demande ; pour les personnes handicapées, on se heurte à l'impossibilité pour les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) de procéder à un recensement fiable et exhaustif des orientations souhaitables.
- [21] En outre, les besoins sont encore trop souvent évalués à l'échelle du département et non par territoires.
- [22] La coordination est également perfectible avec les services de l'éducation nationale, lesquels commencent seulement à déployer un réseau de correspondants régionaux dans les rectorats, comme avec les ARH ; outre des carences dans le partage de l'information, il en résulte des difficultés dans l'articulation et dans l'organisation de transferts d'activité entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social.
- [23] Pour sa part, la concertation avec les Conseils généraux revêt encore un aspect très formel à l'échelon régional. Les échanges avec les exécutifs départementaux sont plutôt organisés par les DDASS ; ceci se comprend dans le dispositif antérieur à la loi du 21 juillet 2009 mais peut nuire à une bonne harmonisation des priorités et des calendriers de financement.
- [24] Par ailleurs, la procédure de pré-notification par la CNSA des mesures nouvelles et des enveloppes anticipées se fait par départements ; ce peut être un frein pour la correction des inégalités territoriales et pour l'adaptation des PRIAC en cours d'exécution. Le jugement doit être certes nuancé, des transferts de programmation étant possibles et observés d'un département à l'autre. Cependant, il reste toujours délicat pour un CTRI de proposer d'exclure du bénéfice de mesures nouvelles ou d'enveloppes anticipées, une année donnée, un département qui propose des opérations : il en résulte une forme de « saupoudrage » des créations de places.
- [25] Cette situation explique aussi, en partie, la persistance de crédits non consommés conduisant à la création d'enveloppes budgétaires non reconductibles pour des montants importants.
- [26] Enfin, du fait qu'il ne porte que sur les crédits destinés aux créations nouvelles, aux extensions et aux transformations, le PRIAC ne concerne qu'un nombre limité de places, au regard du parc existant. Il s'ensuit que la programmation qu'il exprime ne peut à elle seule assurer une véritable réduction des inégalités d'équipements, entre les régions et au sein de chacune ; l'atteinte d'un tel objectif supposerait que l'on puisse remettre en question les situations acquises plus vigoureusement qu'aujourd'hui.
- [27] Nonobstant ses limites, le PRIAC, du point de vue de la mission, remplit un rôle essentiel : il impose, chaque année, une réflexion sur les besoins et sur les priorités et, à ce titre, il est un instrument de la mise en cohérence de l'action médico-sociale de l'Etat ; de surcroît, par les concertations qui l'entourent comme par la publicité qui lui est conférée, le PRIAC contribue de manière décisive à la lisibilité et à la transparence de la mise en œuvre des orientations nationales prises en direction des personnes âgées et des personnes handicapées. Enfin, il est un instrument du dialogue avec les Conseils généraux pour toutes les situations où les équipements sont cofinancés.
- [28] Le PRIAC a donc toute son utilité pour la mise en œuvre des dispositions de la loi du 21 juillet 2009 dans le secteur médico-social.
- [29] En application des dispositions de la loi du 21 juillet 2009, le PRIAC devra être plus précis dans sa programmation financière.

- [30] En premier lieu, la mission souligne l'importance du PRIAC pour réaliser une programmation médico-sociale permettant l'adaptation de l'offre existante. Il donne en effet de la visibilité aux perspectives d'engagement financier de l'Etat et, si l'on souhaite, comme c'est nécessaire, renforcer la démarche actuelle de transformation de l'offre, le PRIAC permettra de mettre en relief les enjeux budgétaires. De ce point de vue, plutôt qu'une annexe au nouveau schéma d'organisation médico-sociale, il en sera le volet financier et lui conférera une indispensable opérationnalité.
- [31] Le PRIAC devra gagner en précision, à la fois dans la description des opérations à retenir et dans la définition des territoires d'intervention. Ceci est d'ailleurs rendu nécessaire par la nouvelle procédure de l'appel à projet, qui ne devra laisser d'ambiguïté ni sur la nature exacte du besoin à satisfaire, ni sur la zone d'implantation souhaitable des places nouvelles ni sur leur coût.
- [32] La mission estime que la définition des besoins à satisfaire doit être assurée au niveau régional, sous pilotage des ARS, concomitamment aux impératifs de mise en œuvre des plans nationaux. C'est à cet échelon que le critère du taux d'équipement devra ne représenter qu'un élément de la décision, à côté des travaux réalisés ou à lancer sur les caractéristiques et les attentes des populations à desservir.
- [33] Egalement, le PRIAC sera régional, et non plus interdépartemental, suite à l'abandon des pré-notifications départementales de la CNSA et en raison de la régionalisation des modalités de sélection des projets comme du processus d'autorisation des équipements et des services. Les marges de manœuvre conférées aux ARS devraient permettre de resserrer dans le temps le financement des projets et, partant, de diminuer les risques de différé de réalisation des opérations comme ceux de sous-consommation des crédits délégués.
- [34] Cette capacité plus grande de « priorisation » des projets, conférée aux ARS, doit pouvoir s'exercer dans le cadre d'une concertation renforcée avec les Conseils généraux.
- [35] La mission estime que le PRIAC, appuyé par le dispositif révisé des enveloppes anticipées, constitue l'un des supports essentiels de ce dialogue. S'il serait illusoire d'envisager que les calendriers des schémas départementaux puissent coïncider entre eux et avec celui du schéma régional, il est en revanche possible d'engager une concertation autour des priorités de financement, en prenant en compte les contraintes de chacun des deux partenaires pour mobiliser des ressources nouvelles à affecter au secteur médico-social ou pour réaliser les redéploiements nécessaires dans les budgets affectés aux établissements et services. La connaissance des financements potentiellement mobilisables par l'Etat peut favoriser la négociation d'un calendrier d'exécution de projets arrêtés conjointement.

Sommaire

SYNTHESE	3
INTRODUCTION.....	11
1. LES CONNAISSANCES ET LES OUTILS MOBILISES POUR NOURRIR LE PRIAC, AU POINT DE RENCONTRE DES PROCESSUS DE LA PROGRAMMATION PHYSIQUE ET DE LA PROGRAMMATION FINANCIERE, SONT A LA FOIS NOMBREUX ET LARGEMENT AMELIORABLES	17
1.1. <i>Le contenu du PRIAC résulte d'une programmation physique</i>	17
1.1.1. Le PRIAC décline les schémas et les plans nationaux	19
1.1.2. Les schémas départementaux sont de qualité inégale et il n'existe pas de schémas régionaux	20
1.1.3. Il est souvent recouru au taux d'équipement dont les limites sont pourtant nombreuses	23
1.1.4. Les besoins sont approchés à partir de multiples autres informations dont la plupart mériteraient d'être fiabilisées.....	27
1.1.5. La pratique adoptée en Picardie est en décalage sensible avec les observations faites dans les autres régions.....	32
1.1.6. Par le biais d'un mixage des diverses aides à la décision dont ils disposent, les services de l'Etat hiérarchisent les projets et construisent la programmation physique qu'exprime le PRIAC	34
1.2. <i>Le PRIAC retrace une programmation financière.....</i>	35
1.2.1. Le PRIAC exprime la programmation des mesures nouvelles.....	35
1.2.2. L'attribution d'enveloppes anticipées pour N+1 et N+2 constitue une novation majeure	36
1.3. <i>Le PRIAC constitue l'un des instruments qui se situent à la rencontre du physique et du financier.....</i>	37
2. LE PRIAC COMPORTE DE NOMBREUSES IMPERFECTIONS QU'IL CONVIENDRAIT DE CORRIGER MAIS IL CONSTITUE UN INSTRUMENT DE COHERENCE ET DE TRANSPARENCE DE L'ACTION DE L'ETAT	38
2.1. <i>Un outil dont la rigueur et l'ergonomie devraient être améliorées.....</i>	38
2.1.1. Un outil souvent incomplet	38
2.1.2. Un outil qui pâtit de plusieurs approximations.....	39
2.1.3. Un outil conçu de manière sensiblement différente d'une région à l'autre	41
2.1.4. Un outil lourd dont l'ergonomie et le maniement devraient être simplifiés.....	41
2.2. <i>Un outil propre à l'Etat mais dont le bon fonctionnement suppose une coordination forte avec la programmation des Conseils généraux, d'où l'existence d'une « zone de risque »</i>	43
2.3. <i>Un outil qui doit exprimer des besoins mais qui doit aussi les inscrire dans le cadre d'enveloppes closes</i>	46
2.3.1. Un outil de mise en exergue des besoins qui a rapidement laissé la place à une programmation contrainte par des enveloppes closes.....	46
2.3.2. Un outil qui devrait concourir à la réduction des crédits non reconductibles.....	47
2.4. <i>Un outil qui n'est ni départemental ni régional mais interdépartemental</i>	48
2.5. <i>Un outil qui établit une programmation portant largement sur les crédits de l'assurance maladie mais qui demeure très peu approprié par les services de l'assurance maladie</i>	50

2.6. <i>Un outil qui ne peut remplir à lui seul les missions que la loi lui confie, d'équité géographique et d'articulation de l'offre sanitaire et de l'offre médico-sociale</i>	50
2.6.1. Une programmation trop limitée pour pouvoir combler significativement les écarts	50
2.6.2. Une articulation du sanitaire et du médico-social à améliorer encore largement	52
2.7. <i>Un outil qui favorise la cohérence de l'action publique et qui accroît la visibilité des priorités de l'Etat</i>	53
3. LA MISE EN ŒUVRE DE LA LOI DU 21 JUILLET 2009 VA SE TRADUIRE PAR UNE NOUVELLE CONFIGURATION DES PRIAC	54
3.1. <i>Les PRIAC seront élaborés et arrêtés dans un contexte législatif et réglementaire profondément modifié</i>	54
3.1.1. Le PRIAC constituera la programmation financière associée au schéma d'organisation médico-sociale, lui-même faisant partie intégrante du projet régional de santé	54
3.1.2. Le dispositif de l'appel à projets emportera de fortes exigences de cadrage de la programmation financière.....	56
3.2. <i>La détermination des besoins et les objectifs de la programmation devront être plus précis</i>	56
3.2.1. La nomenclature des services et des équipements requis est à affiner	56
3.2.2. Les effets de champ sont à prendre en compte	57
3.2.3. La définition des territoires pertinents et la déclinaison des besoins par territoires sont deux questions majeures	59
3.2.4. La programmation devra se traduire par la définition d'objectifs cibles fixés à partir d'indicateurs de besoin régionalisés	60
3.3. <i>Les règles de compétences et de financements partagés du secteur médico-social confortent le rôle du PRIAC, mais il doit être adapté en conséquence</i>	62
3.3.1. La programmation sous compétence financière de l'Etat peut être plus précise.....	62
3.3.2. La concertation avec les Conseils généraux doit pouvoir mieux s'exercer en amont du PRIAC.....	63
3.3.3. L'utilisation d'un PRIAC glissant et les engagements pris au titre des enveloppes anticipées peuvent renforcer la coordination entre l'Etat et les Conseils généraux.....	64
3.3.4. Le renforcement de l'adaptation de l'offre par sa transformation peut constituer aussi un élément clef du dialogue avec les Conseils généraux	65
3.4. <i>L'outil est à adapter</i>	65
3.4.1. Une adaptation de la forme et des modalités de la tenue du PRIAC est souhaitable	65
3.4.2. La question d'un financement sur coûts standards ou harmonisés est posée	66
3.4.3. Dans le cadre des compétences dévolues aux ARS, il convient de leur assurer des marges de manœuvre	67
PRINCIPALES RECOMMANDATIONS DE LA MISSION	69
OBSERVATIONS DE LA DIRECTION GÉNÉRALE DE LA COHESION SOCIALE	73
OBSERVATIONS DE LA CAISSE NATIONALE DE SOLIDARITÉ POUR L'AUTONOMIE	77
REPONSE DE LA MISSION	81
LISTE DES ABREVIATIONS ET ACRONYMES	83
ANNEXE 1 : LISTE DES PERSONNES RENCONTREES	85
ANNEXE 2 : COMPTE-RENDU DE LA MISSION EN AQUITAINE	87

OBSERVATIONS DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE D'AQUITAINE	111
OBSERVATIONS DU CONSEIL GENERAL DES LANDES.....	115
OBSERVATIONS DE LA PREFECTURE REGION AQUITAINE.....	119
OBSERVATIONS DE LA PREFECTURE DES LANDES	123
REPOSE DE LA MISSION	127
LISTE DES PERSONNES RENCONTREES	129
BILAN QUANTITATIF DU PRIAC D'AQUITAINE (2006-2009)	132
ANNEXE 3 : COMPTE-RENDU DE LA MISSION EN BASSE-NORMANDIE	133
OBSERVATIONS DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE DE BASSE-NORMANDIE .	151
REPOSE DE LA MISSION	157
LISTE DES PERSONNES RENCONTREES	159
ANNEXE 4 : COMPTE-RENDU DE LA MISSION EN BOURGOGNE	161
OBSERVATIONS DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE DE BOURGOGNE	187
OBSERVATIONS DU CONSEIL GENERAL DE COTE D'OR.....	195
OBSERVATIONS DU CONSEIL GENERAL DE SAONE ET LOIRE	199
REPOSE DE LA MISSION	227
LISTE DES PERSONNES RENCONTREES	229
BILAN QUANTITATIF DU PRIAC DE BOURGOGNE (2006-2009).....	233

Introduction

- [36] Le présent rapport, consacré à l'évaluation des programmes interdépartementaux d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC), synthétise les constats et recommandations d'une mission d'enquête décidée dans le cadre du programme de travail que l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) a adopté pour 2009 et qui, après consultation des directions d'administration centrale concernées, a été validé par les cabinets des ministres.
- [37] Issu de la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, l'article L. 312-5-1 du code de l'action sociale et des familles (CASF) prévoit que, « pour les établissements et services mentionnés aux 2°, 3°, 5°, 6° et 7° du I de l'article L. 312-1, ainsi que pour ceux mentionnés aux 11° et 12° dudit I qui accueillent des personnes âgées ou des personnes handicapées, le représentant de l'Etat dans la région établit, en liaison avec les préfets de départements concernés, et actualise annuellement un programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie ».
- [38] Présenté par les services de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) comme « un outil pour mieux identifier et inscrire dans le temps les priorités de financement au niveau régional », les PRIAC ont notamment pour fonction de :
- définir sur une période pluriannuelle les prévisions des financements nécessaires aux opérations de création, d'extension ou de transformation des établissements et des services médico-sociaux, sachant que c'est la CNSA, instituée par loi du 30 juin 2004¹, qui répartit les financements de l'assurance maladie et ceux dégagés au titre de la contribution de solidarité pour l'autonomie, en fonction d'une enveloppe déterminée annuellement par le Parlement dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale ; cette enveloppe constitue l'objectif global de dépenses (OGD) ;
 - dresser chaque année, par département, les priorités régionales de financement de ces créations, extensions et transformations ; ces priorités sont notamment établies au vu des schémas départementaux ;
 - contribuer à la réduction des inégalités d'accès aux équipements que l'on observe à la fois entre les régions et au sein de celles-ci.
- [39] Bien que le PRIAC soit un instrument de création récente, l'IGAS lui a déjà consacré une première mission d'évaluation qui s'est déroulée au cours du second semestre de 2008 et qui a donné lieu à un rapport publié en mars 2009². Cette mission a étudié les modes d'élaboration et de réalisation des PRIAC dans trois régions qui avaient été retenues par la CNSA comme régions expérimentatrices de ce nouveau dispositif : la Lorraine, les Pays de la Loire et la Picardie ; schématiquement, il en ressort que :
- le travail partenarial en amont de la détermination des PRIAC est globalement important, quoiqu'inégal d'une région à l'autre ;
 - tous les départements ne disposent pas d'un schéma d'organisation sociale et médico-sociale ou de schémas consacrés aux personnes âgées, aux jeunes handicapés et aux handicapés adultes ; et lorsqu'existent de tels schémas, ils sont de qualité variable ; en outre, on trouve très peu de schémas médico-sociaux établis à l'échelon régional, ce qui ne facilite pas le travail d'élaboration des PRIAC ;
 - malgré la novation apportée par la notification de financements indicatifs pour les exercices N+1 et N+2³, les taux de réalisation des opérations retenues comme prioritaires dans les PRIAC sont variables mais encore très améliorables ;

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

² Thierry Leconte, Charles Planes-Raisenauer, Dr. Patricia Vienne : « Evaluation de l'élaboration et de la mise en œuvre des PRIAC » – IGAS – rapport n° RM2008-145P – février 2009.

³ Voir *infra* § 122.

- la correction des inégalités interrégionales réalisée sous l'égide de la CNSA est engagée mais une forme de saupoudrage des financements entre les départements nuit à la réalisation des opérations importantes ;
- les critères d'attribution et de répartition des dotations régionales seraient à affiner, le seul indicateur retenu au plan régional étant bien souvent celui du taux d'équipement.

[40] La mission recommandait notamment de développer les collaborations locales avec les Conseils régionaux et généraux pour opérer en amont les pré-arbitrages du PRIAC et évaluer les ressources humaines nécessaires à la réalisation des opérations de création, d'extension ou de transformation susceptibles d'être retenues dans le PRIAC.

[41] La mission dont est issu le présent rapport se situe dans la continuité de la précédente ; s'appuyant sur les constats effectués dans trois autres régions, elle vise à compléter l'image du fonctionnement concret du PRIAC : l'IGAS dispose maintenant d'informations recueillies dans quatorze départements appartenant à six régions.

[42] En même temps, la mission dont les observations sont ici synthétisées se démarque de la précédente sur deux points :

- d'abord, s'agissant de la première approche d'un outil nouveau, la mission précédente avait volontairement adopté le parti de proposer une évaluation du PRIAC conçue à partir d'observations faites au niveau national, les déplacements dans les trois régions enquêtées visant essentiellement à illustrer le propos général ; ici au contraire, les avis se fondent prioritairement sur les constats opérés localement en Aquitaine, en Bourgogne et en Basse-Normandie ;
- surtout, le présent rapport poursuit l'ambition d'aider à l'adaptation du PRIAC au contexte nouveau induit par la mise en œuvre de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires ; dans le champ médico-social, cette loi comporte en effet trois novations majeures : d'abord, elle rend obligatoire un schéma régional d'organisation médico-sociale qui contribuera à la déclinaison du projet régional de santé et qui devra être établi et actualisé au regard des schémas départementaux qui sont maintenus ; ensuite, elle promeut la technique de l'appel à projets pour répondre aux besoins et, ce faisant, elle modifie radicalement le régime des autorisations ; enfin, elle accentue la régionalisation du dispositif puisque le pouvoir de décision appartiendra aux directeurs généraux des agences régionales de santé (ARS).

[43] Avec la loi de 2009, le PRIAC constitue un chaînon dans une ligne de décision qui est désormais la suivante : projet régional de santé qui inclut lui-même des orientations nationales (article L. 1434-1 du code de la santé publique) / plan stratégique régional de santé qui définit les orientations et objectifs de santé pour la région (article L. 1434-2 du code de la santé publique) / schéma régional d'organisation médico-sociale (article L. 312-5 du CASF) / PRIAC / appel à projets (article L. 313-1-1 du CASF) / autorisation et financement d'un établissement ou d'un service⁴.

[44] Dans ce contexte nouveau, il s'agit ici de cerner aussi précisément que possible les questions auxquelles seront confrontés les décideurs, notamment les directeurs généraux des ARS et les responsables des Conseils généraux, d'indiquer les acquis positifs du fonctionnement du PRIAC qu'il serait opportun de conforter et de proposer les améliorations et adaptations dont l'outil aurait besoin.

[45] En fait, engagée au cours du dernier trimestre de 2009, la mission s'est déroulée à un moment charnière :

- la loi précitée portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires est votée mais ses décrets d'application commencent seulement à être préparés ;

⁴ Voir *infra* § 311.

- les responsables de la préfiguration des ARS sont désignés mais les services juridiquement compétents sont encore les directions régionales et les directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DRASS et DDASS) ;
- le rapport issu de la mission commune de l'Inspection générale des finances et de l'IGAS sur la consommation de l'OGD est connu mais les conséquences n'en sont pas encore toutes tirées ; la présente mission s'est ainsi déroulée avant que ne soient engagées les opérations de débasage ;
- les collectivités territoriales et tout particulièrement les Conseils généraux, cofinanceurs d'un grand nombre d'établissements et services médico-sociaux, sont en train de prendre la mesure du resserrement de leurs ressources fiscales, de la croissance de leurs dépenses sociales et des difficultés financières qui découlent de ces évolutions et qui les conduisent à reconsidérer leurs priorités ;
- enfin, au moment de la mission, les services déconcentrés de l'Etat sont accaparés d'une part par la prévention de la grippe et l'organisation des mesures de vaccination de la population et, d'autre part, par la partition des services, de nombreux titulaires de postes fonctionnels étant encore incertains quant à leur sort en 2010.

[46] Conjugués, ces divers éléments font que la mission s'est déroulée dans un climat marqué par de nombreuses incertitudes.

[47] Pour observer les modalités de préparation et de mise en œuvre des PRIAC, la mission s'est rendue dans trois régions et sept départements. Les régions Aquitaine, Bourgogne et Basse-Normandie ont été choisies de par la position médiane qu'elles occupent dans le classement national identifiant le niveau de réponse aux besoins : l'objectif est d'observer comment le parc de l'offre médico-sociale s'adapte dans une région « ordinaire », c'est-à-dire qui n'est ni sur-dotée ni sous-dotée ; pour la même raison, ont été écartées du choix des régions enquêtées celles qui présentent des caractéristiques démographiques atypiques.

[48] Dans chacune des trois régions, le département chef-lieu a été systématiquement enquêté, soit respectivement la Gironde, la Côte d'Or et le Calvados. Les autres départements enquêtés sont les Landes et les Pyrénées Atlantiques en Aquitaine, la Saône et Loire en Bourgogne et la Manche en Basse-Normandie.

[49] La mission a également effectué un bref déplacement à la DRASS de Picardie pour y examiner les modalités de l'identification des besoins et de la répartition infrarégionale des enveloppes, point sur lequel les techniques utilisées en Picardie tendent à se démarquer de celles qui sont en vigueur dans les autres régions.

[50] Principalement issus de ces observations locales mais également étayés par des rencontres et des travaux conduits au niveau national, notamment avec les équipes de la direction des établissements et services médico-sociaux de la CNSA⁵, les constats et propositions du présent rapport s'organisent en trois chapitres :

- le premier chapitre décrit l'ensemble des outils et des connaissances qui sont mobilisés pour nourrir le PRIAC ; ce chapitre insiste sur le positionnement spécifique du PRIAC, point de rencontre des processus de la programmation physique et de la programmation financière pour les établissements et les services du domaine médico-social ;
- le deuxième chapitre énonce les éléments d'évaluation du PRIAC, dans sa version antérieure à la promulgation de la loi précitée du 21 juillet 2009 : le PRIAC souffre de plusieurs imperfections techniques et, surtout, il est marqué par quelques profondes ambiguïtés ; les principales portent d'une part sur son caractère d'outil conçu par et pour les services de l'Etat alors que les équipements dont il traite sont très souvent cofinancés par les Conseils généraux et d'autre part sur son statut interdépartemental et non régional ; pour autant, le PRIAC joue un rôle certain dans la mise en cohérence de l'action publique et dans la transparence donnée aux priorités de l'Etat ;

⁵ La liste des personnes rencontrées figure en annexe 1.

- le troisième chapitre tient compte des réformes introduites par la loi du 21 juillet 2009, il situe le PRIAC dans ce nouveau contexte et il émet des propositions sur ce que pourrait être son contenu futur.

[51] Mais avant d'aborder ces aspects, il paraît utile de rappeler brièvement les caractéristiques principales du PRIAC dans sa configuration actuelle, c'est-à-dire dans son fonctionnement régi par les textes antérieurs à la loi du 21 juillet 2009 ; en effet, celle-ci n'entrera en vigueur que dans les prochains mois, au rythme de la parution de ses textes d'application et de la création effective des ARS.

- Outil de programmation des créations, extensions et transformations des établissements et des services, le PRIAC s'applique à des catégories limitativement énumérées d'équipements médico-sociaux et se définit par des caractéristiques originales

[52] Le PRIAC n'inclut pas la programmation des opérations touchant à l'ensemble du domaine social et médico-social relevant de la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale ; son champ est plus restreint puisque ne sont concernés que les établissements et les services qui appartiennent à une série de catégories limitativement énumérées par le CASF.

Encadré n° 1 : Les établissements et services visés par le PRIAC

En vertu de l'article L. 312-1 du CASF, les établissements et les services visés par le PRIAC sont :

« [...] 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 [...] ;

b) de réadaptation, de préorientation et de rééducation professionnelle [...] ;

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 [s'il s'agit de personnes âgées ou de personnes handicapées], ou d'autres établissements et services [s'ils accueillent des personnes âgées ou des personnes handicapées] ;

12° les établissements ou services à caractère expérimental [s'ils accueillent des personnes âgées ou handicapées] ».

[53] Le PRIAC est en fait un outil totalement spécifique au domaine médico-social que ne connaissent ni le domaine sanitaire ni le domaine social.

[54] Il présente par ailleurs des caractéristiques originales :

- d'abord, le PRIAC établit une programmation pluriannuelle : initialement, elle s'est faite sur trois ans puis le PRIAC a couvert cinq années ; le PRIAC en cours porte ainsi sur la période 2009-2013. Une modification vient toutefois d'être introduite sur ce point, limitant le

prochain PRIAC à quatre ans puisqu'il ne doit pas dépasser l'horizon 2013 et que son « objectif principal est un ajustement des priorités et orientations du PRIAC 2009-2013 »⁶ ; ceci réduit non seulement sa durée mais également son ambition et doit être interprété à la lumière des changements que produira prochainement la mise en œuvre de la loi précitée du 21 juillet 2009 ;

- la programmation incluse dans le PRIAC est à la fois actualisée chaque année et glissante dans le temps ; comme on le verra, ce dernier aspect, qu'au demeurant aucun texte n'impose, est très positif car il donne à l'outil de réelles capacités d'adaptation aux multiples changements qui peuvent affecter le déroulement des opérations de création de places nouvelles ; la mission se prononcera d'ailleurs pour son maintien en raison du concours que le caractère glissant du PRIAC peut apporter à l'articulation entre le futur schéma régional et les schémas départementaux⁷ ;
- s'il constitue le support de la répartition des financements, en « démarche descendante », le PRIAC est aussi conçu pour fonctionner en « démarche ascendante », dans l'optique d'éclairer le Parlement sur le niveau des besoins lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale et de la fixation de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) et de l'OGD correspondant au secteur médico-social ;
- établi aujourd'hui par le représentant de l'Etat dans la région et demain par le directeur général de l'ARS, le PRIAC décrit une programmation qui est interdépartementale ; la lettre « R » de l'acronyme doit être lue avec le « P », pour signifier programme, et n'abrège donc pas, comme on le croit parfois, l'expression « programme régional »⁸ ; en même temps, le CASF indique que le « programme interdépartemental » dresse les priorités de financement « au niveau régional » ; la loi de juillet 2009 conserve cette option d'un programme interdépartemental et non régional mais elle met également en lumière que le PRIAC est fait « pour la mise en œuvre du schéma régional » ;
- les opérations retenues sont classées en priorités de rang 1 et priorités de rang 2 ;
- enfin, le PRIAC présente une programmation qui, le plus souvent, est relativement anonymisée : en principe, les opérations inscrites au PRIAC n'y figurent pas nominativement mais, pour que les utilisateurs locaux et nationaux du PRIAC puissent mesurer comment s'opèrent la réponse aux besoins et la réduction des disparités infrarégionales, sont mentionnés aussi précisément que possible la catégorie de la population visée, la zone géographique d'implantation qui, sauf exception, correspond à un territoire plus restreint que le département, et enfin le nombre des lits ou des places. En fait, la mission a observé une relative diversité dans les pratiques, certains PRIAC pouvant inclure quelques opérations nominativement désignées ; elle a surtout relevé le caractère artificiel de l'anonymisation lorsque sont concernés des projets déjà autorisés par un acte administratif qui a donné lieu à publication, ce qui est le cas pour la quasi-totalité des projets figurant au titre des années N, N+1 et N+2, voire parfois au-delà.

- Le PRIAC ne couvre que « les prestations financées sur décision tarifaire de l'autorité compétente de l'Etat »

[55] Ce faisant, le PRIAC couvre la totalité du fonctionnement des établissements et des services qui sont financés à 100 % par l'OGD et dont les crédits de fonctionnement sont délégués par la CNSA. Mais l'outil ne vise qu'une part du financement des établissements et des services dont le fonctionnement est financé en partie par l'assurance maladie et en partie par les Départements puisque les crédits venant de ces derniers ne figurent pas dans le PRIAC ; il en va notamment ainsi pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et pour les foyers d'accueil médicalisés (FAM).

⁶ CNSA : « synthèse nationale des échanges techniques CTRI-CNSA 2009 – version du 11 janvier 2010 ».

⁷ Voir *infra* § 333.

⁸ Voir *infra* § 24.

- [56] Conçu pour couvrir le champ des établissements et des services destinés aux personnes âgées et aux personnes handicapées, le PRIAC concerne logiquement les établissements et les services d'aide par le travail (ESAT) mais il leur confère une sorte de positionnement « à part » puisqu'ils ne relèvent pas de la CNSA et que les informations les concernant sont traitées par la direction générale de la cohésion sociale (DGCS).
- [57] Enfin, l'outil s'en tient aux seuls crédits de fonctionnement, les crédits d'investissement n'apparaissant pas dans le PRIAC ; on verra toutefois que la confection d'une programmation réaliste des crédits de fonctionnement impose de prendre en considération les possibilités de financement de l'investissement pour les opérations nouvelles, notamment lorsqu'elles supposent la construction ou la réhabilitation d'un bâtiment.
- Le PRIAC va très au-delà de la seule programmation financière, du moins dans sa version actuelle, avant introduction des changements qui résulteront de la mise en œuvre de la loi du 21 juillet 2009
- [58] Le PRIAC est un outil de programmation financière ; en effet, aux termes de l'article L. 312-5-1 précité, il « dresse, pour la part des prestations financées 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 ».
- [59] Mais, de par les textes, l'objet du PRIAC va au-delà de la programmation financière et inclut aussi des objectifs physiques visant notamment la réduction des disparités entre les régions et au sein de chaque région. Au vu des objectifs qui sont conférés au PRIAC et qu'expriment les textes ci-dessous reproduits, on constate que le législateur l'a conçu comme un dispositif particulièrement ambitieux, à la fois au carrefour du physique et du financier, à l'articulation des orientations nationales et des schémas départementaux, en lien avec le domaine sanitaire et dans une visée de réduction des inégalités et d'adaptation de l'offre médico-sociale.

Encadré n° 2 : Les objectifs conférés au PRIAC

L'article L. 312-5-1 précité ne prévoit que les priorités énoncées par le PRIAC « sont établies et actualisées sur la base des schémas nationaux, régionaux et départementaux d'organisation sociale et médico-sociale mentionnés à l'article L. 312-5 Elles veillent en outre à garantir :

1° La prise en compte des orientations fixées par le représentant de l'Etat en application du sixième alinéa du même article ;

2° Un niveau d'accompagnement géographiquement équitable des différentes formes de handicap et de dépendance ;

3° L'accompagnement des handicaps de faible prévalence, au regard notamment des dispositions des schémas nationaux d'organisation sociale et médico-sociale ;

4° L'articulation de l'offre sanitaire et de l'offre médico-sociale au niveau régional, pour tenir compte notamment des établissements mentionnés au 2° de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique et également de la densité en infirmiers dans les zones mentionnées à l'article L. 162-47 du code de la sécurité sociale.

Le programme interdépartemental est actualisé en tenant compte des évolutions des schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale.

Le programme interdépartemental est établi et actualisé par le représentant de l'Etat dans la région après avis de la section compétente du comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale. Il est transmis pour information aux présidents de Conseil général ».

- [60] Le caractère ambitieux de la conception qui prévaut est également attesté par l'obligation faite au PRIAC d'intégrer un volet relatif à la de gestion des ressources humaines pour présenter une prévision de l'impact des créations, extensions et transformations des établissements et services sur les besoins de recrutement des personnels : c'est la valorisation en emplois de la programmation prévisionnelle médico-sociale.

- [61] La maquette du PRIAC contient les items suivants :
- les priorités interdépartementales par territoires ;
 - la situation interdépartementale de mise en œuvre des programmations ;
 - la programmation prévisionnelle des actions prioritaires, par thématiques (par exemple : l’accompagnement en milieu ordinaire de vie, l’accompagnement en institution) ;
 - la valorisation de la programmation prévisionnelle médico-sociale en emplois ;
 - les articulations entre le sanitaire, le médico-sociale et le social ;
 - les tableaux de synthèse des actions (par année de financement notamment) ;
 - une annexe financière pluriannuelle comprenant les mesures nouvelles de l’exercice N en cours et les enveloppes anticipées de N+1 à N+3.
- Le PRIAC dispose d’une portée juridique forte
- [62] Le PRIAC est opposable à l’autorité en charge du pouvoir d’autorisation et, au travers d’elle, aux demandeurs, comme l’indique l’article L. 313-4 du CASF reproduit ci-après.

Encadré n° 3 : La portée juridique du PRIAC

Aux termes de l’article L. 313-4 du CASF, « l’autorisation initiale [de créer ou d’étendre un établissement ou un service] est accordée si le projet [...] 4° est compatible, lorsqu’il en relève, avec le programme interdépartemental mentionné à l’article L. 312-5-1, et présente un coût de fonctionnement en année pleine compatible avec le montant des dotations [...], au titre de l’exercice au cours duquel prend effet cette autorisation.

L’autorisation fixe l’exercice au cours de laquelle elle prend effet.

[...] Lorsque l’autorisation a été refusée en raison de son incompatibilité avec [ces] dispositions [...] et lorsque le coût prévisionnel de fonctionnement du projet se révèle, dans un délai de trois ans, en tout ou partie compatible avec le montant des dotations [...], l’autorisation peut être accordée en tout ou partie au cours de ce même délai sans qu’il soit à nouveau procédé aux consultations mentionnées à l’article L. 313-1.

Lorsque les dotations [...] ne permettent pas le financement de tous les projets [...] ou lorsqu’elles n’en permettent qu’une partie, ceux des projets qui, de ce seul fait, n’obtiennent pas l’autorisation font l’objet d’un classement prioritaire [...] ».

1. LES CONNAISSANCES ET LES OUTILS MOBILISES POUR NOURRIR LE PRIAC, AU POINT DE RENCONTRE DES PROCESSUS DE LA PROGRAMMATION PHYSIQUE ET DE LA PROGRAMMATION FINANCIERE, SONT A LA FOIS NOMBREUX ET LARGEMENT AMELIORABLES

1.1. Le contenu du PRIAC résulte d’une programmation physique

- [63] Il ressort des textes cités en introduction que le PRIAC ne retrace pas seulement une programmation financière : il énonce des priorités qui s’expriment en structures à créer ou à transformer, en institutions et en places à ouvrir ou à reconfigurer ; et ces priorités doivent notamment veiller à garantir « un niveau d’accompagnement géographiquement équitable des différentes formes de handicap et de dépendance ». Dès lors, le PRIAC s’inscrit au sein du processus de la programmation physique.
- [64] En principe, une telle programmation passe par plusieurs étapes :
- évaluer la fiabilité et la qualité des nombreux instruments mobilisables pour approcher les besoins de la population ;
 - choisir, parmi ces divers instruments, ceux qui seront retenus pour constituer la batterie des critères de détermination des priorités ;
 - affecter une pondération à ces différents critères.

- [65] Telle est d'ailleurs la logique que suit la CNSA pour répartir en enveloppes régionales la masse des mesures nouvelles qu'elle peut attribuer au vu du niveau de l'ONDAM médico-social et de l'OGD. Les critères de répartition ont été approuvés par le conseil de la CNSA en 2006 et confirmés en 2008 après sollicitation du conseil scientifique⁹ ; ils diffèrent selon que l'on s'intéresse aux établissements et services pour personnes âgées ou pour personnes handicapées.
- [66] Pour le domaine des établissements et services pour personnes âgées, trois critères sont utilisés :
- le critère populationnel (pour 40 %) : il intervient sur la base de la population de 75 ans et plus recensée au 1^{er} janvier 2007 (source INSEE), pondérée par une prise en compte de la population des 75 ans et plus extrapolée à 2020 (source INSEE basée sur les projections de 2006) ;
 - le critère de l'euro par habitant (pour 50 %) ; ce critère est calculé sur la base :
 - du montant en N-1 des enveloppes régionales médico-sociales (personnes âgées) notifiées en N-1 ;
 - du montant en N-1 des enveloppes régionales dédiées au financement des unités de soins de longue durée (USLD) et notifiées aux services déconcentrés en N-1 ;
 - du coût, par région, des actes infirmiers de soins (AIS) de l'année N-1, limité aux seuls AIS réalisés en faveur des personnes âgées de 75 ans et plus relevant du régime général ;
 - le critère du taux d'équipement (pour 10 %) : il s'agit des taux d'équipement en places autorisées constatés en fin de N-2, comprenant l'ensemble des établissements et services, à savoir les maisons de retraite, médicalisées ou non, les USLD et les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ; sont ajoutées les places notifiées dans le cadre des mesures nouvelles de N-1, « réserve nationale »¹⁰ comprise.
- [67] En ce qui concerne les places d'accueil de jour et d'hébergement temporaire, une méthode différente est employée : en raison de la diversité des niveaux d'équipement entre les régions et afin d'avoir une politique d'incitation forte au développement de ce type de services, le seul critère populationnel est retenu (moyenne de la population des 75 ans et plus de 2007 et de la population extrapolée à 2020).
- [68] Pour ce qui est des moyens spécifiquement dédiés au financement de la prise en charge des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer au sein des pôles d'activités et de soins adaptés (PASA), des unités d'hébergement renforcées (UHR) et des SSIAD spécifiques, la répartition a été effectuée en fonction du poids par région de la population dite « en ALD 15 », c'est-à-dire présentant, en affection de longue durée, la maladie d'Alzheimer ou maladie apparentée et/ou traitée par un médicament spécifique de la maladie d'Alzheimer.
- [69] S'agissant des établissements et services pour les personnes handicapées, jeunes et adultes, trois critères sont utilisés :
- le critère populationnel (pour 50 %) : pour les enfants, il s'agit de la population des moins de 20 ans recensée en 2007 (source INSEE), pondérée par une prise en compte de la même tranche de population extrapolée à 2020 (source INSEE basée sur les projections de 2006) ; pour les adultes, c'est la population des 20 à 60 ans recensée en 2007 (source INSEE), elle aussi pondérée par une prise en compte de la même tranche de population extrapolée à 2020 (source INSEE basée sur les projections de 2006) ;

⁹ La consultation du procès-verbal de la réunion tenue le 18 septembre 2007 permet de mesurer à la fois que la discussion a été large et qu'elle a soulevé de très intéressantes perspectives, par exemple sur le lien à faire avec l'exploitation de l'enquête « handicap – invalidité – dépendance » de l'INSEE, mais qu'elle n'a débouché ni sur la modification des critères en vigueur ni sur l'identification d'aucun critère nouveau.

¹⁰ On appelle ainsi la masse des enveloppes qui est directement attribuée sur décision ministérielle ; elle représente environ 10 % du total.

- le critère des projets en attente de financement (pour 20 %) : il s'agit des projets en attente de financement au 31 décembre 2008, tels que déclarés par les DDASS ; sont pris en compte l'ensemble des montants afférents à des projets partiellement ou pas du tout financés ;
- le critère du taux d'équipement (pour 30 %) : il comprend l'ensemble des établissements et services, pour enfants comme pour adultes¹¹ ; sont ajoutées les places notifiées dans le cadre des mesures nouvelles de N-1, « réserve nationale » comprise, que ces places soient autorisées ou non.

[70] Puisque la CNSA répartit entre les régions la masse de mesures nouvelles dont elle dispose en sélectionnant et pondérant quelques critères, on pourrait envisager que le PRIAC opère de la même manière pour affecter l'enveloppe régionale aux divers projets retenus. C'est en partie le cas, par exemple en Aquitaine où la DRASS utilise les mêmes critères que la CNSA, en les pondérant toutefois de manière différente¹² ; mais, en fait, le contenu du PRIAC résulte d'une combinaison plus complexe où interviennent à la fois :

- des critères bien établis, semblables à ceux de la CNSA, comme le taux d'équipement ;
- les priorités qu'imposent les schémas et les plans nationaux ;
- celles qui figurent dans les schémas départementaux ;
- et enfin diverses autres données qui contribuent également à l'identification des besoins.
- La programmation physique dont résulte le PRIAC est ainsi issue de sources multiples qui fournissent des informations dont la qualité et la fiabilité paraissent largement améliorables.

1.1.1. Le PRIAC décline les schémas et les plans nationaux

[71] Comme indiqué en introduction, la loi prévoit que les priorités qu'énonce le PRIAC sont notamment « établies et actualisées sur la base des schémas nationaux ». En fait, à ce jour, les schémas nationaux sont très peu nombreux, le plus récent étant consacré aux handicaps rares. En revanche, le domaine médico-social est couvert par des plans nationaux, nombreux et importants :

- dans le domaine de l'accompagnement et de la prise en charge des personnes âgées, le plan solidarité grand âge couvre un très vaste ensemble d'équipements et de services. Pour sa part, le plan Alzheimer prévoit les solutions adaptées aux personnes atteintes par cette maladie ou par des troubles apparentés ;
- pour les enfants, les adolescents et les adultes handicapés, la situation est comparable avec un programme pluriannuel de création de places et des plans thématiques, notamment le plan autisme.

[72] Si la loi vise uniquement les schémas nationaux, un consensus est bien établi pour que les plans et programmes qui viennent d'être cités leur soient assimilés et disposent du même poids dans la détermination des priorités.

[73] D'ailleurs, en amont du PRIAC, la CNSA est le premier maillon de l'exécution de ces plans : comme l'indique un document récemment produit¹³, pour « la fixation des enveloppes régionales de mesures nouvelles, [...] la CNSA répartit l'équivalent de la tranche 2010 des plans ».

[74] Dès lors que la réalisation des plans et schémas nationaux assortis d'objectifs exprimés en structures, en lits et en places, constitue une priorité qui s'impose, le PRIAC est un outil de leur déclinaison ; le dispositif est donc conçu de manière telle qu'il exclut implicitement la possibilité qu'il y ait contradiction entre la mise en œuvre des plans nationaux et la nécessité de faire place aux préconisations issues des schémas départementaux.

¹¹ Les taux d'équipement utilisés pour les adultes sont toutefois hors centres de réadaptation professionnelle, centres de pré-orientation pour handicapés et établissements expérimentaux.

¹² Voir en annexe le compte-rendu de la mission en Aquitaine § 212.

¹³ Notice pratique n° 2 : procédure de répartition des dotations régionales et départementales 2010.

- [75] De fait, dans les régions et départements enquêtés, la question ne paraît pas s'être posée jusqu'ici. Plus précisément, aucun risque de conflit entre priorités nationales et locales n'est apparu dans le domaine des personnes âgées. En revanche, le champ du handicap est plus complexe puisqu'il existe à la fois de multiples catégories de déficiences (physiques, sensorielles, psychiques, etc., au sein desquelles on peut d'ailleurs distinguer des sous-catégories) et une pluralité de réponses plus diversifiées que dans le domaine de la perte d'autonomie des personnes âgées. Or, si le programme pluriannuel de création de places couvre l'ensemble des handicaps, les plans spécifiques, notamment le plan autisme, ne visent chacun qu'une population ciblée.
- [76] A l'inverse de ce que l'on observe pour les personnes âgées, il peut donc arriver que s'exprime localement le besoin d'apporter une réponse à une catégorie de personnes au bénéfice de laquelle n'existe aucun plan national. C'est ainsi qu'en Bourgogne, une étude commandée par la DRASS au Centre régional pour l'enfance et l'adolescence inadaptées (CREAI) a identifié le besoin de créer des unités d'évaluation, de réentraînement et d'orientation sociale et professionnelle (UEROS) pour les personnes cérébro-lésées¹⁴.
- [77] Dans cette hypothèse, on n'observe pas réellement une contradiction entre le respect des objectifs fixés par les plans nationaux et la satisfaction d'un besoin identifié localement mais cette dernière doit passer dans les interstices laissés par la déclinaison des priorités nationales.

1.1.2. Les schémas départementaux sont de qualité inégale et il n'existe pas de schémas régionaux

- [78] Le premier alinéa de l'article L. 312-5-1 du CASF situe les schémas régionaux et départementaux au même plan que les schémas nationaux : les priorités figurant au PRIAC sont établies et actualisées sur la base des uns comme des autres ; mais un autre alinéa complète cette première disposition en soulignant que le PRIAC « est actualisé en tenant compte des évolutions des schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale ».
- [79] Aussi la mission a-t-elle examiné, dans les régions et départements où elle s'est rendue, le contenu de ces schémas départementaux et notamment la nature et la qualité des outils et informations pris en compte lors de leur préparation.

1.1.2.1. La diversité des schémas départementaux

- [80] Le constat le plus net est celui de la diversité des schémas départementaux, y compris au sein d'une même région où, comme on pouvait s'y attendre, les périodes couvertes par les schémas sont différentes, de même que les méthodes retenues pour les préparer.
- [81] Si tous les départements enquêtés disposent au moins d'un schéma en cours d'exécution, soit dans le domaine des personnes âgées, soit dans celui des personnes handicapées, plusieurs départements sont dans la situation où l'un de ces schémas est arrivé à expiration, sans que le suivant ait été adopté. D'ailleurs, un long laps de temps, de plusieurs mois, voire de plusieurs années, peut être parfois observé entre la fin d'un schéma et l'adoption du suivant ; il va ainsi, par exemple, en Côte d'Or où le schéma relatif aux adultes handicapés est arrivé à échéance en 2005, où le Conseil général a ensuite investi ses forces dans la montée en charge de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) et où la préparation d'un nouveau schéma n'est que depuis peu à l'ordre du jour¹⁵.

¹⁴ Voir en annexe le compte-rendu de la mission en Bourgogne § 1121.

¹⁵ Voir en annexe le compte-rendu de la mission en Bourgogne § 31.

- [82] Le plus souvent, il existe deux schémas, mais on en compte parfois trois, le domaine des personnes handicapées étant alors scindé entre les adultes et les enfants et adolescents. Dans plusieurs départements, les services des Conseils généraux envisagent de laisser vivre les schémas en cours mais d'organiser leur renouvellement en harmonisant les périodes d'application des deux schémas ; telle est par exemple l'intention aujourd'hui énoncée dans le Calvados ; pour sa part, le Conseil général des Pyrénées Atlantiques s'apprête à réaliser un seul schéma, couvrant à la fois le handicap et la perte d'autonomie et portant sur la période 2011-2015.
- [83] S'agissant des modalités de préparation des schémas, il est insisté dans tous les départements enquêtés sur la concertation approfondie entre les services des Conseils généraux et les services des DDASS ; ceci vaut naturellement pour la détermination des priorités dans les domaines où les équipements les plus importants sont cofinancés mais, le plus souvent, la coopération va bien au-delà, avec une association réelle des services départementaux de l'Etat à toutes les phases de préparation du schéma et, notamment, leur participation au comité de pilotage¹⁶. En revanche, la sollicitation des DRASS par les Conseils généraux est très rare et, lorsqu'elle existe, elle ne porte que sur la fourniture des données dont dispose le statisticien régional.
- [84] La réalité de ce partenariat départemental entre l'Etat et le Conseil général n'empêche toutefois pas que, tant lors de la mise en œuvre des schémas qu'à l'occasion de la préparation de chaque PRIAC, apparaissent diverses difficultés et mauvaises coordinations qui seront décrites lors de l'examen du contenu des PRIAC¹⁷.
- [85] Au-delà des services de l'Etat, la concertation qu'organisent les services des Conseils généraux est inégalement développée. Dans certains cas, elle est réelle ; à titre d'exemple, les modalités retenues pour l'élaboration du schéma gérontologique de la Manche, avec la constitution de sept groupes de travail partenariaux et l'organisation de quinze tables-rondes, témoignent du souci d'associer à la réflexion un grand nombre d'acteurs¹⁸ ; un dispositif analogue devrait être prochainement mis en place pour la préparation du futur schéma relatif aux personnes handicapées.
- [86] La diversité des schémas apparaît également dans le nombre et la qualité des informations mobilisées pour estimer les besoins.
- [87] Le plus souvent, la préparation d'un schéma est l'occasion de faire réaliser des études spécifiques. Ainsi, par exemple, l'observatoire régional de la santé (ORS) d'Aquitaine a apporté son soutien à la préparation des deux schémas en vigueur en Gironde, pour les personnes âgées et pour les personnes handicapées ; dans ce dernier domaine, des enquêtes ont été réalisées sur le vieillissement des handicapés, sur l'articulation entre la prise en charge médico-sociale du handicap psychique et l'hospitalisation en établissement de santé spécialisé, sur les besoins d'accompagnement des travailleurs handicapés en milieu protégé¹⁹.
- [88] Parfois, c'est un point particulier du schéma départemental qui peut faire l'objet d'une étude. A titre d'illustration et bien que le projet vienne à peine de débiter et qu'il soit donc prématuré de se prononcer sur la qualité et l'utilité des informations qui en seront finalement issues, la mission a pris connaissance avec intérêt de la démarche engagée par le Conseil général des Landes pour mieux appréhender les besoins des jeunes de 16 à 25 ans en situation de handicap. Il s'agit, grâce à la mobilisation des ressources de la MDPH, de mieux identifier les attentes de cette population et d'assurer un suivi individuel en vue de proposer à chacun un projet personnel adapté qui peut être professionnel, occupationnel ou, le cas échéant, de prise en charge lourde ; à partir de l'analyse de ces cas individuels, devrait émerger la détermination de la gamme des services requis et, en conséquence, la définition des équipements et services à développer et l'identification de ceux qu'il conviendrait de réduire ou de reconvertir²⁰.

¹⁶ Voir notamment en annexe le compte-rendu de la mission en Basse-Normandie § 311 et 312.

¹⁷ Voir *infra* § 22.

¹⁸ Voir en annexe le compte-rendu de la mission en Basse-Normandie § 312.

¹⁹ Voir en annexe le compte-rendu de la mission en Aquitaine § 3322.

²⁰ Voir en annexe le compte-rendu de la mission en Aquitaine § 3222.

- [89] De manière plus générale, les schémas en vigueur en Saône et Loire adoptent un découpage fin en bassins de vie, utilisent de nombreux éléments statistiques, se fondent sur des études destinées à évaluer la pression de la demande et retiennent leurs priorités au vu de plusieurs scénarios entre lesquels un choix a été opéré : le maintien de l'existant, une programmation resserrée ou un développement volontariste de l'offre de services ; il y a ainsi l'amorce d'une évaluation *ex ante* de l'impact de politiques alternatives, ce qui constitue naturellement une aide précieuse à la décision²¹.
- [90] Mais, dans toutes les régions et départements enquêtés, on relève aussi le recours à des données anciennes, vraisemblablement dépassées. Ainsi, dans la Manche, le schéma départemental relatif aux personnes handicapées fait encore référence aux statistiques de l'ancienne commission départementale de l'éducation spéciale (CDES) et de l'ancienne commission technique d'orientation et de reclassement professionnel (COTOREP) qui, dans les deux cas, donnent des informations remontant jusqu'à l'année 2001²². Le « plan handicap 2005-2010 » du Calvados est lui aussi construit à partir d'informations anciennes et notamment d'une étude du CREAMI réalisée sur les enfants titulaires de l'allocation d'éducation spéciale au 1^{er} octobre 2003²³.
- [91] Quel que soit le département enquêté, on constate un manque réel d'informations fiables, régulièrement actualisées. Ce point vaut pour la préparation des schémas départementaux mais il affecte aussi, au niveau régional, la construction annuelle du PRIAC et, à ce titre, il sera développé plus loin²⁴.
- [92] Par ailleurs, l'étude des schémas des départements enquêtés aboutit au constat :
- de démarches peu cohérentes : ainsi, à titre d'exemple, dans les schémas gérontologiques, on observe un recours totalement aléatoire aux statistiques relatives soit aux personnes de plus de 75 ans soit à celles de plus de 85 ans ;
 - d'une mesure toujours insuffisante des flux interdépartementaux et interrégionaux, présents et prévisibles ; il en a souvent été fait état à la mission, en se fondant plus sur des dires d'experts que sur des mesures ou des évaluations précises, et peu de conséquences en sont concrètement tirées²⁵.
- [93] Enfin, il importe surtout de souligner que les schémas examinés sont encore souvent des documents « d'orientation », à visée d'affichage de la politique souhaitée mais sans programmation précise des opérations à réaliser ni désignation des territoires où l'offre doit être prioritairement renforcée. Il s'ensuit que le PRIAC doit certes s'inspirer des intentions ainsi émises mais qu'il ne trouve pas dans les schémas départementaux les éléments d'une programmation qui serait incontournable car fondée sur des documents précis, fondés et actualisés.
- [94] C'est ce qui explique d'ailleurs que la confection des PRIAC ne soit en rien un exercice de simple addition des opérations identifiées comme intangibles dans les schémas départementaux. Le PRIAC prend en considération les orientations des schémas départementaux mais il les confronte aux priorités nationales et il les met en perspective avec d'autres données décrites *infra*, dont les taux d'équipement.

1.1.2.2. L'absence de schémas régionaux

- [95] Dans le domaine sanitaire, il existe à ce jour un schéma régional d'organisation des soins sans document financier d'accompagnement et, dans le domaine médico-social, c'est l'inverse : la programmation financière interdépartementale est faite dans le PRIAC sans qu'existe un schéma régional ; le constat fait par la mission dans les trois régions où elle s'est rendue corrobore en effet une situation bien connue, celle de l'absence de schéma régionaux portant sur le champ médico-social.

²¹ Voir en annexe le compte-rendu de la mission en Bourgogne § 211.

²² Voir en annexe le compte-rendu de la mission en Basse-Normandie § 12.

²³ Voir en annexe le compte-rendu de la mission en Basse-Normandie § 12.

²⁴ Voir *infra* § 114.

²⁵ Voir en annexe le compte-rendu de la mission en Basse-Normandie § 331 et en Aquitaine § 1111.

- [96] Mais, comme le PRIAC doit être à la fois soumis à l'avis des membres « de la section compétente du comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale » (CROSMS), établi « en liaison avec les préfets des départements concernés »²⁶ et examiné en comité de l'administration régionale (CAR) et qu'il est également porté à la connaissance des personnes intéressées, le plus souvent *via* le site internet des services déconcentrés de l'Etat dans la région, les DRASS, sans y être contraintes par un texte particulier, ont conçu un document pédagogique qui complète et éclaire le PRIAC dont la maquette est relativement lourde et peu lisible²⁷. Ce document est appelé « document d'accompagnement » ou, plus souvent, « document d'orientation régionale » (DOR).
- [97] Lorsqu'il va au-delà de l'énoncé des données statistiques utilisées pour confectionner le PRIAC, le DOR peut ainsi prendre les apparences d'une sorte de schéma régional et exprimer les priorités médico-sociales de l'Etat.
- [98] En Basse-Normandie, le choix a été fait d'un DOR relativement succinct qui rappelle les caractéristiques essentielles du PRIAC, inventorie les schémas départementaux en vigueur, donne des informations relatives à la démographie et présente divers indicateurs sociaux²⁸. Ces éléments aident à la compréhension des choix du PRIAC mais le DOR n'exprime pas la vision stratégique dont procèdent les priorités qu'énonce le PRIAC.
- [99] Le document conçu en Aquitaine témoigne d'un souci pédagogique plus affirmé : il développe avec un grand degré de précision les déterminants des facteurs de risques sanitaires et sociaux et ceux du recours aux services, il utilise de nombreuses données de l'assurance maladie, il rappelle les taux d'équipement et, surtout, il présente les priorités nationales et les orientations propres à la région ; la programmation que propose le PRIAC s'en trouve, sinon totalement justifiée, du moins correctement expliquée et elle donne l'image d'une forme de cohérence par rapport au contexte dans lequel elle s'inscrit²⁹.
- [100] Le DOR de Bourgogne se situe entre ces deux « modèles » : moins développé que celui d'Aquitaine, il est plus complet que celui de Basse-Normandie.

1.1.3. Il est souvent recouru au taux d'équipement dont les limites sont pourtant nombreuses

- [101] Les instructions données par la CNSA et la place qu'elle-même lui accorde pour déterminer les dotations qu'elle distribue montrent qu'au niveau national, le taux d'équipement n'occupe pas une place prééminente : comme on l'a indiqué, cet indicateur entre pour 10 % dans l'ensemble des critères de répartition des mesures nouvelles entre les enveloppes régionales du domaine des personnes âgées, ce taux s'élevant à 30 % pour les personnes handicapées.
- [102] L'Aquitaine procède d'une manière comparable mais accorde déjà une place plus importante que la CNSA au taux d'équipement puisqu'il joue pour 30 % dans la détermination des priorités, pour les personnes âgées comme pour les personnes handicapées³⁰.

²⁶ Article 312-5-1 du CASF.

²⁷ Voir *infra* § 214.

²⁸ Voir en annexe le compte-rendu de la mission en Basse-Normandie § 11.

²⁹ Voir en annexe le compte-rendu de la mission en Aquitaine § 1113, 112, 113 et 114.

³⁰ Voir en annexe le compte-rendu de la mission en Aquitaine § 212.

- [103] En Bourgogne, au niveau régional, il est fait recours à la comparaison des taux d'équipement dans le domaine des personnes handicapées : entre les départements de la région, entre eux et la moyenne régionale, entre celle-ci et la moyenne nationale³¹. Pour prendre le cas d'un département, celui de Saône et Loire, la DDASS fonde largement ses analyses sur des comparaisons d'équipement entre arrondissements pour les personnes âgées : le nombre des places est rapporté à une estimation de la population âgée en 2012 ; pour les personnes handicapées, elle raisonne en fonction d'un taux d'équipement cible, auquel s'ajoutent, il est vrai, d'autres indicateurs de pression de la demande³².
- [104] De manière générale, dans les régions enquêtées et dans la plupart des départements, le taux d'équipement occupe une place dans la détermination des priorités du PRIAC que la mission a jugée très importante, voire trop eu égard aux nombreuses limites qui l'affectent.

1.1.3.1. Les limites tenant aux méthodes de calcul du taux d'équipement

- [105] L'utilisation des taux d'équipement soulève de nombreuses questions. La première touche à la détermination des données à prendre en considération au numérateur comme au dénominateur. Comme on l'a indiqué, la CNSA décrit avec précision les éléments qu'elle fait figurer dans ces deux positions. Localement, les pratiques sont moins assurées.
- [106] Il apparaît en premier lieu qu'au sein d'une même région, les pratiques ne sont pas harmonisées. D'un département à l'autre, le recours au taux d'équipement va être inégalement privilégié, constituant ici l'outil quasi unique de l'approche des besoins tandis qu'il est mis en perspective avec d'autres études dans le département voisin. Egalement d'un département à l'autre, les données retenues pourront varier, avec au numérateur des données plus ou moins globalisées (par exemple l'ensemble des établissements pour les personnes handicapées ou bien un taux propre aux maisons d'accueil spécialisées, un autre pour les foyers d'accueil médicalisés, etc.) et avec au dénominateur des statistiques issues de recensements ou d'estimations faits à des dates différentes.
- [107] Ceci témoigne certes du poids qu'occupent dans la réflexion les services des Conseils généraux qui ne peuvent évidemment pas se sentir liés par les pratiques des autres départements mais ceci révèle également une concertation relativement peu dynamique sur ce point au sein des comités techniques régionaux et interdépartementaux (CTRI).
- [108] Même si, par principe, la mission souhaite laisser la plus grande latitude aux responsables locaux dans des matières largement déconcentrées et décentralisées, la question paraît se poser d'une harmonisation des éléments pris en considération, cette réflexion devant surtout porter sur le domaine des personnes handicapées adultes où les résultats obtenus peuvent être très différents selon que l'on regarde l'ensemble des places installées ou que l'on distingue les MAS, les FAM, les ESAT et les services ; et l'on peut d'ailleurs envisager un découpage encore plus fin qui isolerait, pour chaque catégorie de structure, les places pour handicapés moteurs, pour déficients sensoriels, pour autistes, pour polyhandicapés, etc.
- [109] Quoi qu'il en soit, une autre harmonisation serait nécessaire, qui exige un investissement intellectuel bien moindre : il conviendrait de faire en sorte que, dans tous les départements, le fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS) soit parfaitement nettoyé et tenu. C'est en effet de cette source que sont extraites les données relatives aux équipements autorisés et installés. Or, sans que la mission en ait fait un point particulier de ses observations, il ressort des témoignages recueillis que la fiabilité de FINESS peut être améliorée.

Recommandation n°1 : Renforcer la fiabilité de FINESS

³¹ Voir en annexe le compte-rendu de la mission en Bourgogne § 113.

³² Voir en annexe le compte-rendu de la mission en Bourgogne § 221.

- [110] Par ailleurs, se pose la question de l'utilisation des taux d'équipement dans l'approche territorialisée infra-départementale ; comme on l'a vu, ce taux est calculé jusqu'au niveau de l'arrondissement en Saône et Loire et l'on peut se demander si l'indicateur donnerait encore des informations fiables s'il était utilisé à une échelle moindre, par exemple celle du canton.
- [111] L'utilisation des taux d'équipement rencontre encore d'autres limites. Ainsi est-il apparu à la mission que deux phénomènes sont insuffisamment pris en compte :
- le taux d'équipement devrait d'abord être relativisé en fonction de l'histoire du parc disponible ; on a par exemple signalé à la mission le cas des personnes originaires d'Ile-de-France qui sont accueillies depuis de très nombreuses années dans les établissements pour épileptiques sévères de l'Orne ou encore, en Aquitaine³³, d'une part le cas de la Fondation John Bost qui, sur plusieurs décennies, a drainé une population qui, en très grande majorité, n'est pas issue de la région et d'autre part celui des anciens sanatoriums reconvertis du pays basque où un très grand nombre de résidents ne sont pas originaires des Pyrénées Atlantiques. Dans tous les cas de ce type, l'intégration dans les taux d'équipement des équipements concernés ne peut que fausser les comparaisons ;
 - dans le même ordre d'idées, la mission a relevé que les taux d'équipement sont calculés sans réellement intégrer les flux interrégionaux et interdépartementaux dont on a déjà souligné d'ailleurs qu'ils sont mal mesurés ; à plusieurs reprises, l'attention de la mission a été appelée sur les mouvements de la population âgée et, particulièrement, sur le cas des personnes âgées d'Ile-de-France qui sont à la recherche d'établissements où les « restes à charge » sont moins élevés et qui se dirigent vers les régions limitrophes : Normandie, Picardie, Bourgogne, Centre. Dans ces situations, la détermination des besoins des départements concernés ne peut pas résulter de la seule prise en considération des prévisions d'évolution démographique de la population locale. On peut noter que les instances de la CNSA relativisent toutefois l'enjeu, comme l'indique le procès-verbal de la réunion du 18 septembre 2007 du Conseil scientifique qui indique que « les migrations à la retraite mais aussi au grand âge à l'entrée en établissement ne sont pas bien connues mais [que] ce point n'est pas trop critique car les personnes finissent par acquérir leur domicile dans le département de leur établissement ».

Recommandation n°2 : Ponderer les taux d'équipement régionaux et départementaux en fonction du nombre de personnes extérieures accueillies

1.1.3.2. Des risques d'effets pervers

- [112] Les premiers effets pervers envisageables sont liés à la revendication du « rattrapage ». Dans la plupart des départements où, pour une catégorie donnée, le taux d'équipement est inférieur au taux régional, apparaît en effet la revendication d'un alignement sur ce taux régional ; mais si le département qui est tenu pour sous-doté fait l'objet d'une attribution de places supplémentaires, le taux régional s'élève par un effet mécanique imparable, dès lors qu'il n'y a pas destruction concomitante d'un nombre égal ou supérieur de places dans les autres départements de la région ; il s'ensuit que le taux régional sera toujours supérieur au taux départemental et qu'un rattrapage intégral est donc mathématiquement impossible³⁴. C'est ce qui se produit par exemple en Saône et Loire dont le Conseil général affiche une volonté politique forte de rattrapage par rapport au taux moyen d'équipement bourguignon dans le domaine des personnes âgées³⁵. De surcroît, en l'occurrence, un éventuel rattrapage de la Saône et Loire par rapport à la moyenne régionale est d'autant moins possible qu'au regard du taux d'équipement national, la Bourgogne apparaît bien dotée et qu'elle obtient donc très peu de places nouvelles, ce qui interdit d'envisager l'attribution conséquente souhaitée par le Conseil général.

³³ Voir en annexe le compte-rendu de la mission en Aquitaine § 1111.

³⁴ C'est la parfaite illustration du paradoxe d'Achille et de la tortue formulé par Zénon d'Elée.

³⁵ Voir en annexe le compte-rendu de la mission en Bourgogne § 121.

- [113] Au demeurant, on observe surtout que les comparaisons de taux d'équipement et les revendications de rattrapage sont le plus souvent mises en avant sans qu'une réflexion ait été conduite sur le « juste » taux qui permet de satisfaire les besoins avec efficacité ; en tout cas, rien ne garantit que le taux régional réponde bien à cette définition.
- [114] Un autre effet pervers vient de ce que les taux d'équipement départemental et régional s'élèvent mécaniquement lorsque des places, par exemple de MAS, sont ouvertes par transformation d'un nombre égal de lits de psychiatrie, alors même qu'aucune capacité nouvelle n'est en fait disponible pour répondre aux besoins des adultes handicapés, les places étant déjà occupées lors de leur transfert.
- [115] Par ailleurs, dans les zones non prioritaires où le taux d'équipement est relativement élevé, certaines extensions peuvent encore être nécessaires pour que les établissements parviennent au seuil de rentabilité, notamment dans les communes isolées où l'on ne peut envisager ni la fermeture de l'établissement ni sa fusion avec un autre.
- [116] Enfin, il a été rapporté à la mission que, dans quelques cas, certes encore très rares, la faiblesse du taux d'équipement peut conduire les services de l'Etat et du Conseil général à susciter la création d'EHPAD qui, une fois réalisés, peinent à ouvrir compte tenu des difficultés rencontrées pour recruter les agents ou qui, une fois ouverts, peinent à se remplir du fait de la dispersion de la population et de la faiblesse de ses revenus ; ceci se serait produit dans la Nièvre et dans les zones occidentales de la Saône-et-Loire.

1.1.3.3. Un indicateur qui peut inciter à la reproduction des catégories existantes

- [117] Force est de constater que le taux d'équipement constitue par nature un indicateur qui privilégie les lits et les places ; dès lors, si elle occupe une place trop importante et *a fortiori* exclusive dans le processus de décision, sa prise en considération risque de compromettre la recherche des solutions adaptées.
- [118] Ainsi, l'observation du taux d'équipement ne rend pas compte des situations dans lesquelles un nombre de places qui paraîtrait « faible » se trouverait largement compensé, du point de vue du service rendu à la population, par une bonne interaction entre EHPAD, établissements de santé, SSIAD, hospitalisation à domicile, praticiens libéraux, infirmiers, services d'aide à domicile, etc. De même, un taux d'équipement relativement peu élevé en structures pour enfants handicapés est certes à prendre en considération comme un signal d'alerte, mais il doit peut-être se trouver relativisé si l'intégration scolaire en milieu scolaire est bien développée. De manière générale, les besoins tendent à s'exprimer moins en équipements qu'en compétences à mobiliser et à articuler entre elles : sur un territoire donné, l'amélioration de la synergie entre les structures existantes et le renforcement du nombre et de la formation des personnels peuvent, sous certaines conditions, avoir autant d'effets positifs pour la population que l'ouverture d'un équipement ou d'un service supplémentaire ; or, par le biais de la comparaison des taux d'équipement, le mécanisme de la programmation privilégie le raisonnement au terme duquel la satisfaction de tout besoin passe par la modification du parc.
- [119] En outre, la définition des catégories d'établissements et de services évolue ; ainsi le plan Alzheimer recommande-t-il depuis peu de créer des PASA et UHR : sans ouvrir de nouvelles places et donc à taux d'équipement constant, les prestations délivrées changent. Dans le même ordre d'idées, les catégories usuelles d'établissements et de services auxquelles on recourt pour identifier les taux d'équipement ne reflètent pas suffisamment la diversité des situations et les projets expérimentaux risquent de faire les frais de cette rigidité.
- [120] Surtout, l'application mécanique des taux d'équipement ne permet pas d'apporter des réponses satisfaisantes aux problèmes nouveaux qui apparaissent. Bien que ce dernier point ne soit pas au cœur de la présente mission relative à la programmation contenue dans les PRIAC, il est apparu suffisamment important pour qu'on cite ici quelques exemples, comme autant de sujets qui mériteraient une réflexion plus approfondie.

- [121] Dans le domaine du handicap, on vise :
- les problèmes liés à la prise en considération, consacrée par la loi précitée du 11 février 2005, du handicap psychique dont la définition ne paraît pas encore stabilisée chez les acteurs locaux ;
 - les ambiguïtés maintes fois signalées entre les missions des MAS et celles des FAM, au point que certaines commissions départementales des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH), dont celle de la Côte d'Or, prononcent des orientations doubles, à la fois en MAS et en FAM, ce qui ne peut qu'interroger sur l'opportunité de la position de la CNSA qui détermine une proportion optimale entre les deux structures, les créations de FAM devant représenter 65 % des capacités nouvelles et les MAS 35 % ;
 - la question du vieillissement des personnes handicapées et, particulièrement, de celles qui sont employées en ESAT et qui ne peuvent plus travailler ou qui atteignent l'âge de la retraite ; le plus souvent, l'entrée en EHPAD ne constitue pas une solution adaptée et le souhait des intéressés paraît être de demeurer dans les foyers où ils résident, ce qui suppose une reconfiguration de ceux-ci ;
 - le problème des jeunes présentant des troubles graves du comportement.
- [122] Pour les personnes âgées, apparaissent au moins deux types de nouveaux besoins :
- du fait que le maintien à domicile concerne des cas de plus en plus lourds grâce au renforcement des étayages possibles, il conviendrait de réfléchir à la création d'EHPAD encore plus médicalisés, avec présence permanente d'infirmiers, y compris la nuit, vacations plus nombreuses de psychiatres, prise en charge de la douleur, interventions d'équipes de soins palliatifs ;
 - et, dans le même temps, commencent à apparaître de nouveaux besoins, notamment en milieu rural, dont celui de créer au centre des bourgs un habitat collectif adapté, sécurisé et faiblement médicalisé pour les personnes qui sont encore peu dépendantes mais qui ne souhaitent plus rester à leur domicile du fait de l'isolement géographique, de la solitude, de la crainte de l'insécurité.
- [123] Compte tenu de la faiblesse des autres indicateurs, il n'est évidemment pas souhaitable de cesser de recourir au taux d'équipement ; mais, dans les régions enquêtées, il paraît nécessaire que ses utilisateurs intériorisent mieux ses limites et ne lui accordent pas un poids excessif dans le processus d'attribution des mesures nouvelles ; en réduisant son importance, ils se conformeraient d'ailleurs à l'esprit des prescriptions de la CNSA.

1.1.4. Les besoins sont approchés à partir de multiples autres informations dont la plupart mériteraient d'être fiabilisées

1.1.4.1. L'exploitation d'enquêtes nationales et la réalisation d'études *ad hoc*

- [124] Comme l'indiquent les trois rapports figurant en annexe et relatifs aux observations de la mission en Aquitaine, en Bourgogne et en Basse-Normandie, les programmations incluses dans les PRIAC se nourrissent d'études diverses : certaines, commanditées par les DRASS, sont spécifiquement conçues dans le souci d'aider à l'approche des besoins nécessaires à l'établissement des PRIAC ; mais, le plus souvent, sont mobilisées pour les PRIAC des enquêtes existantes, qu'il s'agisse de l'exploitation d'enquêtes nationales administrées par la direction de la recherche, de l'évaluation et des études statistiques (DREES) ou d'enquêtes *ad hoc*, elles-mêmes commanditées soit par les DRASS ou, au niveau départemental, par les DDASS ou les services des Conseils généraux.

- [125] A de nombreuses occasions, les enquêtes portées à la connaissance de la mission ont été conduites par les CREAI mais les ORS ont également été sollicités, notamment en Gironde³⁶.
- [126] A titre d'illustration, on peut noter, en Basse-Normandie, que :
- le CREAI a réalisé en 2007 une étude sur les inadéquations en santé mentale permettant d'approcher le nombre des personnes prises en charge dans les services de psychiatrie des établissements de santé alors qu'elles pourraient être accueillies dans des établissements ou services médico-sociaux³⁷ ;
 - le CREAI a ensuite produit, en 2008, une étude sur les personnes handicapées vieillissantes ;
 - les services du Conseil général de la Manche s'étaient appuyés sur deux études pour préparer le schéma départemental du handicap, l'une réalisée par le CREAI sur les personnes vivant à domicile avec une déficience motrice et l'autre par l'ORS sur les besoins en places nouvelles pour les adultes handicapés³⁸.
- [127] En Bourgogne, la DRASS utilise les données régionales d'enquêtes nationales de la DREES tant pour le domaine des personnes handicapées que pour celui des personnes âgées³⁹. Elle recourt aussi aux données d'une étude PAQUID⁴⁰ pour estimer la proportion des personnes âgées atteintes de démence, à ce jour et à l'horizon 2012⁴¹. Comme dans les autres régions, le CREAI a été également sollicité, notamment pour évaluer les besoins des autistes et des personnes atteintes de troubles du comportement ; c'est également l'une de ses études qui a appelé l'attention sur les besoins des personnes cérébro-lésées⁴².
- [128] La mission souligne qu'en Bourgogne, à la demande de la DRASS, le CREAI a procédé en 2008 à une analyse des différents schémas départementaux en place au 31 décembre 2007. L'initiative était évidemment intéressante compte tenu de ce que l'on a indiqué *supra* quant à l'opportunité d'une harmonisation régionale des modes de confection des schémas départementaux ; mais, du point de vue des responsables de la DRASS, le travail produit s'est révélé difficilement exploitable, compte tenu précisément de l'hétérogénéité du contenu de ces schémas et de leur incomplétude en termes d'objectifs quantifiés en places.
- [129] Sur un plan plus général, la mission relève que sur une question aussi essentielle que celle de la démographie des personnes concernées, les informations mobilisables ne sont pas satisfaisantes : si l'on possède des données relativement fiables pour les personnes âgées au travers des projections démographiques effectuées à partir des recensements, la situation est beaucoup moins favorable pour le domaine des personnes handicapées où l'on manque de données sur les évolutions prévisibles à dix ans.
- [130] En définitive, la mission a eu connaissance de nombreux travaux qui ont été manifestement utiles mais qui, aux dires des utilisateurs, n'ont pas non plus permis à l'appréciation des besoins de franchir un saut qualitatif majeur et qui n'ont pas abouti à une modification profonde des priorités régionales transcrites dans les PRIAC ; ce sont souvent les travaux portant sur les thématiques les plus ciblées qui paraissent avoir eu le plus d'impact sur la programmation, en infléchissant les schémas préétablis, notamment s'ils indiquent que des besoins portent sur des équipements non prévus par les plans nationaux, ce qui a par exemple été le cas pour les personnes cérébro-lésées en Bourgogne.

³⁶ Voir en annexe le compte-rendu de la mission en Aquitaine § 3322.

³⁷ Voir en annexe le compte-rendu de la mission en Basse-Normandie § 12.

³⁸ Voir en annexe le compte-rendu de la mission en Basse-Normandie § 312.

³⁹ Voir en annexe le compte-rendu de la mission en Bourgogne § 1121.

⁴⁰ Pour « Personnes Agées, Quid » : il s'agit d'une étude épidémiologique relative au vieillissement cérébral et fonctionnel après 65 ans.

⁴¹ Voir en annexe le compte-rendu de la mission en Bourgogne § 1121.

⁴² Voir *supra* § 111.

1.1.4.2. Les données issues des MDPH

[131] Théoriquement, dans le domaine des personnes handicapées, l'exploitation des données issues des MDPH devrait apporter une aide cruciale à la détermination des besoins. En effet, le suivi des orientations décidées en CDAPH doit permettre de mesurer comment l'offre existante répond aux besoins des personnes ; en fonction du nombre de celles pour lesquelles les établissements et services en place n'apporteraient pas des réponses satisfaisantes, on devrait estimer la nature et le nombre des places à créer ou à reconvertir.

[132] Ceci supposerait que soient réunies deux conditions :

- d'abord, la « sincérité » des orientations ; or, d'une CDAPH à l'autre, les orientations se font selon des modalités différentes : soit exclusivement en fonction des besoins des personnes, avec au besoin l'indication de la solution alternative en cas d'insuffisance de l'offre, soit en intégrant d'emblée les possibilités offertes par l'offre, d'où une forme d'autocensure qui contribue artificiellement à réduire l'estimation des besoins. En fait, on pourrait concevoir que l'orientation se fasse selon deux rubriques, l'une indiquant l'orientation souhaitable dans l'absolu compte tenu des caractéristiques de la personne et l'autre l'orientation « réaliste » au vu des équipements géographiquement accessibles ; l'analyse de l'ampleur des écarts constituerait un indicateur des besoins ;

Recommandation n°3 : Distinguer, dans les propositions des CDAPH, les orientations souhaitées et les orientations prononcées en fonction de l'offre existante

- ensuite, l'existence d'un système d'informations fiable ; sur ce point, la mission corrobore le constat bien connu de l'état d'extrême faiblesse des systèmes d'informations des MDPH ; quel que soit le département enquêté, on demeure très loin de pouvoir exploiter les orientations prononcées, de pouvoir connaître les flux exacts des entrées et des sorties en établissements et en services et de pouvoir diffuser des informations exploitables sur des cohortes de personnes présentant tel ou tel handicap.

[133] On ajoutera à ces constats le fait que les MDPH de départements voisins peuvent fonctionner de manière très différente, comme par exemple en Côte d'Or et en Saône-et-Loire, ce qui rend naturellement très délicate toute comparaison intra-régionale.

[134] La gravité des constats faits sur les MDPH et l'impossibilité dans laquelle elles se trouvent encore aujourd'hui d'apporter une contribution utile à la détermination des priorités de la programmation conduit à poser la question d'un soutien national plus affirmé.

Recommandation n°4 : Rendre systématique la production par les MDPH d'un décompte des orientations souhaitées en vue d'apprécier les besoins de prise en charge des personnes handicapées

1.1.4.3. L'identification du nombre des personnes relevant de « l'amendement Creton »

[135] On observera d'emblée qu'en 2006 encore, le nombre des personnes sous « amendement Creton » figurait parmi les critères utilisés par la CNSA pour la répartition en dotations régionales de l'enveloppe des mesures nouvelles ; mais comme elle l'a expliqué au Conseil scientifique lors de sa réunion du 18 septembre 2007, la direction de la CNSA a renoncé à prendre en considération ce critère au motif que « l'information doit être fiable » ; pour le dire autrement, on ne dispose ni au niveau local ni, *a fortiori*, au niveau national d'une identification fiable du nombre des personnes concernées.

- [136] En Bourgogne, au niveau régional, le document d'accompagnement du PRIAC donne des données partielles et il n'a pas été possible d'établir précisément le nombre de jeunes adultes maintenus dans des établissements pour enfants et adolescents⁴³ ; en revanche, l'approche a été réalisée en Saône et Loire⁴⁴. En Aquitaine, il en est allé de même dans le département des Pyrénées Atlantiques⁴⁵.
- [137] En fait, l'identification du nombre des personnes relevant de « l'amendement Creton » devrait être un sous-produit du système d'informations des MDPH et la résolution du problème rejoint donc ce qui vient d'être indiqué *supra* au sujet de ces institutions.

1.1.4.4. L'observation des listes d'attente et des taux d'occupation

- [138] Alors que l'on pourrait penser qu'elles constituent l'indicateur d'une tension sur les établissements et services en place, il ressort des observations de la mission que l'exploitation des listes d'attente avant admission dans un établissement est très peu mise à profit. Ceci tient d'abord à leur mauvaise qualité. La conception des listes d'attente est en effet sensiblement différente d'un établissement à l'autre et il serait donc très délicat de les agréger : dans certains établissements, les demandes d'entrée ne sont pas enregistrées et, dans d'autres, les listes ne sont jamais nettoyées ; et là où elles sont correctement tenues, on sait qu'il est très délicat de faire la distinction entre une inscription que l'on pourrait qualifier de ferme et une autre qui serait demandée en quelque sorte par précaution. Ces incertitudes existent déjà dans les établissements pour personnes handicapées et elles sont encore plus manifestes dans le secteur des personnes âgées.
- [139] Pour autant, un travail sur les listes d'attente a parfois pu être engagé comme en Saône et Loire où, pour contribuer à l'identification des besoins des enfants handicapés, l'observation des listes d'attente a été croisée avec les données dont disposent les services de l'éducation nationale. Ceci a permis de recouper, en ordres de grandeur, les informations concernant les besoins de prise en charge spécifique, au regard par exemple du nombre d'enfants suivis et scolarisés de manière inadéquate en milieu ordinaire ou bien du nombre d'enfants scolarisés mais ne disposant pas d'un soutien médico-social⁴⁶.
- [140] Dans le domaine des personnes âgées, aucun département enquêté n'a mis en place un numéro unique d'enregistrement et le rôle des centres locaux d'information et de coordination gérontologiques (CLIC) est très inégal.
- [141] En creux, la mission note la très faible place accordée à la méthode de l'enquête un jour donné qui devrait pourtant fournir des indications intéressantes, pour peu qu'elle soit conduite avec rigueur. Un seul cas a été relevé par la mission, en Bourgogne, dans le domaine des personnes handicapées⁴⁷.
- [142] S'agissant des taux d'occupation, ils ne font pas l'objet d'un suivi organisé dans les départements enquêtés. Au demeurant, dans le domaine des personnes âgées, l'observation d'un taux d'occupation inférieur à 100 % pour un EHPAD donné ne signifie pas nécessairement que les besoins locaux sont totalement satisfaits ; ce taux peut résulter d'un tarif qui met à la charge des résidents des sommes jugées trop élevées : dans ce cas, il n'y a pas saturation de l'offre mais excès du tarif et/ou insuffisance de solvabilisation de la demande.
- [143] Au total, ni les listes d'attente ni les taux d'occupation des établissements constitutifs de l'offre médico-sociale ne concourent à la programmation que retrace le PRIAC : au mieux, les renseignements recueillis sont utilisés comme adjuvants de l'observation des taux d'équipement et, le plus souvent, ils ne sont pas même recueillis en raison de leur manque de fiabilité.

⁴³ Voir en annexe le compte-rendu de la mission en Bourgogne § 1121.

⁴⁴ Voir en annexe le compte-rendu de la mission en Bourgogne § 221.

⁴⁵ Voir en annexe le compte-rendu de la mission en Aquitaine § 312.

⁴⁶ Voir en annexe le compte-rendu de la mission en Bourgogne § 221.

⁴⁷ Voir en annexe le compte-rendu de la mission en Bourgogne § 211.

1.1.4.5. Les informations relatives à l'enfance handicapée provenant des services de l'éducation nationale

- [144] Dans le domaine de la prise en charge des enfants et adolescents handicapés, la discussion partenariale avec les services de l'éducation nationale doit permettre aux DRASS et aux DDASS d'enrichir la palette des éléments à prendre en considération pour évaluer les besoins. De tels échanges se font dans tous les départements enquêtés, sans pour autant occuper une place importante dans le processus de programmation des opérations devant figurer au PRIAC. A titre d'illustration, la mission a noté que, dans la Manche, l'inspectrice d'académie transmet les « observations de l'éducation nationale sur le programme PRIAC » : répondant à la sollicitation de la DDASS, elle donne son avis sur les opérations en attente de financement inscrites au PRIAC ; cet avis est favorable dans 90 % des cas, sans opposition dans les 10 % restants⁴⁸.
- [145] Résultat d'un heureux hasard de calendrier plus que d'une volonté explicite d'harmonisation des organisations au niveau régional, les services de l'éducation nationale commencent à mettre en place des référents régionaux au sein des rectorats pour travailler sur la question de l'accompagnement du handicap en milieu scolaire, ce qui ne pourra que faciliter l'établissement de liens avec les futures ARS.

1.1.4.6. Les « dires d'experts »

- [146] Parmi les multiples informations et travaux qui alimentent la réflexion sur les besoins, préalablement à l'établissement du PRIAC, les « dires d'experts » ne sont pas sans importance. On vise ici, d'une part, les positions que les représentants du domaine concerné (professionnels et gestionnaires des institutions publiques, privées associatives et privées à but commercial) font connaître aux services de l'Etat et, d'autre part, les opinions et informations émises au sein du CROSMS, à l'occasion de l'examen du PRIAC mais aussi des schémas départementaux, voire de certains projets spécifiques qui donnent lieu à débat.
- [147] A cet égard, la mission a relevé avec intérêt la démarche conduite en Bourgogne où la DRASS a récemment suscité au sein du CROSMS la création d'un groupe de travail *ad hoc* qu'elle associe à la préparation du PRIAC ; par cette initiative, elle souhaite obtenir une analyse partagée du diagnostic et des priorités, au-delà d'un exercice de consultation obligatoire mais formel des collectivités territoriales et des institutions du champ médico-social. En mars 2009, ce groupe a produit un document de réflexion sur l'actualisation du PRIAC, en vue des réunions plénières du CROSMS qui se sont tenues le 24 mars 2009 pour un premier examen puis le 16 avril 2009 pour un avis formel qui, en l'occurrence, a été favorable au document de programmation⁴⁹. Bien que de création récente, le groupe a commencé une analyse critique des éléments dont on dispose pour approcher les besoins et il s'inscrit dans la recherche d'indicateurs plus satisfaisants⁵⁰.
- [148] Enfin, sur certains volets du PRIAC, des dialogues spécifiques sont engagés par les DRASS avec d'autres administrations : parfois avec les services de l'équipement au sujet des aides susceptibles d'être mobilisées lors des investissements, plus souvent avec les Directions régionales du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle et avec les services des Conseils régionaux pour renseigner les items du PRIAC relatifs aux prévisions d'embauche à associer à la programmation des créations, extensions et transformations d'établissements et de services médico-sociaux.

⁴⁸ Voir en annexe le compte-rendu de la mission en Basse-Normandie § 242.

⁴⁹ Voir en annexe le compte-rendu de la mission en Bourgogne § 112.

⁵⁰ Voir en annexe le compte-rendu de la mission en Bourgogne § 1123.

1.1.5. La pratique adoptée en Picardie est en décalage sensible avec les observations faites dans les autres régions

[149] En contrepoint des observations recueillies dans les trois régions où elle a choisi d'enquêter, la mission a effectué un bref déplacement à la DRASS de Picardie. Région-pilote en 2005-2006 pour l'élaboration du PRIAC, elle participe alors à un groupe de travail sur les indicateurs organisé par la CNSA ; depuis 2007, la DRASS fait à son tour fonctionner un groupe de travail régional, dans le double souci d'améliorer la pertinence des indicateurs d'évaluation des besoins et de réduire les inégalités infrarégionales. Outre qu'elle repose sur une large concertation, la programmation effectuée en Picardie présente trois traits particuliers.

1.1.5.1. Le recours à une pluralité d'approches pour déterminer des objectifs quantifiés régionaux de places à horizon 2014

[150] Dans le domaine des personnes handicapées, l'approche des besoins est notamment fondée sur l'étude de listes d'attente fiabilisées. La DRASS a en effet demandé au CREAI de réaliser une enquête sur les listes d'attente des établissements et services pour personnes handicapées. 44 % d'entre eux ont accepté de renseigner l'étude, dont les réponses ont ensuite été extrapolées à l'ensemble. Un travail important a été fourni pour éliminer les doublons et évaluer les besoins de la façon la plus réaliste. D'autres enquêtes ont été menées sur le nombre d'habitants de la région pris en charge en Belgique ou encore sur les personnes accueillies de façon inadéquate dans les établissements de santé. Ensemble, ces éléments ont permis de chiffrer le nombre de places requis pour répondre aux besoins.

[151] Ensuite, la DRASS rectifie ce chiffrage au vu des orientations générales retenues pour l'année, comme le choix de privilégier la prise en charge en milieu ordinaire plutôt qu'en établissement ; ces orientations politiques correspondent à la fois aux prescriptions des plans nationaux et aux choix propres à la région.

[152] A partir de l'évaluation des besoins pondérée par ces orientations, un objectif quantifié régional (OQR) est adopté par le CTRI ; il est défini par catégories d'établissements et de services. En dernier ressort et par réalisme, l'existence de projets identifiés influe sur l'OQR retenu.

[153] Il n'existe pas de règles explicites de pondération entre la prise en considération des résultats des études et le respect des orientations politiques ; mais, du fait de la priorité donnée à la prise en charge en milieu ordinaire dans le secteur de l'enfance handicapée, à partir d'un besoin initialement identifié de 548 places en instituts médico-éducatifs (IME) et de 207 places de services de soins et d'éducation spécialisée à domicile (SESSAD), l'OQR de 2009 a été limité à 139 places d'IME et porté à 390 places de SESSAD.

[154] Dans le domaine des personnes âgées, la Picardie étant bien dotée au regard des moyennes nationales, l'objectif porte avant tout sur la réduction des inégalités. Les solutions retenues varient selon le type d'équipement :

- pour les EHPAD, un taux d'équipement cible est exprimé en nombre de places pour 1 000 personnes âgées de plus de 80 ans ; afin d'évaluer les besoins au plus proche de la réalité, il a en effet été décidé de privilégier ce seuil plutôt que l'âge de 75 ans. Surtout, la DRASS utilise depuis peu un « kit dépendance » que l'INSEE a mis à sa disposition pour évaluer et prévoir le nombre de personnes dépendantes dans la région. Les résultats obtenus font apparaître des taux d'équipement nécessaires considérablement plus élevés qu'ailleurs mais qui se trouvent rapportés à une population sensiblement plus réduite puisque constituée des seules personnes réellement concernées par la dépendance ;
- pour les SSIAD, le taux d'équipement cible s'appuie sur les listes d'attente également établies par le CREAI ;
- s'agissant des places d'accueil de jour et d'hébergement temporaire, la DRASS de Picardie a choisi de définir un ratio de places les concernant qui est établi, non pas par rapport au nombre des places d'EHPAD, mais en référence à celles des SSIAD ; en effet, à l'instar des SSIAD,

l'accueil de jour et l'hébergement temporaire offrent une alternative à la prise en charge en établissement. La DRASS a donc défini deux ratios de places par rapport à celles des SSIAD, fixés respectivement à 16 % pour l'accueil de jour et à 10 % pour l'hébergement temporaire ; elle est actuellement en attente des avis des acteurs du secteur et du CROSMS.

[155] Comme pour les personnes handicapées, les ratios sont ensuite pondérés par les orientations définies au niveau national.

1.1.5.2. La répartition par arrondissements des objectifs quantifiés régionaux, au moyen d'autres indicateurs

[156] A partir des OQR, la DRASS de Picardie détermine des objectifs quantifiés par arrondissement (OQA), à l'aide de nouveaux indicateurs :

- la population et son évolution (source INSEE) ;
- les taux d'équipement par catégories d'établissements et de services, sachant que la DRASS a conduit avec les DDASS un important travail préalable de fiabilisation du répertoire FINESS ;
- les bénéficiaires d'allocations de compensation du handicap ;
- la population dépendante identifiée par l'INSEE, donnée qui a remplacé le nombre des bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie qui était jugé moins fiable.

[157] L'arrondissement a été considéré comme étant le plus pertinent des territoires à l'échelle desquels les informations existent, comparé au département trop large et au canton trop petit. Il reste qu'évaluer la pertinence d'un projet nécessite parfois de descendre en-dessous de l'arrondissement : la création de certains établissements ou services doit tenir compte de la réalité des bassins de vie. Néanmoins, ceux-ci ne sont pas mentionnés dans le PRIAC qui ne désigne que l'arrondissement ou le niveau départemental. A cet égard, la DRASS de Picardie respecte strictement les consignes d'anonymisation de la CNSA quoiqu'ici comme ailleurs, les DDASS sachent quels projets sont désignés pour chaque arrondissement.

[158] Une fois défini l'OQA qui tient compte des spécificités de chaque arrondissement, il reste à construire le PRIAC lui-même. A partir des OQA, les opérations sont priorisées par niveau (niveau 1 ou niveau 2), conformément aux instructions de la CNSA. Pour déterminer le phasage annuel, la DRASS tient compte de la faisabilité technique et financière des projets qu'elle évalue à partir des enveloppes anticipées, des projets en attente de financement, des dates d'ouverture prévues et des capacités financières des acteurs concernés.

[159] Quel que soit le domaine, les simulations réalisées par la DRASS suggèrent une réelle réduction des inégalités inter-arrondissements à horizon 2014.

1.1.5.3. Une programmation délibérément « offensive »

[160] En tant que la programmation figurant au PRIAC de Picardie se veut fidèle aux besoins identifiés avant d'être soumise à la contrainte budgétaire, le nombre des places inscrites est sans commune mesure avec les financements que la CNSA accorde chaque année et qui ne couvrent en fait qu'un tiers des places inscrites au PRIAC. La CNSA estime en conséquence que la Picardie lui présente une programmation qu'elle juge trop « offensive », et ce bien que le CTRI définisse déjà un plafond de places pour éviter une programmation trop éloignée de la réalité. Mais la DRASS aura fait connaître au financeur les besoins constatés dans la région : conscients du fait que la programmation ne sera financée qu'à 30 % environ, les responsables de la DRASS n'en considèrent pas moins qu'ils ont établi le PRIAC de la façon la plus rationnelle possible.

- [161] La deuxième critique de la CNSA porte sur le déséquilibre des PRIAC de Picardie puisque tous les projets en attente de financement sont inscrits dans les trois premières années du PRIAC ; il s'ensuit que les quatrième et cinquième années ne retracent que des objectifs sans porteurs de projets associés, d'où une programmation très modeste pour ces exercices. Par ailleurs, on pourrait s'interroger sur une programmation qui serait offensive mais qui, si elle était suivie de l'abondement des crédits demandés, peinerait à se réaliser, faute de promoteurs et/ou d'agents qualifiés.
- [162] En définitive, on constate que la DRASS de Picardie utilise le PRIAC selon les modalités que la loi de 2005 avait initialement fixées. En effet, y sont inscrits les besoins qu'elle estime nécessaire de satisfaire, sans trop anticiper sur la contrainte budgétaire ni se contenter de reproduire d'une année sur l'autre la programmation définie par la CNSA. A partir de cet inventaire des besoins, la responsabilité de la programmation effective des financements appartient à la CNSA. Le PRIAC revêt alors son double caractère : à la fois ascendant et descendant, en tant qu'instrument de négociation entre les services déconcentrés et nationaux. Avec une telle pratique, le PRIAC est un outil sincère d'identification des besoins et il devrait pouvoir jouer un rôle dans l'élaboration de l'ONDAM.
- [163] Tout en redoutant une uniformisation excessive qui s'accorderait mal avec le traitement de matières largement déconcentrées, la mission s'interroge sur l'opportunité du maintien de la coexistence de méthodes qui traduisent une compréhension très sensiblement différente de la vocation même du PRIAC : pour les uns, il organise une programmation d'opérations dont le nombre et l'ampleur sont limités d'emblée, pour les autres, il exprime tous les besoins qu'il paraîtrait raisonnable de satisfaire⁵¹.
- [164] Enfin, en Picardie, le DOR, élaboré par la DRASS et les DDASS, ne constitue pas un document de présentation du PRIAC. Il se rapproche plus du modèle des schémas départementaux déjà rencontrés : il rappelle brièvement le contexte juridique du PRIAC et les données démographiques, pour présenter ensuite les orientations nationales, régionales et interdépartementales de l'action en direction des personnes âgées d'une part, des personnes handicapées d'autre part. Le couple « DOR + PRIAC » semble ainsi préfigurer l'articulation du futur schéma régional d'organisation médico-sociale et du PRIAC, l'un présentant les orientations stratégiques et politiques, l'autre étant sa déclinaison financière.

1.1.6. Par le biais d'un mixage des diverses aides à la décision dont ils disposent, les services de l'Etat hiérarchisent les projets et construisent la programmation physique qu'exprime le PRIAC

- [165] Au vu de l'ensemble des éléments qui viennent d'être cités (plans nationaux, schémas départementaux, examen des taux d'équipement, résultats d'études et d'enquêtes, prise en considération de diverses sources d'information sur les besoins à satisfaire, etc.), les services de l'Etat peuvent d'abord hiérarchiser les divers projets dont ils ont connaissance.
- [166] A la vérité, ils peuvent même infléchir ces projets dès l'amont : en fonction de leur analyse des besoins, les services de l'Etat, le cas échéant en lien avec ceux des Conseils généraux, contribuent à susciter l'émergence de projets ; et, pour ceux qui leur sont spontanément présentés par des promoteurs, les discussions permettent souvent de les infléchir. Il ressort des constats de la mission que l'on se situe dès aujourd'hui dans une situation qui est moins radicalement éloignée de la technique de l'appel à projets que ne pourrait le laisser penser la seule comparaison des textes, avant et après la loi précitée de juillet 2009 : sauf exception, la phase antérieure à l'avis du CROSMS constitue une période de maturation concertée.

⁵¹ Ce point sera plus largement exploré, notamment au regard des novations introduites par la loi du 29 juillet 2009 : voir *infra*, aux § 23 et 3242.

- [167] Le mixage des diverses sources d'informations susceptibles de concourir à l'identification des besoins permet également de construire la programmation physique que retrace le PRIAC ; ce mixage s'opère selon des modalités qui ne sont ni totalement prédéfinies ni totalement publiques mais qui permettent une forme d'adaptation aux situations locales. En tout cas, le processus est suffisamment souple pour s'adapter aux divers changements qui peuvent s'imposer. Il ressort des observations de la mission que ces changements sont à la fois fréquents et imputables à des causes très diverses parmi lesquelles on relève notamment :
- la nécessaire harmonisation des priorités identifiées par les services de l'Etat avec les vœux du Conseil général qui peuvent eux-mêmes rapidement évoluer⁵² ;
 - la prise en considération d'évènements impondérables qui perturbent la programmation ; on vise notamment ici les retards qu'enregistrent de nombreux projets dont la réalisation suppose la construction ou la réhabilitation de bâtiments ;
 - l'attribution inattendue de crédits non prévus ; cette hypothèse peut recouvrir deux cas de figure : au niveau national, la mise en place du « plan de relance » s'est traduite par l'attribution de crédits importants, en investissement et en fonctionnement ; par ailleurs, pour tel ou tel projet identifié, la « réserve nationale » nationale peut intervenir, qui consiste en une attribution de crédits de fonctionnement sur décision ministérielle, les crédits de la « réserve nationale » représentant 10 % de l'ensemble de l'enveloppe nationale.
- [168] Comme déjà indiqué, les capacités d'adaptation du PRIAC aux divers changements que peut enregistrer la programmation sont directement liées à son caractère « glissant » qui constitue l'une de ses caractéristiques les plus intéressantes.
- [169] En définitive, le PRIAC présente l'expression annuelle d'une programmation physique. Les limites ou les lacunes qui affectent les documents et indicateurs dont il est nourri ne sont pas imputables au PRIAC lui-même puisque celui-ci n'est que la résultante de leur assemblage. Mais il est clair que tout ce qui sera fait pour réduire ces limites et lacunes renforcera la fiabilité et la crédibilité du PRIAC.

1.2. Le PRIAC retrace une programmation financière

1.2.1. Le PRIAC exprime la programmation des mesures nouvelles

- [170] Aux termes du CASF, le PRIAC « dresse, pour la part des prestations financées 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 ».
- [171] C'est dire, par différence, que la campagne budgétaire annuelle est située hors PRIAC. Cette campagne budgétaire porte sur les crédits de reconduction qui correspondent à 95 % des enveloppes totales dans le domaine des personnes âgées et à 89 % dans celui des personnes handicapées. Pour sa part, le PRIAC vise le traitement du solde, essentiellement constitué des mesures nouvelles destinées à modifier le parc de l'offre médico-sociale.
- [172] Un document de la CNSA daté de juin 2009 et intitulé « suivi de la réalisation des places nouvelles en 2008 – volet projets en attente de financement au 31/12/2008 » rappelle que « les projets en attente de financement sont les projets qui ont reçu un avis favorable du CROSMS [et] dont l'intégralité des places n'a pas encore été financée. Ces projets peuvent donc être partiellement financés ou intégralement non financés » :
- au 31 décembre 2008, dans le secteur des personnes âgées, « on comptabilise 26 583 places en attente de financement pour un montant financier d'un peu plus de 246 M € » ; « les projets intégralement non financés représentent 22 152 places, soit 85 % des places en attente de financement » ; 80 % des places en attente de financement concernent des EHPAD : elles sont au nombre de 21 144, à comparer aux 31 260 enregistrées au 31 août 2005 ;

⁵² Ce problème est développé *infra* au § 22.

- la CNSA a conduit une analyse similaire pour le domaine des personnes handicapées : « au 31 décembre 2008, on comptabilise 13 429 places en attente de financement pour un montant financier d'un peu plus de 440 M € » ; « 55 % des places en attente de financement sont dédiées aux enfants dont une part très importante de SESSAD (36 % des places en attente de financement dédiées aux personnes handicapées) ; 30 % des places en attente de financement sont des places de MAS-FAM »⁵³.

[173] Le PRIAC, dont on a déjà indiqué le caractère anonymisé, pluriannuel et glissant⁵⁴, vise notamment la programmation de ces places nouvelles en attente de financement ; cette programmation se fait par itérations entre les DDASS et la DRASS puis entre celle-ci, le CTRI, le CAR et la CNSA. En fonction d'une part du montant des enveloppes notifiées et d'autre part d'une appréciation portée à la fois sur le niveau de priorité à accorder à chaque projet et sur la probabilité qu'il puisse être réalisé au cours de l'exercice budgétaire prévu, le PRIAC exprime une estimation des besoins de financement échelonnés dans le temps.

[174] Ainsi conçu, le PRIAC ne traite pas des crédits d'investissement mais des liens sont nécessaires entre l'attribution des aides à l'investissement (subventions accordées par la CNSA, aides des collectivités territoriales, mesures figurant au plan de relance) et la programmation des mesures nouvelles : il serait hasardeux de programmer les crédits de fonctionnement nécessaires à l'ouverture d'un établissement ou d'un service si le financement de sa réalisation n'était pas assuré.

1.2.2. L'attribution d'enveloppes anticipées pour N+1 et N+2 constitue une novation majeure

[175] Le principe de l'annualité budgétaire qui rendait très fragile toute programmation sur plusieurs années s'est trouvé dépassé par la mise en place des enveloppes anticipées qui résulte d'une instruction ci-dessous reproduite du 17 octobre 2006 dont le champ, initialement circonscrit au domaine des personnes âgées, a été étendu à l'ensemble des opérations figurant au PRIAC.

Encadré n° 4 : Les enveloppes anticipées

CIRCULAIRE DGAS/DHOS/DSS/CNSA n° 2006-447 du 17 octobre 2006 relative à la campagne budgétaire pour l'année 2006 dans les établissements et services médico-sociaux et sanitaires accueillant des personnes âgées

« [...] VII.- Mise en œuvre de la pluriannualité : enveloppe anticipée 2007 relative à la création de places d'EHPAD.

L'article L. 314-3-4 du code de l'action sociale et des familles, introduit par l'article 5 de l'ordonnance n° 2005-1477 du 1^{er} décembre 2005, permet d'autoriser des places nouvelles d'établissements médico-sociaux pour personnes âgées par anticipation pour des projets ayant reçu un avis favorable du CROSMS et compatibles avec le PRIAC.

Il s'agit par conséquent d'une affectation anticipée des crédits de mesures nouvelles qui doivent figurer dans l'objectif global de dépenses (OGD) des années ultérieures (N+1 et le cas échéant N+2). Ce dispositif doit permettre la mise en œuvre des autorisations à « effet différé » et donc de réduire le délai de mise en œuvre des projets dans le cas de travaux à réaliser.

Dans ce cadre, la CNSA procède à une première répartition des enveloppes dites anticipées pour la création de places d'EHPAD. [...] Il convient de souligner que la répartition des dotations départementales a été opérée par la CNSA à partir de l'analyse des PRIAC ; il s'agit par conséquent de la première utilisation des travaux de programmation menés en région.

⁵³ Cette analyse soulève au moins deux questions : d'une part, l'importance du nombre des places de SESSAD non financées interroge puisque l'on pouvait penser que la plupart d'entre elles n'avaient pas besoin d'un financement, étant créées par redéploiement à partir de places d'hébergement en IME : il semble que les créations nettes demeurent importantes ; d'autre part, on observe que la CNSA, au moins dans ce document, n'introduit aucune distinction entre MAS et FAM et globalise systématiquement les données les concernant, alors même que leurs modes de financement sont sensiblement différents et qu'en principe, leurs populations ne sont pas exactement les mêmes.

⁵⁴ Voir *supra* en introduction.

Le montant pris en application de l'article L. 314-3-4 susvisé a été fixé pour 2006 à 34 M € par arrêté du 29 mai 2006. Il correspond à 5 000 places d'EHPAD en année pleine, valorisées à hauteur de 6 700 € par an, pouvant être autorisées dès cette année et produire effet à partir de 2007. Les crédits afférents à ces autorisations délivrées en 2006 vous seront délégués en année pleine 2007. Conformément aux dispositions de la convention d'objectifs et de gestion (COG) 2006-2009 entre l'Etat et la CNSA, la notification par la CNSA, le 1^{er} septembre 2006, des enveloppes « anticipées 2007 » de financement de places d'EHPAD et des compléments de dotation 2006 pour les places de SSIAD a été accompagnée par l'envoi à chaque préfet de région et de département d'une lettre spécifique qui détaille les raisons et les critères particuliers ayant présidé à la détermination du niveau de ses propres dotations ».

- [176] La notification des enveloppes anticipées a fondamentalement changé la nature du PRIAC dont le réalisme est nécessairement conforté puisque les opérations programmées au titre d'une année relèvent certes des mesures nouvelles propres à l'exercice concerné mais résultent aussi des enveloppes qui ont été notifiées par anticipation au cours des années précédentes, en N-1 et N-2.
- [177] Précisément, la notification de la CNSA comprend :
- le total des mesures nouvelles pour l'année N (soit les mesures nouvelles de N pour N qui viennent compléter les enveloppes anticipées déterminées en N-2 et N-1 pour N) ;
 - le montant de la dotation par enveloppe anticipée pour N+1 (qui complète celle notifiée en N-1) ;
 - une dotation par enveloppe anticipée pour N+2.
- [178] Le mécanisme est destiné à prendre en compte le problème des délais incompressibles de réalisation des transformations, extensions et créations d'établissements ou de services, en l'occurrence surtout les délais de construction des établissements. En effet, il permet à la DDASS et, le cas échéant, au Conseil général d'autoriser le lancement d'opérations grâce à la certitude d'obtenir les crédits qui sont inscrits en enveloppe anticipée et qui seront attribués l'année prévue par la notification.
- [179] Toutefois, deux types de décalages peuvent se produire :
- les places dont le fonctionnement doit être financé risquent de ne pas pouvoir être installées l'année prévue, par exemple si la construction a pris du retard ; dans les cas de ce type, les crédits ne sont pas utilisés pour financer la structure pour laquelle ils ont été attribués ;
 - par ailleurs, des crédits peuvent être attribués dès l'année N pour des opérations dont la réalisation effective est prévue en N+1 ou N+2.
- [180] Les crédits correspondant à ces deux cas de figure sont conservés dans la « base » de l'enveloppe départementale et, dès lors, ils peuvent être transformés en « crédits non reconductibles » pendant les années où il n'est pas possible de les affecter à leur utilisation prévue.
- [181] Comme on le verra, les montants figurant au PRIAC résultent d'une valorisation obtenue en multipliant le nombre de places des opérations retenues par un coût à la place national ; ceci confirme qu'on se situe dans une programmation et non dans une campagne budgétaire⁵⁵.

1.3. Le PRIAC constitue l'un des instruments qui se situent à la rencontre du physique et du financier

- [182] Il ressort de l'ensemble des développements du présent chapitre qu'instrument d'une programmation financière, le PRIAC est essentiellement nourri par les travaux constitutifs de la programmation physique : son contenu retrace des projets exprimés en places et valorisés par l'application d'un coût national.

⁵⁵ Voir *infra* § 212.

[183] Le PRIAC est le seul outil régional à disposer de ce caractère physico-financier. Les autres instruments qui comportent à la fois des données relatives aux populations accueillies, aux dépendances et handicaps visés, aux places nécessaires et des données relatives aux coûts concernent les établissements et les services pris isolément : on vise notamment ici, lorsqu'ils existent, la convention tripartite et le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

2. LE PRIAC COMPORTE DE NOMBREUSES IMPERFECTIONS QU'IL CONVIENDRAIT DE CORRIGER MAIS IL CONSTITUE UN INSTRUMENT DE COHERENCE ET DE TRANSPARENCE DE L'ACTION DE L'ETAT

[184] Le chapitre précédent ayant décrit l'ensemble des éléments qui concourent à l'élaboration du PRIAC, il importe d'examiner ici le fonctionnement même de l'outil. Les constats qui suivent constituent donc l'évaluation du PRIAC, à la fois dans son mode de fonctionnement antérieur aux vastes changements induits par la loi précitée du 21 juillet 2009 et au regard des observations que la mission a faites dans les trois régions où elle a choisi d'enquêter.

2.1. Un outil dont la rigueur et l'ergonomie devraient être améliorées

2.1.1. Un outil souvent incomplet

[185] Il ressort des constats effectués dans les régions et départements enquêtés que les modalités de remplissage du PRIAC aboutissent à ce que certaines opérations n'apparaissent pas :

- ainsi, le PRIAC prend théoriquement en compte les créations de tous les types de structures nouvelles ; mais, d'une région à l'autre, il est apparu à la mission que certaines catégories pouvaient être parfois « oubliées », qu'il s'agisse par exemple des petites unités de vie ou des groupements d'entraide mutuelle (GEM) ;
- par ailleurs, les instructions prévoient que le PRIAC prend en compte toutes les transformations, y compris lorsqu'elles se font à coût nul ; mais, dans certaines régions, l'exhaustivité ne paraît pas acquise, par exemple lorsqu'une rénovation se fait sans extension, et ce alors même que les priorités portent tout autant sur la diversification de l'offre par la recomposition du parc existant que sur l'ouverture de places supplémentaires ; en fait, le PRIAC pâtit de son affichage en tant que programmation financière ; dès lors, ce qui relève de la seule programmation physique paraît pouvoir être laissé de côté ; au total, comme l'indique l'un de ses documents récents, « l'hypothèse de la CNSA est que les objectifs de transformation ne figurent pas tous dans les PRIAC et ont été insuffisamment valorisés »⁵⁶ ;
- enfin, dès lors que l'objet du PRIAC est loin d'être exclusivement la programmation financière et qu'il doit traduire des priorités relatives à l'état de l'offre, il conviendrait que les fermetures d'établissements et les réductions nettes de capacité puissent y apparaître, d'une manière ou d'une autre.

[186] Dans un ordre d'idées totalement différent, le PRIAC n'inclut pas un certain nombre d'éléments qu'il n'est pas envisageable de faire entrer dans sa maquette, déjà trop lourde, mais que le décideur doit avoir à l'esprit pour disposer d'une vision complète de la programmation :

- ainsi, pour les opérations qu'il comporte, le PRIAC n'apporte aucune information sur le lien entre la programmation des crédits de fonctionnement et l'attribution des aides à l'investissement ; il faut donc présumer que ce lien est correctement fait en amont ;

⁵⁶ CNSA : « synthèse nationale des échanges techniques CTRI-CNSA 2009 – version du 11 janvier 2010 ».

- surtout, le suivi de l'exécution du PRIAC est largement laissé à l'initiative des services déconcentrés ; dans tous les départements enquêtés, il est assuré de manière scrupuleuse par les agents concernés qui ont souvent conçu par eux-mêmes les tableaux Excel nécessaires à l'enregistrement des données ;
- les crédits venant de la « réserve nationale » ne doivent pas non plus être ignorés.

[187] Enfin, on mentionne pour mémoire que le PRIAC ne vise que les créations, extensions et transformations ; il ne fonctionne donc pas au premier euro, ce qui est conforme à sa philosophie qui le distingue nettement de l'exercice de la campagne budgétaire. Toutefois, on verra que, dans ces conditions, l'examen du PRIAC ne peut suffire pour rendre compte à lui seul de l'ensemble des transformations que peut enregistrer le parc médico-social : dans le cadre d'un budget donné, bien des réorientations peuvent être engagées.

2.1.2. Un outil qui pâtit de plusieurs approximations

[188] Le caractère relativement approximatif de la programmation financière vient d'abord de ce qu'elle est fondée sur des coûts à la place nationaux et non sur la prévision de ce que seront les coûts réellement mis à la charge de l'assurance maladie ou de l'Etat. Or, les coûts nationaux sont relativement « globaux » et, par exemple, ne différencient pas selon qu'une MAS va accueillir telle ou telle catégorie de personnes handicapées.

[189] Le coût par place de référence des notifications de 2009 est de 9 600 € pour les places d'EHPAD et celles de SSIAD sont valorisées à 5 250 €. Dans le domaine de l'enfance handicapée, les coûts à la place atteignent 50 953 € pour les établissements pour enfants polyhandicapés, 50 750 € pour les établissements pour enfants autistes, 47 705 € pour les instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP), 34 510 € pour les établissements pour déficients intellectuels et 17 148 € pour les SESSAD. Pour les places en établissements pour adultes handicapés, les coûts sont de 69 177 € pour les MAS, 25 941 € pour les FAM (auxquels s'ajoutent les crédits venant des Conseils généraux puisqu'ils sont sous le régime d'une double tarification) et 13 482 € pour les SAMSAH et SSIAD.

[190] Les coûts réels sont déterminés lors de l'établissement du budget d'entrée et, pour les EHPAD, à l'occasion de la première convention tripartite, une « coupe pathos » étant réalisée au cours de la première année de fonctionnement.

[191] A ce jour, l'existence d'un écart entre la prévision figurant dans le PRIAC et la réalité du besoin de financement, tel qu'il apparaîtra lors de la mise en service de l'équipement, ne soulève pas de difficulté particulière, du moins au niveau des services déconcentrés puisque les montants effectivement alloués correspondent bien à ce qui est effectivement nécessaire pour fonctionner.

[192] En fait, c'est au niveau national que le problème devrait se poser puisque l'agrégation des PRIAC construits sur les coûts théoriques ne donne pas une information fiable sur les crédits qu'il conviendra de dégager effectivement : le problème serait réel si le PRIAC était vraiment remontant et si l'on se fondait sur la sommation des PRIAC lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale ; la question est sans enjeu dès lors que le PRIAC est essentiellement descendant.

[193] Par ailleurs, les programmations figurant au PRIAC sont approximatives dans la mesure où l'expérience démontre que les opérations inscrites enregistrent souvent d'importants retards :

- dans les cas où une opération immobilière est nécessaire, il est difficile d'établir la date exacte à laquelle un équipement sera prêt à ouvrir ; dans ce cas, l'approximation existe par la force des choses : il est possible de tenter de la réduire par un dialogue nourri avec le promoteur mais il n'est pas envisageable qu'elle disparaisse. Il peut se produire en effet qu'un porteur de projet, et ceci concerne en particulier des structures associatives dont les instances et la direction sont renouvelées, renonce à réaliser une opération pourtant financée. Mais, le plus souvent, ce sont les projets de construction qui peinent à aboutir. Il peut s'agir d'un problème foncier, le terrain prévu n'étant plus disponible, mais on observe surtout des retards dans l'exécution des travaux. Les composantes du secteur médico-social, à savoir de nombreuses associations de taille modeste, n'ont pas toujours l'expérience, voire la compétence nécessaire, en matière de maîtrise d'ouvrage. Pour sa part, la CNSA⁵⁷ fait état des « délais d'installation qui sont rarement inférieurs à 4 ans pour les établissements » ;
- parmi les obstacles à la tenue des objectifs d'engagement, la CNSA⁵⁸ cite également « le retrait des Conseils généraux sur les dossiers cofinancés », soit qu'ils attendent l'achèvement de l'élaboration de nouveaux schémas avant d'honorer un engagement de financement, soit qu'ils éprouvent des difficultés suite au resserrement de leurs ressources fiscales.

[194] Pour illustrer le propos, la variation du nombre des places inscrites chaque année au PRIAC de Basse-Normandie suggère les difficultés de la DRASS à maîtriser le mécanisme. Ainsi, le nombre de places inscrit dans les PRIAC actualisés en 2007, 2008, 2009 pour les trois années 2009, 2010 et 2011 varie fortement :

- dans le PRIAC 2007-2011, il est prévu 688 places pour 2009, 692 places pour 2010 et 207 places pour 2011 ;
- dans le PRIAC 2008-2012, il est prévu 1 106 places pour 2009, 840 places pour 2010 et 504 places pour 2011 ;
- dans le PRIAC 2009-2013, il est prévu 694 places pour 2009, 119 places pour 2010 et 774 places pour 2011.

[195] Ces variations peuvent s'expliquer en partie par le bouleversement introduit en 2009 par le plan de relance : la notification des mesures de ce plan informait les DRASS qu'elles bénéficieraient de mesures nouvelles très réduites en 2010, d'où l'inscription au PRIAC 2009-2013 d'un grand nombre d'opérations pour l'année 2011.

[196] Enfin, les données relatives aux ressources humaines et aux recrutements à engager pour réaliser les opérations figurant à la programmation sont incluses dans le PRIAC mais, le plus souvent, elles reposent sur des estimations grossières. Les services des Conseils régionaux fondent des espoirs sur un affinement des prévisions mais de toute manière, pour l'heure, les données relatives aux ressources humaines sont sans impact réel sur le choix des opérations à retenir au PRIAC. Malgré les difficultés rencontrées pour ce faire, la DRASS de Basse-Normandie avait renseigné le volet « ressources humaines » du PRIAC en 2008 ; en l'absence de commentaire de la CNSA à ce sujet, elle n'a pas réitéré ce travail en 2009.

⁵⁷ CNSA : « synthèse nationale des échanges techniques CTRI-CNSA 2009 – version du 11 janvier 2010 ».

⁵⁸ CNSA : « synthèse nationale des échanges techniques CTRI-CNSA 2009 – version du 11 janvier 2010 ».

2.1.3. Un outil conçu de manière sensiblement différente d'une région à l'autre

- [197] Ce constat vaut d'abord lorsque l'on met en perspective les PRIAC d'Aquitaine, de Bourgogne et de Basse-Normandie que la mission a particulièrement étudiés sur place avec la pratique adoptée en Picardie qui a été précédemment décrite⁵⁹. On voit bien que c'est la philosophie même de l'instrument qui est en cause : en Picardie, même si les programmations inscrites par la DRASS se veulent réalistes, l'objectif premier est d'identifier les besoins, quitte à ce qu'ensuite les contraintes économiques obligent à en rabattre ; dans les trois autres régions, selon des modalités certes différentes, c'est plutôt le réalisme qui prévaut, avec le sentiment qu'il ne servirait à rien de proposer des programmations qui excéderaient les enveloppes prévisibles.
- [198] A la vérité, la mission estime que les deux démarches sont également utiles ; dans cet esprit, elle proposera que la mise en œuvre de la loi du 21 juillet 2009 distingue bien entre le plan stratégique régional de santé et le schéma régional d'organisation médico-sociale qui inventorient les besoins et le PRIAC, volet financier du schéma régional, qui doit retracer le niveau de contrainte fixé par les enveloppes régionales⁶⁰.
- [199] Quoi qu'il en soit, entre les trois seules régions enquêtées, d'importantes différences peuvent être déjà relevées. Les premières touchent à l'intensité de la concertation à laquelle le PRIAC donne lieu et, particulièrement, à la conception du document qui accompagne le PRIAC : simple explicitation de son contenu dans un cas et présentation valant quasiment schéma régional dans un autre⁶¹. Les différences portent également sur les modalités de remplissage de la maquette du PRIAC : si le cœur est relativement homogène, on peut noter que le volet relatif aux ressources humaines est ou non rempli.
- [200] En fait, les distinctions les plus troublantes se situent au sein de chaque PRIAC lorsque la programmation traduit des approches non homogènes entre les départements d'une même région.
- [201] Ceci vaut tout particulièrement pour le choix des territoires dits pertinents. Ainsi, les DDASS désignent chacune différents types de territoires dans la programmation du PRIAC. En Basse-Normandie, l'Orne fonde sa programmation sur les pays tandis que le Calvados et la Manche se réfèrent à d'autres zones qui, d'ailleurs, ne correspondent pas nécessairement à un découpage administratif puisque la Manche utilise un découpage que le Conseil général qualifie de « naturel » (division Nord-Centre-Sud) mais qui, en outre, n'est pas celui des territoires de santé⁶². En Bourgogne, la Saône et Loire est le seul département à privilégier l'arrondissement, zonage que ne retient d'ailleurs pas le Conseil général du même département.
- [202] Par ailleurs et même si ce trait n'est pas visible à la lecture de chaque PRIAC, on a montré au chapitre précédent à quel point les modalités et outils utilisés pour nourrir le PRIAC et déterminer la programmation souhaitable varient d'un département à l'autre.
- [203] Enfin, il semble bien que, du moins lors des toutes premières années d'existence des PRIAC, le traitement des demandes d'autorisation qui ne peuvent être accordées du fait de l'insuffisance des crédits ait été différent, l'autorisation ayant été accordée dans certains départements dès que le financement disponible portait sur une capacité supérieure à 50 % de la capacité totale du projet visé alors qu'ailleurs l'autorisation n'était donnée qu'après que l'intégralité du financement ait été notifiée. Quoi qu'il en soit, sur ce point précis, les pratiques sont maintenant les mêmes, conformes aux textes.

2.1.4. Un outil lourd dont l'ergonomie et le maniement devraient être simplifiés

- [204] Quel que soit le lieu, département ou région, où la mission a enquêté, le PRIAC est perçu par ceux qui l'instruisent, l'alimentent et l'exploitent comme un instrument lourd, contraignant, pesant.

⁵⁹ Voir *supra* § 115.

⁶⁰ Voir *infra* § 3242.

⁶¹ Voir *supra* § 1122.

⁶² Voir en annexe le compte-rendu de la mission en Basse-Normandie § 331.

- [205] En témoigne d'abord le calendrier qu'il impose. De manière à ne pas en rester à des récriminations qui ne seraient pas étayées, la mission a relevé, quasiment au jour le jour, le déroulement des travaux, d'une part à la DRASS d'Aquitaine et d'autre part à la DDASS des Pyrénées Atlantiques. Le calendrier précis, entre le 15 décembre 2008 et le 25 mai 2009, figure dans le compte-rendu de la mission en Aquitaine⁶³. On y constate que, de fait, la confection du PRIAC repose sur une multiplication d'échanges qui, par nature, ne peut qu'être consommatrice de temps. Mais on y relève surtout que le processus, loin d'être étalé dans l'année, concentre l'activité sur moins de six mois, avec un pic très marqué durant la période qui est allée du 15 décembre 2008 à la fin du mois de février 2009.
- [206] Or, il ne peut être évité que la période d'instruction du PRIAC soit également celle de la campagne budgétaire. Comme pèse sur les mêmes équipes la préparation des dossiers pour le CROSMIS dont les inspecteurs sont les rapporteurs, on comprend que, dans l'une des DDASS enquêtées, il ait été clairement indiqué à la mission, pour le déplorer, que les fonctions d'inspection, y compris après plaintes, soient devenues une variable d'ajustement au regard de la charge de travail, charge accrue aussi par des départs d'inspecteurs non remplacés. Ce témoignage corrobore le fait que la lourdeur du PRIAC est finalement moins ressentie par les inspecteurs eux-mêmes que par leur hiérarchie qui souhaiterait qu'ils consacrent plus de temps à d'autres tâches, et notamment au contrôle sur place.
- [207] Dans le même ordre d'idées, il est relevé qu'autour des étapes du PRIAC, la CNSA fait parvenir aux services déconcentrés des documents dont l'intérêt et la qualité ne sont jamais niés mais qui sont adressés de manière si rapprochée par rapport aux échéances que les agents concernés ne peuvent pas parvenir à mobiliser le temps nécessaire pour les lire de manière suffisamment approfondie.
- [208] Outre les problèmes liés au calendrier, le dispositif du PRIAC est perçu localement comme comportant de nombreux défauts :
- de l'avis des équipes chargées de l'élaboration et du suivi du PRIAC, la maquette à renseigner et dont il convient de traiter le contenu de manière régulière dans le cadre de la gestion glissante du PRIAC, est d'un maniement lourd et se révèle d'une utilisation complexe ;
 - la tenue du PRIAC, notamment l'intégration de chaque changement intervenant dans la programmation, suppose de multiples saisies, comportant à chaque fois des risques d'erreurs ; c'est ce qui se produit par exemple lors de la réintégration dans les tableaux des sommes issues de la « réserve nationale » ;
 - les informations transmises par la CNSA et reçues d'elle prennent une forme très peu, voire aucunement, interactive et, jusqu'ici, il ne paraît pas possible pour les services déconcentrés de faire des « requêtes » spécifiques ; toutefois, le projet « SELIA » viserait des améliorations sur ce point ;
 - les échanges entre les CTRI et la CNSA se font souvent par le biais de visio-conférences : s'il est bien compris que les équipes de la CNSA ne peuvent se rendre dans chacune des régions, les réunions ainsi tenues laissent une grande insatisfaction ;
 - sans qu'il soit juridiquement obligatoire, le suivi des opérations est indispensable et il ne peut se faire que par la tenue de tableaux sous Excel créés en sus de la maquette du PRIAC.
- [209] Surtout, il a été fait observer à la mission à quel point la maquette du PRIAC est peu lisible ; ceci est l'effet :
- d'une présentation par rubriques et thèmes où il est difficile d'identifier une opération dans son intégralité ; ainsi, pour un même projet d'EHPAD, la présentation dissocie les places d'hébergement, les places dédiées aux résidents atteints de la maladie d'Alzheimer et les places d'accueil temporaire ;

⁶³ Respectivement aux § 211 et 3111.

- d'une présentation glissante et pluriannuelle où les financements d'une opération apparaissent de manière fractionnée avec, par exemple, comme l'a constaté la mission dans un département, 3 places de SAMSAH dans un territoire en année N, puis, le cas échéant, aucune place en N+1, puis 3 autres places en N+2, pour arriver en N+3, avec les 8 dernières places, au nombre total de 14 places pour solder l'opération programmée ;
- de l'anonymisation imposée qui fait que le lecteur peut amalgamer par inadvertance, pensant qu'elles relèvent d'un même projet, des opérations qui relèvent en fait de projets différents.

[210] Cette faible lisibilité, déjà ressentie par les personnels des services déconcentrés qui manient pourtant l'outil quotidiennement, aboutit à ce que le PRIAC soit considéré comme « incommunicable » en l'état. C'est pourquoi, en dehors même du DOR, les services se voient contraints de confectionner sous Excel d'autres tableaux, plus clairs et plus pédagogiques, pour les préfets, les membres du CROSMS et les promoteurs. Ce sont autant de retraitements et de ressaisies qui s'imposent ainsi pour communiquer la programmation des crédits.

[211] En Bourgogne, la DRASS conçoit des tableaux différents selon qu'elle s'adresse à la CNSA, aux DDASS ou aux membres du CROSMS et aux promoteurs ; dans cette région, le document du PRIAC n'est par ailleurs pas même employé en tant que support d'échanges entre la DRASS et les DDASS, notamment en CTRI. Dans le même ordre d'idées, la DRASS d'Aquitaine organise plusieurs réunions avec l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH) autour du PRIAC et, à chaque fois, elle transmet des documents qu'elle a spécialement préparés et qui permettent que l'échange s'instaure.

[212] Enfin, l'outil est vécu localement comme n'étant jamais totalement stabilisé : ses modalités de confection et son calendrier changeraient d'une année sur l'autre. En fait, en réponse au rapport précité de l'IGAS relatif à la première évaluation des PRIAC et qui recommandait la « stabilisation du dispositif » pour permettre son appropriation, la CNSA répond en janvier 2010 que « les processus d'élaboration et de mise en œuvre du PRIAC sont restés stables depuis 2008 (périmètre, calendrier, durée). Les travaux menés depuis avec le réseau visent à l'appropriation et à l'approfondissement collectif entre les régions ».

[213] Ceci traduit assez fidèlement une forme d'incompréhension entre les équipes de la CNSA et les services déconcentrés qui, en l'occurrence, imputent au PRIAC et donc à la CNSA des modifications et des tâches nouvelles qu'elle-même a subies plus qu'elle ne les a suscitées : il s'agit d'une part de l'ensemble des opérations liées à la mise en place du plan de relance qui, dans les faits, s'est traduit par l'obligation de préparer un « second PRIAC » au cours du même exercice et, d'autre part, du suivi renforcé de la consommation des crédits de l'OGD, dans la suite du rapport précité des Inspections générales.

2.2. *Un outil propre à l'Etat mais dont le bon fonctionnement suppose une coordination forte avec la programmation des Conseils généraux, d'où l'existence d'une « zone de risque »*

[214] Dans leur version actuelle, avant mise en œuvre de la loi du 21 juillet 2009, les dispositions législatives prévoient que le PRIAC est « transmis pour information aux présidents de Conseil général ».

[215] En fait, le PRIAC est un outil de dialogue entre l'Etat déconcentré et l'Etat central (ou son opérateur central, la CNSA) et il n'est pas conçu pour alimenter une concertation avec les Conseils généraux, ni *a fortiori* pour déboucher sur une co-décision ; le PRIAC est construit comme un instrument propre à l'Etat mais la difficulté vient de ce qu'il s'applique à des matières largement décentralisées et qu'il concerne notamment des catégories d'établissements et de services dont les financements proviennent à la fois de l'assurance maladie et des Conseils généraux.

- [216] Juridiquement, le choix qui a été fait d'un outil totalement dédié aux services de l'Etat respecte le principe de la libre administration des collectivités territoriales : l'Etat ne peut contraindre les Conseils généraux à adopter la maquette d'un dispositif qu'il a mis au point unilatéralement. Techniquement, l'outil est donc étanche mais il ne peut trouver sa pleine utilité que si l'on admet une forme de porosité ; en effet, pour l'ensemble des établissements et services financés en partie par le Conseil général, le PRIAC présente une programmation dont la fiabilité n'est assurée que si le co-financier partage les mêmes orientations, privilégie les mêmes territoires et retient les mêmes projets. Tout décalage entre les deux décideurs compromet la qualité de la programmation de chacun.
- [217] Même si la part d'affichage politique ne doit pas être niée dans les intentions proclamées par les élus des Conseils généraux, l'écart observé par la mission entre le nombre de places dont le Conseil général souhaiterait l'installation et celui qu'autorisent les cinq années d'exécution du PRIAC paraît parfois très important, notamment dans le domaine des EHPAD :
- en Saône-et-Loire, le Conseil général fait état du besoin de créer 494 places nouvelles en EHPAD alors que 290 sont inscrites au PRIAC 2009-2013 ;
 - en Côte d'Or, 300 places sont autorisées en EHPAD dont 215 sont financées au PRIAC ; le Conseil général observe qu'il manque ainsi 85 places ; il estime qu'il faudrait en plus créer 89 places en EHPAD et 84 autres spécifiquement pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ; en ajoutant quelques extensions de petite dimension, près de 300 places seraient encore nécessaires, qui ne sont pas programmées au PRIAC 2009-2013 ;
 - l'écart entre les vœux affichés par les Conseils généraux et les programmations pluriannuelles inscrites dans le PRIAC sera d'autant plus important si le PRIAC témoigne d'une programmation « réaliste » ; à l'inverse, dans les régions où, comme en Picardie, le PRIAC est non seulement « offensif » mais volontairement conçu pour faire apparaître la réalité des besoins, sans intériorisation préalable de la contrainte financière, le problème ne se pose plus dans les mêmes termes.
- [218] Quoi qu'il en soit, les services des Conseils généraux interrogés par la mission indiquent le plus souvent avoir de bonnes relations avec les services déconcentrés de l'Etat du niveau départemental et établir en concertation avec eux les schémas départementaux⁶⁴ ; mais ils soulignent aussi la rareté de leurs échanges avec les services régionaux de l'Etat déconcentré : conformément à la loi, ils sont informés du contenu du PRIAC une fois qu'il a été établi (plus souvent d'ailleurs par la DDASS que par la DRASS) mais laissés dans l'ignorance des critères de priorisation utilisés, du moins officiellement car, dans la pratique, ces critères sont souvent aisément identifiables.
- [219] D'ailleurs, si le manque d'information est dénoncé et si la concertation autour du PRIAC est unanimement jugée minimale par les services des Conseils généraux, il est reconnu qu'au final, le PRIAC ne comporte pas de projets incohérents ou en rupture manifeste avec les programmations des Conseils généraux.
- [220] Mais, au-delà de cette coopération affichée, dans les départements enquêtés, il a été fait état à la mission de nombreux exemples montrant que le dialogue entre l'Etat et le Conseil général gagnerait à être plus nourri :
- dans la Manche, le cas a été cité d'un ESAT dont l'ouverture aurait été programmée sans que le Conseil général en ait été officiellement avisé alors qu'il sera nécessaire d'y accoler un foyer dont le fonctionnement devra être assuré sur des crédits du Conseil général ;
 - dans ce même département, les services de l'Etat souhaitaient la création d'un SAMSAH qui serait rattaché au centre hospitalier spécialisé en santé mentale et qui couvrirait l'ensemble du département mais, pour sa part, le Conseil général a souhaité et obtenu un rétrécissement du projet à la seule zone du centre-Manche ;

⁶⁴ Sur ce point, voir *supra* § 1121.

- en Saône et Loire, les services du Conseil général rappellent que, dans les années 90, le Conseil général s'est substitué à l'Etat et a lui-même organisé et financé la médicalisation de foyers pour adultes handicapés ; les services estiment à 55 le nombre des postes aujourd'hui concernés ; pour rétablir la vérité des coûts, il faut que le PRIAC intègre une médicalisation « fictive » qui consiste en un transfert d'enveloppe, l'assurance maladie prenant en charge ce qui était naguère financé par le Conseil général ;
- de manière plus générale, la médicalisation de foyers pour adultes handicapés peut se faire soit par transformation en FAM soit par intervention dans le foyer d'un SSIAD externe ; la solution la plus opportune doit être définie par le dialogue entre les services de l'Etat et ceux du Conseil général, ce à quoi le PRIAC n'oblige pas, ni même n'encourage ;
- sur un point certes particulier, les confusions qui règnent autour de la définition des publics respectifs des MAS et des FAM ne contribuent pas à la sérénité, dès lors que la prise en charge par l'assurance maladie est totale dans un cas et partielle dans l'autre, donnant au Conseil général le devoir de co-financer ;
- dans le domaine des personnes âgées, compte tenu des règles de la tarification ternaire relatives au partage entre le « forfait soins » pris en charge par l'assurance maladie et le « forfait dépendance » qui incombe au Conseil général, lorsqu'il résulte de la mise en œuvre du PRIAC qu'un EHPAD peut recruter des aides soignants, par exemple à l'occasion d'une extension, l'opération ne se fait que si le Conseil général « suit », à hauteur de 30 % ; sinon, le risque est réel que les crédits de l'assurance maladie soient inutilisés.

[221] Ces divers exemples, tous issus des entretiens que la mission a conduits dans les départements où elle a enquêté, montrent qu'il y a bien nécessité d'un fort dialogue en amont entre l'Etat et les Conseils généraux si l'on entend que le PRIAC n'inclue que des opérations qui ont véritablement une chance d'être réalisées à l'échéance prévue.

[222] Si, dans chaque département, la fiabilité du PRIAC repose ainsi sur la qualité du dialogue entre les services de l'Etat et ceux du Conseil général, plusieurs facteurs sont susceptibles de le rendre difficile :

- il n'est d'abord pas envisageable de faire coïncider les « timings » ; les Conseils généraux ont leur propre rythme politico-administratif qui peut expliquer, par exemple, qu'un schéma portant sur une période qui s'est achevée n'ait pas été immédiatement suivi par un autre schéma ; à cet égard, la mission estime illusoire d'envisager que les Conseils généraux d'une même région adoptent en même temps leurs schémas départementaux et que la période de validité de ceux-ci coïncide avec celle du futur schéma régional prévu par la loi de juillet 2009 ; dans ce contexte, le caractère glissant du PRIAC apporte une souplesse appréciable et aide à la cohérence ;
- ensuite, les Conseils généraux ont légitimement leur conception de l'aménagement du territoire et des découpages souhaitables ; par exemple, d'un département à l'autre, le rôle des pays peut être très différent ;
- dans le domaine des personnes âgées, les politiques de conventionnement des EHPAD à l'aide sociale sont très variables d'un département à l'autre et, pour un même département, d'une mandature à l'autre, voire d'une année à l'autre ; il en va de même pour l'ouverture du parc au secteur privé commercial qui, comme la mission l'a notamment observé en Aquitaine, peut être successivement favorisée puis restreinte dans un même département et être totalement refusée dans le département voisin ; dans le même ordre d'idées, certains Conseils généraux se prononcent défavorablement à l'égard de tout projet d'EHPAD dont le coût mis à la charge du résident dépasse tel ou tel montant tandis que d'autres examinent les dossiers au cas par cas ;
- les politiques d'aide à l'investissement des établissements médico-sociaux sont également très variables d'un département à l'autre et, comme il s'agit de dépenses non obligatoires, les barèmes, voire l'existence même de l'aide, peuvent être rapidement remis en cause en cas de retournement de la conjoncture économique ;

- enfin, alors que, chacun pour leur part, les grands plans nationaux et la mise en œuvre du plan de relance ont largement contribué à accroître les capacités financières de l'Etat et de l'assurance maladie, les Conseils généraux sont très sensibles à la rétraction de la fiscalité locale et peuvent rapidement passer d'une volonté affichée de répondre à tous les besoins à une politique nettement plus restrictive ; la mission a eu l'occasion d'échanger sur ce point particulier avec le Président du Conseil général de Saône et Loire, département particulièrement concerné par l'amointrissement des ressources et dont le Conseil général demeure néanmoins fermement partisan d'une programmation offensive pour répondre aux besoins médico-sociaux.

[223] La CNSA, dans un document très récent⁶⁵, adopte une vision très réaliste : à propos des retards observés dans les engagements de crédits de fonctionnement qui peuvent en partie s'expliquer par des retraits de la part de Conseils généraux qui devaient cofinancer des équipements et qui retardent délibérément cette échéance, la CNSA note qu'il « existe une forte zone de risque sur les champs de compétence partagés, d'autant plus que les Conseils généraux n'ont pas été associés aux choix de programmation et sont contraints par le niveau des finances publiques locales. Or il est nécessaire de mettre en exergue le poids important des champs de compétence partagée dans les PRIAC et dans les plans nationaux ». A l'issue des déplacements qu'elle a faits dans les régions et départements où elle a enquêté, la mission corrobore cette analyse et souligne en effet qu'il y a bien une « forte zone de risque ».

2.3. *Un outil qui doit exprimer des besoins mais qui doit aussi les inscrire dans le cadre d'enveloppes closes*

2.3.1. *Un outil de mise en exergue des besoins qui a rapidement laissé la place à une programmation contrainte par des enveloppes closes*

[224] La lecture de la loi de 2005 pouvait laisser penser que le PRIAC établirait certes des priorités mais qu'il s'inscrirait dans une logique de mise en exergue de toutes les créations et transformations nécessaires pour que le parc médico-social parvienne à répondre de manière aussi adaptée que possible à l'ensemble des besoins ; de fait, c'est ainsi que le PRIAC a pu être compris dans sa première année de fonctionnement et c'est encore ainsi qu'il est volontairement présenté en Picardie.

[225] Mais, avec l'adoption d'une telle conception, il est vite apparu que la somme des demandes transmises au niveau national excéderait de beaucoup les possibilités financières susceptibles d'être dégagées pendant la période couverte par le PRIAC.

[226] Dès lors, une transformation du PRIAC était inévitable : on en est venu à une identification de populations et de territoires prioritaires, dans la limite d'un « cadencement réaliste » par rapport à ce que va pouvoir attribuer la CNSA⁶⁶ ; comme l'ont exprimé plusieurs interlocuteurs de la mission, on est passé de la « liste au Père Noël » au triomphe du réalisme...

[227] Concrètement, les DRASS adressent aux DDASS des éléments de cadrage qui répondent à la triple nécessité de s'inscrire dans le respect des plans nationaux, de réduire les écarts trop manifestes entre les territoires et de tenir compte des montants que l'on peut « raisonnablement » attendre de la CNSA, ce dernier objectif se plaçant au même niveau que les deux précédents.

⁶⁵ CNSA : « synthèse nationale des échanges techniques CTRI-CNSA 2009 – version du 11 janvier 2010 ».

⁶⁶ A titre d'exemple, voir en annexe le compte-rendu de la mission en Aquitaine § 3212.

- [228] Ceci se traduit en pratiques variables. Ainsi, la DRASS de Bourgogne indique faire part aux DDASS des « grands équilibres » ; si leurs propositions dépassent ce cadrage, les DDASS procèdent au rephasage de certains projets, notamment les plus lourds financièrement, et opèrent des glissements qui repoussent dans le temps la date de réalisation. En Aquitaine, le déroulement des opérations est comparable, les services de l'Etat utilisant la notion de « droit de tirage »⁶⁷. Au total, la Picardie mise à part, la mission a observé dans les régions enquêtées une démarche visant à faire avaliser par le niveau national une liste de besoins priorisés après intériorisation du montant de l'enveloppe fermée.
- [229] Par rapport au nombre très important des dossiers que les promoteurs peuvent soumettre à l'avis du CROSMS, le PRIAC devient un outil de contention ; ceci n'est pas étranger à la logique de l'article L. 313-4 du CASF mais peut paraître s'être éloigné de celle de l'article L. 312-5-1.
- [230] De fait, la mission a pu ressentir une forme de frustration chez certains inspecteurs qui instruisent les dossiers médico-sociaux : on ne peut pas dire que l'on évalue les besoins, que l'on mesure l'écart entre l'existant et le niveau nécessaire à la satisfaction de ces besoins et enfin que l'on détermine le délai nécessaire au comblement de l'écart ; beaucoup plus modestement, on prend acte du léger rattrapage qu'autorisent la dotation de l'année en cours et les notifications d'enveloppes anticipées des deux années suivantes ; or, le plus souvent, c'est la logique de réponse aux besoins qui prévaut lors des discussions initiales entre le promoteur et l'agent de l'Etat ou du Conseil général qui rapportera le dossier devant le CROSMS : une fois rendu l'avis du CROSMS, cette logique se trouve percutée par la logique économique qu'impose le niveau des financements.
- [231] Le PRIAC résulte ainsi d'une combinaison entre planification des besoins et programmation sous contrainte économique ; cette contrainte fait que les services déconcentrés sont de plus en plus attentifs à ne faire figurer dans le PRIAC que des opérations dont la probabilité de réalisation dans le délai voulu est forte, avec un contrôle serré des engagements pris par les maîtres d'ouvrage.
- [232] De son côté, la CNSA a introduit le concept de « programmation offensive » pour traduire le jugement qu'elle porte sur les arbitrages faits en CTRI puis en CAR : une programmation est estimée « offensive » lorsque les demandes visent à aller au-delà de ce qu'autoriserait une reconduction « raisonnable » des enveloppes de mesures nouvelles, au nom soit de l'identification de besoins qu'il paraît particulièrement opportun et urgent de satisfaire, soit d'une demande de « rattrapage » étayée par la comparaison des taux d'équipement ; l'expression est également employée lorsqu'un rattrapage rapide est demandé au sein d'une région, au profit d'un département ou d'un territoire.

2.3.2. Un outil qui devrait concourir à la réduction des crédits non reconductibles

- [233] En imposant une réflexion sur les priorités, un examen de la fiabilité de chacun des projets retenus, un dialogue serré avec les promoteurs pour mesurer leur aptitude à réaliser les opérations dans les délais prescrits, le PRIAC vise la mise en place d'une programmation « sérieuse » qui aboutisse à ce que les crédits nécessaires au financement d'une création, d'une extension ou d'une transformation soient mis en place au moment précis où ils peuvent être utilisés, sans anticipation ni retard. Il s'agit évidemment d'un mécanisme vertueux dont il y a lieu d'encourager l'adoption.
- [234] La mise en place d'un tel mécanisme ne peut que réduire mécaniquement le niveau des crédits non reconductibles disponibles chaque année. Or, sur ce point, la mission fait les constats suivants :
- à sa connaissance, il n'existe aucun document qui ait inventorié les différents types d'utilisation pratiquée pour ces crédits et qui ait précisément mesuré la place qu'ils ont occupée ces dernières années dans l'amélioration de la réponse aux besoins médico-sociaux ;

⁶⁷ Voir en annexe le compte-rendu de la mission en Aquitaine § 212.

- dans l'un des départements enquêtés, la masse des crédits non reconductibles s'élève en 2009 à près de 7 000 000 € pour le seul secteur des personnes handicapées jeunes et adultes ; 40 établissements et services sont concernés, qui ont bénéficié chacun de sommes allant de 3 243 € à 938 218 €; pour un même établissement ou service, plusieurs opérations peuvent être distinguées, jusqu'à 10 dans un cas ; ces opérations vont de 215 €(aide à l'achat de matériel dans le cadre de la prévention de la grippe A-H1N1) à 810 000 € (solde d'une opération immobilière dans un institut d'éducation motrice) ;
- les sommes en cause sont gérées exclusivement au niveau départemental, sans intervention des services régionaux ;
- il n'existe aucun contrôle de l'utilisation de ces crédits ni a priori ni a posteriori ;
- les informations recueillies par la mission recourent les constats faits par la mission qui l'avait précédée sur la consommation de l'OGD : il peut arriver que l'utilisation des crédits non reconductibles porte sur des opérations qui peuvent être jugées « quasi-pérennes » ;
- toutefois, dans la plupart des cas, les crédits non reconductibles paraissent être utilisés à bon escient et font l'objet d'un suivi précis tenu dans chaque DDASS ;
- par l'absence totale de formalisme qui les caractérise, ils constituent une source de souplesse particulièrement appréciable et permettent de répondre à des besoins urgents ; il peut en être ainsi, par exemple, lorsque la prise en charge d'un résident nouvellement admis dans un établissement pour personnes handicapées impose l'achat d'un matériel spécifique ou un aménagement particulier de sa chambre.

[235] Au total, la mission émet un jugement nuancé. Elle estime qu'il est bien dans la logique d'une programmation sérieuse que les crédits non reconductibles enregistrent un resserrement très significatif, voire que l'on puisse miser sur leur disparition, *a fortiori* avec un mécanisme d'autorisations d'engagement et de crédits de paiement.

[236] Mais il importe que, dans le futur, les directeurs généraux d'ARS puissent continuer d'être en mesure de faire face à des besoins à la fois limités, ponctuels, urgents et sortant de l'épure des attributions de la campagne budgétaire habituelle ; c'est notamment pourquoi elle plaide *infra* pour la création d'un fonds d'aide à la modernisation⁶⁸.

2.4. Un outil qui n'est ni départemental ni régional mais interdépartemental

[237] Comme on l'a déjà indiqué, la CNSA demande que les informations contenues dans le PRIAC soient anonymisées : l'identité du promoteur et la commune d'implantation n'apparaissent pas. Mais en même temps, au nom de la vérification du respect de l'objectif de réduction des écarts à l'intérieur de chaque région, le PRIAC désigne le type d'équipement et la catégorie de population visés ainsi que la zone géographique concernée qui se situe, sauf exception, au niveau infra-départemental.

[238] Par ailleurs, les modalités de construction du PRIAC précédemment décrites confèrent un rôle particulièrement important aux autorités départementales : préfet et DDASS auxquels s'ajoutent les élus et services du Conseil général pour les domaines où il y a co-financement ; ces autorités départementales sont en charge des travaux de planification, et notamment des schémas départementaux ci-dessus décrits, et elles disposent du pouvoir d'autorisation des projets portés par les promoteurs. L'élaboration du PRIAC repose ainsi largement sur des décisions départementales.

[239] Enfin, la CNSA notifie des allocations pré-départementalisées⁶⁹.

[240] Ces trois caractéristiques aboutissent à ce que le PRIAC soit construit au niveau régional mais présente, conformément à la loi, une programmation non pas régionale mais interdépartementale⁷⁰. Cette programmation interdépartementale prend en considération plusieurs réalités :

⁶⁸ Voir *infra* § 343.

⁶⁹ Voir notamment en annexe le compte-rendu de la mission en Basse-Normandie § 332.

- les enveloppes sont fermées et, sauf exception, elles ne permettent pas la réalisation la même année de plusieurs projets de grande envergure dans une même région⁷¹ ;
- cette programmation est d'abord préparée au sein des DDASS et elle est arrêtée après avoir été soumise aux filtres successifs du « cercle de compétence » des inspecteurs, du CTRI et enfin du CAR et elle est portée à la connaissance du président du Conseil général ;
- dans ces conditions, il paraît très difficile, voire impossible, qu'un ou plusieurs départements d'une même région ne bénéficient d'aucune dotation une année donnée ou a fortiori plusieurs années consécutives, même si les indicateurs disponibles se conjuguent pour souligner que les priorités se situent plutôt dans les autres départements ;
- cette intériorisation de la nécessité de « servir » chaque année chacun des départements d'une région, à partir d'une enveloppe limitée, a deux conséquences : la réduction des inégalités ne peut qu'être lente^{72,73,74} (a fortiori dans les hypothèses où elle est contrariée par le jeu de la « réserve nationale »⁷⁵) et, pour toute opération importante, un étalement dans le temps est obligatoire, et donc un découpage en plusieurs tranches successives qui ne correspond pas à l'identification de tranches « fonctionnelles » ;
- c'est ainsi qu'il faut le plus souvent trois ou quatre cycles successifs de notifications d'enveloppes anticipées pour pouvoir ouvrir en totalité un EHPAD de 80 places.

[241] On a donc un processus qui mêle des réalités objectives et des comportements : parmi les premières, le caractère limité des enveloppes et le rôle conféré au niveau départemental au cours de la préparation du PRIAC ; au titre des seconds, l'intériorisation de devoir minimiser les mécontentements et de devoir ménager la possibilité pour chaque département d'obtenir au minimum quelques places à l'issue de l'attribution des mesures nouvelles.

[242] La CNSA a d'ailleurs bien identifié le processus puisqu'elle constate que « l'étalement des financements (sur plusieurs projets, sur plusieurs années) [...] reste vivace et ne contribue pas à un processus de réduction programmée des inégalités (le saupoudrage génère un affaiblissement des marges de manœuvre dédiées à la réduction des inégalités) »⁷⁶ ; pour la CNSA, ceci est clairement lié à la « difficulté à opérer des choix au niveau régional qui pourraient générer une inégalité dans l'attribution des enveloppes annuelles aux différents départements »⁷⁷.

[243] Dans chacune des régions où elle s'est rendue, la mission a étudié plusieurs dossiers qui montrent de manière claire que la réalisation des projets autorisés s'étale sur plusieurs années : ceci est certes dû aux délais nécessaires à la réalisation des constructions, aux aléas que connaissent la plupart des chantiers, aux impérities de nombreux promoteurs mal armés pour conduire des opérations complexes ; mais ceci résulte également d'une programmation des crédits de fonctionnement, au travers des PRIAC, qui saupoudre les mesures nouvelles.

[244] En témoignent notamment plusieurs dossiers dont l'historique est développé dans les comptes-rendus des missions effectuées dans les régions enquêtées ; on peut citer :

- la création de la MAS de La Charité sur Loire⁷⁸ ;
- l'extension de l'ITEP de Buxy⁷⁹ ;

⁷⁰ Comme le rappelle d'ailleurs le développement de l'acronyme du PRIAC : voir *supra* en introduction.

⁷¹ Sur ce point, les annexes 2 des comptes-rendus de la mission en Aquitaine et en Bourgogne montrent que les mesures nouvelles figurant au PRIAC ne regroupent chaque année qu'un faible nombre de places en comparaison du parc existant. Ceci sera repris et expliqué *infra* au § 261.

⁷² Voir *infra* au § 261.

⁷³ Voir en annexe le compte-rendu de la mission en Bourgogne § 23.

⁷⁴ Voir en annexe le compte-rendu de la mission en Bourgogne § 32.

⁷⁵ Ce qui paraît s'être produit dans au moins l'un des sept départements enquêtés par la mission.

⁷⁶ CNSA : « synthèse nationale des échanges techniques CTRI-CNSA 2009 – version du 11 janvier 2010 ».

⁷⁷ CNSA : « synthèse nationale des échanges techniques CTRI-CNSA 2009 – version du 11 janvier 2010 ».

⁷⁸ Voir en annexe le compte-rendu de la mission en Bourgogne § 135.

⁷⁹ Voir en annexe le compte-rendu de la mission en Bourgogne § 241.

- la rénovation et l’extension du centre gérontologique du centre hospitalier de Chalon-sur-Saône⁸⁰ ;
- la création d’un établissement pour autistes à Beaune⁸¹ ;
- la création d’un EHPAD en Côte d’Or⁸² ;
- la création d’un autre EHPAD à Anglet⁸³ ;
- la création de la MAS « Lou Caminot » à Pau⁸⁴ ;
- la création d’un EHPAD à Eysines⁸⁵ ;
- la création de la MAS de Tresses⁸⁶.

2.5. *Un outil qui établit une programmation portant largement sur les crédits de l’assurance maladie mais qui demeure très peu approprié par les services de l’assurance maladie*

- [245] Le PRIAC décrit la programmation des crédits liés aux créations, extensions et transformations des établissements et des services médico-sociaux qui sont financés soit par l’Etat, comme les ESAT, soit, pour l’essentiel, par l’assurance maladie.
- [246] Or, dans chacune des régions enquêtées, la mission a constaté que le PRIAC est très peu approprié par les services de l’assurance maladie, qu’il s’agisse des caisses régionales d’assurance maladie, des unions régionales des caisses d’assurance maladie ou du service médical. C’est en tant qu’ils sont membres du CROSMS que les agents de ces organismes ont une connaissance du PRIAC qui reste limitée.
- [247] Dans les régions enquêtées, les informations dont disposent les services de l’assurance maladie sur les établissements et services médico-sociaux sont très peu prises en compte lors de l’élaboration du PRIAC alors qu’elles pourraient utilement compléter les éléments qu’utilisent les services de l’Etat⁸⁷. Il entre dans la logique de création des ARS qu’il soit mis fin à cette situation.

2.6. *Un outil qui ne peut remplir à lui seul les missions que la loi lui confie, d’équité géographique et d’articulation de l’offre sanitaire et de l’offre médico-sociale*

2.6.1. Une programmation trop limitée pour pouvoir combler significativement les écarts

- [248] L’article L. 312-5-1 du CASF précité prévoit que les priorités retenues par le PRIAC « veillent [...notamment] à garantir [...] 2° un niveau d’accompagnement géographiquement équitable des différentes formes de handicap et de dépendance [et] 3° l’accompagnement des handicaps de faible prévalence, au regard notamment des dispositions des schémas nationaux d’organisation sociale et médico-sociale ».
- [249] On prête ainsi au PRIAC la capacité d’opérer ou, au minimum, d’amorcer une recomposition du parc des établissements et services, pour réduire les inégalités géographiques d’équipement et mieux répondre aux besoins évalués dans chaque territoire ; or ceci supposerait notamment :
- que les outils d’évaluation des besoins soient considérablement améliorés ;

⁸⁰ Voir en annexe le compte-rendu de la mission en Bourgogne § 242.

⁸¹ Voir en annexe le compte-rendu de la mission en Bourgogne § 32.

⁸² Voir en annexe le compte-rendu de la mission en Bourgogne § 34.

⁸³ Voir en annexe le compte-rendu de la mission en Aquitaine § 3141.

⁸⁴ Voir en annexe le compte-rendu de la mission en Aquitaine § 3142.

⁸⁵ Voir en annexe le compte-rendu de la mission en Aquitaine § 3341.

⁸⁶ Voir en annexe le compte-rendu de la mission en Aquitaine § 3342.

⁸⁷ A titre d’illustration, voir en annexe le compte-rendu de la mission en Aquitaine § 12.

- que le niveau régional dispose d'un pouvoir d'arbitrage fort entre les demandes des départements et qu'il soit considéré comme possible, voire normal, que la totalité de la dotation annuelle d'une région se trouve concentrée sur un nombre très limité d'opérations, voire sur une seule, dans l'optique de réduire significativement les inégalités observées.

[250] Les constats qui précèdent⁸⁸ montrent bien qu'il est loin d'en être ainsi.

[251] Et même si les attributions des places nouvelles étaient faites de manière totalement rationnelle et dans l'unique but de réduire les écarts, cet objectif ne pourrait avoir été atteint sur la brève période qui sépare la date de mise en place du PRIAC, en 2006, et aujourd'hui. Les programmations du PRIAC portent en effet sur des opérations trop limitées pour qu'un resserrement significatif des écarts entre les régions et au sein de chacune ait pu apparaître de manière tangible dans ce laps de temps ; pour les mêmes raisons, le PRIAC ne peut à lui seul favoriser la diversification des modes de prise en charge et d'accompagnement.

[252] C'est ce qui ressort d'abord des constats faits en Aquitaine et en Bourgogne⁸⁹ :

- en Aquitaine, le nombre de places nouvelles d'EHPAD créées est en moyenne de 313 par an sur les quatre dernières années, entre 2006 et 2009, alors que le parc est de plus de 32 000 lits : le taux est donc inférieur à 1 % et il ne permet pas de conduire une action résolue de réduction des inégalités ; il en va de même en Bourgogne où, sur la même période, 218 places sont créées par an en moyenne pour un parc de 21 267 places : ici encore, le taux est voisin de 1 % ;
- s'agissant des SSIAD, le taux est un peu plus favorable (environ 3,5 % en Aquitaine et 2,9 % en Bourgogne) mais l'on peut penser qu'étant de création plus récente que les EHPAD et comportant un ancrage géographique beaucoup moins fort puisque non matérialisé par des bâtiments, ces services présentent un parc plus harmonieusement réparti entre les territoires ;
- dans le domaine de l'enfance handicapée, en hébergement, les places nouvelles créées en moyenne chaque année représentent 0,8 % du parc en Aquitaine et il n'y a pas eu de création de places en Bourgogne pendant la période considérée mais une très légère destruction nette, à hauteur de 15 places ; en un sens, ceci correspond bien aux orientations nationales et régionales qui visent à favoriser la création d'alternatives aux prises en charge avec hébergement ; pour autant, pendant la période couverte par les PRIAC (2006-2009), le parc des SESSAD n'évolue que lentement avec en moyenne à peine 40 places nouvelles par an en Bourgogne, soit 4,2 % du parc actuel, ce taux s'établissant à 5,7 % en Aquitaine ;
- pour les adultes handicapés, la situation paraît moins défavorable avec en moyenne 43,5 places nouvelles créées chaque année en SAMSAH, soit environ 16 % du parc actuel en Aquitaine ; mais la statistique doit être relativisée puisque l'on joue sur de très petits nombres en comparaison des places installées en MAS, en FAM et en ESAT : en Aquitaine, on dénombre 266 places de SAMSAH pour 1 875 places en MAS et FAM et 5 837 places en ESAT. La situation est exactement la même s'agissant des SSIAD pour personnes handicapées où le parc est au total de 235 places en Aquitaine. Du côté des établissements, les évolutions ne peuvent être que très lentes si elles ne reposent que sur les créations de places nouvelles : les places nouvelles créées chaque année représentent 1,27 % du parc existant au 31 décembre 2009 pour les MAS, 3,69 % pour les FAM et 1,31 % pour les ESAT.

⁸⁸ Voir notamment *supra* § 24.

⁸⁹ Voir l'annexe 2 du compte-rendu de la mission en Aquitaine et l'annexe 2 du compte-rendu de la mission en Bourgogne. Les données transmises par la Basse-Normandie n'étaient pas exploitables en l'état.

- [253] En définitive, les mesures nouvelles ne constituent pas un levier suffisant pour modifier la répartition géographique des établissements et des services. La réduction des écarts entre les taux d'équipement supposerait que les transformations du parc existant soient beaucoup plus nombreuses que les créations et extensions ; or, une telle action, véritablement volontariste, devrait passer par la fin du système de la reconduction automatique des crédits : il faudrait à la fois reconsidérer, chaque année et dès le premier euro, les sommes allouées aux établissements et services et admettre comme souhaitables et possibles des fermetures d'établissements, accompagnées, le cas échéant, du transfert des résidents et des personnels concernés. Il apparaît donc que, si l'objectif de réduction des inégalités territoriales posé par le législateur n'est certes pas contestable dans son principe, sa réalisation ne pourrait être obtenue qu'au prix de mesures auxquelles les acteurs du monde médico-social ne sont pas encore préparés et qui peuvent emporter des inconvénients certains, à mettre en balance avec les avantages attendus.
- [254] Si l'on examine maintenant la situation au niveau national, la CNSA élabore des documents relatifs aux « écarts d'équipement inter-régionaux et inter-départementaux en établissements et services médico-sociaux » d'une part pour enfants et adultes handicapés et d'autre part pour personnes âgées ; dans les deux cas, deux indicateurs sont utilisés : le nombre de places par habitant et les euros par habitants. Il s'agit d'indicateurs très grossiers qui ne font aucune distinction entre les diverses catégories d'établissements et de services mais qui globalisent les données en trois ensembles : enfants handicapés, adultes handicapés et personnes âgées.
- [255] La CNSA calcule notamment, « rapporté à la moyenne, l'écart de taux d'équipement entre les 25 % des départements les mieux dotés et les 25 % les moins bien dotés » ; si l'on prend en considération la période couverte par le PRIAC, soit 2006-2008, puisque la statistique disponible n'intègre pas encore l'année 2009, on observe que :
- pour les enfants handicapés, cet écart est de 32,0 % en 2008 contre 34,2 % en 2006 (mais dans le même temps, l'écart inter-régional s'accroît : 26,6 % en 2008 contre 23,6 % en 2006) ;
 - pour les adultes handicapés, l'écart inter-départemental est de 48,1 % en 2008 pour 59,5 % en 2006 (avec cette fois-ci une diminution concomitante de l'écart inter-régional : 31,6 % en 2008 contre 40,6 % en 2006) ;
 - pour les personnes âgées, l'écart inter-départemental se réduit très légèrement (22,8 % en 2008 contre 24,1 % en 2006) tandis que l'écart inter-régional croît (27,4 % en 2008 contre 23,9 % en 2006).
- [256] Sans doute la période d'observation est-elle brève mais force est de relever dans les statistiques de la CNSA que la pente de réduction des écarts est aussi faible entre 2006 et 2008 qu'entre 2004 et 2006 : en matière de réduction des inégalités entre les territoires, l'effet de la mise en place du PRIAC n'est pas perceptible.

2.6.2. Une articulation du sanitaire et du médico-social à améliorer encore largement

- [257] L'article L. 312-5-1 du CASF précité prévoit que les priorités figurant dans le PRIAC veillent notamment à garantir « [...] 4° l'articulation de l'offre sanitaire et de l'offre médico-sociale au niveau régional, pour tenir compte notamment des établissements mentionnés au 2° de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique et également de la densité en infirmiers dans les zones mentionnées à l'article L. 162-47 du code de la sécurité sociale ». D'ailleurs, les opérations financées par le jeu de la fongibilité asymétrique sont présentées dans une colonne spécifique de la maquette du PRIAC.

- [258] En réalité, il apparaît que le PRIAC ne peut « garantir » la fongibilité asymétrique : tout au plus l'enregistre-t-il. En effet, dans les régions enquêtées, le PRIAC ne fait généralement pas l'objet d'un dialogue approfondi entre les services des DRASS et DDASS qui l'instruisent et l'ARH, même si le directeur de celle-ci est formellement consulté⁹⁰.
- [259] Sans doute chaque ARH est-elle intéressée par l'identification des solutions susceptibles de permettre la réduction des inadéquations dans les établissements sanitaires, et particulièrement dans les services de psychiatrie ; de même, la fermeture des lits de court séjour des hôpitaux locaux est-elle recherchée, avec en compensation une extension des capacités médico-sociales. Mais le PRIAC ne paraît avoir modifié ni la manière ni le rythme de la reconversion des lits sanitaires : à ce jour, le PRIAC enregistre, plus qu'il ne favorise.
- [260] On doit même souligner que le PRIAC ignore, par construction, des évolutions particulièrement positives pour la qualité des prises en charge : le fait qu'une équipe mobile de gériatrie ou de soins palliatifs qui relève d'un établissement de santé se déplace dans un EHPAD n'apparaît pas dans le PRIAC, pas plus que l'intervention de l'équipe du secteur psychiatrique. Le PRIAC se borne à la programmation des opérations de création, d'extension et de transformation du parc qui exigent la mobilisation de mesures nouvelles : lui échappent ainsi de multiples évolutions positives dont certaines résultent d'une coopération entre les établissements du domaine sanitaire et ceux du médico-social.

2.7. Un outil qui favorise la cohérence de l'action publique et qui accroît la visibilité des priorités de l'Etat

- [261] Si les limites du PRIAC sont nombreuses et certaines, il n'en reste pas moins qu'il constitue à l'évidence un outil qui concourt à la cohérence de l'action publique en matière médico-sociale, par la réflexion qu'il suppose quant aux priorités à retenir, quant à la faisabilité des projets, quant à la solidité des promoteurs retenus, *a fortiori* après qu'ait été créé le dispositif de la notification des enveloppes anticipées.
- [262] Fondamentalement, le PRIAC oblige l'Etat à organiser sa réflexion et à faire la lumière sur ses priorités, ce qui ne peut qu'être positif car sécurisant pour la multiplicité des acteurs concernés (collectivités territoriales, assurance maladie, porteurs de projets). Toutefois, il est apparu à la mission, à de nombreuses reprises, combien il peut être difficile de faire comprendre aux porteurs de projets que l'inscription au PRIAC ne vaut pas garantie de l'obtention du financement complet nécessaire à la réalisation⁹¹.
- [263] Par ailleurs, l'affichage a naturellement un sens différent selon que le PRIAC vise à mettre en lumière la plupart des besoins et se présente donc comme volontairement offensif ou seulement ceux auxquels il est raisonnablement envisageable qu'il puisse être répondu dans les deux ou trois années qui viennent.
- [264] Quoi qu'il en soit, il est indispensable que les PRIAC soient accompagnés de démarches permettant de mieux les faire comprendre : ceci passe par des DOR qui soient aussi précis et pédagogiques que possible mais également par l'aménagement du calendrier pour qu'il permette une véritable phase d'explication des priorités de la programmation, notamment en direction des élus et des services des Conseils généraux et lors des réunions des instances consultatives.

⁹⁰ Voir en annexe le compte-rendu de la mission en Aquitaine § 22.

⁹¹ Voir notamment, à titre d'exemple, en annexe le compte-rendu de la mission en Bourgogne § 242.

3. LA MISE EN ŒUVRE DE LA LOI DU 21 JUILLET 2009 VA SE TRADUIRE PAR UNE NOUVELLE CONFIGURATION DES PRIAC

- [265] L'évaluation des PRIAC conduite par l'IGAS s'est déroulée au vu du dispositif législatif et réglementaire préexistant aux dispositions de la loi du 21 juillet 2009, laquelle a profondément changé le positionnement des PRIAC au sein du processus de planification des équipements et des services médico-sociaux ; elle s'est aussi effectuée avant le transfert de leur pilotage et de leur suivi aux ARS.
- [266] Dans ce contexte, il aurait été inutile d'émettre des recommandations d'adaptation des modalités de construction et de suivi des PRIAC dans leur configuration originelle. La mission a pris le parti de proposer ici des recommandations qui s'inscrivent dans le fil des orientations de la loi de juillet 2009. Parmi les propositions formulées, certaines rejoignent les positions adoptées par la CNSA dans son « document d'orientation pour 2010 ».
- [267] Dès lors que la nouvelle organisation du pilotage et du suivi du secteur médico-social, placée sous la responsabilité des ARS, était en phase de préfiguration au moment de la réalisation du présent rapport, les recommandations de la mission ne visent pas la précision technique. Certaines options sont d'ailleurs encore en phase d'arbitrage par les ministères concernés. C'est avec cette précaution de lecture qu'il convient d'examiner les suggestions suivantes.

3.1. Les PRIAC seront élaborés et arrêtés dans un contexte législatif et réglementaire profondément modifié

3.1.1. Le PRIAC constituera la programmation financière associée au schéma d'organisation médico-sociale, lui-même faisant partie intégrante du projet régional de santé

- [268] La loi de juillet 2009 introduit des changements importants : le PRIAC demeure comme outil de programmation mais s'inscrit dans un contexte profondément modifié.

**Encadré n° 5 : Les nouvelles dispositions législatives relatives au PRIAC
Extraits de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires**

« Pour les établissements et services mentionnés aux 2°, 3°, 5°, 6°, 7°, 11° et 12° du I de l'article L. 312-1 qui accueillent des personnes handicapées ou des personnes âgées, le directeur général de l'agence régionale de santé établit un programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie composé d'objectifs de programmation pour la mise en œuvre du schéma régional mentionné au 3° de l'article L. 312-5. Ce programme dresse, pour la part des prestations financées sur décision tarifaire du directeur général de l'agence régionale de santé, les priorités de financement des créations, extensions ou transformations d'établissements ou de services au niveau régional ».

- [269] La fonction essentielle du PRIAC qui demeure est l'établissement des priorités de financement des créations, des extensions et des transformations, pour les prestations financées sur décision tarifaire du directeur général de l'ARS. Les autres objectifs qui étaient auparavant impartis au PRIAC ne sont plus mentionnés, puisqu'ils doivent inspirer le schéma régional dont le PRIAC assure la « mise en œuvre ».
- [270] Le PRIAC est établi par le directeur général de l'ARS qui n'a plus d'obligation de consulter d'autres autorités ou instances : il est considéré que le PRIAC s'inscrit dans le champ plus large du projet régional de santé, lequel obéit à des règles de concertation définies par ailleurs. C'est la conclusion logique du mouvement qui situe au niveau du schéma la réflexion sur les objectifs et donc la concertation dont elle doit s'accompagner.

Encadré n° 6 : Le nouveau dispositif des schémas

Extraits de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

« Les schémas d'organisation sociale et médico-sociale sont établis dans les conditions suivantes :
1° Les ministres chargés des personnes âgées et des personnes handicapées établissent, sur proposition de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie lorsqu'il entre dans son champ de compétences et après avis du Comité national de l'organisation sanitaire et sociale, un schéma au niveau national pour les établissements ou services accueillant des catégories de personnes, dont la liste est fixée par décret, pour lesquelles les besoins ne peuvent être appréciés qu'à ce niveau ; l'Assemblée des départements de France est tenue informée de ce schéma national ;

[...]

3° Le directeur général de l'agence régionale de santé établit le schéma prévu à l'article L. 1434-12 du code de la santé publique ;

4° Le président du conseil général élabore les schémas, adoptés par le conseil général, pour les établissements et services, autres que ceux devant figurer dans les schémas nationaux, mentionnés aux 1° et 4° du I de l'article L. 312-1 du présent code. Pour cette dernière catégorie, il prend en compte les orientations fixées par le représentant de l'Etat dans le département.

Les schémas relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie sont arrêtés par le président du conseil général, après concertation avec le représentant de l'Etat dans le département et avec l'agence régionale de santé, dans le cadre de la commission prévue au 2° de l'article L. 1432-1 du code de la santé publique. Les représentants des organisations professionnelles représentant les acteurs du secteur du handicap ou de la perte d'autonomie dans le département ainsi que les représentants des usagers sont également consultés, pour avis, sur le contenu de ces schémas. Les modalités de ces consultations sont définies par décret. L'objectif de ces schémas est d'assurer l'organisation territoriale de l'offre de services de proximité et leur accessibilité ».

« Art. L. 1434-12.- Le 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 mentionnés aux 2°, 3°, 5°, 6°, 7°, 11° et 12° du I de l'article L. 312-1 et à l'article L. 314-3-3 du code de l'action sociale et des familles, afin notamment de répondre aux besoins de prises en charge et d'accompagnements médico-sociaux de la population handicapée ou en perte d'autonomie.

Ce schéma veille à l'articulation au niveau régional de l'offre sanitaire et médico-sociale relevant de la compétence de l'agence régionale de santé. Pour les établissements et services mentionnés aux 6°, 7° et 12° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, ce schéma régional est établi et actualisé au regard des schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie arrêtés par les conseils généraux de la région et mentionnés à l'article L. 312-5 du même code.

Le schéma d'organisation médico-sociale et le programme prévu à l'article L. 312-5-1 du même code qui l'accompagne sont élaborés et arrêtés par le directeur général de l'agence régionale de santé après consultation de la commission de coordination compétente prévue à l'article L. 1432-1 du présent code et avis des présidents des conseils généraux compétents. Pour la prévention des handicaps et de la perte d'autonomie, il prévoit la concertation avec chaque conseil général concerné pour une meilleure connaissance des besoins rencontrés par les personnes âgées dépendantes et les personnes handicapées ».

[271] On peut donc considérer que, « facialement », le PRIAC perd en dimensionnement et en autonomie mais qu'il gagne sans doute à se trouver désormais attaché à un schéma dont est affirmé le caractère exclusivement régional, et non plus interdépartemental.

3.1.2. Le dispositif de l'appel à projets emportera de fortes exigences de cadrage de la programmation financière

- [272] Le recours à la technique de l'appel à projets constitue un progrès important dans la mesure où il permet aux ARS et aux Conseils généraux de sélectionner les opérations de création ou d'extension à financer.
- [273] Cette responsabilité emporte de nombreuses exigences au regard du cahier des charges à établir⁹² ; elles portent notamment sur l'argumentation du fondement du projet à financer, en termes de besoins à satisfaire au niveau d'un territoire. En outre, le cahier des charges devra être clair sur les coûts attendus et sur la date de la mise en service effective de l'équipement, comme sur le respect des coûts prévisionnels de fonctionnement⁹³.

3.2. La détermination des besoins et les objectifs de la programmation devront être plus précis

- [274] Aujourd'hui, le PRIAC est reconnu comme indispensable par les responsables des services déconcentrés, en tant qu'outil retraçant les priorités de programmation de l'Etat, et considéré comme un progrès par les représentants des Conseils généraux, en tant que support de la négociation d'un calendrier de réalisation des opérations faisant l'objet d'un cofinancement, *a fortiori* depuis la mise en place du dispositif des enveloppes anticipées). Les PRIAC n'en souffrent pas moins d'imperfections affectant les modalités de leur élaboration comme la qualité de leur contenu.

3.2.1. La nomenclature des services et des équipements requis est à affiner

- [275] Pour le secteur des personnes âgées comme pour celui des personnes handicapées, la mission préconise de définir de manière plus fine qu'aujourd'hui les services et les activités devant faire l'objet d'extensions, de transformations ou de créations de capacités.
- [276] Pour le domaine des personnes âgées, un premier travail a été accompli en ce sens dans la maquette du PRIAC qui spécifie les places de SSIAD, d'accueil de jour, d'hébergement temporaire et d'EHPAD pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés et qui les différencie de celles concernant les autres personnes âgées dépendantes.
- [277] Egalement, dans le secteur du handicap, la programmation des actions est-elle détaillée par type de déficience, tant chez les adultes que chez les enfants, avec une présentation encore plus détaillée pour ces derniers (personnes autistes, présentant des déficiences intellectuelles, affectées de troubles du caractère et du comportement, atteintes de déficiences sensorielles ou polyhandicapées).
- [278] Cette typologie a été retenue, notamment, dans la perspective d'assurer un suivi précis de la réalisation des plans nationaux. Elle vient contrebalancer pour partie une vision souvent trop globalisante de l'existant qui résulte d'une approche par taux d'équipements portant sur de grandes catégories d'établissements et de services. Dans la plupart des cas, ce niveau de détail n'apparaît pas, ou apparaît insuffisamment, lorsque sont présentés des ratios de taux d'équipement en EHPAD, en FAM et en MAS.

⁹² Dont certaines seront détaillées *infra*, dans les propositions suivantes du rapport.

⁹³ Ce qui renvoie à la question de l'harmonisation du coût des prestations, question abordé ultérieurement dans le rapport.

[279] Concernant les EHPAD, il est le plus souvent demandé aux promoteurs de spécifier, lors du dépôt de leur dossier, la répartition des places en fonction des caractéristiques des personnes accueillies (atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés, dépendantes physiquement ou présentant les deux types de déficience). Il serait donc cohérent que l'expression chiffrée des besoins en places prenne en compte ces distinctions. Ceci s'impose d'autant plus que la nature du recours aux services et établissements pour personnes âgées évolue : maintien plus important à domicile, âge plus avancé d'entrée en institution, prévalence plus forte des personnes souffrant de déficits cognitifs parmi les résidents des EHPAD. La mise en place d'un programme de places dédiées d'UHR et de PASA répond en partie à cette préoccupation mais ce programme ne vise pas l'ensemble des personnes « désorientées ».

Recommandation n°5 : Pour le secteur des personnes âgées, présenter, au plan régional et au plan national, l'état des besoins et le suivi des créations de places en distinguant en fonction des caractéristiques des populations accueillies (personnes dépendantes au plan de l'altération des facultés cognitives, personnes dépendantes physiquement, personnes présentant les deux types de déficience)

[280] Dans le secteur des personnes adultes handicapées, on rencontre le même type de difficultés pour les MAS et les FAM et, à un degré moindre, pour les ESAT. Dans une région, dans un département ou dans un territoire, on peut identifier un taux d'équipement favorable dans une grande catégorie d'établissements, sans que pour autant les besoins soient satisfaits pour certains types de handicap ; ainsi, pour des raisons historiques, un département bien doté en MAS peut-il disposer d'un nombre de places important pour les personnes déficientes psychiques mais n'offrir que trop peu de places pour les polyhandicapés.

[281] C'est pourquoi d'ailleurs, en prenant le même type d'exemple (offre pour déficients psychiques et pour polyhandicapés), les instructions données de répartir les créations de places de MAS et de FAM sur la base respectivement de 35 % et de 65 % des capacités nouvelles, sans spécifier les publics concernés, peuvent susciter quelques interrogations.

Recommandation n°6 : Calculer les taux d'équipements en MAS, FAM et ESAT par types de handicaps

3.2.2. Les effets de champ sont à prendre en compte

[282] Du point de vue de la mission, les effets de champ, autour du décompte des catégories et des populations prises en charge dans la programmation financière des PRIAC, peuvent induire des biais dans l'appréciation du degré de correction des inégalités inter ou infra-régionales.

3.2.2.1. La nécessaire amélioration de l'évaluation du nombre des jeunes handicapés à prendre en charge

[283] A l'occasion de ses déplacements et bien que ce ne soit pas l'objet premier de ses investigations, la mission a entendu les services des inspections académiques lui faire état de la progression sensible du nombre des enfants pour lesquels une prise en charge spécifique est souhaitée. Les interlocuteurs de la mission estiment que les dispositions de la loi précitée de 2005 ont ouvert des possibilités aux familles, qui auparavant ne sollicitaient pas l'appui de services adaptés.

[284] Outre que ce sujet n'était pas au cœur de son propos, la mission n'a pu disposer de données sur la question, du fait notamment de l'état, encore perfectible, de la concertation entre les services de l'éducation nationale et ceux des DRASS et des DDASS. Surtout, les MDPH ne sont pas en mesure de confirmer ou d'infirmer le phénomène. Il serait souhaitable, en tout état de cause, de pouvoir mieux cerner le potentiel des jeunes scolarisés pour évaluer la demande en services d'appui, du type SESSAD, et l'impact de cette demande sur la fréquentation des IME.

Recommandation n°7 : Faire procéder par les ARS et par la CNSA, en concertation avec les services de l'Éducation nationale, à une étude prospective sur l'évolution du nombre d'enfants ayant besoin d'une prise en charge spécifique pour en déduire l'offre à assurer en places de SESSAD et d'IME

3.2.2.2. La question de la transformation d'activités relevant du champ sanitaire en activités médico-sociales

- [285] Ce sujet, plus prégnant encore, concerne les activités jusque là relevant du domaine sanitaire et qui basculent vers le médico-social. Au premier rang de ces transformations, on peut citer la restructuration de la psychiatrie où se poursuit un mouvement, engagé depuis de longues années, visant à l'orientation de personnes hospitalisées au long cours vers des MAS ou des FAM, au titre de leur handicap psychique. Cette orientation peut aussi être assurée en ambulatoire, après un séjour hospitalier, dans le cadre des SAMSAH et, à un degré moindre, du dispositif des GEM.
- [286] Or, l'évolution d'activités du champ sanitaire vers le champ médico-social peut interagir de manière conséquente avec la programmation financière des PRIAC. La mission a ainsi observé que d'importantes opérations de créations d'établissements médico-sociaux étaient engagées par transformation intégrale ou partielle de services de psychiatrie⁹⁴. Aujourd'hui, ces créations de places ne sont pas systématiquement financées par redéploiement de moyens et elles mobilisent des crédits à dégager en mesures nouvelles proposées au PRIAC⁹⁵.
- [287] Ces opérations ont un double impact en termes d'indicateurs d'équipement ou de prise en charge : d'une part, elles élargissent le nombre des bénéficiaires et, d'autre part, elles contribuent à augmenter les taux d'équipements sans pour autant répondre totalement aux besoins de nouveaux publics. Ces mouvements de transformation pèsent aussi dans la concertation avec les Conseils généraux qui redoutent d'avoir à supporter des charges complémentaires à travers la création de FAM ou la mise en place de services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS).
- [288] La loi précitée du 21 juillet 2009 détermine les règles relatives à la fongibilité.

Encadré n° 7 : Le dispositif de la fongibilité
Extraits de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

« Art. L. 1434-13.- Les moyens financiers dont l'attribution relève des agences régionales de santé et qui correspondent aux objectifs de dépenses visés aux articles L. 314-3 et L. 314-3-2 du code de l'action sociale et des familles ne peuvent être affectés au financement d'établissements, services ou prestations autres que ceux visés, selon le cas, aux articles L. 314-3-1 ou L. 314-3-3 du même code.

En cas de conversion d'activités entraînant une diminution des dépenses financées par l'assurance maladie, et dont le financement s'impute sur l'un des objectifs de dépenses mentionnés aux articles L. 162-22-2, L. 162-22-9 et L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale, en activités dont le financement s'impute sur l'un des objectifs de dépenses définis aux articles L. 314-3 et L. 314-3-2 du code de l'action sociale et des familles, les dotations régionales mentionnées à ces mêmes articles L. 314-3 et L. 314-3-2 sont abondées des crédits correspondant à ces activités médico-sociales.

Le financement de l'activité de l'établissement ou du service médico-social qui résulte de cette conversion est établi en tenant compte du financement alloué aux établissements et services médico-sociaux qui fournissent des prestations comparables ».

- [289] Dans ce cadre, proposant de tirer profit de la mise en place des ARS, la mission émet les recommandations suivantes.

⁹⁴ La fongibilité de la psychiatrie vers le médico-social a porté sur 19 M € en 2006, 5,5 M € en 2007 et un peu plus de 6 M € en 2008 (source DHOS).

⁹⁵ Voir *supra* § 1132.

Recommandation n°8 : Evaluer par région, dans le cadre de la préparation des SROS et des SROMS, le nombre des personnes accueillies dans le champ sanitaire et relevant d'une prise en charge médico-sociale ; isoler dans les PRIAC les programmes correspondants de créations ou d'extensions de services et d'établissements

- [290] L'apport de financements conjoints lors de la mise en place de filières couvrant des populations concernées par les deux champs, sanitaire et médico-social, peut être problématique ; la mission prend le cas de la Bourgogne où la mise en place d'une UEROS est notamment retardée parce qu'il n'a pas été possible, jusqu'à présent, d'organiser un cofinancement avec l'ARH. Cette observation renvoie aussi à la faiblesse de la coordination entre les ARH et les DRASS, constat que la mission a faits à l'occasion de ses déplacements.

Recommandation n°9 : Traduire dans les PRIAC les orientations partagées entre sanitaire et médico-social pour la part de financement relevant de l'ONDAM médico-social

3.2.3. La définition des territoires pertinents et la déclinaison des besoins par territoires sont deux questions majeures

- [291] Les PRIAC présentent encore, du moins pour certains, la faiblesse de ne pas faire suffisamment apparaître les priorités de programmation par territoires, pour prendre en compte les disparités géographiques existantes. Ceci a notamment été observé par la mission dans le secteur des personnes âgées où la proximité d'accès aux services et établissements est importante dans la prise en charge des bénéficiaires. Or, au sein d'un département, il peut exister des différences sensibles entre les niveaux d'équipements. Dans le domaine des personnes handicapées, l'appréciation du besoin par zones à desservir au sein d'un département est également souhaitable, même si l'on peut raisonner à une plus vaste échelle pour certains équipements spécialisés.
- [292] Les Conseils généraux développent pour la plupart une telle approche sectorielle et contestent une définition trop large des besoins en équipements à la seule échelle du département, le recours à cette échelle faisant apparaître le département comme sur-doté quand bien même, dans certaines zones infra-départementales, les équipements médico-sociaux sont insuffisants.
- [293] L'analyse des besoins par territoires permet aussi de proposer à la population desservie une prise en charge graduée en services et équipements.
- [294] La procédure des appels à projets justifiera par ailleurs une analyse des besoins à un niveau territorial plus fin que celui du département.
- [295] L'appréciation de la nature des équipements disponibles et à créer devrait donc s'effectuer à un échelon infra-départemental, comme celui de l'arrondissement par exemple, sans que ce soit le cadre territorial à retenir systématiquement. C'est le choix qu'ont fait la Picardie⁹⁶ et la DDASS de Saône et Loire⁹⁷. Dans cette perspective, la mission présente la recommandation suivante, sachant que, de son point de vue, la question de la compatibilité entre le découpage des territoires de santé et celui des territoires médico-sociaux doit être étudiée et résolue par chaque ARS.

Recommandation n°10 : Asseoir réellement la programmation des financements du PRIAC sur des indicateurs de besoin et de détection des inégalités déterminés par territoires infra-départementaux (recommandation prioritaire de niveau 1)

⁹⁶ Voir *supra* § 1152.

⁹⁷ Voir *supra* § 113.

3.2.4. La programmation devra se traduire par la définition d'objectifs cibles fixés à partir d'indicateurs de besoin régionalisés

- [296] Dans ses échanges avec la mission, la CNSA a indiqué n'avoir pas procédé à une révision récente des indicateurs servant de support à la détermination des enveloppes régionales. Comme on l'a vu⁹⁸, les travaux menés sur ce sujet, en 2007, n'ont pu déboucher sur l'adoption de nouveaux critères. Par ailleurs, la remontée des informations des MDPH concernant l'analyse des orientations proposées pour les personnes handicapées se fait toujours attendre. Il est pourtant nécessaire d'avancer dans les deux domaines, celui du handicap et celui de la dépendance des personnes âgées, en vue d'estimer les écarts entre les réalisations et les besoins.
- [297] La mission propose que le chantier de la détermination des indicateurs des besoins soit relancé concomitamment à la mise en place des ARS, sous une double approche nationale et régionale.

3.2.4.1. Des actions à conduire au plan national pour mieux cerner les besoins et arrêter les objectifs de programmation

- [298] Au plan national, tout en mesurant bien les difficultés de la tâche, la mission estime qu'un certain nombre d'enquêtes, soit à caractère général soit à partir de la constitution d'échantillons de populations ou de services, devraient permettre de mieux cerner la pression de la demande.
- [299] Pour le secteur des personnes âgées, la réalisation d'enquêtes périodiques est souhaitable, dont les résultats seraient partagés entre l'Etat, les collectivités territoriales, l'assurance maladie, les établissements et services, pour mieux cerner les caractéristiques des bénéficiaires et leurs besoins⁹⁹. En effet, des signaux divers se déclenchent, comme l'interruption de la construction d'établissements nouveaux dans certains départements, les difficultés rencontrées ailleurs lors des ouvertures, les tensions liées à l'inadaptation d'une partie du parc des EHPAD, l'existence de flux interrégionaux et interdépartementaux de bénéficiaires, l'admission à un âge de plus en plus avancé en institution et le rejet croissant du recours à l'hébergement en institution alors que les services à domicile se développent¹⁰⁰. Par ailleurs, et ce qui pourrait expliquer en partie les constats précédents, une partie des résidents et de leurs familles ont des difficultés à couvrir les coûts mis à leur charge au titre des frais d'hébergement.
- [300] Dans ce cadre, il conviendrait d'objectiver, sous la forme d'un état des lieux et d'une analyse de l'adéquation des orientations, les appréciations formulées au plan local ou relayées par les organismes représentatifs des institutions ou des usagers sur l'évolution pressentie des besoins et l'état de l'offre de services. Cette enquête devrait comporter un volet régional plus détaillé.

Recommandation n°11 : Réaliser des enquêtes périodiques au plan régional, à consolider au plan national, portant sur l'offre de service pour personnes âgées et son adéquation aux besoins, notamment au regard des orientations souhaités pour et par les bénéficiaires

Recommandation n°12 : Utiliser le cadre des échanges techniques avec chaque ARS pour appréhender l'évolution qualitative des besoins de prise en charge des personnes âgées

- [301] Pour le secteur des personnes handicapées, à défaut de disposer d'informations provenant des MDPH, la mission émet la suggestion de réaliser une enquête ou une étude par échantillons de populations ou portant sur une période courte, sur les orientations souhaitées, les orientations proposées et les orientations effectives.

Recommandation n°13 : Dans l'attente de disposer d'un système d'informations adapté dans chaque MDPH, réaliser une enquête ponctuelle et annuelle auprès des MDPH et, le cas échéant, des établissements et services concernés sur les orientations souhaitées, les

⁹⁸ Voir *supra* § 11.

⁹⁹ L'enquête actuelle de la DREES sur les établissements pour personnes âgées paraît trop peu fréquente et ses items devraient être complétés.

¹⁰⁰ Tout en observant que les organismes d'aide à domicile sont actuellement, pour beaucoup d'entre eux, dans une situation difficile.

orientations proposées et les orientations effectives et sur l'adéquation de l'offre aux besoins identifiés

[302] A l'appui du document d'orientation du PRIAC pour 2010, la CNSA, joint un état des travaux engagés pour renforcer la qualité de la programmation. Il est souhaitable que, dans le cadre des missions qui sont les siennes, elle poursuive des programmes d'études portant sur l'analyse qualitative de l'offre existante et des besoins à satisfaire, concernant certaines catégories de populations dans le secteur du handicap comme dans celui des personnes âgées ; à titre de simple illustration, la mission mentionne le sujet de la prise en charge des polyhandicapés ou celui de la typologie de la population accueillie en EHPAD.

Recommandation n°14 : Poursuivre et développer les programmes d'études régionaux et nationaux relatifs à l'analyse de l'offre et à l'évaluation des besoins de certaines catégories de personnes handicapées et de personnes âgées

[303] Même si elles étaient rapidement mises en œuvre, ces propositions ne devraient pas suffire : la mission propose que l'évaluation des besoins soit également régionalisée dans le contexte de la création des ARS et de la préparation du projet régional de santé, du schéma régional d'organisation médico-sociale et du PRIAC.

3.2.4.2. Des indicateurs à mobiliser pour la détermination des besoins et la programmation régionale du PRIAC

- [304] Il existe plusieurs niveaux d'appréciation du besoin et plusieurs étapes de programmation¹⁰¹ :
- en premier lieu, le plan stratégique régional de santé, à travers l'observation des déterminants de santé et des caractéristiques de la population, doit pouvoir dégager des tendances permettant la définition des besoins de prises en charge médico-sociales. Pour ce faire, il est souhaitable de mieux connaître les publics concernés et les types d'orientations qui leur sont proposés, ce qui suppose de rassembler des données et information éparses, provenant par exemple des MDPH ou des CLIC ; par exemple aussi, le nombre d'enfants suivis au titre de l'aide sociale à l'enfance peut constituer un indicateur indirect de taux de recours ultérieurs à une offre médico-sociale¹⁰² ;
 - le schéma régional d'organisation médico-sociale doit pouvoir éclairer la préparation des PRIAC par une définition d'objectifs cibles pour l'offre médico-sociale, par types de publics. Un tel travail a déjà été effectué dans certaines régions et certains départements. Les indicateurs retenus sont, dans ce cas, essentiellement de deux ordres : des indicateurs d'évolution démographique et des indicateurs de pression de la demande. Parallèlement, il est souhaitable de renforcer l'aspect qualitatif de l'organisation de l'offre médico-sociale, comprenant des études sur l'adéquation de l'offre aux besoins et une analyse poussée des transformations des services et établissements à réaliser. Egalement, cette offre doit être appréciée en termes de services coordonnés ou complémentaires sur un territoire.
- [305] C'est au vu de la détermination de ces objectifs, qui devra se fonder sur une analyse argumentée des besoins, que le schéma régional peut dégager les priorités de la programmation financière des PRIAC, en cohérence d'ailleurs avec le recours à l'appel à projets.

¹⁰¹ Le projet de décret traitant de l'articulation entre les différentes composantes du projet régional de santé est dans sa phase de consultation auprès des différents interlocuteurs du champ sanitaire et médico-social.

¹⁰² La mission fonde cette réflexion sur les travaux récents de l'IGAS en matière de contrôle de services départementaux de l'aide sociale à l'enfance. Le fait qu'il y ait un risque de handicap plus élevé parmi les enfants pris en charge par l'aide sociale à l'enfance que parmi la population générale amène aussi à suggérer une stratégie de prévention ciblée pour ces publics.

- [306] La mission estime en effet que le PRIAC, désormais, ne peut plus refléter, en particulier en fin de période de son calendrier de programmation, l'état des besoins estimés, mais qu'il doit plutôt traduire, en places et en besoins de financements, les priorités découlant des objectifs des plans nationaux et des orientations de la planification régionale. Dans cette configuration, la fonction de remontée des besoins pour éclairer le Gouvernement et le Parlement sur les choix à opérer, dans le cadre notamment de la construction de l'ONDAM, reviendrait au schéma régional. Cependant, pour que le schéma régional ait le même caractère opératoire que les PRIAC dont la sommation permet à la CNSA une évaluation annuelle des besoins de financements et des demandes de création de places, il conviendrait que l'expression des besoins d'adaptation de l'offre soit recensée dans un document identique entre les régions en vue d'une exploitation nationale des propositions contenues dans ces schémas.
- [307] Plus précisément, dès lors qu'il consacre une programmation financière, le PRIAC se doit de tenir compte du niveau des crédits qui seront effectivement disponibles durant la période de son exécution. Mais il est également souhaitable qu'un document officiel fasse état des besoins, pour peu qu'ils aient été identifiés avec rigueur et même s'il se révèle qu'il sera impossible de les satisfaire sur les quelques années de vie du PRIAC. C'est le sens de la proposition de constitution d'une « maquette » des schémas régionaux, dont le contenu serait révisable annuellement.
- [308] Dans cet esprit, la mission propose que la mise en œuvre de la loi du 21 juillet 2009 distingue bien entre le plan stratégique régional de santé qui doit inventorier les besoins, sans autre restriction que celle qu'appelle de manière générale le souci de l'efficacité, et le PRIAC qui sera désormais le volet financier d'exécution du schéma régional et qui, à ce titre, devra expliciter des choix contraints par une enveloppe limitée¹⁰³.

Recommandation n°15 : Dans le cadre des projets régionaux de santé et des schémas régionaux d'organisation médico-sociale, déterminer à moyen terme, sous la forme d'objectifs cibles, la configuration souhaitable de l'offre médico-sociale par territoires pour fixer ainsi le cadre des priorités de programmation financière des PRIAC (recommandation prioritaire de niveau 1)

3.3. Les règles de compétences et de financements partagés du secteur médico-social confortent le rôle du PRIAC, mais il doit être adapté en conséquence

- [309] En appui du schéma régional d'organisation médico-sociale, le PRIAC est utile comme outil de programmation financière et comme support de dialogue avec les Conseils généraux. Dans ce contexte, le PRIAC doit être adapté aux nécessités partenariales en distinguant ce qui relève d'une programmation maîtrisée par l'Etat et d'une programmation concertée avec le cofinancier.

3.3.1. La programmation sous compétence financière de l'Etat peut être plus précise

- [310] Pour les PRIAC à venir, après 2010, la mission propose de distinguer la programmation financière sous compétence exclusive de l'Etat et celle relevant d'un financement partagé. Dans le premier cas de figure, dès lors que le PRIAC s'inscrit dans un cadre de programmation « réaliste », le calendrier de réalisation des opérations a de grandes chances d'être respecté.
- [311] En revanche, une programmation plus souple est à prévoir pour ce qui relève des financements partagés avec les Conseils généraux. Elle devrait reposer sur une capacité régionale à adapter le calendrier des opérations à retenir, notamment en fonction de la disponibilité financière des Conseils généraux.

¹⁰³ De ce point de vue, la procédure adoptée en Picardie et décrite *supra* (§ 115) correspondait bien aux intentions du législateur de 2005 mais devrait être revue à la lumière de la loi de 2009 : le travail fait par la DRASS doit être poursuivi par l'ARS mais il sera plus utilisé dans le cadre de la préparation du projet régional de santé, du plan stratégique régional et du schéma régional d'organisation médico-sociale que dans le PRIAC lui-même.

3.3.2. La concertation avec les Conseils généraux doit pouvoir mieux s'exercer en amont du PRIAC

[312] La concertation avec les Conseils généraux est prévue par la loi de juillet 2009, dans le cadre de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie et de la commission de coordination des politiques publiques. Ces instances auront un rôle utile à l'adoption de méthodes conjointes de définition des besoins et de détermination des territoires pertinents.

Encadré n° 8 : Les instances de concertation
Extraits de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

« Art. L. 1432-1.- Les agences régionales de santé sont des établissements publics de l'Etat à caractère administratif. Elles sont placées sous la tutelle des ministres chargés de la santé, de l'assurance maladie, des personnes âgées et des personnes handicapées.

[...] Auprès de chaque agence régionale de santé sont constituées :

1° une conférence régionale de la santé et de l'autonomie, chargée de participer par ses avis à la définition des objectifs et des actions de l'agence dans ses domaines de compétences ;

2° deux commissions de coordination des politiques publiques de santé, associant les services de l'Etat, les collectivités territoriales et leurs groupements et les organismes de sécurité sociale. Ces commissions, dont la composition et les modalités de fonctionnement sont fixées par décret, sont compétentes pour assurer la cohérence et la complémentarité des actions déterminées et conduites par leurs membres, respectivement :

- dans les domaines de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile ;

- dans le domaine des prises en charge et des accompagnements médico-sociaux ».

[313] Toutefois, et au vu de l'expérience actuelle du fonctionnement des CROSMS et des modes de consultation mis en place dans le cadre des PRIAC, le risque est conférer un caractère formel aux modes de concertation envisagés. En effet, en fonction du principe de sa libre administration et compte tenu de ses préoccupations spécifiques, il n'est pas acquis que chaque Conseil général expose les axes de sa politique médico-sociale devant une instance régionale et encore moins ses priorités de programmation financière.

[314] Les textes d'application en cours d'élaboration prévoient que les ARS conçoivent d'abord le projet régional de santé, document stratégique dont découlent ensuite le schéma régional de prévention, le schéma régional d'organisation sanitaire (dans ses volets hospitalier et ambulatoire) et le schéma régional d'organisation médico-sociale. Tout recommande d'attirer la participation des Conseils généraux dès le stade du projet régional de santé ; ceci devrait rendre plus aisé le dialogue à conduire avec eux pour l'élaboration du schéma médico-social.

[315] Les schémas médico-sociaux, régional et départementaux, peuvent partir d'un constat commun sur l'état des besoins et de l'offre existante puis progresser par itération, sachant que les champs ne sont pas exactement les mêmes puisque le schéma régional est centré sur les institutions tandis que les schémas départementaux peuvent être beaucoup plus larges

[316] Du point de vue de la mission, il convient d'engager les ARS à mettre en place des échanges bilatéraux, à la fois en amont du processus de définition des besoins, dans un souci de concordance des objectifs du schéma régional et des schémas départementaux, et après la publication du schéma régional en vue de négocier la mise en œuvre du PRIAC.

Recommandation n°16 : Prévoir, au-delà d'une démarche participative initiée dans les instances de concertation régionales, une consultation étroite des Conseils généraux en amont de l'élaboration du plan stratégique régional de santé et en aval du schéma régional d'organisation médico-sociale, au moment de la préparation du PRIAC (recommandation prioritaire de niveau 1)

3.3.3. L'utilisation d'un PRIAC glissant et les engagements pris au titre des enveloppes anticipées peuvent renforcer la coordination entre l'Etat et les Conseils généraux

- [317] Même dans des contextes qui peuvent être rendus difficiles soit du fait de la conjoncture économique, soit pour des raisons de communication avec l'Etat, les enjeux d'une concertation aboutie avec les Conseils généraux conduisent à proposer une utilisation pragmatique du dispositif du PRIAC.
- [318] Le fait de disposer d'un PRIAC actualisé annuellement et glissant, c'est-à-dire dans lequel il est possible d'anticiper ou de reporter des opérations pour synchroniser l'action des Conseils généraux avec celle de l'Etat, est un atout. En effet, il est quasiment illusoire d'espérer un ajustement des agendas des schémas régionaux et départementaux. C'est le PRIAC glissant et actualisé qui sera la zone de contact entre ces schémas. C'est pourquoi la mission insiste sur la recommandation suivante.

Recommandation n°17 : Conserver un PRIAC glissant et actualisable en tant que support de concertation avec les Conseils généraux (recommandation prioritaire de niveau 1)

- [319] Pour que le PRIAC acquière, dans cette configuration, une forte légitimité en tant qu'outil retraçant les engagements de l'Etat, il est nécessaire qu'il fixe le niveau de ses engagements de manière crédible, à l'instar de la pratique actuelle de certaines régions qui répartissent leurs propositions pluriannuelles en référence aux dotations dont elles ont bénéficié historiquement.
- [320] Pour l'assise de la crédibilité de l'Etat, il est aussi important que le dispositif des enveloppes anticipées ait pu être maintenu sous la forme modifiée d'autorisations d'engagement et de crédits de paiement, comme l'a préconisé la mission de l'IGAS et de l'Inspection générale des finances relative à la consommation des crédits de l'OGD. La mission attire toutefois l'attention sur le fait que le nouveau dispositif risque d'être plus rigide s'il ne permet pas de transférer des engagements de dépense sur un autre projet et en conséquence d'obtenir les crédits de paiement ultérieurs, dans l'hypothèse où un promoteur se révélerait défaillant.
- [321] Dans cette approche, quand bien même il n'existe pas de schéma départemental révisé, il est possible de négocier avec les Conseils généraux un calendrier de réalisation d'opérations pluriannuelles, pour le moins à trois ans. Il importe aussi que les ARS disposent, en utilisant le caractère glissant du PRIAC, d'opérations figurant en quelque sorte « en réserve », afin de pouvoir transférer des financements d'un département à l'autre ou au sein d'un même département, s'il y a défaillance d'un promoteur ou si un Conseil général rencontre une difficulté de financement sur un exercice. La régionalisation du dispositif du PRIAC contribue aussi à faciliter une bonne exécution des autorisations.

Recommandation n°18 : Utiliser le caractère actualisable et glissant du PRIAC ainsi que le dispositif (révisé) des enveloppes anticipées comme support de la négociation avec les Conseils généraux

Recommandation n°19 : Privilégier une construction « réaliste » du PRIAC pour asseoir la crédibilité de l'Etat dans la concertation avec les Conseils généraux

- [322] En termes d'architecture du processus de définition des besoins et de planification de l'offre comme de son financement, la mission est ainsi en accord avec la réflexion de la CNSA qui a évoqué avec elle l'idée de cycles de programmation et de prospective à trois ans (le cadre des enveloppes anticipées), à cinq ans (le cadre des schémas et des PRIAC) et à 10 ans (le cadre de la prospective).

3.3.4. Le renforcement de l'adaptation de l'offre par sa transformation peut constituer aussi un élément clef du dialogue avec les Conseils généraux

- [323] Le mouvement de transformation de l'offre médico-sociale et de réduction des inégalités n'est pas assez perceptible, comme l'indique la CNSA elle-même à l'occasion du bilan de ses échanges avec les CTRI. Ceci peut être le fait d'une certaine « timidité » dans l'engagement de ce processus dans un contexte où les services de l'Etat n'ont souvent pour levier que la négociation d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens avec des établissements et services, par ailleurs encore peu organisés en réseaux. Egalement, des transformations opérées peuvent ne pas être signalées comme, par exemple, l'évolution d'un IME pour déficients intellectuels vers une prise en charge partielle d'enfants autistes.
- [324] Lors de ses déplacements, la mission a souvent recueilli des témoignages sur une certaine vétusté du parc des établissements pour personnes âgées et sur leur taille trop petite pour assurer l'équilibre de leur gestion, ce qui doit induire des regroupements de structures. Concernant les personnes handicapées, les Conseils généraux sont confrontés à une demande d'évolution des foyers de vie ou des foyers occupationnels en foyers d'accueil médicalisés, ce qui suppose une mobilisation des crédits de l'assurance maladie. L'offre médico-sociale va donc connaître des transformations importantes. Déjà, des financements destinés à la transformation de foyers de vie et de foyers occupationnels en foyers d'accueil médicalisé figurent dans la programmation de certains PRIAC ; il convient d'amplifier le processus en cours.
- [325] A l'instar de la transformation programmée de places d'EHPAD en UHR et en PASA, les PRIAC devraient comprendre un volet important relatif à l'adaptation de l'offre en termes de qualification des places, ce qui nécessitera une modernisation des infrastructures existantes.
- [326] Le PRIAC peut être un support de négociation avec les Conseils généraux qui vont être, tout comme l'Etat, confrontés à une certaine forme d'inadéquation de l'offre aux besoins existants et futurs. D'un côté en effet, les Conseils généraux auront besoin d'un concours financier de l'assurance maladie et de l'autre l'Etat devra s'appuyer sur les Conseils généraux, par exemple pour parachever la réorganisation de la santé mentale.

Recommandation n°20 : Maintenir dans les PRIAC un volet « accompagnement des transformations de l'offre », dans la perspective notamment de la concertation à mener avec les Conseils généraux

3.4. L'outil est à adapter

- [327] Les évolutions du paysage législatif et réglementaire et le bilan de l'exécution des PRIAC amènent à proposer une évolution de l'outil et des modes de calcul du financement. Il ne s'agit, pour la mission, que de proposer des pistes de réflexion dans un environnement institutionnel qui n'est pas encore stabilisé.

3.4.1. Une adaptation de la forme et des modalités de la tenue du PRIAC est souhaitable

- 3.4.1.1. Une ergonomie à améliorer pour les utilisateurs et une présentation à revoir pour les partenaires externes

- [328] Face aux critiques récurrentes sur la complexité et la lourdeur de la tenue du PRIAC, émises par les équipes concernées des DRASS et des DDASS, et devant le caractère ardu du document pour un lecteur non averti, des améliorations sont indispensables.
- [329] La mission prend note des efforts de la CNSA en ce sens, qui vient de déployer l'application « e-PRIAC » permettant une saisie en ligne et des extractions locales. Il conviendra d'évaluer l'impact de cette innovation.

- [330] Par ailleurs, en s'inspirant des divers documents d'orientation régionale que la mission a examinés, il serait souhaitable de présenter aux divers interlocuteurs de l'ARS une version pédagogique et simplifiée du PRIAC retraçant les opérations envisagées par exercices et par territoires.

Recommandation n°21 : Evaluer l'application « e-PRIAC » à l'issue d'un exercice de programmation et proposer une version simplifiée du PRIAC en tant que document de présentation aux interlocuteurs externes de l'ARS

3.4.1.2. La nécessité d'éviter un morcellement des opérations programmées

- [331] Comme la mission a pu le constater à l'occasion de ses investigations, les opérations d'extension ou de création font l'objet d'un découpage trop détaillé dans le temps, au risque d'empêcher leur réalisation et d'induire une sous-consommation des enveloppes attribuées¹⁰⁴.
- [332] La mission plaide, et le dispositif des enveloppes anticipées va dans ce sens tout comme le cadre de l'appel à projets y contraindra, pour que les opérations prévues soient financées sur un exercice, ou deux au maximum.
- [333] Parallèlement, compte tenu de la régionalisation du dispositif du PRIAC, l'ARS doit se mettre en position d'opérer en cours d'exercice une réaffectation des financements si un opérateur, retenu une année, s'avère défaillant.

Recommandation n°22 : Assurer la programmation du PRIAC en présentant le financement de chaque opération en totalité sur un ou deux exercices (recommandation prioritaire de niveau 1)

3.4.1.3. L'utilité du PRIAC en tant qu'outil de renseignements sur la réalisation des objectifs

- [334] Le caractère descendant et ascendant du PRIAC fait qu'il doit comporter des informations sur son exécution. On se situe avec cette observation dans une zone de contradiction où, la fois, la lourdeur du PRIAC est stigmatisée et où, en même temps, il lui est reconnu l'avantage de renseigner le niveau central sur la mise en œuvre des plans nationaux.
- [335] Bien souvent, l'absence d'informations nuit à la visibilité de l'évolution d'un secteur ; c'est pourquoi la mission plaide en faveur du maintien des dispositifs d'information existants et notamment de l'application SELIA. Pour autant, le renforcement de l'ergonomie et de l'interactivité de l'outil de saisine est indispensable, pour éviter d'avoir à tenir un état parallèle de données, notamment pour disposer d'un suivi des projets en continu.

Recommandation n°23 : Renforcer l'ergonomie et l'interactivité de l'application SELIA

3.4.2. La question d'un financement sur coûts standards ou harmonisés est posée

- [336] Le recours à un financement sur la base de coûts harmonisés entre régions et structures médico-sociales figure parmi les hypothèses à examiner, dans le souci d'un meilleur cadrage et d'une précision accrue de la programmation financière des PRIAC.
- [337] On observera que le chiffrage des plans nationaux s'effectue déjà sur des coûts moyens à la place. Cependant, hormis pour le secteur des personnes âgées, dans le cadre de la convergence tarifaire, les projets émanant du secteur médico-social font actuellement l'objet d'un financement en suivant les propositions des promoteurs. Si l'on allait vers une définition plus fine de la nomenclature des services et de l'appréciation des activités dans le secteur du handicap, il serait possible d'apprécier des tarifs harmonisés par type de structure. Sans qu'il y ait une position à

¹⁰⁴ Sur ce point, voir *supra* § 24.

adopter dans l'immédiat, compte tenu des études en cours ou à réaliser, la mission émet la recommandation suivante.

Recommandation n°24 : Evaluer la possibilité de financer les mesures nouvelles sur la base de coûts « standards » ou harmonisés, en fonction de la définition des publics pris en charge, après la réalisation d'études de faisabilité

- [338] Le corollaire de cette proposition porte sur l'attribution de marges de manœuvres budgétaires aux ARS afin qu'elles adaptent l'offre médico-sociale de leur région en fonction de ses caractéristiques propres, par exemple compte tenu de la typologie de la population desservie, et de la capacité des promoteurs locaux à innover. Si l'on allait vers une forme de convergence tarifaire dans le secteur des personnes âgées, il conviendrait de disposer dans le processus d'allocation budgétaire, de crédits d'accompagnement de cette convergence dans le cadre de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens à passer avec les établissements et les services.

3.4.3. Dans le cadre des compétences dévolues aux ARS, il convient de leur assurer des marges de manœuvre

- [339] Comme le suggère la mission précitée relative à la consommation des crédits soumis à l'OGD, il est souhaitable de disposer d'une formule de type « fonds de modernisation », sous pilotage des ARS. Ce fonds pourrait servir à l'accompagnement des projets de création, d'extension ou de transformation des établissements et des services, dont l'usage serait consacré dans un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

- [340] Dans l'esprit de la loi de 2005, ces crédits peuvent aussi répondre à des besoins de prise en charge individualisés importants et spécifiques ; il s'agit par exemple de l'acquisition ou de la location d'équipements spécialisés, d'aménagement de lieux de vie, voire d'octroi ponctuel de mensualités de personnel¹⁰⁵. La mission est nettement plus réservée sur le principe d'attribution de crédits pour couvrir une situation déficitaire, en mobilisant un fonds spécifique, sauf dans l'hypothèse de la négociation d'un plan de retour à l'équilibre intégré dans un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

Recommandation n°25 : Créer un fonds de modernisation du secteur médico-social pour accompagner la mise en place des projets de création ou de transformation de places prévus au PRIAC (recommandation prioritaire de niveau 1)

- [341] L'autre hypothèse envisagée par la mission est celle de la détermination d'une marge budgétaire sur mesures nouvelles et enveloppes anticipées (sous forme d'engagement de dépenses), laissée à l'ARS pour accompagner les projets financés dans le PRIAC. Au-delà du financement de structures expérimentales prévu dans le dispositif actuel des PRIAC, l'objectif est permettre la réalisation d'actions spécifiques. Il s'agirait ainsi d'une marge de contractualisation au profit d'un projet d'un territoire d'intervention ou d'un projet à vocation interdépartementale.

Recommandation n°26 : Etudier la possibilité de laisser à disposition des ARS l'usage d'une ligne budgétaire évaluée dans les PRIAC et inscrite dans les mesures nouvelles

Roland OLLIVIER

Stéphane PAUL

¹⁰⁵ Mais avec une grande prudence dans ce dernier cas, pour ne pas engendrer des dépassements structurels d'effectifs.

Principales recommandations de la mission

RECOMMANDATIONS DE NIVEAU 1 :

N°	Recommandation	Autorité responsable	Echéance
4	Rendre systématique la production par les MDPH d'un décompte des orientations souhaitées en vue d'apprécier les besoins de prise en charge des personnes handicapées	CNSA	2012
10	Asseoir réellement la programmation des financements du PRIAC sur des indicateurs de besoin et de détection des inégalités déterminés par territoires infra-départementaux	CNSA, ARS	2012
15	Dans le cadre des projets régionaux de santé et des schémas régionaux d'organisation médico-sociale, déterminer à moyen terme, sous la forme d'objectifs cibles, la configuration souhaitable de l'offre médico-sociale par territoires pour fixer ainsi le cadre des priorités de programmation financière des PRIAC	ARS	2011
16	Prévoir, au-delà d'une démarche participative initiée dans les instances de concertation régionales, une consultation étroite des Conseils généraux en amont de l'élaboration du plan stratégique régional de santé et en aval du schéma régional d'organisation médico-sociale, au moment de la préparation du PRIAC	ARS	2010
17	Conserver un PRIAC glissant et actualisable en tant que support de concertation avec les Conseils généraux	CNSA	2011
22	Assurer la programmation du PRIAC en présentant le financement de chaque opération en totalité sur un ou deux exercices	CNSA, ARS	2011
25	Créer un fonds de modernisation du secteur médico-social pour accompagner la mise en place des projets de création ou de transformation de places prévus au PRIAC	DGCS, CNSA	2011

RECOMMANDATIONS DE NIVEAU 2 :

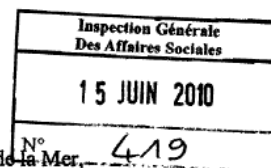
N°	Recommandation	Autorité responsable	Echéance
1	Renforcer la fiabilité de FINESS	DGCS, ARS	Fin 2010
2	Pondérer les taux d'équipement régionaux et départementaux en fonction du nombre de personnes extérieures accueillies	DGCS, CNSA	2011-2012
3	Distinguer, dans les propositions des CDAPH, les orientations souhaitées et les orientations prononcées en fonction de l'offre existante	DGCS, CNSA	2011-2012
5	Pour le secteur des personnes âgées, présenter, au plan régional et au plan national, l'état des besoins et le suivi des créations de places en distinguant en fonction des caractéristiques des populations accueillies (personnes dépendantes au plan de l'altération des facultés cognitives, personnes dépendantes physiquement, personnes présentant les deux types de déficience)	CNSA, ARS	2011
6	Calculer les taux d'équipements en MAS, FAM et ESAT par types de handicaps	DGCS, CNSA, ARS	2011
7	Faire procéder, par les ARS et par la CNSA, en concertation avec les services de l'Education nationale, à une étude prospective sur l'évolution du nombre d'enfants ayant besoin d'une prise en charge spécifique pour en déduire l'offre à assurer en places de SESSAD et d'IME	CNSA, ARS	2011
8	Evaluer par région, dans le cadre de la préparation des SROS et des SROMS, le nombre des personnes accueillies dans le champ sanitaire et relevant d'une prise en charge médico-sociale ; isoler dans les PRIAC les programmes correspondants de créations ou d'extensions de services et d'établissements	DGCS, DHOS, CNSA, ARS	2011
9	Traduire dans les PRIAC les orientations partagées entre sanitaire et médico-social pour la part de financement relevant de l'ONDAM médico-social	ARS	2011
11	Réaliser des enquêtes périodiques au plan régional, à consolider au plan national, portant sur l'offre de service pour personnes âgées et son adéquation aux besoins, notamment au regard des orientations souhaités pour et par les bénéficiaires	CNSA, ARS	2011
12	Utiliser le cadre des échanges techniques avec chaque ARS pour appréhender l'évolution qualitative des besoins de prise en charge des personnes âgées	CNSA	2011
13	Dans l'attente de disposer d'un système d'informations adapté dans chaque MDPH, réaliser une enquête ponctuelle et annuelle auprès des MDPH et des établissements et services concernés sur les orientations souhaitées, les orientations proposées et les orientations effectives et sur l'adéquation de l'offre aux besoins identifiés	DGCS, CNSA, ARS	2011

14	Poursuivre et développer les programmes d'études régionaux et nationaux relatifs à l'analyse de l'offre et à l'évaluation des besoins de certaines catégories de personnes handicapées et de personnes âgées	CNSA, ARS	2011
18	Utiliser le caractère actualisable et glissant du PRIAC ainsi que le dispositif (révisé) des enveloppes anticipées comme support de la négociation avec les Conseils généraux	CNSA, ARS	2010
19	Privilégier une construction « réaliste » du PRIAC pour asseoir la crédibilité de l'Etat dans la concertation avec les Conseils généraux	CNSA, ARS	2011
20	Maintenir dans les PRIAC un volet « accompagnement des transformations de l'offre », dans la perspective notamment de la concertation à mener avec les Conseils généraux	CNSA, ARS	2011
21	Evaluer l'application « e-PRIAC » à l'issue d'un exercice de programmation et proposer une version simplifiée du PRIAC en tant que document de présentation aux interlocuteurs externes de l'ARS	CNSA	2011
23	Renforcer l'ergonomie et l'interactivité de l'application SELIA	CNSA	2011
24	Evaluer la possibilité de financer les mesures nouvelles sur la base de coûts « standards » ou harmonisés après la réalisation d'études de faisabilité en fonction de la définition des publics pris en charge	DGCS, CNSA	2012-2013

**Observations de la direction générale de la
cohésion sociale**



Ministère de l'Écologie, de l'Énergie, du Développement durable et de la Mer,
 en charge des Technologies vertes et des Négociations sur le climat
 Ministère du Travail, de la Solidarité et de la Fonction publique
 Ministère de la Jeunesse et des Solidarités actives



**DIRECTION GÉNÉRALE
 DE LA COHÉSION SOCIALE**

Paris, le 10 JUN 2010

Service des politiques sociales
 et médico-sociales

Sous-direction de l'autonomie
 des personnes handicapées et des personnes âgées

Dossier suivi par : Michèle PIVIN

Chargée de mission

Tél. 01 40 56 64 58

Courriel : michele.pivin@social.gouv.fr

Le Directeur général de la cohésion sociale

à

Monsieur Pierre BOISSIER
 Chef de l'Inspection générale des
 affaires sociales

Objet : Rapport IGAS RM 2010 – 033P relatif à l'évaluation des PRIAC

Le rapport IGAS RM2010-033P relatif à l'évaluation des programmes interdépartementaux d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) décrit à la fois tout l'intérêt du PRIAC, - outil récent définissant au niveau régional les priorités dans le domaine médicosocial et les prévisions de financement correspondantes - et ses faiblesses et limites.

Ce rapport intervenant à une période de refonte de la gouvernance dans le domaine sanitaire et médicosocial, un certain nombre des faiblesses dénoncées devraient trouver des réponses dans le nouveau dispositif de la loi HPST, et dans l'élaboration des projets régionaux de santé public, dont le PRIAC constituera l'un des programmes.

Les points suivants sont ainsi concernés par les réformes en cours :

- l'appréciation des besoins, souvent limitée à une analyse du taux actuel d'équipement, assortie de demandes de créations de places nouvelles, devra ainsi faire place à un véritable diagnostic, appuyé notamment sur les demandes d'orientation traitées par les MDPH.
- la concertation encore limitée avec les CG devient indispensable dans l'élaboration du PRS et les CG sont présents dans toutes les instances de concertation.

- le niveau élevé des crédits non consommés va être corrigé par la mise en place d'un système Autorisations d'engagement / crédits de paiements interdisant la constitution d'excédents utilisés pour des dépenses non reconductibles en attendant la création effective des places
- la création de la procédure d'appel à projets permet enfin d'affiner la mise en œuvre réelle des PRIAC., selon les priorités identifiées dans le cadre du Projet régional de santé.

On peut toutefois souligner que le rapport ne met pas assez en avant la nécessité d'avoir des systèmes d'information très performants (au niveau CNSA) pour suivre la mise en œuvre des PRIAC, s'agissant d'une mécanique lourde qui implique de bonnes remontées d'informations du niveau régional - avec une déclinaison au niveau des établissements - , ainsi qu'un outil d'exploitation central efficace, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui.

La même carence existe au niveau de l'évaluation des besoins par analyse des orientations en établissements prononcées par les MDPH, l'absence de système d'information partagé au niveau de la CNSA empêchant toute exploitation de données.

Telles sont les observations qu'appelle de ma part ce rapport.

Le directeur général de la cohésion sociale

Fabrice HEYRIES

Observations de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie



Paris, le 26 AVR. 2010

Le Directeur adjoint

Note

A l'attention de M le chef de l'inspection générale des Affaires Sociales

Objet : Observations du directeur de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie sur le rapport provisoire relatif à l'évaluation des programmes interdépartementaux d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC)

Référence : Rapport IGAS n° RM2010-033P transmis par lettre IGAS n°164 du 25 mars 2010

Le rapport provisoire dont j'ai été destinataire n'appelle pas de ma part de réserves de fond :

- les observations recueillies dans 3 régions et 7 départements par la mission précisent les points communs et les modalités propres à la préparation et à la mise en œuvre des PRIAC en région par les services de l'Etat et entre services de l'Etat ainsi que la perception des partenaires de l'Etat et en particulier les Conseils généraux.
- ces observations dans leur ensemble confirment les analyses qui ont servi de base aux orientations pour l'actualisation 2010 des PRIAC quant aux limites et aux progrès qui restent à accomplir dans un nouveau contexte institutionnel.

Trois points particuliers appellent un commentaire préalable de ma part :

(17-32) Si le rapport souligne les faiblesses au plan de la définition des besoins au niveau national comme au niveau local, cette situation n'est pas imputable directement au processus PRIAC, qui ne fait que le révéler. Il paraît important pour progresser de distinguer la connaissance des besoins individuels, des besoins collectifs, les attentes des personnes et de leurs aidants, et des besoins de financement qui en découlent, les différents domaines nécessitant des avancées en méthode et en analyse de fond. Les travaux nationaux et locaux autour du PRS devraient y contribuer.

(15) La lourdeur, la complexité du processus PRIAC sont fréquemment citées ainsi que la technicité à acquérir et il convient d'y répondre. Cependant, cette perception autour des outils me paraît traduire aussi un besoin d'adaptation des métiers à des missions en croissance autour de la planification et de la programmation, alors que le travail interdépartemental dans la période précédente se centrait sauf exception sur la répartition annuelle des enveloppes de financement, chacun exerçant ensuite les missions classiques de tarification et d'autorisation.

(31-157) Exercice de programmation physico-financier, le processus PRIAC a été conçu pour dégager les priorités de l'Etat en région au travers d'actions valorisées en places et en financement pour guider l'expression des projets de développement ou de transformation du secteur, distinctes des opérations individuelles répondant à l'action attendue et inverser la logique d'un financeur répondant à la somme des demandes financières des promoteurs. C'est la raison première au fait que le PRIAC au stade

prévisionnel n'identifie pas les gestionnaires (« consigne d'anonymisation »), la seconde, pour la clarté des rôles de chacun, étant que le décideur local est le seul à même d'apprécier l'adéquation du projet du promoteur à l'objectif prioritaire fixé publiquement. Le poids des dossiers en attente de financement bien que variable selon les régions n'a pas toujours permis de changer de logique. L'appel à projets va y amener. Au stade du suivi d'exécution, les opérations sont identifiées tant au niveau national, via SELIA, qu'au niveau local.

-Parmi les recommandations de la mission, les recommandations suivantes appellent un commentaire :
Recommandations de niveau 1 :

R4 Le SIPAH en cours de conception, en partenariat avec la DGCS et en liaison interministérielle, intègre le suivi des orientations en établissements et services prononcées. La montée en charge du nouveau système, vue sa complexité, s'inscrit à échéance plutôt de 2013.

R10 L'adhésion à l'objectif est entière, cependant cela suppose que le schéma régional médico-social identifie les zones de proximité prioritaires au sein des territoires de santé qui vont être redéfinies, si les territoires de santé sont majoritairement fixés au niveau départemental. Ce point est important pour l'impact du PRIAC en termes d'accessibilité mais aussi pour le lancement des appels à projets.

R15 Cette recommandation me paraît nécessiter des orientations nationales sur les cibles, impliquant la DGCS et la CNSA en lien avec les travaux régionaux, pour assurer la cohérence entre politique nationale et structuration de l'offre régionale dans un contexte d'inégalités de ressources. Les travaux en cours à la CNSA sur l'offre de services ont pour but d'alimenter cette doctrine.

Recommandations de niveau 2 :

R5- R11-R14 Les répertoires, les autorisations et systèmes d'information ne permettent pas de suivre le public âgé selon cette catégorisation. L'exploitation des enquêtes quadriennales EHPA et ES à cette fin est à expertiser avec la DREES. Par contre l'identification des populations ayant la maladie d'Alzheimer et apparentées et les unités spécifiques est en cours de cadrage juridique ce qui doit permettre leur repérage en 2011. Sur la question des besoins pour les personnes âgées, outre les questions de définition évoquées supra, il n'existe pas de système d'orientation, l'entrée en institution relevant d'arbitrages individuels et le recours aux SSIAD et aux infirmiers libéraux, de prescription du médecin généraliste. De façon générale, il est souhaitable que les méthodologies et programmes d'enquêtes d'adéquation de l'offre à la demande associent la DREES.

R13 Si dans l'attente de disposer d'un système d'informations adapté dans chaque MDPH, il est nécessaire de disposer d'informations de pilotage dans l'intervalle sur l'état des orientations prononcées et le suivi des orientations effectives, la faisabilité d'une enquête générale et annuelle intégrant de surcroît le volet adéquation de l'offre aux besoins, ce qui dépasse les missions et les moyens actuels des MDPH est délicate à l'échéance indiquée. Un travail de méthodologie est en cours en 2010 avec un groupe de MDPH qui ont déjà mis au point un premier dispositif de suivi des décisions d'orientation. Une étape intermédiaire pourrait être fixée pour 2011 et 2012 centrées sur les orientations souhaitées et les orientations effectives et s'appuierait sur l'extension des dispositifs de suivi déjà expérimentés par certaines MDPH.



Réponse de la mission :

Les observations reçues n'appellent pas de commentaire particulier

Liste des abréviations et acronymes

AIS	acte infirmier de soins
ARS	agence régionale de santé
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 gérontologique
CNSA	caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
COTOREP	commission technique d'orientation et de reclassement professionnel
CROSMS	comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale
CTRI	comité technique régional et interdépartemental
CREAI	centre régional pour l'enfance et l'adolescence inadaptées
DDASS	direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DGCS	direction générale de la cohésion sociale
DOR	document d'orientation régionale
DRASS	direction régionale des affaires sanitaires et sociales
DREES	direction de la recherche, de l'évaluation et des études statistiques
EHPAD	établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ESAT	établissement et service d'aide par le travail
FAM	foyer d'accueil médicalisé
FINESS	fichier national des établissements sanitaires et sociaux
GEM	groupement d'entraide mutuelle
IGAS	inspection générale des affaires sociales
IME	institut médico-éducatif
INSEE	institut national de la statistique et des études économiques
OGD	objectif global de dépenses
ONDAM	objectif national des dépenses d'assurance maladie
OQA	objectif quantifié par arrondissement
OQR	objectif quantifié régional
ORS	observatoire régional de la santé
PASA	pôle d'activités et de soins adaptés
PRIAC	programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
SAVS	service d'accompagnement à la vie sociale
SESSAD	service de soins et d'éducation spécialisée à domicile
SSIAD	service de soins infirmiers à domicile
UEROS	unité d'évaluation, de réentraînement et d'orientation sociale et professionnelle
UHR	unité d'hébergement renforcé
USLD	unité de soins de longue durée

Annexe 1 : Liste des personnes rencontrées

Cabinet du ministre du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville
Grégoire FRANCOIS-DAINVILLE, conseiller technique

Cabinet de la secrétaire d'Etat chargée de la famille et de la solidarité
Jean-Philippe ALOSI, conseiller technique

Cabinet de la secrétaire d'Etat chargée des aînés
Sylvain TURGIS, conseiller technique

Direction générale de l'action sociale
Lorraine BOUTTES, adjointe au sous-directeur des affaires juridiques et financières
Anne BOUSQUET, chargée de mission, bureau des personnes âgées
Virginie CHENAL, adjointe au chef du bureau des personnes âgées
Catherine PICARD, chef du bureau des affaires juridiques et contentieuses
Patrick PERROTEAU, chargé de mission au bureau des adultes handicapés
Patrick RISSELIN, adjoint au sous-directeur du handicap

Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
Félix FAUCON, chef de service
Patrick OLLIVIER, sous-directeur des affaires financières

Direction de la sécurité sociale
Dominique LIBAULT, directeur

Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
Jeanne BROUSSE, directrice adjointe du département des établissements et services médico-sociaux
Laurent GRATIEUX, directeur général adjoint
Evelyne SYLVAIN, directrice du département des établissements et services médico-sociaux
Laurent VACHEY, directeur général

Caisse nationale d'assurance maladie
Jean-Pierre ROBELET, directeur de l'offre de soins

Direction régionale des affaires sanitaires et sociales de Picardie
Anne BLU-MOCAER, inspectrice principale
Alexandra BRUNEL-CARPENTIER, secrétaire administrative
Cécile DIZIER, chef de service
Christophe TROUILLARD, statisticien régional
Françoise VAN RECHEM, directrice régionale des affaires sanitaires et sociales

Fédération hospitalière de France
Andrée BARRETEAU, responsable du pôle : organisation sanitaire et médico-sociale
Virginie HOARAU, adjointe au pôle organisation sanitaire et médico-social, chargée du secteur vieillesse/handicap

Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne
David CAUSSE, directeur adjoint
Marine DARNAULT, directrice du secteur social et médico-social

Syndicat national des établissements et résidences privés pour personnes âgées

Annexe 2 : Compte-rendu de la mission en Aquitaine

[342] A bien des égards, l'Aquitaine paraît s'être mieux saisie de l'outil PRIAC que d'autres régions, ce qui pourrait s'expliquer notamment par sa place, consacrée au niveau national, de « CTRI de référence », avec la Picardie. En outre, elle est membre du comité de suivi du PRIAC, aux côtés de la Picardie, de la Bourgogne et de deux autres régions. De ce fait, elle contribue à l'élaboration de la maquette du PRIAC avec la CNSA. Un bilan quantitatif du PRIAC est donné en annexe, sous forme de trois tableaux : l'un pour les équipements et services concernant les personnes âgées, le deuxième pour les enfants handicapés et le troisième pour les adultes handicapés.

1. LES DONNEES DEMOGRAPHIQUES, SOCIO-ECONOMIQUES ET SANITAIRES UTILISEES POUR ELABORER LE PRIAC

1.1. *Les données présentées dans le document d'orientation régionale (DOR) étayent la programmation du PRIAC*

1.1.1. **Eléments de la situation démographique, socio-économique et sanitaire de l'Aquitaine**

[343] Ces éléments correspondent à des données antérieures à la mise en œuvre de la programmation du PRIAC mais ils sont les seuls dont les régions disposent le plus souvent. La situation en Aquitaine est marquée par les disparités profondes entre l'agglomération bordelaise et le reste de la région. Le pays basque se distingue également par sa richesse.

1.1.1.1. Des particularités historiques

[344] Quoique ces particularités tendent à se résorber, il est nécessaire de les évoquer, notamment parce qu'elles pourraient être à l'origine de la présence d'une clientèle extérieure à la région dans les établissements médico-sociaux. Ainsi la Fondation John Bost, en Dordogne, attire des personnes extérieures à la région en raison des spécificités des prises en charge qu'elle propose. Elle dispose d'un grand nombre d'établissements (17 en Dordogne avec, en sus, un centre de formation) et d'une implantation historique : le premier d'entre eux a été créé en 1848.

[345] Par ailleurs, le pays basque abritait un grand nombre de sanatoriums, qui sont transformés depuis les années 70. La reconversion d'établissements sanitaires en établissements médico-sociaux pèse sur les taux d'équipement de la région sans nécessairement qu'en profitent les habitants d'Aquitaine ; à titre d'exemple, l'établissement dépendant de l'AP-HP qui est situé à Hendaye compte de nombreux résidents venant d'autres régions, y compris de l'Ile-de-France.

1.1.1.2. L'Aquitaine se présente comme une région de plus en plus peuplée et concernée par le vieillissement, mais manque de données sur la population handicapée

[346] L'Aquitaine est une région peuplée, à la croissance démographique (7 % de 1999 à 2006) supérieure de 2 points à la moyenne de la France métropolitaine (5 % sur la même période)¹⁰⁶. Selon les projections réalisées à l'horizon 2020, la croissance se poursuivrait à hauteur de 8,4 % par an. Elle s'appuierait sur celle de deux départements, la Gironde et les Landes, dont le taux d'évolution de la population (12 % par an en projection 2020) est deux fois supérieur à la moyenne du territoire métropolitain, tandis que deux autres, la Dordogne et le Lot et Garonne, ont une population qui évoluerait deux fois moins qu'au niveau national (~ 3%)¹⁰⁷.

[347] Quoique les disparités interdépartementales soient également fortes dans le champ des personnes âgées, la moyenne régionale est significativement supérieure à la moyenne de la France métropolitaine : les personnes âgées de 60 ans et plus représentent 24 % de la population de la région contre 20,9 % de la population française métropolitaine en 2006. Le DOR ne donne pas d'indications dans le champ des personnes handicapées.

1.1.1.3. Le DOR présente les déterminants « des facteurs de risques sanitaires et sociaux » et ceux du « recours aux services »

[348] En premier lieu, les facteurs de risques semblent plus élevés en Aquitaine au vu des taux de natalité et de mortalité, mais surtout de l'indice de vieillissement nettement supérieur à la moyenne métropolitaine (85 personnes âgées de 65 ans et plus pour 100 jeunes de moins de 20 ans contre 66 en France). En outre, le revenu fiscal moyen en Aquitaine (15 275 €) est inférieur à la moyenne française (16 561 €)¹⁰⁸.

[349] En revanche, la région est bien mieux dotée que la moyenne nationale en infirmiers, médecins généralistes et psychiatres, quoique des disparités fortes existent entre les départements.

1.1.2. Les équipements médico-sociaux atteignent un niveau plus satisfaisant dans le secteur du handicap que pour les personnes âgées

[350] Les chiffres de l'équipement sont actualisés par le CREAHI d'Aquitaine chaque année depuis 2007 pour le compte de la DRASS et des DDASS en contrepartie de la subvention de fonctionnement qu'il reçoit chaque année. Ils reflètent l'équipement de la région au 31 décembre 2008, prenant en compte l'influence du PRIAC. En outre, les taux d'équipement mentionnés comprennent le taux d'équipement effectif mais aussi la capacité financée, conformément à la logique du financement anticipé prévue par le PRIAC.

[351] Selon le DOR même, « dans le domaine du handicap, la région Aquitaine est considérée comme correctement équipée, tant pour les enfants et adolescents que pour les adultes ». En effet, le taux d'équipement est de 10,5 places pour 1 000 jeunes de moins de 20 ans pour une moyenne nationale de 8,9 au 1er janvier 2007¹⁰⁹, avec des différences sensibles selon les départements. Dès lors, les efforts sont à concentrer sur la spécialisation et la diversification de l'offre, en faveur des jeunes autistes et des jeunes polyhandicapés notamment. Les Landes accusent souvent un retard par rapport à la moyenne régionale, pour les jeunes et les adultes handicapés. La Gironde affiche un retard moindre.

¹⁰⁶ INSEE, estimations de population au 1^{er} janvier 2006.

¹⁰⁷ INSEE projections 2020 d'après le scénario central (I-central 2005).

¹⁰⁸ INSEE, DGI, données 2004.

¹⁰⁹ STATISS 2008, données au 1^{er} janvier 2007.

[352] Dans le champ des personnes âgées, l'Aquitaine apparaît relativement bien équipée en places de services de soins à domicile (18,39 places de SSIAD pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus¹¹⁰ contre 16,58 % en France). En revanche, la région accuse un retard en termes de prise en charge institutionnelle : elle affiche une offre de 103,48 places d'hébergement (USLD comprises) pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus contre 120,91 % pour la France.

1.1.3. La présentation des dépenses d'assurance maladie dans la région complète utilement le DOR

[353] Elle situe l'Aquitaine par rapport à la France, et les départements les uns par rapport aux autres, ces derniers enregistrant des disparités importantes :

- les dépenses d'assurance maladie pour les aquitains âgés de 75 ans et plus sont inférieures à la moyenne nationale (1 652 € contre 1 713 €) mais plus élevées que la moyenne nationale dans les Pyrénées atlantiques (1 802 €) ;
- les dépenses d'assurance maladie pour les personnes handicapées sont supérieures en Aquitaine, tant pour les adultes que pour les jeunes, avec toujours des variations importantes entre les départements, les Pyrénées atlantiques se distinguant ici aussi par leur niveau de dépense plus élevé que dans les autres départements¹¹¹.

1.1.4. Le DOR rappelle enfin les orientations nationales et régionales

[354] Tous les plans nationaux en cours en 2008 sont évoqués. Des plans régionaux ont cours également, notamment un plan d'action en faveur de jeunes déficients auditifs 2007-2011, un plan régional sur l'autisme 2007-2011. Enfin, le PRIAC rappelle l'apport des schémas et études départementaux. A partir de ces plans, des principes directeurs du PRIAC (équité territoriale, diversification, adaptation de l'existant, amélioration de l'articulation entre les acteurs régionaux), des orientations régionales prioritaires et des axes définis par la CNSA, la programmation du PRIAC pour 2009-2013 apparaît, sinon justifiée, du moins éclairée par le DOR.

1.2. La programmation du PRIAC peut s'appuyer sur d'autres études

1.2.1. Les études réalisées à la demande de la DRASS

[355] Aux yeux des responsables la DRASS d'Aquitaine, l'exercice du PRIAC a encouragé une analyse plus fine des besoins. En effet, la région bénéficie désormais des études de la CNSA, sur les CAMSP, les SSIAD et les SAMSAH notamment, en plus du travail du CREAHI réalisé chaque année pour la préparation du DOR. Le moment de l'évaluation des besoins ne fait pas partie intégrante du processus du PRIAC, mais il intéresse les acteurs.

¹¹⁰ DRASS/DDASS – situation au 31 décembre 2008.

¹¹¹ CNAMTS/CNSA – 2008.

1.2.2. La CRAM et l'URCAM disposent d'informations qu'il serait judicieux de partager au sein de l'ARS

- [356] La CRAM d'Aquitaine compte parmi les seules dont l'organisation fait que les secteurs sanitaire et médico-social ne sont pas distincts. Elle dispose de ressources intéressantes dans le champ des personnes handicapées. Elle utilise ainsi l'outil PRISMES dans lequel les budgets des DDASS sont saisis, les arrêtés d'autorisation enregistrés et tous les établissements recensés. Elle peut ainsi évaluer le coût moyen à la place par catégorie d'établissement ou service médico-social, au niveau départemental, régional et national et pourrait offrir de riches moyens de comparaison. Des rapporteurs sollicitent la CRAM pour s'y référer en CROSMS afin de défendre leurs projets. En effet, PRISMES permet d'obtenir les taux d'équipement par population (y compris sur la France entière), les ratios d'encadrement, les taux d'exécution budgétaire. Par ailleurs, PRISMES est en cours de développement pour les EHPAD.
- [357] La CRAM d'Aquitaine suggère que les taux d'exécution régionaux dépassent l'OGD, et en donne les raisons qu'elle identifie. Ainsi, pour compenser des coûts de fonctionnement supérieurs au prix de journée plafond fixé par l'assurance maladie, les établissements minorent leur nombre de jours de fonctionnement dans les documents qu'ils lui transmettent. Comme il ne serait pas viable financièrement de limiter effectivement leurs jours d'ouverture, ils sont ouverts plus souvent dans la réalité, et coûtent plus cher à l'assurance maladie que prévu. En effet, l'enveloppe sur le prix de journée reste ouverte. Les IME, les ITEP, les MAS, soit quasiment tous les établissements pour les enfants et les jeunes handicapés sont concernés, à l'inverse des FAM et des SESSAD qui fonctionnent sur dotation globale.
- [358] Enfin, la CRAM considère que l'offre répond de façon croissante à la demande. Elle met toutefois en garde contre le rééquilibrage excessif en faveur des SESSAD au détriment des internats, et le risque de devoir revenir en arrière par la suite. Néanmoins, la CRAM rappelle qu'elle n'est pas directement compétente sur l'évaluation des besoins et fait seulement réaliser des études ponctuelles, comme sur les inadéquations en 2003. Par ailleurs, sans avoir de réelle approche territoriale, elle dispose des informations sur les coûts des transports remboursés.
- [359] De son côté, bien que compétente sur le seul secteur ambulatoire, l'URCAM peut contribuer à l'évaluation des besoins sur le territoire, en particulier depuis la réforme du statut des infirmiers libéraux. Elle participe en effet au comité de suivi sur la gestion des infirmiers qui réalise des études sur leur répartition sur le territoire ainsi que sur celle des SSIAD. Ce travail de cartographie mériterait d'être pris en compte dans la programmation des places, ce qu'a fait la seule DDASS de Gironde. En effet, la densité élevée d'infirmiers libéraux sur un territoire, ajoutée à celle de places de SSIAD, retarde l'entrée en EHPAD de la population âgée dépendante. La cartographie est établie en termes de bassins de vie au sens de l'INSEE.

2. LA DRASS D'AQUITAINE PILOTE AVEC PRECISION L'ELABORATION DU PRIAC SANS NEGLIGER LA CONCERTATION

2.1. La DRASS d'Aquitaine pilote l'élaboration du PRIAC en tenant compte des contraintes imposées par la CNSA

2.1.1. Le calendrier du PRIAC, contraignant pour les services, n'empêche pas la DRASS de mener un important travail de concertation

- [360] En premier lieu, la contrainte pèse en termes de ressources humaines. Ainsi, la DRASS d'Aquitaine déplore la charge de travail que requiert le maniement du PRIAC, jugé trop importante au regard des gains qu'il permet de réaliser. Ainsi, au niveau de la DRASS, deux secrétaires administratifs, l'inspectrice sur le secteur handicap et dépendance et la moitié du temps de la responsable du service « politiques sociale et médico-sociale » sont consacrés au PRIAC, auxquels s'ajoutent encore un agent de catégorie C et un secrétaire administratif occupés par le CROSMS.

- [361] En outre, le calendrier est contraignant en lui-même. Le 15 décembre, la pré-notification de la CNSA parvient à la DRASS. Elle est généralement fidèle au PRIAC envoyé au printemps. A cette étape du déroulé PRIAC, seuls des ajustements sont encore envisageables.
- [362] En effet, les services déconcentrés disposent alors d'un temps très court pour consulter tous les acteurs. Ainsi, la DRASS doit réunir avant le 15 janvier le CTRI et le CAR.
- [363] En 2009, le groupe technique (aussi appelé « réseau » et composé de représentants des DDASS et de la DRASS : inspecteurs principaux responsables de services, inspecteurs et secrétaires administratifs) s'est réuni le 8 et le 12 janvier pour procéder à la répartition de l'enveloppe correspondant aux mesures nouvelles pour 2009 et des enveloppes anticipées 2009 pour 2010 et 2011, à partir de la proposition de la CNSA. La répartition des mesures nouvelles pour 2009 s'est faite comme suit :
- pour les personnes âgées, toutes les places d'EHPAD, d'accueil de jour et d'hébergement temporaire inscrites au PRIAC étaient couvertes par la proposition de la CNSA. En revanche, 68 places de SSIAD « manquaient », à répartir entre les départements. Opportunément, le choix n'a pas été celui du saupoudrage des pertes entre les départements, comme en témoigne leur répartition inégale : les Landes « perdent » 34 places sur leur programmation, tandis que la Dordogne « perd » seulement 3 places. En outre, le groupe technique propose que le Lot et Garonne cède 5 places à la Dordogne « afin de finaliser une extension, à charge pour ce dernier [département] de les restituer en 2010 »¹¹² ;
 - pour les personnes handicapées, toute la programmation pour les enfants handicapés est couverte. Pour les adultes, les priorités de niveau 1 sont couvertes pour les SAMSAH, les SSIAD, les FAM et l'accueil temporaire, mais pas pour les MAS. Le groupe technique change assez nettement les propositions de financement de la CNSA pour ce type de structure.
- [364] Le 14 janvier, le CTRI est réuni pour valider ces propositions. A cet égard, la DRASS souligne que le CTRI aquitain est un véritable lieu d'échange. Elle fait même état d'une forme de « loyauté » des DDASS qui se refusent à solliciter le préfet si « leur » département leur semble avoir été moins bien doté qu'un autre. Le CAR est également consulté avant l'envoi de la proposition de répartition à la CNSA au 20 janvier. De fait, le CAR se déroule souvent par écrit.
- [365] Le 6 février 2009, la DRASS d'Aquitaine informe les DDASS du calendrier PRIAC de l'année. Elle leur fait ensuite parvenir les documents de travail nécessaires : le tableau des priorités départementales que les DDASS doivent actualiser (le 9 février pour les personnes handicapées, le 11 pour les personnes âgées).
- [366] Entre le 13 et le 16 février 2009, la CNSA envoie la notification des dotations départementales 2009, soit les mesures nouvelles pour 2009 et les enveloppes anticipées pour 2010 et 2011. Entre le 16 et le 21 février, la maquette du PRIAC est envoyée. Les annexes non publiables (relatives aux investissements et aux ressources humaines) n'ont pas été modifiées en 2009 par rapport à 2008.
- [367] A partir des notifications de la CNSA et des tableaux actualisés par les départements, la DRASS envoie dès le 24 février la suite des documents de travail pour le secteur des personnes âgées : une note de présentation, les droits de tirage indicatifs et les taux d'équipement par département et par catégorie d'établissement. Pour le secteur du handicap, elle envoie le 25 février les taux d'évolution des enveloppes, les critères de répartition des enveloppes, leur pondération et les droits de tirage indicatifs.
- [368] Le 26 février, la DRASS réunit successivement le « réseau personnes âgées » et le « réseau personnes handicapées » pour s'accorder sur les diverses propositions à faire au CTRI concernant les priorités, les taux d'évolution des enveloppes, les critères de répartition, leur pondération et les droits de tirage indicatifs. Les choix proposés par la DRASS sont alors modifiés à la marge.

¹¹² Note à l'attention des membres du CTRI de la région Aquitaine sur le secteur personnes âgées, 12 janvier 2009, DRASS

- [369] Le 6 mars, le CROSMS est réuni pour être informé sur les éléments de contexte du PRIAC à partir des propositions retenues par le réseau.
- [370] Le 11 mars, le CTRI est consulté sur ces éléments de contexte, ainsi que sur la répartition des mesures du plan de relance, qui viennent modifier la notification de la CNSA de février.
- [371] Le 13 mars, le groupe technique se réunit par visioconférence afin de valider les projets à inscrire au PRIAC pour 2010-2013 et identifier ceux à inscrire en priorités de niveau 1 et 2 au niveau régional.
- [372] Le 8 avril, le CTRI est de nouveau consulté, cette fois sur le document du PRIAC. Celui-ci est soumis à l'avis du CROSMS le 24 avril.
- [373] La DRASS doit finaliser le PRIAC avant son envoi à la CNSA le 30 avril.
- [374] Le 11 mai, l'avis du CAR est sollicité par le biais de la procédure écrite. La DRASS peut rédiger l'arrêté fixant le PRIAC, signé par le préfet de région le 25 mai 2009.
- [375] Chaque année, l'exercice entier doit avoir lieu de nouveau, en dépit du caractère glissant du PRIAC. Des modifications interviennent à chaque fois, notamment dans la pondération des critères des droits de tirage. En principe, elles n'affectent pas les projets déjà engagés.

2.1.2. Le calcul des droits de tirage est au cœur du travail de cadrage précis et réaliste de la DRASS

- [376] Chaque année, la DRASS actualise les orientations régionales en tenant compte des schémas départementaux et des plans nationaux. L'Aquitaine privilégie « certains publics, certains modes de prise en charge et certaines modalités de programmation territoriale »¹¹³. Sans se positionner sur les projets en eux-mêmes, elle suggère de privilégier :
- la prise en charge de certaines situations : Alzheimer, autisme, polyhandicapés ;
 - certains modes de prise en charge : le domicile plutôt que l'établissement, par exemple ;
 - les opérations de transformation et les poursuites d'opérations plutôt que les créations.
- [377] La DRASS estime ensuite les taux d'évolution des enveloppes sur la période du PRIAC avec des critères qui rendent sa programmation plus réaliste qu'offensive :
- pour les personnes âgées, elle se fonde sur le contexte national (taux d'évolution de l'ONDAM-OGD personnes âgées, données du PSGA, critères de répartition des places nouvelles par la CNSA et leur pondération) et les options régionales retenues chaque année ;
 - pour les personnes handicapées, le contexte national (évolution de l'ONDAM-OGD personnes handicapées, critères de répartition des mesures nouvelles de la CNSA et leur pondération) est déterminant.
- [378] Les critères de la répartition interdépartementale des enveloppes sont remaniés chaque année. Ainsi, la DRASS pondère les critères de la CNSA en fonction des spécificités de la région. Dans le domaine des personnes âgées (hors accueil de jour et hébergement temporaire), le CTRI du 13 mars 2009 a reconduit la pondération adoptée en 2008, à savoir :
- les dépenses de l'assurance maladie pour la population âgée de 75 ans et plus, pour 40 % (contre 50 % dans la pondération utilisée par la CNSA) ;
 - le taux d'équipement en EHPAD-SSIAD-USLD pour 30 % (contre 10 % dans la pondération de la CNSA) ;
 - la population des personnes âgées de 75 ans et plus, en 2005 et en projection 2020, à hauteur de 30 % (contre 40 % dans la pondération CNSA).

¹¹³ Consultation du CROSMS sur les orientations du PRIAC 2009-2013, doc. DRASS, 9 avril 2009.

- [379] Pour l'accueil de jour et l'hébergement temporaire, la DRASS applique le même critère unique que la CNSA, soit le chiffre actualisé annuellement de la population âgée de 75 ans et plus.
- [380] Pour les personnes handicapées, la DRASS applique les critères de la CNSA, avec la même pondération qu'elle :
- taux d'équipement (30 %) ;
 - projets en attente de financement (20 %) ;
 - population (50 %).
- [381] A partir de ces résultats, la DRASS établit un « droit de tirage départemental » pour chaque catégorie d'équipement et pour chaque année du PRIAC, exprimé en nombre de places pour les personnes âgées et en montants annuels globaux pour les personnes handicapées.
- [382] En Aquitaine, dès lors que quelques places sont assurées de recevoir un financement, elles sont en principe autorisées et le promoteur peut donc engager les travaux s'il le souhaite. La DRASS s'attache en effet à financer l'intégralité des opérations sur deux ou trois années au maximum, même si des aléas peuvent entraver le bon déroulé de la séquence.

2.1.3. En 2009, le calendrier a été compliqué par le plan de relance

- [383] Les mesures du plan de relance ont suivi un aller et retour similaire à celui du PRIAC, mais de façon décalée. En effet, le 13 février 2009, le directeur de la CNSA annonce le financement supplémentaire de 5 000 places d'EHPAD et 12 000 places en établissements accueillant des adultes handicapés par anticipation sur les exercices 2010, 2011 et 2012. Or, ces enveloppes viennent s'ajouter au financement du PRIAC notifié en même temps, dont la répartition a déjà été proposée par la CNSA puis modifiée par les services déconcentrés et enfin confirmée par la CNSA. La DRASS doit proposer une répartition des mesures du plan de relance au 30 mars 2009.
- [384] Dès le 26 février, les groupes techniques se prononcent donc sur les projets à inscrire en enveloppes anticipées au titre du plan de relance.
- [385] Le 11 mars, le CTRI se prononce sur les éléments de contexte du PRIAC 2010-2013, mais également sur la répartition des mesures du plan de relance qui ont été pré-notifiées en février. Celles-ci prennent la forme d'enveloppes anticipées supplémentaires, à intégrer dans le PRIAC 2010-2013. Après la validation par le CTRI, la proposition de répartition est confirmée par l'avis écrit du CAR du 27 mars.
- [386] En effet, la notification de la CNSA envoyée mi-février est complétée le 16 avril, lorsque la CNSA notifie les dotations départementales anticipées pour 2010, 2011 et 2012, qui intègre les moyens supplémentaires alloués au titre du plan de relance. La Gironde bénéficie ainsi du financement du fonctionnement de 55 places supplémentaires d'EHPAD en enveloppes anticipées 2010, ce qui représente une augmentation de près d'un huitième de l'enveloppe anticipée 2010. L'augmentation de l'enveloppe anticipée 2011 est plus nette encore, avec plus d'1 million d'euros supplémentaire, soit 50 % de l'enveloppe anticipée déjà notifiée. De même, l'enveloppe anticipée 2012 apporte 1 million d'euros de plus à la région. Pour les personnes handicapées adultes, l'augmentation de l'enveloppe est plus modeste : 806 981 € sont notifiés en 2010, 2011 et 2012 pour une enveloppe anticipée 2010 initiale de 3,5 M € et de 1,6 M € en 2011.

2.2. *La DRASS d'Aquitaine consulte l'ARH et les représentants de l'assurance maladie*

[387] La DRASS organise une réunion avec l'ARH sur la prise en charge des personnes âgées et une autre réunion sur le thème de la santé mentale. Avant ce rendez-vous, fixé cette année au 16 mars 2009, soit plus d'un mois avant la réunion du CROSMS consacrée au PRIAC, elle transmet aux représentants de l'ARH des documents. Ceux-ci présentent la programmation prévue dans le champ des personnes âgées d'une part, du handicap psychique, de l'autisme et des TED d'autre part, au moyen de tableaux synthétiques qui rendent la programmation du PRIAC plus claire. Un extrait du PRIAC décline les actions prioritaires de coopération entre les secteurs sanitaire et médico-social inscrites dans le PRIAC et le SROS III.

[388] Par ailleurs, elle se réunit depuis 2008 avec les représentants de la CRAM avant le CROSMS pendant lequel le PRIAC est présenté, soit le 31 mars en 2009. Quoique le PRIAC soit alors déjà finalisé, ce que regrettent les représentants de la CRAM, ceux-ci reconnaissent les efforts croissants de la DRASS pour les consulter en amont. En mars également, la CRAM reçoit de la DRASS un certain nombre de documents, parmi lesquels :

- ceux qui font état des droits de tirage par département et des critères de répartition qui ont présidé à leur calcul ;
- deux notes (secteur dépendance d'une part, handicap d'autre part) qui présentent les mesures nouvelles, les enveloppes anticipées pré-notifiées par la CNSA par rapport aux places programmées au PRIAC 2008-2012, les mesures du plan de relance, les priorités retenues par les services de l'Etat pour l'actualisation du PRIAC ;
- un tableau qui présente les opérations pressenties pour être inscrites au PRIAC, préalablement renseigné par la CRAM qui y a inscrit ses observations et interrogations. Lors de l'envoi en mars, la DRASS agrège les réponses des DDASS et les intègre au tableau ;
- enfin, lors de la réunion préalable au CROSMS, le DOR est présenté.

[389] En dépit de ces efforts significatifs, la DRASS déplore que l'échange soit « à sens unique » et que les représentants de l'assurance maladie ne partagent guère leurs données, notamment sur l'évaluation des besoins. En effet, en tant que membres du CROSMS et auteurs d'études sur les besoins, ils pourraient utilement contribuer à construire un PRIAC plus adapté à la situation régionale.

2.3. *L'Aquitaine participe à de nombreux échanges avec la CNSA autour du PRIAC*

[390] L'Aquitaine participe au comité de suivi du PRIAC organisé par la CNSA. A ce titre, elle répond à un questionnaire qui porte sur la conduite de la concertation pour l'actualisation du PRIAC, sur la communication et la pédagogie relatives au PRIAC ainsi que sur l'évolution du processus du PRIAC.

[391] Enfin, les échanges techniques entre le CTRI et la CNSA ont lieu chaque année. La DRASS d'Aquitaine souligne les conditions difficiles dans lesquelles ces échanges complexes sont réalisés. Alors qu'ils sont le support d'une analyse extrêmement précise et détaillée du PRIAC et de sa mise en œuvre en région, ils ont lieu par visioconférence ou conférence téléphonique et tous les membres du CTRI y participent en principe. En Aquitaine, ceci implique la présence de représentants de la DRASS et de chacune des cinq DDASS, pour une conférence « virtuelle ». En effet, les représentants de la CNSA ne peuvent pas se déplacer dans plus de quatre ou cinq régions chaque année.

[392] Or, si le PRIAC est déjà un outil dont le maniement est malaisé, les échanges techniques sont encore plus mal vécus car ils demandent, dans un délai très contraint, un lourd travail de préparation et de finalisation à la DRASS. Outre le caractère virtuel de la rencontre, ils sont basés sur un grand nombre de documents parvenus à la DRASS en principe 10 jours avant l'échange, qui présentent les axes de l'entretien à venir. Celui-ci a lieu au mois de septembre ou d'octobre (en l'occurrence, le 2 octobre en 2009). Ils doivent ensuite être complétés par des documents préparés par la DRASS. Ils offrent la possibilité à la CNSA de critiquer, le cas échéant, le caractère trop « offensif » de la programmation ou bien la sous-consommation des crédits et l'abondement trop important des crédits non reconductibles. Par la suite, la CNSA fait parvenir son instruction annuelle à toutes les régions.

2.4. *La consultation des collectivités territoriales par la DRASS reste formelle*

[393] Certains services des Conseils généraux critiquent le rôle trop modeste du CROSMS, qui servirait uniquement à faire valider les objectifs de programmation déjà arrêtés par la DRASS. Quant aux dossiers soumis à l'avis du CROSMS, ils reçoivent systématiquement un avis favorable dans le champ des personnes âgées dès lors qu'ils semblent réalisables, qu'ils relèvent ou non des priorités des schémas. La concertation avec les Conseils généraux est en principe conduite par les DDASS, mais seules la Dordogne et les Landes ont sollicité officiellement l'avis du président du Conseil général sur l'actualisation du PRIAC en 2009.

[394] Or, en Aquitaine, le CROSMS s'était abstenu de donner son avis en 2006 et avait rendu un avis défavorable sur le PRIAC en 2007. Le manque de concertation avec les Conseils généraux et le « décalage entre l'insuffisance des moyens financiers attribués par l'Etat et les objectifs fixés par les schémas départementaux » comptent parmi les raisons avancées pour justifier son abstention en 2006. Néanmoins, la DRASS souligne que la concertation progresse : pour preuve, l'avis favorable du CROSMS a été donné à l'unanimité en 2009.

3. L'ELABORATION ET LE SUIVI DU PRIAC DANS LES DEPARTEMENTS

3.1. *Le PRIAC dans les Pyrénées-Atlantiques s'inscrit dans un calendrier décalé entre l'Etat et le Conseil général*

[395] Le département des Pyrénées Atlantiques apparaît comme bien doté selon les critères retenus par la CNSA, critères repris par la DRASS, et notamment pour ce qui concerne les taux d'équipement.

[396] Compte tenu de cette situation, la DDASS développe une politique « réaliste » en inscrivant au PRIAC et par priorité des opérations susceptibles d'être retenues. Elle retient, pour ce faire, le cadrage conçu par la DRASS et fondé sur une hypothèse de reconduction des enveloppes accordées précédemment à la région et au département.

3.1.1. *La DDASS vise, au travers du PRIAC, à rééquilibrer de l'offre médico- sociale et à répondre aux nouveaux besoins qui apparaissent*

[397] Si le PRIAC est considéré par la DDASS comme un outil très consommateur en temps pour l'équipe chargée du domaine médico-social, il est cependant apprécié en tant qu'instrument de programmation financière permettant d'éclairer le Conseil général et les « opérateurs » sur les priorités de l'Etat.

3.1.1.1. La gestion quasi simultanée de la campagne budgétaire et de l'actualisation du PRIAC est ressentie comme très contraignante par la DDASS

[398] La préparation du PRIAC pour l'exercice N+1 s'étage à l'échelon départemental entre le mois de septembre de l'année N-1 et le mois de février de l'année N. Pendant ces six mois, le processus se déroule schématiquement ainsi :

- septembre-octobre : échanges du CTRI avec la CNSA, le plus souvent par visioconférence, portant sur le bilan du PRIAC précédent actualisé¹¹⁴ ;
- novembre-décembre : prise en compte des éléments de cadrage financier déterminés par la DRASS ;
- décembre-janvier : préparation des propositions départementales ;
- janvier : présentation des options de la DDASS au Conseil général ;
- février : transmission des éléments du PRIAC « départemental » à la DRASS ;
- mars-avril : échanges en CTRI et détermination du PRIAC par la DRASS.

[399] Parallèlement, il convient d'assurer « la campagne budgétaire » en affectant les moyens notifiés par la CNSA en mesures nouvelles et en enveloppes anticipées. Le calendrier est le suivant :

- mi-décembre : réception des propositions de la CNSA ;
- décembre-janvier : échanges en CTRI en vue de confirmer ou d'ajuster les propositions de la CNSA en mesures nouvelles ou en enveloppes anticipées ;
- février-mars : préparation et tenue du comité administratif régional (CAR) et transmission des propositions régionales à la CNSA ;
- mi-avril : notification par la CNSA de la base budgétaire régionale dont les mesures nouvelles pour l'exercice N et communication du niveau et de la répartition des enveloppes anticipées pour N+1 et N+2¹¹⁵ ;
- mai-juin : prise des arrêtés de tarification et d'allocation de ressources des établissements et services¹¹⁶.

[400] Par ailleurs, le renseignement des enquêtes de la CNSA prend également du temps, même si à court terme, en 2010, la mise à disposition d'une application web permettant de renseigner « au fil de l'eau » contribuera à réduire la charge des services.

[401] Ce travail d'instruction et de suivi du PRIAC mobilise, selon la directrice de la DDASS et l'inspecteur principal en charge du secteur médico-social, l'équivalent de quatre ETP d'inspecteur et de deux agents de catégorie B sur six mois. L'équipe de la DDASS regrette que cette astreinte limite les moyens à consacrer aux fonctions d'inspection et de contrôle.

[402] Toutefois, et en particulier du point de vue des personnes effectivement chargées de la réalisation des opérations concrètes liées au PRIAC, l'outil présente divers avantages.

¹¹⁴ Sur ce plan, les services de la DDASS déplorent de recevoir dans un délai trop court une documentation volumineuse préparant les échanges avec la CNSA. De ce fait, la DDASS n'a pas matériellement le temps d'exploiter toute cette documentation dont elle n'utilise le contenu qu'ultérieurement pour éclairer sa programmation.

¹¹⁵ En soulignant qu'en 2009, dans le cadre du plan de relance, ont été notifiées des enveloppes anticipées complémentaires pour les années 2010, 2011 et 2012.

¹¹⁶ Des arrêtés de tarification sont pris parfois plus tardivement dans l'année.

3.1.1.2. Le PRIAC présente des avantages certains

[403] Si le dispositif d'instruction et de tenue du PRIAC lui paraît lourd, la DDASS estime en tirer cependant divers avantages. De manière résumée, ils sont les suivants :

- le PRIAC est le support d'un dialogue avec le Conseil général en vue de la programmation des opérations financées conjointement ;
- le PRIAC permet d'argumenter, au vu des indicateurs qu'il comprend, sur les priorités retenues auprès du Conseil général et des organismes opérateurs du champ médico-social ;
- le PRIAC confère une certaine visibilité sur les engagements financiers que l'Etat serait à même de prendre dans la durée de son exécution, visibilité renforcée par le mécanisme des enveloppes anticipées ;
- le fait de disposer d'une enveloppe limitée a un impact « pédagogique » en vue de susciter les transformations d'établissements et de services, à moyens constants ou limités.

[404] Le fait, aussi, que le PRIAC soit actualisable et glissant présente deux intérêts majeurs pour la DDASS :

- l'actualisation donne de la souplesse pour inscrire une opération dont l'urgence apparaît et aussi pour concrétiser des accords passés avec le Conseil général. C'est le cas par exemple de la programmation d'un foyer d'accueil médicalisé pour handicapés psychiques à Bayonne ;
- son caractère glissant lui permet aussi de s'ajuster à la programmation des schémas départementaux en initiant des opérations, par exemple pour les années 2012 et 2013, qui seront probablement financées au-delà de l'horizon du PRIAC.

[405] Par ailleurs, la DDASS indique disposer des éléments requis pour apprécier les besoins des personnes âgées ou des personnes handicapées.

3.1.2. L'évaluation des besoins est appréciée à la fois en fonction des orientations nationales et de la pression de la demande

[406] La DDASS des Pyrénées Atlantiques utilise ses propres données pour apprécier les besoins. Il n'y a pas eu à ce jour de travail commun entre les DDASS et avec la DRASS en vue de disposer des mêmes indicateurs et outils d'appréciation de la demande de prise en charge.

[407] Pour établir sa programmation et de manière schématique, la DDASS prend en compte :

- les taux d'équipement ;
- les objectifs nationaux de diversification et de rééquilibrage géographique de l'offre¹¹⁷ ;
- la pression de la demande (par exemple le nombre de personnes sous « amendement Creton ») ;
- la pression du développement de l'offre, en classant les opérations ayant reçu un avis favorable du CROSMS et en attente de financement, conformément à l'article L. 313-4 du code de l'action sociale et des familles.

[408] Concernant la disponibilité de l'offre, elle estime que les possibilités de porter des projets de certains « petits » établissements ou organismes associatifs sont limitées. C'est pourquoi, pour assurer le montage et la réalisation d'un FAM à Bayonne, elle a dû faire appel à un opérateur implanté en dehors du département.

¹¹⁷ Si les taux d'équipement sont importants en hébergement (pour personnes handicapées notamment) dans un secteur géographique donné, la DDASS proposera d'inscrire des opérations proposant des interventions en milieu ordinaire.

- [409] La satisfaction des besoins des personnes handicapées est jugée variable, du point de vue du directeur de la MDPH¹¹⁸, selon la nature des handicaps et des institutions disponibles pour les usagers. De son point de vue, l'accueil des enfants autistes est incomplet comme celui des jeunes adultes en attente d'une prise en charge en ESAT. Ainsi, le nombre de personnes sous « amendement Creton » est de 80. Il reconnaît par ailleurs les insuffisances actuelles de la MDPH qui ne peut, faute de temps, recenser les orientations décidées et surtout le nombre de personnes en attente d'une affectation correspondant à leur orientation, et ce selon leur handicap.
- [410] Les disparités ou inadéquations géographiques d'implantations constituent aussi un frein à la prise en compte des besoins. C'est le cas notamment pour les ITEP, massivement implantés dans le Béarn et quasiment inexistantes au pays basque. Il existe aussi de nombreux établissements qui sont des sanatoriums reconvertis en structures médico-sociales, mais leur implantation en zone de montagne ne correspond pas aux besoins d'une population résidant désormais, massivement, en milieu urbain.
- [411] Enfin, comme déjà indiqué et selon différents interlocuteurs de la mission (MDPH, Conseil général), le département présente la caractéristique, notamment du fait d'une implantation historique d'établissements spécialisés, d'accueillir des personnes handicapées originaires d'autres départements et en particulier de la région parisienne. Cette situation fautive, selon les personnes rencontrées, la réalité des besoins, l'approche par les taux d'équipement n'étant pas opérante en la circonstance.
- [412] Dans le secteur des personnes âgées, la difficulté rencontrée est celle de l'existence de nombreux EHPAD privés du secteur commercial dont les tarifs sont jugés inabornables pour une grande partie de la population. De ce fait, selon le Conseil général notamment, les besoins ne sont pas satisfaits. Cette densité d'établissements a conduit le Conseil général à observer un moratoire de deux ans pour toute création ou extension d'EHPAD. La DDASS indique avoir été mise en difficulté de ce fait, ne pouvant réaliser des opérations programmées au PRIAC.

3.1.3. Le Conseil général a développé une politique d'appel à projet qui constitue une étape supplémentaire dans le processus d'autorisation

- [413] Il existe un schéma gérontologique et un schéma des personnes handicapées. Le premier couvre la période 2005-2009 et le second la période 2006-2010. Les services du Conseil général, rencontrés par la mission, indiquent qu'ils vont entreprendre la réalisation d'un schéma unique personnes âgées-personnes handicapées, portant sur la période 2011-2015.
- [414] Pour assurer la mise en œuvre des schémas actuels, après avoir découpé le département en bassins de vie, le Conseil général a mis en place une procédure d'appels à projets.
- [415] L'objectif du Conseil général est d'assurer à la fois une meilleure répartition géographique de l'offre et de faire en sorte que cette offre soit financièrement accessible à toutes les catégories de la population. Dans ce cadre, le cahier des charges comporte des clauses de prix d'hébergement plafond pour les créations ou extensions d'EHPAD. Concomitamment, le Conseil général assure une habilitation à l'aide sociale à ces nouvelles structures.
- [416] Ce n'est qu'après avoir été retenu dans le cadre de l'appel d'offres qu'un projet peut obtenir une instruction favorable, de la part du Conseil général, du dossier déposé en CROSMS.
- [417] Dans la négociation avec l'Etat, le Conseil général ne retient en cofinancement, dans le cadre de la programmation des PRIAC, que les dossiers lauréats aux appels d'offres qu'il a organisés.
- [418] Ces dispositions, du point de vue du Conseil général, permettent de susciter une meilleure organisation de l'offre et de retenir des opérateurs ayant des capacités d'adaptation et des compétences à gérer des établissements dotés d'une masse critique minimale de 80 places au moins.

¹¹⁸ Maison départementale des personnes handicapées.

[419] Dans le secteur des personnes handicapées, le département estime qu'il supporte une partie du poids de la reconversion du secteur sanitaire en médico-social. En effet compte tenu du blocage de toute création de place nouvelle en maison d'accueil spécialisée (MAS)¹¹⁹, il va participer à la création du FAM de Bayonne précité, qui présentera la particularité d'accueillir, pour partie, d'anciens patients de l'établissement de santé mentale de cette ville.

3.1.4. Il existe des délais importants dans la réalisation des opérations de construction

[420] La mission a retenu deux cas qui lui ont été exposés par la DRASS et par la DDASS. Dans le premier cas, il s'agit d'une opération de construction d'un EHPAD et dans le second d'une opération de création d'une MAS.

3.1.4.1. La création d'un EHPAD à Anglet

[421] Le projet déposé en CROSMS, le 30 mai 2008, porte sur une capacité de 88 lits et places dont une partie est destinée à des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. La gestion de l'établissement, initialement prévue par le CCAS, sera confiée à une association. Le 10 octobre 2008, le CROSMS émet un avis défavorable en l'absence de plans dans le dossier. Toutefois, les services de l'Etat et du Conseil général estiment le projet recevable car :

- suffisamment détaillé ;
- conforme au schéma gérontologique ;
- inscrit après appel à projet du Conseil général.

[422] Mais le dossier est refusé par un arrêté conjoint en date du 22 décembre 2008 pour des raisons de financement et il fait l'objet d'un arrêté conjoint de classement en attente de financement daté du 19 janvier 2009.

[423] Dans le cadre des mesures prises en application du PRIAC, la CNSA notifie une enveloppe anticipée pour 2011, permettant le financement à cette échéance de 30 places d'hébergement permanent. Le 18 novembre 2009, un arrêté conjoint d'autorisation partielle différée est donc pris, dans la limite de 30 places d'hébergement permanent. L'établissement avait prévu une ouverture en 2010 ; cette ouverture n'interviendra au mieux qu'en 2013. Si les financements complémentaires sont bien débloqués pour cette échéance, on observera qu'entre 2011 et 2013, des crédits seront inutilisés.

3.1.4.2. La création de maison d'accueil spécialisée Lou Caminot à Pau

[424] Le projet a été conçu dans le cadre d'une restructuration partielle du Centre hospitalier des Pyrénées (CHP) de Pau, établissement de santé mentale. Il est porté par les pouvoirs publics, dans le contexte du drame intervenu en décembre 2004. Ce projet résulte d'un partenariat entre le CHP et l'ADAPEI, future gestionnaire de la MAS et chargée de la maîtrise d'ouvrage.

[425] Le dossier est déposé le 24 avril 2005 et reçoit un avis favorable du CROSMS lors de sa séance du 21 septembre 2005. Le préfet des Pyrénées Atlantiques signe un premier arrêté d'autorisation, le 18 novembre 2005¹²⁰.

[426] Le financement du fonctionnement, à hauteur de 4 200 000 €, intervient en plusieurs étapes :

- 100 000 € sont accordés sur la « réserve nationale » par notification du 21 octobre 2005 ;

¹¹⁹ Et, selon les responsables des services du Conseil général, contrairement aux engagements pris par le représentant de l'Etat dans le département en 2005.

¹²⁰ Il s'agit là d'une démarche exceptionnelle, les arrêtés d'autorisation engageant l'Etat n'étant habituellement pris qu'après assurance de financement.

- 500 000 € sont d'abord accordés au titre des mesures nouvelles du PRIAC en 2006 puis un complément de 2 000 000 € est notifié au titre de la « réserve nationale » ;
- 600 000 € sont accordés au titre des mesures nouvelles du PRIAC en 2007 ;
- 1 000 000 € sont accordés au titre des mesures nouvelles du PRIAC en 2008.

[427] Le projet a connu des retards de lancement pour diverses raisons et, parallèlement, le coût d'investissement et d'exploitation a été revu significativement à la hausse. Le montant global de l'opération d'investissement est passé de 5 224 150 € (estimation en 2006) à 6 790 421 € (estimation en septembre 2008). L'implantation de la MAS, compte tenu d'une modification du plan local d'urbanisme, a été prévue sur un autre terrain. S'agissant d'une mise à disposition du CHP par bail à construction, la négociation de la convention entre les parties a pris du temps. Enfin, l'ADAPEI a dû prendre à sa charge la démolition et la dépollution d'installations du CHP avant de lancer les travaux.

[428] L'ADAPEI n'a lancé les travaux qu'au vu du financement intégral de l'opération (investissement et exploitation). Pour couvrir les surcoûts du projet, la DDASS a délégué des crédits non reconductibles pour un montant de 560 000 € afin de neutraliser les surcoûts d'investissement et pour un montant de 472 737 € pour couvrir les frais de premier établissement.

[429] Les travaux ont démarré, fin 2008, et le bâtiment devrait être livré en juin 2010.

[430] On observera qu'un montant important de crédits non utilisés est cumulé pour cette opération depuis 2006.

3.2. Le PRIAC est conçu et utilisé par la DDASS des Landes comme un outil facilitant les échanges avec le Conseil général

[431] La mise en place du PRIAC a représenté pour l'Etat, dans les Landes, un moyen d'exposer sa programmation financière devant le Conseil général et les différents porteurs de projet. Le PRIAC dans ce département est essentiellement conçu comme un outil de hiérarchisation des projets en attente de financement.

3.2.1. Pour la DDASS des Landes, le PRIAC est utile, bien qu'elle estime astreignant le renseignement de son suivi

[432] Dans les échanges entre la mission et les équipes de la DDASS en charge de l'instruction et du suivi du PRIAC, la lourdeur de la gestion du PRIAC a été fortement soulignée. Cet inconvénient est nettement contrebalancé par les apports d'une programmation financière de l'Etat jugée crédible par ses interlocuteurs.

3.2.1.1. La lourdeur du PRIAC est surtout évoquée pour ce qui concerne le retour d'information à la CNSA

[433] Le PRIAC est instruit et suivi à la DDASS des Landes par trois personnes pour le secteur des personnes âgées et trois personnes pour le secteur des personnes handicapées¹²¹. Les services en charge de ces deux secteurs instruisent en outre la campagne budgétaire et les dossiers pour le CROSMS en qualité de rapporteurs. Ils assurent également des fonctions d'inspection. Cette fonction d'inspection, selon la directrice de la DDASS qui le déplore, est devenue une variable d'ajustement au regard de la charge de travail existante, charge accrue aussi par des départs d'inspecteurs non remplacés.

¹²¹ Dont un inspecteur pour le secteur des personnes âgées et un contractuel dans le secteur des personnes handicapées.

- [434] Dans ce contexte le PRIAC est jugé comme fortement consommateur de temps. A titre d'illustration, l'inspectrice en charge du secteur des personnes âgées indique que le renseignement de l'enquête sur l'application « CELIA » et relative au suivi des créations de places lui a pris quatre jours. Il est regretté aussi que le bénéfice d'une gestion « en ligne » de ces questionnaires ne soit pas assuré, notamment sous forme de documents à usage départemental, l'application ayant été « fermée » à l'usage des utilisateurs après la phase de saisie.
- [435] Il est reproché au dispositif du PRIAC sa lourdeur en termes d'informations à fournir sur les créations de places. Il suffit qu'une modification d'une unité ait lieu pour avoir à redéfinir la répartition des places créées ou en attente. Par ailleurs, le caractère glissant du PRIAC amène chaque année à saisir à nouveau les données de programmation et d'exécution, et ce par type et nature d'opérations comme par secteurs géographiques.
- [436] L'outil du PRIAC étant complexe à manier, surtout lorsqu'il s'agit de suivre une opération engagée, les services de la DDASS tiennent des tableaux séparés.
- [437] Des espoirs sont fondés sur le développement d'une application web, dès lors qu'elle permettrait d'assurer des requêtes au niveau local.
- [438] Malgré ces critiques, le PRIAC est jugé particulièrement utile par la DDASS, en tant qu'instrument de la programmation financière de l'Etat pour le secteur médico-social.

3.2.1.2. L'emploi du PRIAC permet à la DDASS de disposer des éléments nécessaires à la concertation avec les autres services de l'Etat et avec ses divers partenaires

- [439] Pour l'équipe de la DDASS, le PRIAC « donne une réalité à la programmation de l'Etat », réalité qui se révèle selon deux modalités.
- [440] La première résulte de la pratique adoptée en Aquitaine où la programmation de chaque département est cadrée par une enveloppe indicative déterminée par les services de la DRASS en référence aux dotations antérieures. Les équipes des DDASS de la région qualifient ces montants indicatifs de « droits de tirage ».
- [441] Cette enveloppe peut être modulée en CTRI, entre les départements et en fonction du potentiel de réalisation effective des projets présentés par chaque DDASS. Elle est une référence pour la DDASS des Landes, qui indique que sa présentation permet d'engager la concertation avec le Conseil général pour classer les projets par ordre de priorité. Ceci dans un contexte où, jusqu'à présent, mais la donne change compte tenu d'une baisse attendue des ressources du Département, le Conseil général a programmé un nombre conséquent d'opérations à réaliser dans le secteur des personnes âgées.
- [442] La seconde modalité est celle du dispositif des enveloppes anticipées. Ce dispositif, servi de surcroît par les dotations prévisionnelles du plan de relance, a permis en 2009 de programmer un nombre conséquent d'opérations à réaliser pour la période allant de 2010 à 2012.
- [443] Cependant, compte tenu de la faible démographie du département et de la situation de la région au regard de la moyenne nationale, le département ne peut compter que sur un volume limité de créations de places, ce qui amène à procéder à des autorisations partielles. Toutefois, en 2007, dans le secteur des personnes âgées, la création de plus d'une centaine de places par emploi de crédits initialement réservés à la médicalisation des EHPAD a permis de desserrer la contrainte budgétaire, ce qui a facilité le dialogue avec le Conseil général.

- [444] Egalement, la programmation du PRIAC et sa mise en œuvre ont permis de définir en concertation avec l'inspection d'académie, un état des opérations à réaliser. Selon l'inspecteur d'académie rencontré par la mission, il n'y a pas pratiquement plus de liste d'attente¹²² pour l'intégration en milieu ordinaire.
- [445] L'approche départementale, comme d'ailleurs, l'approche régionale, plus « réaliste » qu'« offensive », est ainsi celle d'un traitement des projets en attente plutôt que d'une détermination des besoins. Cet état des besoins est par ailleurs jugé délicat à établir, du moins dans le secteur des personnes handicapées.

3.2.1.3. L'approche des besoins est effectuée en employant les critères de la CNSA et de la DRASS

- [446] La DDASS indique que la question de la détermination des besoins n'est pas prégnante au regard du nombre important de projets en attente de financement. Il s'agit plus pour elle d'opérer un classement des projets en appliquant les critères de la CNSA (taux d'équipement, euros par habitant, pression de la demande). Son objectif est, en mettant en œuvre également les plans nationaux, de pourvoir les secteurs déficitaires et d'assurer une diversification de l'offre tant par nature (places pour autistes, unités Alzheimer,...) que par modalités de prise en charge (suivi à domicile, accueil de jour, hébergement temporaire,...). Egalement, elle prend en compte les orientations et classements du schéma gérontologique et du schéma des personnes handicapées.
- [447] Toutefois, certains services font défaut, et ceci a été souligné dans le dialogue « technique » avec la CNSA, par exemple pour la prise en charge des polyhandicapés. Dans ce cas d'espèce, la DDASS indique que c'est lié à l'absence de promoteurs et qu'il lui a fallu rechercher des porteurs de projet. Elle souligne, au passage, sur ce même thème, qu'un promoteur pressenti s'est retiré au regard de la programmation, incertaine à moyen terme, de toutes les places requises pour la prise en charge de polyhandicapés.
- [448] Actuellement, la MDPH n'est pas en mesure non plus, selon la DDASS, de l'éclairer sur les besoins dans le secteur du handicap, sachant de surcroît que la MDPH prononce des orientations, non pas en fonction d'une prise en charge souhaitée, mais en prenant en compte l'offre de service existante.
- [449] Par ailleurs, il n'y a pas de détermination précise des territoires d'implantation des établissements et services. Pour le secteur des personnes âgées et selon la DDASS, au regard de leur étendue, les cantons constituent un territoire pertinent. C'est d'ailleurs le type de territoire qui est retenu par le Conseil général. Pour le secteur des personnes handicapées, l'analyse des besoins par secteurs s'opère par grandes zones en fonction de l'attraction démographique des principales aires urbaines.

3.2.2. Le Conseil général, jusqu'à présent engagé dans une démarche active de créations de places, exprime un jugement positif, avec réserves, sur le PRIAC

- [450] Le Conseil général a une attitude volontariste en matière de création de places pour personnes âgées et personnes handicapées. S'il exprime des regrets de ne pas voir, de son point de vue, reconnaître suffisamment les besoins du département par une réelle politique de correction des inégalités interdépartementales, il estime que le dispositif du PRIAC lui a assuré de la visibilité sur l'accompagnement par l'Etat de la réalisation d'équipements faisant l'objet d'un financement conjoint. Dans ce cadre, même s'il a décidé d'être l'unique auteur des schémas départementaux des personnes âgées et des personnes handicapées, il évoque une bonne qualité de concertation avec les services de l'Etat, du moins au plan départemental.

¹²² Au jour de l'entretien entre la mission et l'IAEN-ASH, il y avait un enfant en attente d'orientation avec une échéance de prise en charge à trois mois.

3.2.2.1. Selon le Conseil général, le PRIAC a permis de répondre partiellement au besoin de médicalisation des EHPAD

- [451] Le Conseil général a réalisé un schéma gérontologique en 2001, qu'il a pris le parti d'actualiser fin 2007, sous la forme d'un état retraçant les besoins en équipements. La concertation a été organisée avec l'Etat, qui, à défaut de partager les mêmes options en matière de priorités d'implantation, s'est accordé avec le Conseil général sur des objectifs communs de médicalisation et de prise en charge des patients atteints de la maladie d'Alzheimer.
- [452] Le niveau territorial retenu pour approcher les besoins de la population, comme mentionné précédemment, est celui du canton. Les 65 établissements pour personnes âgées sont répartis sur la trentaine de cantons du département ; l'objectif est que chaque Landais ne soit pas éloigné de plus de 15 à 20 kms. d'un EHPAD.
- [453] Le Conseil général ayant pris l'option de ne pas agréer les projets d'opérateurs du secteur commercial, l'offre est à dominante publique (60 établissements sur 65). Il justifie cette option par la volonté de maintenir des prix de journées d'hébergement accessibles pour l'ensemble de la population : l'objectif est de maintenir le tarif d'hébergement aux alentours de 50 € par jour. Il estime aussi que sa démarche de planification a évité une implantation « erratique » des établissements.
- [454] La maîtrise des coûts d'hébergement expliquerait l'attractivité des Landes pour des personnes âgées originaires des Pyrénées Atlantiques, de Gironde ou du Gers.
- [455] Pour le Conseil général, l'adaptation de l'offre d'hébergement doit aller de pair avec le renforcement de l'aide à domicile et des soins à domicile. Par ailleurs, cette offre doit évoluer pour prendre en compte une dépendance croissante des résidents. A côté d'un programme de 400 créations de place (par création d'unités nouvelles ou par extensions de capacité), justifié par une démographie des personnes âgées en hausse régulière, le Conseil général soutient un mouvement de rénovation des installations existantes dont certaines sont particulièrement vétustes et s'avèrent inadéquates pour l'accueil de personnes dépendantes.
- [456] Le PRIAC a accompagné ces efforts de création de places pour la période précédente ; néanmoins, le Conseil général exprime encore le besoin, précité, de création de 400 places, lesquelles ont fait l'objet d'avis favorables du CROSM. Cet effort se concrétise également par l'attribution de subventions à hauteur de 25 % du coût d'investissement à la place.
- [457] Cependant, les difficultés financières que va rencontrer le Département, du fait de la baisse attendue de ses recettes, vont l'amener à être très sélectif dans le financement de nouveaux EHPAD, même s'il entend maintenir les engagements pris pour la période 2010-2012. Le taux de subvention d'investissement à la place sera revu à la baisse.
- [458] Le Conseil général n'exclut pas non plus une forme de saturation de l'offre à l'issue du programme actuel de réalisation de places nouvelles d'EHPAD, d'où la nécessité de bien cerner l'implantation des nouvelles réalisations.

3.2.2.2. Pour le secteur des personnes handicapées, le Conseil général souhaite un accompagnement important du PRIAC pour assurer une diversification de l'offre

- [459] Le Conseil général a réalisé un schéma des personnes handicapées couvrant la période 2007-2011. Il fait état de difficultés à évaluer les besoins, la MDPH n'étant pas en mesure de fournir des données exhaustives sur les personnes en attente d'orientation, et ce par catégorie de handicap. Il est aussi difficile de rapprocher les listes d'attente des établissements dont les responsables, selon lui, conservent « jalousement » la teneur. Toutefois, la pression de la demande, en MAS et FAM

notamment, est observée et la MDPH a pu, au regard des orientations qu'elle a prononcées, mettre en évidence des besoins dans différents domaines¹²³.

- [460] Pour mieux appréhender les besoins des jeunes de 16 à 25 ans, le Conseil général a décidé d'organiser leur suivi de manière spécifique. Il vise en premier lieu, l'action venant de débiter, à repérer leurs besoins effectifs d'orientation. Dans un second temps, ce suivi va permettre de proposer un projet personnel adapté (professionnel, occupationnel ou de prise en charge des handicaps lourds) et de définir la gamme des services requis. Pour ce faire, il a mobilisé les ressources humaines de la MDPH.
- [461] La diversification de l'offre pour les enfants handicapés est vivement souhaitée par le Département qui est demandeur d'une réponse pour les polyhandicapés, les autistes et les déficients sensoriels. Même si le PRIAC prévoit d'accéder pour partie à sa requête, le Département estime qu'à moyens constants, il serait souhaitable de décentraliser une offre excessivement concentrée sur l'agglomération bordelaise. Il regrette que des enfants du département, faute de structures spécialisées, soient pris en charge à Bordeaux ou à Bayonne, pour les polyhandicapés ou les enfants souffrant d'un handicap sensoriel.
- [462] Il mentionne aussi le soutien à l'inscription au PRIAC d'un projet expérimental pour enfants présentant des troubles du comportement particuliers, projet prenant la forme soit d'un ITEP, soit d'une MECS¹²⁴.
- [463] Concernant les adultes handicapés, le Conseil général souhaite la poursuite de la création de places d'ESAT, qu'il s'efforce d'accompagner par une offre d'hébergement, mais il émet le vœu d'une diversification des modalités d'orientation des personnes. L'ESAT de son point de vue n'est pas l'unique solution pour proposer une activité ou contribuer à l'insertion sociale. Il prône l'instauration de référents qui pourraient organiser un accompagnement personnalisé de la compensation du handicap. Il tient également ce raisonnement pour les foyers de vie, dont l'alternative pourrait être la mobilisation de la prestation de compensation de handicap (PCH).
- [464] Il souhaite aussi accompagner la prise en charge des adultes plus lourdement handicapés. Il observe, en déplorant un retard dû au promoteur, la création prochaine d'une MAS. De son côté, il accompagne la création d'un FAM en regrettant aussi le retard pris dans la création de l'établissement. Enfin, il indique s'engager dans la création de SAVS et de SAMSAH pour une prise en charge en milieu ordinaire.
- [465] Des besoins, difficiles à évaluer, seraient, selon lui, non satisfaits pour accueillir des personnes cérébro-lésées.

3.2.3. Quelques questions sont soulevées par la mise en œuvre du PRIAC et son évolution à terme dans les Landes

- [466] Au vu des échanges avec la DDASS et le Conseil général, un certain nombre de difficultés de mise en œuvre du PRIAC sont évoquées, qui tiennent pour l'essentiel à l'ampleur du délai observé entre l'autorisation accordée, la programmation des crédits de fonctionnement nécessaires et l'ouverture effective du nouvel établissement ou du nouveau service.
- [467] Par ailleurs, la phase de transition entre, d'une part, la gestion d'une liste de projets autorisés ou ayant bénéficié d'un avis favorable du CROSMS et en attente de financement et, d'autre part, le lancement de la procédure d'appel à projet risque d'être délicate. En effet, compte tenu du nombre important de dossiers déposés de manière accélérée en CROSMS avant l'application des dispositions de la loi du 29 juillet 2009, l'agence régionale de santé d'Aquitaine va être confrontée à la question de la prise en compte d'un nombre conséquent de projets non encore financés.

¹²³ Elle l'a fait notamment à l'occasion d'un bilan du suivi de la gestion des places dans les établissements lors d'une réunion qui s'est tenue le 9 juillet 2009.

¹²⁴ Maison d'enfant à caractère social.

- [468] Pour l'élaboration du PRIAC en 2010, la question soulevée est celle de l'intégration ou non de ces projets dans la programmation et, subséquemment, celle des modalités de programmation d'opérations susceptibles d'être réalisées dans le cadre du nouveau dispositif de l'appel à projet.
- [469] Le Conseil général, pour sa part estime que l'appel à projet, dès lors qu'il n'est pas contraint à s'ouvrir au secteur commercial, lui permettra d'assurer une bonne maîtrise de l'offre et de veiller à sa bonne distribution territoriale. Cette disposition devrait aussi contribuer à une meilleure structuration du tissu associatif. Mais il estime aussi qu'il conviendra d'abord, en particulier pour le secteur des personnes âgées, de prendre en compte les projets en attente.

3.3. *Le PRIAC en Gironde*

3.3.1. **Le PRIAC est considéré comme un atout par la DDASS, en dépit de sa lourdeur et de son caractère « vraiment descendant »**

- [470] Les responsables de la DDASS de Gironde indiquent que le PRIAC permet de comparer de façon plus objective la situation des départements et que les indicateurs de la CNSA constituent un bon moyen d'évaluer la situation départementale. La DDASS apprécie également la visibilité à trois ans donnée par les enveloppes anticipées. La partie purement prévisionnelle de la programmation, sur les années ultérieures, reste plus difficile à manier, et en particulier à traduire auprès des promoteurs.
- [471] La DDASS se sert du PRIAC pour donner des autorisations partielles aux promoteurs, ce qui leur permet de lancer leurs projets même sans avoir obtenu l'intégralité des financements. De plus, le PRIAC 2009-2013 permet d'avoir une vision sur les projets de restructuration, de plus en plus nombreux. En effet, au vu des lacunes des PRIAC précédents à cet égard, la DDASS donne désormais la consigne ferme d'indiquer toutes les opérations de transformation, y compris celles qui ne requièrent pas de nouveau financement.
- [472] De même, le PRIAC est utile à l'articulation du sanitaire et du médico-social. Ainsi, la DDASS de Gironde a soutenu l'inscription de places de MAS au PRIAC, pour offrir un accueil aux patients à la sortie du centre hospitalier de Cadillac spécialisé en santé mentale. En attendant la finalisation du projet, une « structure tampon » financée sur crédits non reconductibles permet d'accueillir les patients.
- [473] Néanmoins, le PRIAC est perçu comme un outil complexe et le raccourcissement de sa période de construction n'a pas simplifié son élaboration. Le sentiment d'une charge de travail excessive par rapport à son utilité a été alimenté par l'existence en Aquitaine d'une forme de programmation antérieure au PRIAC, qu'il a fallu déconstruire pour reconstruire la nouvelle programmation du PRIAC.
- [474] Quoi qu'il en soit, au total, l'évolution de l'offre est réelle. Ainsi, entre 2005 et 2009, 2 060 places ont été autorisées dans le secteur des personnes âgées, dont 1 850 en EHPAD, ce qui constitue un progrès significatif. La Gironde est bien dotée dans le secteur de l'enfance handicapée et les enveloppes attribuées au département dans ce secteur sont plus réduites, les opérations financées portant essentiellement sur des restructurations.

3.3.2. La concertation avec le Conseil général fonctionne, non sans quelques difficultés

3.3.2.1. Le PRIAC est préparé conjointement par les services de l'Etat et du Département, ce qui est apprécié y compris par le Conseil général.

[475] Le préfet et le président du Conseil général prennent chaque année un arrêté conjoint de classement des projets en attente de financement dans le champ des personnes âgées, qui sert ensuite de base au PRIAC. Cette liste représenterait près de 1 000 places. Pour procéder au classement, ils utilisent les critères suivants : la réduction des inégalités infra-départementales d'accès aux établissements et aux services ; la volonté d'amener le taux d'équipement départemental au niveau du taux d'équipement national ; le maintien de l'équilibre entre les secteurs lucratif et non-lucratif... La DDASS indique refuser d'empiéter sur la compétence du Département et ne se prononcer que sur la médicalisation, et non sur l'emplacement des établissements et des services nouveaux.

[476] Néanmoins, des difficultés sont à craindre : d'une part, le Département reproche à l'Etat de ne pas apporter les financements qu'il s'est engagé à fournir pour les personnes handicapées et, d'autre part, la programmation va pâtir des budgets de plus en plus contraints du Département.

3.3.2.2. Le Conseil général fait un travail de programmation sur lequel le PRIAC peut s'appuyer

[477] Actuellement, la Gironde dispose de deux schémas, l'un qui court sur la période 2007-2011 pour les personnes handicapées adultes, l'autre sur 2009-2011 pour les personnes âgées. Ce dernier schéma couvre une période de trois ans contre cinq habituellement, pour permettre d'arrêter en 2011 un schéma unique et transversal pour l'ensemble des champs du médico-social. Les deux schémas sont déclinés sur les mêmes 13 territoires : 9 pays et la communauté urbaine de Bordeaux divisée en 4 zones. Pour les deux schémas, l'Observatoire régional de la santé d'Aquitaine (ORSA) a apporté son soutien. Enfin, le Département doit solliciter de nouveau l'INSEE pour obtenir les données infra départementales du recensement de 2006 et pouvoir procéder à de nouvelles projections. En effet, les disparités sont importantes au sein du département, qu'il s'agisse du taux d'équipement ou du nombre d'établissements avec places habilitées à l'aide sociale.

[478] Le schéma départemental pour les personnes handicapées adultes a été adopté par le Conseil général réuni en assemblée plénière le 19 décembre 2006, après avoir reçu l'avis favorable du CROSMS. Il a été réalisé en collaboration avec la DDASS et la DDTEFP. Il comprend un état des lieux de la situation en 2006 ; il s'appuie notamment sur les travaux de quatre ateliers thématiques organisés de novembre 2005 à mars 2006, sous l'égide d'un comité de pilotage composé de représentants du Conseil général et de l'Etat, ainsi que de la MDPH.

[479] Le Conseil général et la DDASS ont procédé à des enquêtes ponctuelles au moment de la définition du schéma, avec le soutien de l'ORSA :

- concernant les personnes handicapées vieillissantes, des enquêtes ont été réalisées sur l'ensemble des établissements pour personnes handicapées, sur les services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) et sur les établissements pour personnes âgées, habilités à l'aide sociale et accueillant des personnes handicapées de 50 ans et plus ;
- pour l'articulation entre la prise en charge médico-sociale du handicap psychique et l'hospitalisation psychiatrique, une enquête a été menée auprès des patients hospitalisés dans les services de psychiatrie de Gironde en 2005 ;

- s'agissant du besoin d'accompagnement des travailleurs handicapés en milieu protégé en février 2006, l'enquête a été réalisée auprès de tous les ESAT du département pour évaluer les besoins d'accompagnement (hébergement, foyer occupationnel). Cette problématique est au cœur du PRIAC, qui comprend les structures qui relèvent de la seule compétence de l'Etat et celles qui relèvent de la double compétence de l'Etat et du Département ;
- les services de tutelle de la Gironde qui suivent les personnes sous « amendement Creton » ont proposé de transmettre les informations dont ils disposent pour évaluer les besoins d'accompagnement.

[480] Ces enquêtes permettent d'inclure dans le schéma une estimation des besoins de places à créer : 147 places en FAM, 237 places en foyers de vie et 185 en MAS. Enfin, le schéma comprend, outre le compte-rendu des ateliers, les axes choisis pour l'avenir, déclinés en 76 propositions, sous forme de fiches-actions qui précisent chaque fois le rôle dévolu à l'Etat, au Département, aux associations, les indicateurs de suivi choisis et les délais de mise en œuvre.

[481] Le schéma gérontologique 2009-2011 a été élaboré en association étroite avec les représentants du Comité départemental des retraités et des personnes âgées. Un comité de suivi composé de représentants des services du Conseil général, de l'Etat, de la CRAM d'Aquitaine, de la MSA et de l'ARH a chapeauté l'élaboration du schéma. Comme le schéma des personnes handicapées adultes, il comprend un état des lieux et le bilan de la mise en œuvre du schéma précédent (2003-2007). Des ateliers ont également été organisés.

[482] Il s'appuie sur deux enquêtes :

- la première porte sur le fonctionnement et la qualité de la prise en charge des SSIAD girondins en 2007. Elle a été entreprise à la demande de la DDASS, par questionnaires transmis aux services. Il en ressort que toutes les communes de Gironde sont desservies par un SSIAD ;
- la seconde évalue les logements-foyers de Gironde, qui ont été invités à répondre à un questionnaire en juin 2007.

[483] Le schéma comprend également 37 propositions d'actions qui précisent les acteurs impliqués, les modalités ainsi que les délais de mise en œuvre.

3.3.3. Le Département de la Gironde a expérimenté l'appel à projet à plusieurs reprises et réfléchit sur la question des territoires

[484] Le Département a déjà expérimenté l'appel à projet pour plusieurs SAVS et un FAM pour handicapés psychiques. Le cahier des charges a été établi en commun avec la DDASS.

[485] Le projet « solidarités 2010 » doit permettre de délimiter des territoires communs pour les champs social et médico-social dans le Département. Les services de la DDASS et du Conseil général considèrent en effet que la réponse aux besoins dans ces deux champs suppose le découpage du département en territoires dont la taille varie en fonction du type de recours qu'ils offrent : le premier échelon, le plus petit, rassemblerait l'offre de proximité pour l'accueil d'urgence, et des territoires plus vastes seraient définis pour appréhender la prise en charge des handicaps rares ou de pathologies plus lourdes.

3.3.4. Analyse de quelques projets

3.3.4.1. Chronologie de la procédure d'instruction du dossier de création de l'EHPAD « Bois de Gramond » à Eysines

Etape	Date
Dépôt du dossier à la DDASS et au Conseil général	
Courrier déclarant le dossier complet avec demande de précisions au promoteur	21 février 2006
Réponse du promoteur sur les précisions demandées	8 mars 2006
Sollicitation des avis requis (médecin inspecteur, assurance maladie)	13 mars 2006
Transmission des rapports au secrétariat du CROSMS : - de la DDASS - du CG	24 mai 2006 30 mai 2006
Réception de l'avis de la CRAM	15 juin 2006
Séance du CROSMS, pendant laquelle le dossier est présenté avec un avis favorable du rapporteur pour la création d'un EHPAD de 89 lits et places dont : 73 d'hébergement permanent, 2 d'hébergement temporaire, 13 en unités de vie spécifiques et 1 place d'accueil d'urgence. L'avis du CROSMS est favorable.	16 juin 2006
Arrêté de refus temporaire en l'absence de crédits de fonctionnement de l'assurance Maladie. Le deuxième considérant indique que « les enveloppes financières nécessaires aux besoins liés à la dépendance sont prévues [...] et que les ouvertures de crédits seront inscrites en tant que de besoin ». Le troisième considérant rappelle « néanmoins l'impossibilité actuelle de dégager les crédits d'assurance maladie nécessaires au fonctionnement des places ».	25 juillet 2006
Arrêté conjoint du préfet et du président du Conseil général relatif au classement prioritaire des demandes de places en attente de financement des EHPAD et des établissements et services pour adultes handicapés.	2 février 2007
Notification par la CNSA de 41 places dont 12 pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, à hauteur de 90 000 € et 29 places pour personnes âgées dépendantes (PAD) à hauteur de 217 500 € financées en mesures nouvelles 2007	30 avril 2007
Arrêté d'autorisation partielle pour 41 lits d'hébergement permanent dont 12 réservés à l'accueil de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer qui précise : - que le Conseil général s'engage à financer la dépendance ; - que « l'autorisation accordée vaut habilitation à l'aide sociale » ; - que les places restantes seront classées dans les projets en attente de financement	29 juin 2007
Arrêté conjoint de classement du préfet et du président du Conseil général	5 mars 2008
Notification par la CNSA de 46 places financées à hauteur de 400 200 € en mesures nouvelles pour 2008	28 avril 2008
Arrêté d'autorisation définitive	10 juillet 2008
Installation des 12 places pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer	1 ^{er} juillet 2009
Visite de conformité	10 juillet 2009
Installation des 75 places pour personnes âgées dépendantes	31 juillet 2009
Ouverture de l'EHPAD aux résidents	10 août 2009
Fonctionnement à capacité pleine	1 ^{er} octobre 2009

3.3.4.2. Chronologie de la procédure d'instruction et de création de la MAS de Tresses, projet présenté par l'association girondine des infirmes moteurs cérébraux (AGIMC)

[486] On note que :

- le projet s'inscrit dans les préconisations de la DHOS et de la DGAS (on se situe alors avant la création de la CNSA) relatives à la prise en charge des traumatisés crâniocérébraux et des traumatisés médullaires et à la création d'unités de soins dédiées aux personnes en état végétatif chronique (EVC) ou en état pauci-relationnel (EPR) ;
- le projet répond à un besoin constaté par une étude du CREAHI de juillet 2002, par le bilan de la COTOREP et par les listes d'attente des établissements médico-sociaux du département, avec notamment la présence de 70 adultes handicapés sous « amendement Creton » ;
- le projet est porté par le pouvoir politique : sur les 48 places d'abord créées, 14 sont financées sur la « réserve nationale » pour un montant de 1,2 M € En outre, la deuxième tranche de l'opération (12 places supplémentaires) est entièrement financée par les mesures du plan de relance.

Etape	Date
Dossier CROSMS déclaré complet pour la MAS de Tresses comprenant 60 places pour polyhandicapés dont 6 places d'accueil de jour, 2 places d'accueil temporaire et 2 places d'accueil d'urgence. Le budget prévisionnel de fonctionnement est alors de 6 759 869 € puis sera réduit.	29 avril 2004
Sollicitation des avis de l'inspection d'académie et de l'assurance maladie puis réception de ces avis : - pour l'IA - pour la SMA - pour la CRAM	22 juin 2004 13 juillet 2004 11 août 2004
Avis favorable du CROSMS	10 septembre 2004
Réception de l'avis du CROSMS	23 septembre 2004
Arrêté de refus temporaire faute de crédits de fonctionnement de l'assurance maladie. L'arrêté précise que le coût de fonctionnement en année pleine n'est pas compatible avec le montant des dotations mentionnées aux articles L. 313-8 ¹²⁵ , L. 314-3 ¹²⁶ et L. 314-4 ¹²⁷ . L'article 1 ^{er} nuance tout de même le refus qui s'explique par « l'attente de moyens financiers ». Il rappelle le délai de trois ans dans lequel l'autorisation pourra être donnée.	7 octobre 2004
Notification de 200 000 € pour 2 places	2005
Une lettre ministérielle confirme à l'AGIMC l'accord pour la réalisation d'une MAS de 80 places	5 juillet 2005
Notification de 200 000 € pour 2 places sur enveloppe nationale	2005
Discussions avec l'association afin de maîtriser le coût du projet par sa scission en deux étapes notamment :	

¹²⁵ L'article précise que l'autorisation peut être refusée si les « coûts de fonctionnement sont manifestement hors de proportion avec le service rendu ou avec ceux des établissements fournissant des services analogues ».

¹²⁶ L'article rappelle la limite apportée par l'objectif de dépenses.

¹²⁷ L'article rappelle la limite apportée par les dotations régionales limitatives.

<ul style="list-style-type: none"> - lettre au DDASS et au ministre dans lequel l'association estime son budget annuel pour 50 places à 5 000 000 €; - réunion tenue à la DDASS : le projet est proposé à 4 236 170 € soit un coût à la place de 88 253 € encore trop élevé au regard du coût moyen national. L'effort de réduction est négocié sur le personnel et les incidences de l'investissement. Le budget de fonctionnement est finalement évalué à 4 M € 	<p>16 décembre 2005</p> <p>22 mars 2007</p>
<p>Notification de 250 000 € pour 3 places</p>	<p>2006</p>
<p>Inscription au PRIAC 2007-2011 Notification de 1 455 280 € pour 17 places.</p>	<p>30 mars 2007</p>
<p>Arrêté portant autorisation partielle de la MAS à hauteur de 48 places d'internat sur 80 places au total. Le deuxième considérant fait référence au PRIAC 2007-2011. L'arrêté précise que 32 places pour personnes IMC et traumatisées crâniennes sont « refusées en attente de financement ».</p>	<p>7 juin 2007</p>
<p>Notification de 2 094 720 € pour 25 places dont 1 M € de la « réserve nationale » pour 12 places. Solde de l'opération de création de 48 places pour 4 M €</p>	<p>mars 2008</p>
<p>Inscription au PRIAC 2009-2013 de 12 places pour un montant de 806 981 € pour le fonctionnement de 11 places en enveloppe anticipée 2010 du plan de relance et de 54 219 € en mesures nouvelles 2010 prévisionnelles pour 1 place. Notification annuelle de la CNSA</p>	<p>13 février 2009</p>
<p>Arrêté portant autorisation de 12 places complémentaires sur un total de 80 places de nouveau mentionné. Le premier considérant fait référence au PRIAC 2009-2013. Le second considérant fait référence à la notification CNSA.</p>	<p>14 avril 2009</p>

Observations de l'agence régionale de santé d'Aquitaine



copie → S. PAUL

Inspection Générale Des Affaires Sociales
23 AVR. 2010
N° 284

Bordeaux, le 20 avril 2010

Service émetteur : **Direction de la santé publique et de l'offre médico-sociale**
Département de l'offre médico-sociale

Affaire suivie par : Viviane Lufflade
Courriel : viviane.lufflade@ars.sante.fr
Téléphone : 05 57 01 96 77
Télécopie :



Monsieur le Chef de l'Inspection générale
des affaires sociales
Section des rapports
39-43, quai André Citroën
75739 PARIS Cedex 15

Objet : Rapport relatif à l'évaluation des programmes interdépartementaux d'accompagnement
des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC)

Vous m'avez transmis, pour observations éventuelles, le rapport provisoire de l'IGAS sur
l'évaluation du PRIAC.

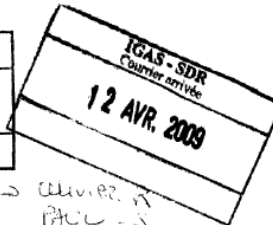
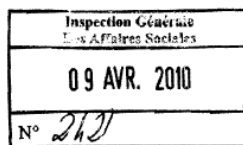
Les services concernés, à Bordeaux et dans les trois départements visités - Gironde, Landes et
Pyrénées atlantiques -, ont procédé à une lecture attentive de ce document.
Il ressort de leur analyse que la démarche d'élaboration du PRIAC aquitain a été décrite avec précision
et exactitude et que les points forts et les points faibles identifiés caractérisent sans conteste les
modalités de travail adoptées dans la région.

Dans ces conditions, le rapport communiqué n'appelle aucune remarque particulière.

La Directrice Générale
de l'Agence Régionale de Santé d'Aquitaine,

Nicole KLEIN

Observations du conseil général des Landes



Les Landes, le Département

Henri Emmanuelli
Député, Président du Conseil général
Direction de la Solidarité Départementale

Ref. : D201004239
Dossier suivi par :
Francis LACOSTE

Monsieur Pierre BOISSIER
Inspection générale des affaires sociales
Section des rapports
39-43, quai André Citroën
75739 PARIS

Le - 6 AVR. 2010 -

Monsieur,

J'ai bien reçu votre courrier du 25 mars 2010, par lequel vous me transmettez le rapport provisoire concernant l'évaluation des programmes interdépartementaux d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC), réalisée dans la Région Aquitaine, à partir notamment d'études plus ponctuelles sur 3 départements : la Gironde, les Pyrénées-Atlantiques et les Landes.

Votre rapport n'appelle pas d'observation contradictoire de ma part.

Je note, avec intérêt, que, concernant les Landes, vous avez bien relevé le taux d'évolution de la population, qui devrait nécessiter, théoriquement, un accompagnement financier plus important que d'autres départements moins impactés par l'évolution démographique.

Vous soulignez également, comme mes collaborateurs, que le PRIAC ne règle pas en l'état les inégalités interdépartementales, notamment pour les structures financées par l'Etat concernant les jeunes et adultes handicapés.

Le PRIAC devrait s'attacher à faire disparaître ces inégalités et à accompagner la croissance de la population.

Enfin, j'ai pris connaissance avec intérêt de la position du Conseil général des Pyrénées-Atlantiques qui note « l'existence de nombreux EHPAD privés du secteur commercial, dont les tarifs sont jugés inabordable pour une grande partie de la population »

Mes collaborateurs vous ont rappelé la position du Conseil général des Landes dans ce domaine, véritable marqueur politique d'une prise en charge cohérente des personnes vulnérables.

Espérant avoir répondu à votre attente,

Je vous prie de croire, Monsieur, à l'assurance de ma considération distinguée.

Henri EMMANUELLI
Président du Conseil général

Hôtel du Département
23, rue Victor Hugo
40025 Mont-de-Marsan Cedex
Tél. : 05 58 05 40 40
Fax : 05 58 05 41 87
Mail : solidarite@cc40.fr
www.landes.org

Observations de la Préfecture région Aquitaine



Copie -> S. Paul

PRÉFECTURE DE LA RÉGION AQUITAINE

SECRETARIAT GÉNÉRAL
POUR LES AFFAIRES RÉGIONALES

Bordeaux, 22 AVR. 2010

Affaire suivie par Nathalie FABRE
Chargée de mission
Sanitaire et social
☎ 05.56.90.65.93 - 📠 05 56 90 65 00
✉ nathalie.fabre@aquitaine.pref.gouv.fr



LE PRÉFET DE LA RÉGION AQUITAINE,
PRÉFET DE LA GIRONDE

à

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

Objet : avis en procédure contradictoire sur le rapport provisoire IGAS relatif à l'évaluation des programmes interdépartementaux d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC).

Réf. : votre courrier du 25 mars 2010 n° 169.

Vous avez bien voulu m'adresser, pour observations dans le cadre d'une procédure contradictoire, votre rapport provisoire relatif à l'évaluation des programmes interdépartementaux d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie.

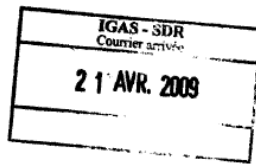
J'ai l'honneur de vous informer que ce rapport n'appelle pas d'observation de ma part.

Le Préfet de région,
Pour le Préfet,
Le Secrétaire Général pour les affaires régionales

Frédéric Mac Kain
Frédéric MAC KAIN

Observations de la Préfecture des Landes

IGAS-03)

Copie -> S. PAUL
R. ROLLIER

PREFECTURE DES LANDES

Mont de Marsan, le 13 avril 2010

Monsieur le Chef
de l'Inspection Générale des Affaires Sociales
Section des rapports
39-43, quai André Citroën
75739 PARIS CEDEX 15

V/Ref : courrier du 25 mars 2010 (Pierre Boissier)

OBJET : Avis en procédure contradictoire sur le rapport provisoire IGAS relatif à l'évaluation des Programmes Interdépartementaux d'Accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC)

Monsieur le Chef de l'Inspection Générale des Affaires Sociales,

Vous avez bien voulu m'adresser, pour observations dans le cadre d'une procédure contradictoire, votre rapport provisoire relatif à l'évaluation des Programmes Interdépartementaux d'Accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC).

J'ai l'honneur de vous informer que ce rapport n'appelle pas d'observations de ma part.

Le Préfet,

Pour le Préfet,
Le Secrétaire Général

Eric de WISPELAERE

Réponse de la mission :

Les observations reçues n'appellent pas de commentaire particulier

Liste des personnes rencontrées

Liste des personnes rencontrées au niveau régional

Direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS)

Jacques CARTIAUX, directeur

Fabienne RABAU, secrétaire générale responsable du pôle social

Viviane LUFFLADE, responsable du service « politiques sociale et médico-sociale »

Valérie FONT, inspectrice sur le secteur Handicap et Dépendance

Responsable de la préfiguration de l'ARS

Nicole KLEIN

CRAM d'Aquitaine

Bénédicte ABBAL, chef de service

Sophie BARC, chargée d'études, représentant la CRAM au CROSMS

URCAM

Déborah MIRAMOND, chargée de mission

DRSM

Docteur Dominique PAILLEY

CREAHI

Thierry DIMBOUR, directeur

URIOPSS

Henri RAMI, directeur

Rodolphe KARAM, directeur de la maison de retraite « Villa Pia »

URAPEI

Marie-Thérèse CARTON, présidente

Jacques DELPRAT, vice-président, membre titulaire du CROSMS

Jacques FEHOL

SYNERPA

Docteur Max DUBOIS, délégué régional et membre du CROSMS

Liste des personnes rencontrées dans le département des Pyrénées-Atlantiques

Direction départementale des affaires sanitaires et sociales

Michèle COIFFE, directrice

Marie-Louise ALVAREZ-MATORRA, inspectrice

Anne MOLINA, inspectrice

Nicolas PARMENTIER, inspecteur hors classe, chef du pôle social et médico-social

Conseil général des Pyrénées-Atlantiques

Miguel BREHIER, directeur général des services

Claude FAVREAU, adjoint au directeur général adjoint, chargé de la solidarité départementale

Nicolas LEMPEREUR, responsable adjoint du pôle « contrôle, tarification, planification des établissements pour personnes âgées »

Didier PAILLERE, chef du service « handicap et autonomie »

Eric VILLACAMPA, chef du service « personnes âgées »

Inspection d'académie

Philippe CARRIERE, inspecteur d'académie

Daniel DUVAL, ASH

Maison départementale des personnes handicapées

Dominique LAGRANGE, directeur

ADAPEI des Pyrénées-Atlantiques

Thierry BEYRIE, responsable du service gestion

Jean-Lou DRAPIER, président

Michel LACRAMPE, comptable

Stéphane PINARD, responsable de l'administration générale

Bernard TREMAUD, directeur général

Liste des personnes rencontrées dans le département des Landes

Direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS)

Colette PERRIN, directrice

Geneviève COTTAVOZ, responsable de l'unité « personnes âgées »

Anne-Lyse JOIE, responsable de l'unité « personnes handicapées »

Thierry PERRIGAUD, adjoint de la directrice

Conseil Général des Landes

Monsieur Francis LACOSTE, directeur de la solidarité

Monsieur Adrien BRUN, directeur adjoint de la solidarité

Inspection académique

Monsieur Michel PETIT, inspecteur de l'Education Nationale, chargé de l'intégration scolaire

Liste des personnes rencontrées en Gironde

Direction départementale des affaires sanitaires et sociales

Paule LAGRASTA, directrice

Christophe CANTO, inspecteur principal

Julie DUTAUIA, inspectrice principale

Cécile PERO, inspectrice

Frédérique VILLACAMPA, inspectrice

Philippe THOUVENIN, secrétaire administratif

Conseil général de Gironde

Hervé BOUCHAIN, directeur des actions pour les personnes âgées et les personnes handicapées

Stéphanie BONAVENTURE, chef du service des établissements personnes âgées – personnes handicapées

Marie MICHEAU HERAUD, responsable du bureau de l'administration générale

Bilan quantitatif du PRIAC d'Aquitaine (2006-2009)

PERSONNES AGEES

	Nombre de places installées au 01/01/2006	Nombre de places créées en :				Nombre cumulé de places installées de 2006 à 2009	Nombre total de places installées au 31/12/2009
		2006	2007	2008	2009		
Nombre de places d'EHPAD installées ¹²⁸	31 473	200	332	179	541	1 252	32 725
Nombre de places de SSIAD installées	5 342	134	171	314	257	876	6 218

ENFANTS HANDICAPES (tous domaines confondus)

Nombre de places d'hébergement installées	5 872	71	28	70	23	192	6 064
Nombre de places de SESSAD installées	1 227	131	71	44	119	365	1 592

ADULTES HANDICAPES

Places de MAS installées	912	0	49	0	0	49	961
Places de FAM installées	779	10	21	62	42	135	914
Places d'ESAT installées	5 530	76	47	124	60	307	5 837
Places de SAMSAH installées	92	54	44	76	0	174	266
Places de SSIAD pour handicapés installées	83	39	65	18	30	152	235

¹²⁸ Hors transformation des USLD.

Annexe 3 : Compte-rendu de la mission en Basse-Normandie

INTRODUCTION

[487] La Basse-Normandie a été retenue par la mission pour la position médiane qu'elle occupe dans le classement national quant au niveau de réponse aux besoins médico-sociaux ; au travers de son examen, l'objectif est d'observer comment une région « ordinaire » (ni sur-dotée, ni sous-dotée, présentant des caractéristiques démographiques peu atypiques) adapte le parc de son offre médico-sociale. Les départements enquêtés en Basse-Normandie sont le Calvados et la Manche.

[488] Ce compte-rendu présente la manière dont est construit le PRIAC de Basse-Normandie, d'abord sous l'angle des données mobilisées pour justifier les choix de programmation ; il indique ensuite comment l'outil est utilisé pour atteindre les objectifs que la loi lui assigne.

1. LES DONNEES MOBILISEES EN BASSE-NORMANDIE POUR CONSTRUIRE LE PRIAC

1.1. Le document d'orientation régionale (DOR) est succinct et il présente la situation régionale de façon générale

[489] En Basse-Normandie, le choix a été fait d'un DOR succinct. Une brève présentation du PRIAC rappelle d'abord ses caractéristiques essentielles :

- il a été créé par la loi du 11 février 2005 ;
- il concerne les équipements et les services destinés aux personnes âgées et aux personnes handicapées ;
- il « vise à garantir l'équité territoriale d'accès aux services » ;
- il permet une visibilité à 5 ans ;
- il est actualisé chaque année ;
- il est transmis à la CNSA.

[490] Dans les données de contexte, le DOR rappelle d'abord quels schémas départementaux sont actuellement valables et pour quelle période. Le document présente ensuite les « caractéristiques géographiques » régionales, à savoir :

- la population totale et la densité, par département, pour la région et pour la France (données INSEE 2006) ,
- la projection de cette population en 2015 ;
- l'indice de vieillissement en 2006, soit la proportion de personnes âgées d'au moins 65 ans pour 100 habitants de moins de 20 ans. Les chiffres affichés suggèrent l'importance de la population âgée en Basse-Normandie. En 2006, on recense 62,7 personnes âgées pour 100 jeunes de moins de 20 ans dans le Calvados, 83,2 dans la Manche et 84,1 dans l'Orne, soit une moyenne de 73,6 pour la Basse-Normandie

contre 66,3 pour la France. On ne peut néanmoins déduire de cet indice si la part des personnes âgées est vouée à s'accroître ou si elle a atteint un plafond.

[491] Ces données sont confrontées aux indicateurs sociaux :

- le revenu fiscal des ménages (données INSEE-DGI 2004), qui correspond, selon l'INSEE, à « la somme des ressources déclarées par les contribuables sur la déclaration de revenus, avant tout abattement » : il s'élève à 15 498 € dans le Calvados, 14 341 € dans la Manche, 13 970 € dans l'Orne, soit 14 795 € pour la Basse Normandie, soit 1 800 € de moins que la moyenne nationale établie à 16 561 €;
- le nombre de bénéficiaires de la prestation de compensation du handicap (PCH) au 31 décembre 2007 (à partir des données STATISS au 1^{er} janvier 2006) : ils seraient 210 dans le Calvados, 236 dans la Manche et 81 dans l'Orne, soit 527 en Basse-Normandie ;
- le nombre de bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) au 31 décembre 2007, à partir des mêmes données : ils seraient 13 546 dans le Calvados, 9 581 dans la Manche et 7 108 dans l'Orne, soit 30 235 en Basse-Normandie ;
- enfin, la densité des professionnels de santé libéraux (infirmiers, généralistes, psychiatres, pédiatres), établie à partir de STATISS (données au 1^{er} janvier 2007) et cartographiée : les départements bas-normands sont nettement moins dotés en personnel médical libéral que le reste du territoire, en particulier pour ce qui concerne les psychiatres et les pédiatres ; en fonction de cela et conformément à l'article 312-5-1 du code de l'action sociale et des familles, modifié en 2007, le document rappelle la nécessité de prendre en compte la densité en infirmiers dans les « zones de recours aux soins ambulatoires ».

[492] Le DOR 2009 ne présente pas les taux d'équipement (nombre de places offertes de services ou d'établissements, rapporté à une population donnée). Il se distingue ainsi de nombreux documents d'orientation pour la programmation de places, émanant de la CNSA, de conseils généraux, de DDASS ou d'autres acteurs du médico-social, dans lesquels les références aux taux d'équipement sont fréquentes.

1.2. La Basse-Normandie a défini ses orientations stratégiques en 2008

[493] En 2008, la DRASS a rénové la méthode d'élaboration du PRIAC, jugée insatisfaisante par le directeur régional. La concertation avec les services des trois DDASS a donc été réorganisée. Après une présentation technique du PRIAC, chaque DDASS a émis ses priorités, suite à une concertation organisée avec le Conseil général et l'inspection d'académie au début de l'année 2008. La DRASS a également décidé d'alerter les DDASS et les Conseils généraux sur l'amélioration du procédé de renseignement du répertoire FINISS. La DRASS et les services des DDASS se rencontrent régulièrement au sein d'un « pôle de compétence » pour définir les critères de répartition des places qui doivent compléter le recours au taux d'équipement.

[494] Le DOR 2008 explicite le travail réalisé par la DRASS. A partir des taux d'équipement régionaux arrêtés chaque année par les groupes techniques du CROSMS, par catégorie d'établissements et de services, et du PRIAC 2007-2011, la DRASS a pu réaliser des projections des taux d'équipement en cas de réalisation effective de la programmation figurant au PRIAC. Elle a ainsi constaté que cette programmation ne permettait pas de réduire les inégalités entre les départements. Pour établir le PRIAC 2008-2012, la DRASS a tenu compte de ces données, des priorités formulées par les départements et des orientations politiques nationales. Néanmoins, il était admis que des opérations devaient être inscrites pour chaque département.

[495] D'autres sources ont influé sur les arbitrages de la DRASS. Le CREA a en effet réalisé une étude sur les personnes handicapées vieillissantes en 2008, et une étude sur les inadéquations en santé mentale en 2007 (personnes prises en charge dans les services psychiatriques alors qu'elles devraient être accueillies dans des établissements ou services médico-sociaux).

[496] Le champ du handicap manque particulièrement d'informations précises sur les besoins recensés en Basse-Normandie. En effet, en dépit du volontarisme affiché notamment par la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) du Calvados pour construire son système d'information, les MDPH de la région manquent de ressources pour étayer l'analyse des besoins. Les départements commandent par ailleurs des études plus précises sur la situation locale. Ainsi, l'Orne a fait réaliser une étude par le CREAI sur les enfants en situation de handicap. Les départements enquêtés s'appuient sur d'autres travaux :

- la Manche s'appuie sur deux études pour préparer son schéma départemental pour le handicap, dont la DDASS critique pourtant le caractère relativement inopérant : une étude réalisée par le CREAI sur les personnes vivant à domicile avec une déficience motrice (2001) ; une étude de l'ORS sur les adultes handicapés (2005) qui réalise un véritable recensement des besoins de création de places de MAS, de FAM, etc. Le schéma fait également référence aux statistiques de l'ancienne commission départementale de l'éducation spéciale (CDES) qui recensait 2 640 enfants, adolescents et jeunes adultes sous amendement Creton au 30 septembre 2001 (enquête annuelle 2000/2001). De même pour les adultes, les statistiques de l'ancienne commission technique d'orientation et de reclassement professionnel (COTOREP) sont évoquées ; elle a traité 5 908 dossiers en 2001, sur lesquels 2 448 personnes se sont vues attribuer l'AAH et 287 l'allocation compensatrice tierce personne, 139 ont été placées, 1 721 ont reçu le statut de travailleur handicapé et 1 060 ont bénéficié d'une orientation professionnelle. On peut évidemment déplorer l'ancienneté de ces travaux ;
- Le plan handicap 2005-2010 du Calvados se réfère à la brochure « Le handicap en chiffres » (février 2004) produite par le Centre technique national d'études et de recherches sur les handicaps et les inadaptations (CTNERHI), la direction générale de l'action sociale (DGAS) et la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) qui conclut à une prévalence des handicaps chez l'enfant (0-19 ans) autour de 2 %. A partir de cette hypothèse, le nombre d'enfants handicapés dans le Calvados est estimé à 3 255. Le schéma s'appuie également sur une étude réalisée par le CREAI qui a recensé 1 417 enfants titulaires de l'AES au 1^{er} octobre 2003, soit 0,9 % des enfants du département ayant un taux d'incapacité permanente supérieur à 50 %. Pour les adultes handicapés, le schéma annonce d'emblée qu'il n'a pas été possible de produire d'estimation pour le département.

1.3. La coordination avec les autres services de l'Etat doit progresser

1.3.1. La concertation entre l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH) et la DRASS reste limitée

[497] Du point de vue de l'ARH, il existe un travail utile de réflexion sur l'articulation du sanitaire et du médico-social. Mais les réalisations concrètes paraissent peu nombreuses ; toutefois, parmi les exemples les plus encourageants, on peut citer la reconversion de l'hôpital d'Orbec qui s'est déroulée de façon concertée.

1.3.2. Le travail avec l'Education nationale passe du niveau départemental au niveau régional

[498] Alors que la réflexion sur la scolarisation des enfants handicapés et sur l'articulation avec les prises en charge complémentaires avait lieu au niveau départemental, entre les DDASS et les inspecteurs d'académie, un poste à vocation régionale a été créé en 2009 auprès du recteur. Pour l'instant, la concertation régionale reste à construire ; le nombre limité des places financées en 2010 pour l'enfance handicapée risque néanmoins de ne pas inciter les acteurs à s'y atteler en priorité.

1.4. *La Basse-Normandie affiche des taux d'équipement supérieurs à la moyenne nationale*

[499] Le tableau qui suit est réalisé à partir des chiffres STATISS (agrégation des données FINESS-DRASS). Ces chiffres proposent donc une photographie de la situation au 1er janvier 2008.

	France métropolitaine	Basse-Normandie	Calvados	Manche
Offre de places pour les personnes âgées				
Places en hébergement complet (% +75 ans)	118	136,56	137,92	123,44
Places de services de soins à domicile (% +75 ans)	17,40	17,66	16,08	18,40
Evolution du nombre de places de 2001 à 2008 (%)	5,44	5,25	1,65	8,10
Offre de places pour les enfants en situation de handicap				
Taux d'équipement global en lits et places (% jeunes - 20 ans)	8,9	11,69	11,11	9,06
Offre de places pour les adultes en situation de handicap				
MAS (% adultes 20-59 ans)	0,60	1,09	0,90	1,31
FAM (%)	0,42	0,24	0,28	0,13
Foyer de vie (%)	1,17	1,62	1,45	1,75
ESAT (%)	3,26	4,68	4,22	4,74
Entreprise adaptée (%)	0,56	1,01	0,68	0,90
Evolution du nombre de places 2001- 2008 (%)	16,88	12,66	18,20	9,00

2. LE PRIAC EST UN OUTIL LOURD QUI, POUR ETRE BIEN MAITRISE, REQUIERT DU TEMPS ET DES MOYENS

[500] En premier lieu, les personnes chargées du PRIAC relèvent le manque de moyens pour le renseigner exactement, que ce soit en termes d'effectifs ou de compétences techniques. Deux inspectrices sont chargées de ce travail à la DRASS de Basse-Normandie. En tant qu'outil évolutif et complexe, le PRIAC paraît difficile à utiliser de façon performante. Dans ce contexte, le caractère « ascendant » du PRIAC est plus difficile à percevoir que son caractère « descendant ».

2.1. Le calendrier du PRIAC est jugé contraignant par les services

[501] Le PRIAC recense les prévisions de financement des créations, extensions ou transformations d'établissements ou de services, au niveau régional. La CNSA adresse une pré-notification des crédits le 15 décembre de N-1, déjà départementalisée. La DRASS dispose alors d'une phase très courte (du 15 décembre au 30 janvier) pour proposer sa version du PRIAC après l'avoir examiné en CTRI et soumis au CAR. La discussion comporte deux enjeux :

- la répartition des mesures nouvelles pour l'année N et celle des enveloppes anticipées, crédits attribués l'année N pour N+1 et N+2 ;
- l'inscription au PRIAC de projets pour N+3 et N+4 qui constitue une première étape vers l'aboutissement des projets concernés.

[502] Le PRIAC est donc renvoyé par la DRASS à la CNSA le 30 janvier et celle-ci arrête la notification finale le 15 février. Néanmoins, la définition d'un nouveau plan national ou la survenue d'un évènement particulier, comme le plan de relance, ou encore la publication d'un nouveau schéma départemental peuvent contraindre un département (voire tous) à faire réactualiser le PRIAC en cours d'année. Ainsi, l'année 2009 offre une illustration du processus complexifié par la crise économique : les DRASS ont déjà reçu leur notification de crédits pour 2009 depuis deux mois quand le plan de relance intervient, le 15 avril. De ce fait, le PRIAC doit être actualisé. En effet, même si le plan de relance repose essentiellement sur des aides à l'investissement qui ne figurent pas dans le PRIAC, celles-ci conditionnent souvent la réalisation d'un projet (par exemple, l'EHPAD de Saint-Pair-sur-mer, pour citer un dossier particulièrement étudié par la mission). Enfin, la notification de la CNSA a été actualisée et communiquée finalement le 30 avril.

[503] Outre cet aspect instable du calendrier, les orientations et les explications de la CNSA peuvent avoir été perçues comme manquant de clarté, surtout lors des premiers exercices. Ainsi, en Basse-Normandie, on avait par exemple mal saisi le caractère déterminant du niveau de priorité à indiquer pour chaque projet dans les tableaux de la maquette du PRIAC et cette mention avait été omise. De ce fait, la CNSA n'a pas pu en tenir compte dans sa notification et, au final, celle-ci ne correspondait pas aux attentes de la région.

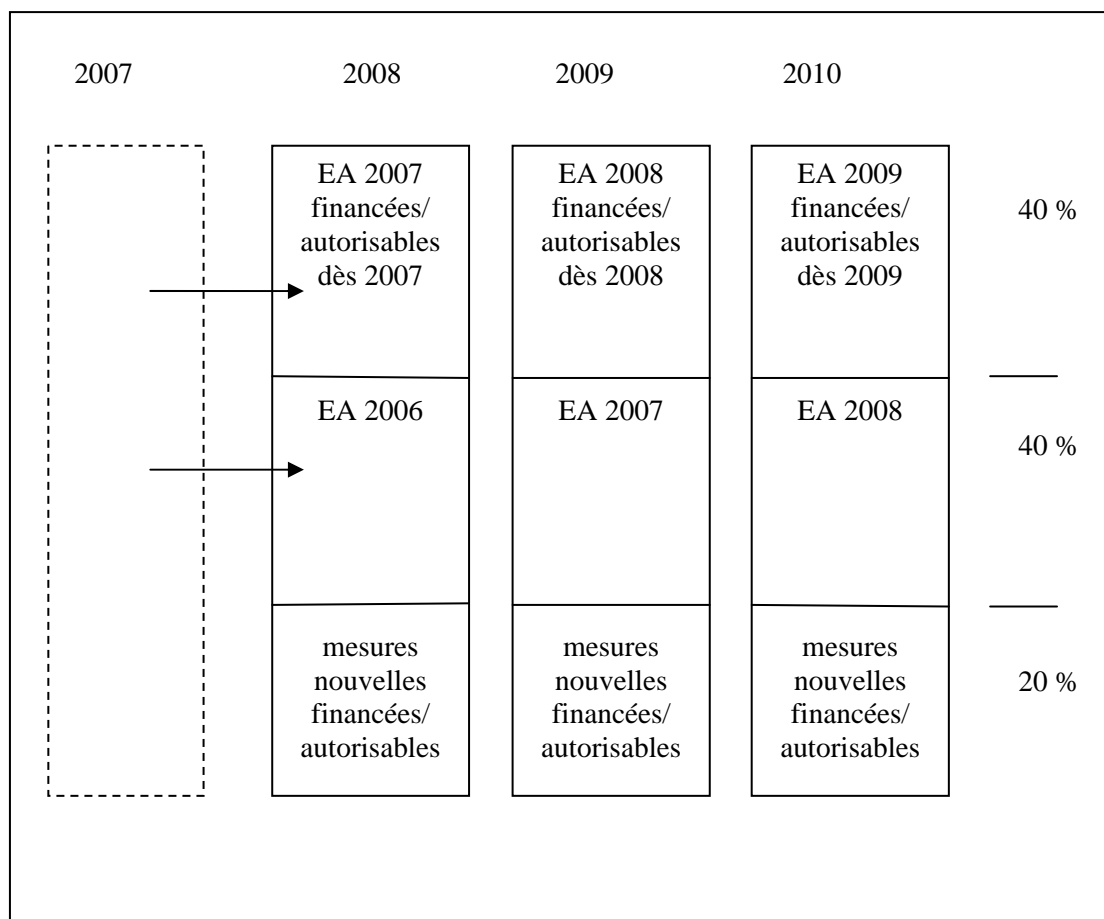
2.2. La programmation financière du PRIAC n'est qu'indicative

[504] Le PRIAC est une programmation financière fondée sur le coût moyen à la place sur la France entière, en dépit de la diversité des prix des services fournis, propres à chaque public et à chaque structure. Les montants notifiés pour le budget de fonctionnement réel, une fois la structure effectivement ouverte, ne correspondent donc pas à ceux qui avaient été inscrits au PRIAC.

[505] La programmation figurant au PRIAC est par ailleurs complétée par le recours à la « réserve nationale », qui représente 10 % de l'objectif global de dépenses (OGD) défini chaque année. Décision strictement ministérielle, le financement d'opérations par le biais de la « réserve nationale » n'en est pas moins notifiée aux services déconcentrés de l'Etat par la CNSA, qui a seule autorité pour ce faire. Le département de la Manche a plusieurs fois bénéficié de tels financements. Or, ces financements « complémentaires » ne sont pas toujours mentionnés dans le PRIAC et, surtout, ils ne tiennent pas nécessairement compte du reste de la programmation départementale et régionale. En outre, le département bénéficiaire de financements de la « réserve nationale » risque de se voir limiter l'accès aux enveloppes anticipées disponibles pour les années suivantes.

2.3. Le mécanisme des enveloppes anticipées (EA) paraît difficile à maîtriser

2.3.1. Les EA ne permettent pas d'éviter les décalages temporels entre l'attribution du financement pour le fonctionnement des structures et l'installation effective des places



[506] Comme l'indique le schéma ci-dessus, la CNSA attribue les financements et permet d'autoriser les opérations financées en mesures nouvelles pour N, en enveloppes anticipées pour N+1 et en enveloppes anticipées pour N+2 (cf. circulaire DGAS/DHOS/DSS/CNSA n° 2006-447 du 17 octobre 2006 relative à la campagne budgétaire pour l'année 2006 dans les établissements et services médico-sociaux et sanitaires accueillant des personnes âgées). Le mécanisme des EA permet ainsi d'autoriser dès 2008 les mesures nouvelles pour 2008, 40 % des mesures pour 2009 et 20 % des mesures pour 2010.

[507] La notification CNSA comprend depuis 2007 :

- le total des mesures nouvelles pour l'année N (soit les mesures nouvelles en N pour N qui viennent compléter les enveloppes anticipées déterminées en N-2 et N-1 pour N) ;
- le montant de la dotation par enveloppe anticipée pour N+1 (qui complète celle notifiée en N-1) ;
- une dotation par enveloppe anticipée pour N+2.

[508] Ces enveloppes sont un engagement ferme de l'Etat à financer le fonctionnement de structures, pour un nombre de places ou un montant donné en N+1 et N+2 ; ces structures sont anonymisées mais les opérations correspondantes sont le plus souvent repérables puisque figurent la nature de l'équipement, son éventuelle spécialisation par public (par exemple : déficients auditifs ou personnes atteintes par la maladie d'Alzheimer) et sa zone d'implantation. Le mécanisme est destiné à prendre en compte le problème des délais incompressibles de réalisation des transformations, extensions et créations d'établissements ou de services, en l'occurrence surtout les délais de construction des établissements. En effet, elles permettent à la DDASS et au Conseil général d'autoriser le lancement d'opérations grâce à la certitude qui leur est donnée d'obtenir les crédits inscrits en EA qui seront attribués au département l'année prévue par la notification. Toutefois, deux décalages peuvent se produire :

- les places dont le fonctionnement doit être financé risquent de ne pas pouvoir être installées l'année prévue, par exemple si la construction a pris du retard. Dans ce cas, les crédits ne sont pas utilisés pour financer la structure pour laquelle ils ont été attribués ;
- par ailleurs, le PRIAC bas-normand attribue des EA 2010 pour des opérations dont la réalisation est prévue en 2012 ; dès lors, les crédits seront transformés en « crédits non reconductibles » en 2010 et en 2011 et utilisés à d'autres fins.

[509] Dans le seul département du Calvados, il est signalé qu'en 2009, 625 places autorisées et financées sont ainsi en attente d'installation dans le secteur des personnes âgées..

[510] En 2010, face au constat inquiétant du montant des crédits attribués mais non dépensés, la CNSA a procédé à un double « débasage » des crédits : un débasage temporaire des crédits, voués à être rendus à l'installation des places auxquelles ils correspondent ; un débasage définitif des crédits pour les opérations abandonnées. La Basse-Normandie a ainsi dû rendre à la CNSA de façon définitive 13 millions d'euros dans le champ des personnes âgées, et 1,7 million pour les personnes handicapées.

2.3.2. Le PRIAC illustre cette difficulté à manier les enveloppes anticipées

[511] Les enveloppes sont affectées par la CNSA au niveau régional puis réparties entre les départements par le CTRI et le CAR, qui se fondent notamment sur les propositions émanant du niveau départemental. Celles-ci, offensives, dépassent largement le montant des EA notifié par la CNSA (la DRASS évoque un rapport de 1 à 4 entre les dotations venant de la CNSA et les propositions des DDASS, soit de 350 000 € à 1,4 M€). C'est un choix qui appartient aux services régionaux et départementaux d'inscrire un grand nombre de projets d'opérations dans l'espoir d'obtenir des financements plus importants. Plus précisément, on relève que la DDASS de la Manche a indiqué au CDCPH que la programmation inscrite est plus importante que les projets identifiés et que les promoteurs doivent se mobiliser pour bénéficier des crédits¹²⁹ : elle a donc inscrit au PRIAC des projets sans porteurs, accroissant le risque de recevoir des crédits avant l'installation de la structure ; toutefois, ce choix apparaît justifié dans la perspective d'un mode de fonctionnement par appel à projets.

[512] La variation des montants des enveloppes inscrites au PRIAC chaque année suggère les difficultés de la DRASS à maîtriser le mécanisme du PRIAC. Ainsi, le nombre de places inscrit dans les PRIAC actualisés en 2007, 2008, 2009 pour les trois années 2009, 2010 et 2011 varie fortement :

- dans le PRIAC 2007-2011, il est prévu 688 places pour 2009, 692 places pour 2010 et 207 places pour 2011 ;
- dans le PRIAC 2008-2012, il est prévu 1 106 places pour 2009, 840 places pour 2010 et 504 places pour 2011 ;

¹²⁹ Document produit pour la réunion du CDCPH de la Manche du 21 novembre 2008.

- dans le PRIAC 2009-2013, il est prévu 694 places pour 2009, 119 places pour 2010 et 774 places pour 2011.

[513] Ces variations s'expliquent en partie par le bouleversement introduit en 2009 par le plan de relance : la notification des mesures de ce plan informait les DRASS qu'elles bénéficieraient de mesures nouvelles très réduites en 2010, d'où l'inscription au PRIAC 2009-2013 d'un grand nombre d'opérations en 2011.

2.4. Le PRIAC est un outil de dialogue à plusieurs niveaux

2.4.1. Le PRIAC donne de la visibilité

[514] Aux yeux des responsables des services déconcentrés de l'Etat, le PRIAC est utile à tous les acteurs : à eux-mêmes d'abord ainsi qu'aux futures ARS, aux Conseils généraux et jusqu'aux promoteurs et aux établissements et services déjà ouverts. Il offre à tous une meilleure visibilité sur les orientations futures de la politique en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées et sur leurs implications concrètes en termes de créations, extensions et transformations de places. En effet, il vient compléter les schémas départementaux, supports plus littéraires, par des objectifs chiffrés d'ouverture de places à un coût moyen déterminé pour une année donnée.

[515] Enfin, il est le seul document où les ESAT sont intégrés, et offre ainsi le seul moyen d'agrèger les données relatives aux ESAT avec celles sur les autres établissements et services médico-sociaux. En effet, les ESAT sont financés par le budget de l'État et non par la loi de financement de la sécurité sociale et l'ONDAM.

[516] Néanmoins, le PRIAC est parfois mal perçu par les promoteurs, qui assimilent souvent l'inscription au PRIAC à la certitude d'obtenir les financements. Les rapporteurs des projets s'y réfèrent en CROSMS pour défendre ou refuser un projet, mais il reste mal maîtrisé par les promoteurs eux mêmes.

2.4.2. Le PRIAC offre le support d'une concertation au niveau départemental

[517] Le PRIAC sert notamment le dialogue entre les services de l'État au sein du département. Ainsi l'inspectrice d'académie de la Manche transmet au DDASS les « observations de l'éducation nationale sur le programme PRIAC » : elle donne son avis sur les opérations en attente de financement inscrites au PRIAC, répondant à la sollicitation du DDASS. On note que son avis est favorable dans 90 % des cas, sans opposition dans les 10 % restants.

2.4.3. Les échanges entre la CNSA et les services déconcentrés devraient permettre d'utiliser de façon plus performante le PRIAC

[518] Le PRIAC a permis d'instituer le dialogue entre les niveaux national et régional, notamment au travers des échanges techniques organisés par la CNSA. En outre, les correspondants de la CNSA dans les services déconcentrés sont rassemblés une fois par an pour échanger sur leurs bonnes et mauvaises pratiques du PRIAC. Ces échanges techniques permettent de faire le bilan de l'utilisation du PRIAC et du rôle que l'on veut lui faire jouer. Néanmoins, les informations qu'ils rassemblent méritent souvent d'être nuancées : ainsi les taux d'équipement produits par catégorie de personnes, âgées ou handicapées, ne permettent pas toujours de donner un juste aperçu de la situation.

2.4.3.1. Echanges techniques sur le PRIAC 2006 (octobre 2006 – janvier 2007) : le PRIAC dans le processus d'allocation budgétaire

[519] Dans ce premier échange technique, « l'analyse de la conception du PRIAC » par la Basse-Normandie est résumée dans un tableau qui détaille la capacité de la région à utiliser toutes les fonctions du PRIAC. Ainsi, on constate que les volets concernant d'une part les ressources humaines et d'autre part l'articulation du sanitaire et du social ont été très peu renseignés. Ensuite, « afin de permettre une lecture objective et comparée de l'ensemble des PRIAC, un outil d'analyse [qualitative de la programmation] a été élaboré par la CNSA avec l'aide d'un cabinet conseil, INEUM Consulting ».

[520] Ceci permet effectivement de classer les régions dans des graphiques, qui permettent aux départements bas-normands de se situer les uns par rapport aux autres, mais également par rapport aux autres régions françaises. La lecture de ce résumé des échanges techniques laisse entrevoir les espoirs portés par le PRIAC.

2.4.3.2. Echanges techniques 2009 : le pilotage du secteur médico-social ; points forts et objectifs opérationnels de progrès

[521] A sa quatrième année d'utilisation, au-delà du PRIAC, c'est le pilotage du médico-social en région qui est évalué à travers cinq axes :

- la capacité à mettre en œuvre les politiques nationales : cet axe est justement abordé par le prisme de la sous-consommation de l'OGD liée à la difficulté à manier les EA. La région apparaît surtout en difficulté sur le secteur des personnes âgées ;
- l'optimisation des ressources et la réduction des inégalités : la région ne paraît pas être parvenue à réduire les inégalités depuis la création du PRIAC, y compris en tenant compte de l'impact de la programmation 2009-2013 ;
- l'accessibilité de l'offre médico-sociale dans l'offre de santé : il est reproché à la Basse-Normandie de n'avoir pas renseigné le volet PRIAC sur les mesures d'accompagnement relatives aux ressources humaines et sur l'investissement. En outre, elle doit améliorer la diversification et la transformation de l'offre dans le secteur du handicap, abordée dans le même temps dans l'échange ;
- la prévision et la programmation dans la perspective du projet régional de santé et de l'appel à projets : l'attention est attirée sur le caractère offensif de la programmation, qui semble risqué à la CNSA. Le non-renseignement du volet articulation avec le sanitaire est également regretté. La priorisation des actions reste à améliorer ;
- le repérage des zones de risques en termes de gestion : la région a connu des retards dans la transmission du PRIAC, parvenu à la CNSA le 2 juin au lieu du 30 avril, et soumis au CAR en juillet. De même, le questionnaire sur le processus du PRIAC, reçu en juin, n'a pas été retourné à la CNSA. La programmation relative aux investissements (PAI-2009) semble avoir été mal conduite au regard des critères de la CNSA. Enfin, dans le secteur du handicap, la réponse à l'enquête Convergence et la saisie des données dans le logiciel REBECA sont également pointées par la CNSA.

3. LE PRIAC DE BASSE-NORMANDIE NE REPOND PAS PLEINEMENT AUX OBJECTIFS QUE LA LOI LUI ASSIGNE

[522] Le PRIAC « dresse, pour la part des prestations financées 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 ». Pour cela, il se fonde sur les schémas nationaux, régionaux et plus particulièrement départementaux dont il tient compte lors de son actualisation. Enfin, il veille notamment à garantir « un niveau d'accompagnement géographiquement équitable des différentes formes de handicap et de dépendance, l'accompagnement des handicaps de faible prévalence, au regard notamment des dispositions des schémas nationaux d'organisation sociale et médico-sociale, l'articulation de l'offre sanitaire et de l'offre médico-sociale au niveau régional [...] »¹³⁰.

[523] Il ressort de cet extrait du CASF qui définit le PRIAC et ses objectifs que le PRIAC a plusieurs fonctions. En premier lieu, il doit permettre de programmer tous les types d'opérations : créations, extensions mais également transformations. De plus, il doit tenir compte des schémas départementaux. A cet égard, la CNSA insiste dans sa circulaire du 14 décembre 2006 sur la concertation nécessaire entre les représentants de l'Etat et ceux des collectivités territoriales concernées, en particulier les Départements. De plus, il doit contribuer à un accès équitable de la population à l'offre médico-sociale. Enfin, il doit veiller à l'articulation de l'offre médico-sociale, qu'il programme, avec l'offre sanitaire.

3.1. *L'articulation avec les schémas départementaux pose des difficultés propres à chaque département*

3.1.1. Les schémas départementaux du Calvados

[524] Le schéma gérontologique, adopté au mois de décembre 2004, prend fin en 2009. Selon la DDASS, il reflète notamment la nécessité d'agrandir les petits établissements qui risquent de ne pas surmonter leurs problèmes de viabilité. Le schéma relatif au handicap court sur la période 2005-2010 ; il est présenté comme une production commune de la DDASS et du Conseil Général et suit le plan suivant : il présente d'abord le contexte démographique et économique du département dans la première partie intitulée « données générales », qui mobilise des sources diverses (INSEE, CAF-MSA, DRTEFP, Observatoire régional de l'emploi des personnes handicapées, Conseil général, DDASS). Ensuite, il rappelle les « caractéristiques de l'offre existante », et définit enfin les « objectifs prioritaires » pour 2005-2010. Certains de ces objectifs sont chiffrés et recourent ceux du PRIAC, qui donne toutefois plus de détails (nombre exact de places, années de financement et de réalisation prévues, type de financement).

[525] Le Calvados s'apprête à renouveler ses schémas de concert en 2010, en commençant les travaux de préparation en décembre 2009. Ainsi, le département pourra peut-être tenir compte du nouveau schéma régional d'organisation médico-sociale.

¹³⁰ Article L. 312-5-1 du code de l'action sociale et des familles (CASF), version en vigueur jusqu'au 1^{er} juillet 2010.

3.1.2. Les schémas départementaux de la Manche

- [526] Le schéma gérontologique a été établi en 2008 et court jusqu'à l'année 2013. Il n'a pas été possible d'éviter une période de latence entre le schéma précédent et le schéma actuel. Un protocole signé par l'État et le Conseil général de la Manche, qui a essentiellement prévu des opérations d'extensions et exclu systématiquement les créations, a permis de faire le lien entre les deux schémas. Mais le travail de préparation du schéma a effectivement été considérable ; en témoigne la richesse du document et de ses annexes. S'il a été adopté par le seul Conseil général, une lettre du DDASS confirme que les services déconcentrés de l'État ont bien été « associés dès le début à l'élaboration de ce 3^{ème} schéma en participant activement aux 7 groupes de travail et aux 15 tables rondes ». En outre, 50 acteurs ont été associés à la phase d'évaluation préalable, parmi lesquels des directeurs d'établissements, des associations, des CCAS, l'État, les caisses de retraite. Des enquêtes ont été réalisées auprès des personnes âgées, des accueillants familiaux, des directeurs d'EHPAD et d'EHPA. Les données utilisées sont celles de l'INSEE, de la DREES, de la DDASS, de l'enquête DSD 2007 (on suppose que c'est l'une des enquêtes réalisées au niveau du département), des Conseils généraux de la Manche et de l'Orne et de l'ANDASS.
- [527] La concertation semble mieux organisée au sein du département que dans le cadre de la démarche interdépartementale préalable à l'établissement du PRIAC. A cet égard, le schéma mentionne uniquement le PRIAC pour rappeler qu'il doit se conformer au schéma. Celui-ci établit 25 « fiches-actions » classées en 9 thèmes, qui ne comprennent pas d'objectifs chiffrés mais des visées plus générales (comme la démarche qualité ou la bientraitance). La DDASS et le Conseil général co-pilotent 15 actions sur 25. La DRASS participe à une seule de ces actions pour « développer l'aide aux aidants non-professionnels et la formation des professionnels à domicile ». D'ailleurs, le Conseil général avoue mal saisir l'intérêt du PRIAC alors qu'il considère que les schémas fonctionnent et sont préparés dans une concertation réelle avec la DDASS. Mais le schéma handicap reste loin d'être aussi opérationnel que celui pour les personnes âgées.
- [528] Le schéma relatif au handicap se termine en 2010 et la préparation du suivant pose des difficultés dues à une coordination plus difficile entre la DDASS et le Conseil général du fait de moyens contraints, d'un manque certain de données et enfin de l'émiettement associatif. Le premier schéma était déjà méthodologiquement en retrait par rapport au schéma gérontologique, se contentant de livrer des analyses imprécises de la situation sans poser d'objectifs concrets. Il faut relever la composition du comité de pilotage du schéma du handicap qui se termine, plus large que pour le champ des personnes âgées, ce qui justifie peut-être certaines faiblesses du schéma du handicap, dues à des compromis nécessaires. Néanmoins, pour le nouveau schéma, le Conseil général met en place la même méthode que pour le schéma gérontologique 2008-2013, soit un comité de pilotage commun plus restreint, composé de l'État et du Conseil général.
- [529] Le schéma du handicap qui court jusqu'en 2010 établit également 25 orientations, dont 13 sont cogérées par le Conseil général et la DDASS, 7 par la DDASS seule et 5 par le Conseil général. Cette répartition des tâches suggère le caractère concerté de la préparation du schéma, qui, ici encore, peut paraître plus « vertueuse » que celle du PRIAC.

3.2. Les limites de la concertation entre le l'Etat et le Conseil général peuvent entraver le fonctionnement du processus du PRIAC

3.2.1. L'Etat parvient difficilement à élaborer la programmation de façon concertée avec le Département

[530] Dans un secteur où la compétence et la charge financière sont souvent partagées entre l'Etat, l'assurance maladie et les Conseils généraux, la concertation est nécessaire. Or, aux yeux des Conseils généraux, le PRIAC, outil des services de l'Etat, ne permet pas à ces derniers de consulter leurs partenaires des collectivités au sujet crucial de la programmation financière des opérations. Pourtant, la CNSA avait insisté dans sa circulaire du 14 décembre 2006 sur l'importance d'une « réelle concertation avec le Conseil général » dans la procédure d'élaboration du PRIAC. De fait, un seul schéma départemental mentionne le PRIAC dans l'unique but de rappeler l'obligation de l'actualiser « sur la base [du] schéma départemental »¹³¹. Les Conseils généraux déplorent le manque de transparence sur la procédure du PRIAC. Une lisibilité accrue de la stratégie et des moyens déployés par l'Etat vis-à-vis des personnes âgées et des personnes en situation de handicap permettrait au Département de définir des schémas plus compatibles.

[531] L'exemple de la création des établissements et services d'aide par le travail (ESAT), évoqué par le Conseil général du Calvados, illustre les difficultés que peut poser le manque de communication de l'Etat avec les Départements sur sa programmation. Ainsi, des ESAT, financés à 100 % par l'Etat, ont été créés dans le département sans que le Conseil général en soit avisé. Or, la création d'un ESAT implique l'existence de structures d'hébergement à proximité, qui seront financés par le Département seul ou par le Département et l'Etat de façon conjointe. Il faut donc que le Département adapte son schéma, ses infrastructures et ses financements en conséquence.

[532] Le financement conjoint Etat-département de certains établissements ou services pose d'autres difficultés. Ainsi, l'assurance maladie supporte entièrement le financement des MAS alors que les Départements contribuent à celui des FAM. Selon les cas de figure, chacun peut soutenir la création des établissements qui lui coûtent le moins ou de ceux dont il estime pouvoir, en cas échéant, tirer un bénéfice « politique ».

3.2.2. La mise en œuvre de politiques coordonnées requiert l'harmonisation des positions des représentants de l'Etat et des collectivités territoriales

[533] Dans le champ des personnes âgées, les responsables des DDASS signalent un « entrisme » du secteur commercial qui pourrait poser problème dans la mesure où les établissements privés à but lucratif imposent souvent des coûts d'hébergement supérieurs à ceux pratiqués par les autres établissements, publics et privés à but non lucratif. Le coût d'hébergement étant financé par la personne prise en charge, ceci semble constituer un risque pour l'avenir. La mise en œuvre des objectifs assignés par la loi à la programmation du PRIAC, qu'il s'agisse de la réduction des inégalités ou de la diversification des modes de prise en charge, suppose d'autant plus un travail coordonné des représentants de l'Etat et des collectivités territoriales.

¹³¹ Schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale en faveur des personnes âgées, Manche, 2008-2013.

3.3. *La correction des inégalités territoriales suppose d'adopter une perspective véritablement interdépartementale*

3.3.1. **La définition de territoires adéquats constitue un défi majeur à cet égard, en particulier dans la perspective des ARS**

[534] Aujourd'hui, les DDASS désignent différents types de territoires dans la programmation du PRIAC : l'Orne désigne les pays tandis que les zones utilisées dans le Calvados et la Manche varient ; elles ne correspondent pas nécessairement à un découpage administratif à l'image de la Manche qui utilise un découpage que le Conseil général qualifie de « naturel » (division Nord-Centre-Sud), qui n'est pourtant pas celui des territoires de santé. Alors que la CNSA préconise de ne pas cibler des projets en particulier mais des territoires et des types d'opérations, il semblerait judicieux de définir un découpage territorial de la région semblable pour tous les départements, *a fortiori* pour permettre le bon fonctionnement de l'ARS et de la procédure d'appel à projet. A cet égard, le préfigurateur de l'ARS de Basse-Normandie ne voit pas l'adéquation de ces territoires médico-sociaux avec les territoires de santé comme une obligation : ils pourraient même différer selon les publics.

[535] A l'autre extrême des problématiques territoriales, les dynamiques interrégionales doivent être prises en compte et supposent la création d'outils de communication interrégionale aujourd'hui inexistant. L'Orne accueille ainsi des établissements spécialisés (qui participent des objectifs des plans nationaux notamment) et draine une clientèle des régions voisines. Ces établissements sont neutralisés dans les études du CREAI mais pas dans les taux d'équipement établis par la CNSA par exemple.

3.3.2. **Le mode d'allocation des financements par la CNSA peut freiner la régionalisation de la politique d'accompagnement de la perte d'autonomie**

[536] Le PRIAC, comme son caractère « interdépartemental » le suggère et comme la loi¹³² le définit, doit permettre de tendre vers « un niveau d'accompagnement géographiquement équitable » et vers « l'articulation de l'offre sanitaire et de l'offre médico-sociale au niveau régional ». Pour cela, la loi insiste sur l'importance d'acquiescer une vision régionale par la concertation. Ainsi l'article L. 314-3 du CASF précise que la CNSA répartit d'abord son budget sous la forme « d'enveloppes régionales limitatives ». Ensuite seulement, le représentant de l'État dans la région « propose à la CNSA une répartition de la dotation régionale [...] en dotations départementales limitatives ». Pour cela, il tient compte du PRIAC et travaille « en liaison avec le directeur de l'ARH, le directeur de la CRAM et les représentants de l'État dans les départements ». Enfin, « la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie arrête le montant de ces dotations ».

[537] Or, la Basse-Normandie a souligné le fait que ce processus d'allers et retours entre le niveau national et le niveau local se révèle moins « vertueux » qu'en apparence. Ainsi, la première notification indicative (enveloppes régionales) de la CNSA comporte déjà une proposition de répartition départementale des crédits, sur laquelle il paraît extrêmement difficile de revenir. En effet, négocier avec un département la réduction de « ses » crédits une fois que le niveau national s'est prononcé pour les lui accorder « relève de l'impossible ». Il s'ensuit que la dotation « à titre indicatif » de la CNSA n'est quasiment jamais modifiée.

[538] Le problème se pose en particulier pour les personnes handicapées, dont le budget reste très contraint quoique toujours croissant, ce qui entraîne des phénomènes de concurrence entre les départements qui excluent toute fongibilité interdépartementale. De ce fait et même si la notification des crédits de la CNSA est souvent conforme au PRIAC, la démarche interdépartementale caractéristique de ce programme semble à certains égards largement découragée par le mode d'allocation budgétaire de la CNSA.

¹³² Art. L. 312-5-1 du CASF.

3.4. La gestion des ressources humaines doit être incluse dans la programmation interdépartementale

- [539] La maquette du PRIAC prévoit un volet ressources humaines, conçu pour appréhender les implications de l'accompagnement des personnes âgées et des personnes handicapées en termes de ressources humaines, aussi bien au regard des ETP mobilisés (pour lesquels il est prévu un volet spécifique) que des actions de formations nécessaires, voire de l'appréhension de nouveaux métiers. L'articulation des champs sanitaire et médico-social requiert également d'appréhender les besoins de professionnels médicaux et paramédicaux. Malgré les difficultés évoquées par la DRASS pour renseigner ces volets, la Basse-Normandie a renseigné le volet ETP de son PRIAC en 2008. Néanmoins, en l'absence de commentaire de la CNSA à ce sujet, elle n'a pas réitéré son travail en 2009.
- [540] Pourtant, le secteur médico-social est confronté en Basse-Normandie à des insuffisances croissantes en termes de ressource médicale, en particulier les psychiatres, mais aussi pour les professions paramédicales. Divers problèmes ont été évoqués du fait du manque de professionnels de santé : la création d'un ITEP dans la Manche différée ; l'absence de médecin-coordonateur dans un certain nombre. Les schémas peinent également à appréhender ces problèmes croissants : dans la Manche par exemple, les schémas départementaux ne comprennent pas de volets consacrés aux ressources humaines. Seul le schéma régional des formations sanitaires et sociales 2007-2010 préparé par le Conseil régional de Basse-Normandie propose un plan de formation qui appréhende les difficultés du secteur médico-social en termes de ressources humaines. L'ARS et le projet régional de santé pourront peut-être mieux faire le lien entre le plan de formation chapeauté par la Région et la programmation des établissements et services sous l'égide des Départements et de l'État.

4. LE DEROULE DU PRIAC AU TRAVERS DE L'EXAMEN DE PLUSIEURS DOSSIERS

4.1. Ouverture d'un EHPAD à Louvigny (Calvados)

- [541] Un premier dossier de demande d'ouverture d'un EHPAD à Louvigny est déposé en mai 2004. Il reçoit un avis favorable du CROSMS mais devient caduc fin 2007 faute de financement ; l'avis favorable du CROSMS est en effet valable trois ans ; le dossier est de nouveau déposé, et reçoit un nouvel avis favorable du CROSMS le 14 février 2008. Mais le Calvados n'autorise la création de places qu'à la condition que 50 % des places soient financées : faute de la notification par la CNSA des crédits nécessaires au fonctionnement de l'EHPAD, il ne pouvait recevoir une autorisation. Il reçoit donc un arrêté de rejet de création le 30 avril 2008 faute de financement.
- [542] Néanmoins, il est inscrit au PRIAC 2009-2013 en enveloppe anticipée 2010 pour l'année de réalisation 2012. Il est explicitement désigné dans le PRIAC : 76 places sont inscrites en année de financement 2010, année de réalisation 2012 pour l'action « création d'un EHPAD, projet mixte à Louvigny ».
- [543] En février 2009, la notification de la CNSA prévoit les crédits en enveloppe anticipée 2010. L'arrêté d'autorisation de création conjoint préfet – président du Conseil général peut donc être pris en juillet 2009.
- [544] Les crédits destinés au financement des places de l'EHPAD de Louvigny seront disponibles dès 2010, mais ne seront pas transmis à l'opérateur avant l'ouverture prévue en 2012. Pendant ce temps, les autorités déconcentrées peuvent les affecter à des opérations financées par des crédits non reconductibles.

4.2. Un projet d'EHPAD public à Saint-Pair-sur-mer

- [545] Le dossier initial (66 lits), présenté par la mairie de Saint-Pair, reçoit un avis favorable du CROSMS en 2008. Il est inscrit au PRIAC 2008-2012 en EA 2010. Il a reçu autorisation d'ouvrir au 1^{er} janvier 2010. Depuis 2008, le permis de construire est obtenu, les entreprises et l'architecte sont désignés. Mais, s'agissant d'un établissement public, le coût à la place ne doit pas dépasser 60 € pour pouvoir être habilité à l'aide sociale. Pour que ce coût puisse être respecté, le projet doit être porté à 81 places, pour un coût total de 9,3 millions €. Mais cet agrandissement du projet ne permet pas de réduire suffisamment son coût : le promoteur a également besoin d'une aide à l'investissement. A cet égard, le plan de relance aurait offert en 2009 l'opportunité de bénéficier d'une aide à l'investissement. En fait, les subventions au titre de ce plan ont déjà été attribuées à d'autres projets, mais le promoteur du projet de Saint-Pair espère bénéficier de celles qui ne pourront finalement pas être attribuées du fait de retards pris par leurs promoteurs.
- [546] Le PRIAC 2007-2011 prévoit 3 projets d'EHPAD qui doivent être réalisés à Saint-Pair en 2010 et en 2011, pour un total de 131 places. Mais il n'est pas possible de savoir s'il s'agit bien du projet public porté par la mairie. En revanche, les 66 places d'EHPAD à Saint-Pair inscrites dans le PRIAC 2008-2012 semblent bien correspondre au projet. Elles couvrent 54 places d'EHPAD et 12 places d'EHPAD spécialisées Alzheimer dans le bassin d'emploi de Granville.
- [547] Dans le PRIAC 2009-2013, le financement et la réalisation de 38 places sont avancés à 2009 (au lieu de 2010 comme indiqué dans le PRIAC 2008-2012). Les 15 places nécessaires pour atteindre la taille critique sont considérées comme une extension non importante et n'ont donc pas besoin d'être soumises à l'avis du CROSMS. Toutefois, elles devraient être inscrites au PRIAC.

PRIAC	Nature de l'action	Public concerné	Territoire désigné	Année de financement	Année de réalisation	Nombre de places	Coût mentionné dans le PRIAC
2006 – 2008 ¹³³	Créer des places nouvelles d'EHPAD	Personnes âgées	Manche	2006		54	393 347 €
				2007		184	1 142 031 €
				2008		140	827 735 €
2007 – 2011	Création (EHPAD)	PA	Saint-Pair - Cherbourg	2011	2011	41	300 000 €
			Saint-Pair - Cherbourg (2)	2010	2010	42	315 000 €
			Saint-Pair (2)	2010	2010	48	360 000 €
2008 – 2012	Création (EHPAD)	PA	Bassin d'emploi de Granville	2010	2010	54	469 800 €
		Maladie d'Alzheimer et troubles apparentés		2010	2010	12	104 400 €
2009 – 2013	Création (EHPAD)	PA	Le vallon Saint-Pair (bassin d'emploi de Granville)	2009	2009	38	330 600 €
		Maladie d'Alzheimer et troubles apparentés		2010	2010	16	139 200 €
				2010	2010	12	104 400 €

¹³³ Pour indication seulement : le projet n'y est pas clairement inscrit.

4.3. Le projet expérimental présenté par Cap'Alternance (Manche)

[548] Ce projet expérimental d'insertion sociale et professionnelle par le travail de jeunes handicapés n'est pas un projet « classique ». Porté par un groupement de trois associations, il est inscrit au PRIAC tous les ans depuis 2006, ce qui montre le soutien que la DDASS lui apporte. Pourtant, il n'a pas reçu de crédits jusqu'à présent.

[549] Il est effectivement désigné dans le PRIAC 2006-2008 comme projet expérimental de « soutien médico-social et d'insertion professionnelle et sociale », destiné aux « jeunes trisomiques sortant d'IME ». Le nombre de places n'est pas précisé, son coût total non plus mais il doit bénéficier en 2007 d'un financement conjoint de l'Etat et du Département à hauteur de 43 044 € chacun (soit 86 088 € au total).

[550] Par la suite, il est de nouveau inscrit aux PRIAC 2007-2011, 2008-2012, 2009-2013 qui désignent tous 36 places au sein de cette structure expérimentale pour l'insertion sociale professionnelle par l'alternance. On constate quelques évolutions à chaque PRIAC :

- entre le PRIAC 2007-2011 et le PRIAC 2008-2012, le montant varie de 173 117 € à 129 750 € pour un nombre de places qui reste pourtant identique. Il s'élève toujours à 129 750 € en 2009 ;
- dans le PRIAC 2009-2013, l'action est décrite comme une « demande de financement d'une structure reconnue expérimentale » désignée explicitement comme Cap'Alternance.

PRIAC	Nature de l'action	Public concerné	Territoire désigné	Année de financement	Année de réalisation	Nombre de places	Coût mentionné dans le PRIAC
2006 – 2008	Projet expérimental	Jeunes trisomiques sortant d'IME	Manche	2007		NR	43 044 € Etat+ 43 044 € Département
2007 – 2011	Besoins locaux sur crédits spécifiques	Enfants – déficience intellectuelle	Manche	2007	2007	36	173 117 €
2008 – 2012	Besoins locaux sur crédits spécifiques	Enfants – déficience intellectuelle	Manche	2008	2008	36	129 750 €
2009 – 2013	demande de financement d'une structure reconnue expérimentale, Cap'Alternance	PH	Manche	2009	2009	36	129 750 €

[551] Pourtant, la CNSA refuse de notifier les crédits. Ainsi, dans une lettre datée du 16 juillet 2009, la CNSA affirme qu' « il n'entre pas dans les compétences de la CNSA d'allouer des financements pour tel ou tel projet particulier, quel qu'en soit l'intérêt. Cette compétence est exercée par le Préfet (DDASS) au regard des priorités interdépartementales et dans la limite de l'enveloppe départementale attribuée ». En effet, la DRASS avait classé ce projet dans la catégorie expérimentale pour bénéficier de la possibilité, prévue par l'article L. 313-7 du code de l'action sociale et des familles, de créer des structures expérimentales pour une durée déterminée. Mais le financement de son fonctionnement reste conditionné par sa notification par la CNSA. Or, elle-même tient compte du PRIAC, qui, en l'occurrence, plaçait d'autres projets en priorité.

[552] La lettre de la CNSA suggère donc implicitement d'abandonner cette catégorisation de projet expérimental pour le classer parmi les structures classiques : SESSAD ou SAMSAH. La DRASS a donc dû abandonner le classement de ce projet parmi les dispositifs expérimentaux. Enfin, la CNSA indique que « le caractère expérimental se justifie si le public ciblé se situe dans une tranche d'âge de 16 à 25 ans ». Jusqu'ici, la DRASS n'avait pourtant pas reçu de définition de ce caractère expérimental.

4.4. *Un SAMSAH spécifique : le SAMSAH psy (Manche)*

[553] Ce projet innovant de service d'accompagnement médico-social pour 21 adultes handicapés (SAMSAH) psychiques a été inscrit à chaque PRIAC depuis 2006 avec un nombre de places chaque fois différent.

[554] Avant même qu'il soit examiné en CROSMS, la CNSA a commencé à financer le projet, dès 2006. Il achoppe néanmoins sur les réticences du Conseil général. Le financement de ce projet représente effectivement une somme importante pour le budget du Département qui assume les deux tiers du financement, soit plus de 200 000 €

[555] En novembre 2005, la note de cadrage de la CNSA sur la campagne budgétaire pour 2006 attribue les financements par région. Le CTRI tenu au mois de janvier 2006 décide de financer le projet. Le projet obtient donc le financement de la CNSA par tranches en 2006, 2007 et 2008, année où le financement est soldé.

[556] Le dossier est présenté aux instances départementales en octobre 2007 avec l'appui de la DDASS. Mais le Conseil général refuse d'accorder le financement de l'ensemble du projet. De ce fait, alors qu'il a déjà été financé par tranches par la CNSA, le projet doit de nouveau être scindé en trois « tranches » (Nord-Manche, Centre-Manche, Sud-Manche) pour recevoir le financement du Conseil général. En octobre 2008, un dossier de présentation de la seule tranche Centre-Manche (Saint-Lô) est donc déposé pour être soumis au CROSMS. Le CROSMS donne un avis favorable en février 2009 et le Conseil général prend un arrêté d'autorisation en avril 2009. Il faudra ensuite un nouvel examen en CROSMS et un nouvel arrêté d'autorisation pour chaque nouvelle tranche.

[557] Dans le premier PRIAC 2006-2008, un projet de création de places de SAMSAH destinées aux personnes handicapées psychiques à domicile est inscrit dans la partie qui concerne la diversification de l'offre de services « pour permettre le libre choix ». On peut considérer qu'il s'agit bien de celui dont il est ici question. Un autre projet de SAMSAH, destiné aux adultes lourdement handicapés, apparaît également à chaque PRIAC. Il n'est pas possible de savoir s'il s'agit du même ou d'un autre qui connaîtrait des aléas semblables...

[558] Dans ce PRIAC 2006-2008, les tranches géographiques du SAMSAH psy n'apparaissent pas encore, mais le financement est déjà prévu sur plusieurs années. Dans la Manche, il doit permettre de créer 6 + 11 places pour 97 718 € + 172 533 € en 2006 et 2007 (tandis que le second projet de SAMSAH doit en créer 5 en 2007 et 6 en 2008 pour des montants de 78 424 € et 95 520 €).

[559] De nouveau, deux projets de création de SAMSAH sont inscrits au PRIAC 2007-2011. Le SAMSAH psy a été scindé en deux : d'une part le SAMSAH Sud Manche (Avranches), avec financement et réalisation en 2007 de 7 places pour un montant de 103 774 €; le SAMSAH Nord Manche (Saint-Lô) indique l'année 2008 pour le financement et la réalisation des 4 places dont le montant s'élève à 68 759 €. On relève l'absence de continuité avec la programmation inscrite dans le PRIAC 2006-2008 qui prévoyait 4 places de plus pour 2007. L'autre projet de SAMSAH est porté par l'APF, pour 13 + 9 places à créer, avec financement et réalisation en 2008 pour un montant de 211 000 € + 98 450 €

[560] En 2008, deux projets de création de SAMSAH dans la Manche sont encore inscrits au PRIAC. Le SAMSAH spécialisé pour la déficience psychique n'évolue pas par rapport au PRIAC de l'année précédente : les 4 places déjà prévues en 2007 sont de nouveau mentionnées (68 759 €; financement et réalisation en 2008).

PRIAC	Nature de l'action	Public concerné	Territoire désigné	Année de financement	Année de réalisation	Nombre de places	Coût mentionné dans le PRIAC
2006 – 2008	Créer des places de SAMSAH	Personnes handicapées psychiques à domicile	Manche	2006		6	97 718 €
				2007		11	172 553 €
2007 – 2011	Création (SAMSAH)	Déficiência psychique	SAMSAH Sud-Manche (Avranches)	2007	2007	7	103 774 €
			SAMSAH Nord-Manche (Saint-Lô)	2008	2008	4	68 759 €
2008 – 2012	Création (SAMSAH)	Déficiência psychique	Manche	2008	2008	4	68 759 €
2009 – 2013	--	--	--	--	--	--	--

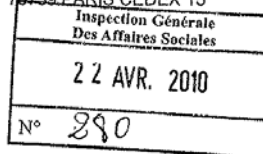
**Observations de l'agence régionale de santé de
Basse-Normandie**



Service émetteur : DOSA/planification

Affaire suivie par : Sophie DUMESNIL
Courriel : sophie.dumesnil@ars.sante.fr
Téléphone : 02.31.70.96.69
Réf. : Votre courrier en date du 25 mars 2010
PJ : 1
Date : 08.04.10
Objet : Procédure contradictoire sur le rapport
PRIAC

Monsieur le chef de l'Inspection générale des
affaires sociales
39-43 quai André Citroën
75739 PARIS CEDEX 15



Monsieur le Chef de l'Inspection générale des affaires sociales,

J'ai l'honneur de vous faire parvenir en retour mes observations sur l'extrait de rapport provisoire concernant la monographie de la région Basse-Normandie.

Veuillez agréer, Monsieur le Chef de l'Inspection générale des affaires sociales, l'assurance de ma considération distinguée.

Le Directeur Général
De l'Agence Régionale de Santé
De Basse-Normandie,

Pierre-Jean LANCERY

§ 492 : Les orientations régionales et priorités régionales ont été arrêtées en 2008 sur la base des taux d'équipement (cf DOR 2008 et § 494) : le DOR 2009 est le prolongement du DOR 2008 (mêmes orientations et priorités) et ne reprends de ce fait pas les taux d'équipements déjà présentés en 2008. Par ailleurs la CNSA nuance l'utilisation des taux d'équipements dans la programmation dans la mesure où ils constituent des indicateurs trop grossiers.

§ 499 : les taux d'équipements bas-normands sont supérieurs à la moyenne nationale quand on intègre l'Orne qui, historiquement, accueille beaucoup de public hors département et possède des établissements à recrutement national (cf schéma des handicaps rares). Ainsi les taux d'équipement ne correspondent pas forcément à la réalité des réponses aux besoins des bas-normands.

§ 506 : le pourcentage des enveloppes anticipées a varié entre 2007 et 2009

§ 512 : La DRASS, compte tenu de la fluctuation des enveloppes et des règles de gestion, ne peut pas anticiper l'actualisation du PRIAC

§ 521 : les montants de notifications de mesures nouvelles ne permettent pas de réduire significativement les inégalités entre département

« la programmation relative aux investissements PAI 2009, semble avoir été mal conduite au regard des critères de la CNSA. »

Une pareille assertion mériterait pour le moins d'être étayée. En particulier, un rapprochement entre la nature des opérations programmées et les critères de la CNSA permettrait de mieux comprendre la justification de l'hypothèse formulée par l'inspection générale. En quoi la programmation 2009 est-elle plus particulièrement soulignée ? Comment expliquer la validation par la CNSA de dossiers qui échapperaient aux critères d'éligibilité ? Comment expliquer la majoration de 736 033 € par la CNSA de l'enveloppe régionale 2009 qui a permis à la fois de financer l'opération présentée par la Basse-Normandie sur la liste complémentaire et d'accroître l'aide sur l'EHPAD de Cherbourg ?

§ 524 : *« Selon la DDASS, il reflète notamment la nécessité d'agrandir les petits établissements qui risquent de ne pas surmonter leurs problèmes de viabilité »* : c'est davantage le prochain schéma gérontologique (2005-2010) qui devrait inscrire l'objectif de rénovation et d'humanisation de certains établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) du Calvados. Dans ce cadre, la mise aux normes (réduction de nombre de chambres à 2 lits ...) des « petits » établissements nécessite effectivement une augmentation de capacité afin d'assurer leur viabilité économique.

§ 525 : les travaux de renouvellement des schémas (personnes âgées et personnes handicapées) ayant au final débuté en février 2010 pour s'achever en novembre 2010, le département du Calvados ne pourra pas prendre en compte le futur schéma régional d'organisation médico-sociale.

§ 546 : le PRIAC 2007-2011 ne prévoit pas 3 projets d'EHPAD à Saint Pair pour un total de 131 places.

Il prévoit au contraire un projet de création d'un EHPAD à St Pair scindé en deux : 16 places en 2009 et 48 places en 2010, soit 2 places manquantes pour couvrir les 66 lits du dossier de demande de création.

En revanche, les 42 places programmées en 2010 et les 41 places programmées en 2011 ne concernent pas le territoire désigné à tort dans le PRIAC "Saint Pair-Cherbourg". Ces places intéressent le territoire de Cherbourg et visent l'opération de création de l'EHPAD "Le Maupas "à Cherbourg.

- Espace Claude Monet – 2 place Jean Nouzille – 14000 CAEN
- Standard : 02.31.70.95.95
- www.igas.fr

§ 549 et 550 : le projet expérimental inscrit au PRIAC 2006-2008 ne correspondant pas au dossier Cap Alternance. Il s'agit du projet SAISMO 21 ayant vocation à accueillir des jeunes souffrant de trisomie 21 sortants d'IME.

Le dossier Cap Alternance est inscrit au PRIAC depuis l'année 2007. Ce projet expérimental a vocation à accueillir des jeunes handicapés âgés de 16 à 20 ans inscrits aux effectifs des IME ou SESSAD gérés par 3 associations, lesquelles ont formé un groupement de coopération médico-sociale. La programmation financière inscrite au PRIAC a diminué à partir de 2008 en raison de la prise en considération d'une subvention du FSE.

§ 556 L'arrêté d'autorisation de création du SAMSAH pour déficients psychiques pris en 2009 est un arrêté conjoint Conseil Général / Etat.

§557 : Le second projet de SAMSAH concerne un service au bénéfice des adultes handicapés physiques et/ou cérébrolésés porté par l'APF.

§ 559 : Il ne peut être mis en évidence un manque de continuité dans la programmation des créations de places de SAMSAH pour déficients psychiques. Le projet porte sur 17 places au total selon la programmation suivante :

PRIAC 2006-2011 : 6 places en 2006 (ces places correspondent à des financements obtenus en 2006) et 11 places en 2007 (places à financer).

PRIAC 2007-2012 : 7 places en 2007 (correspondant aux financements obtenus en 2007) et 4 places en 2008 (places à financer), conformément aux instructions de la CNSA de l'époque de ne pas programmer un nombre de places supérieur aux places "notifiées" pour la première année du PRIAC. Ces places viennent en complément des 6 places déjà obtenues en 2006.

Réponse de la mission :

Les observations reçues n'appellent pas de commentaire particulier

Liste des personnes rencontrées

Personnes rencontrées au niveau régional

- Joël MAGDA, directeur de la DRASS
- Pierre-Jean LANCRY, responsable de la préfiguration de l'ARS
- Françoise AUMONT, directrice adjointe, secrétaire générale de la DRASS
- Sophie DUMESNIL, IPASS, service des politiques médico-sociales de la DRASS
- Valérie TESSON-LEVITT, IASS, service des politiques médico-sociales de la DRASS
- Geneviève DELACOURT, conseillère technique régionale, DRASS
- M.PUCHALSKI, ingénieur régional de l'équipement, DRASS
- Dominique ACHILLE, chef du service Métiers – Formations – Diplômes, DRASS
- François BOUTIN, INSEE, chef du service statistiques et études, DRASS
- Marc LONGUET, directeur-adjoint de l'ARH
- Blandine GRIMALDI, IP adjointe à la directrice de la DDASS 61
- Pierre THIEBOT, IHCASS, adjoint au directeur de la DDASS 50
- Régine CHENAL, IEN, conseillère du recteur en matière d'ASH
- Dr. ODINET-RAULIN, médecin-conseil pour l'ERSM Basse et Haute Normandie
- M. BLANC, directeur de l'éducation et de l'enseignement supérieur au Conseil régional
- Mme ROSSI, programme régional des formations professionnelles, Conseil régional
- Représentants du CROSMS PA et du CROSMS PH
- Mme MILIN, rapporteur CROSMS personnes âgées, DDASS 14
- M. BOURDIN, rapporteur CROSMS personnes âgées, DDASS 61
- M. HONORE, rapporteur CROSMS personnes handicapées, CG 14
- Martine GUEGUEN, Groupe Korian
- Antoine SAULE, directeur du développement ADEF résidences
- M. MAINCENT et Mme SAINTHUILLE, APEI
- André DUCOURNEAU, directeur général de l'ACSEA

DDASS du Calvados

- Maureen MAZAR, directrice de la DDASS
- Ghislaine BOYALLI-LASNE, directrice-adjointe de la DDASS
- Sandra MILIN, IPASS, DDASS
- Emmanuelle LEBRETON, chargée de mission, DDASS
- M. VICET, IENASH, éducation nationale
- Mme COLETTA, directrice MDPH
- Mick CORIOLAN, stagiaire MDPH

Conseil général du Calvados

- M. DUPONT, sénateur, vice-président du Conseil Général, président du GIP MDPH
- Dominique CHRETIEN, directeur général adjoint de la solidarité
- Franck LEMENNAIS, directeur de l'autonomie
- Nadia MAHCER, directrice adjointe de l'autonomie

DDASS de la Manche

- Pascal HOSTE, directeur de la DDASS
- Grégory LEGALLAIS, IASS
- Jenny CHARRETIER, IASS
- Adeline POTEY, IASS
- Françoise HERY, IENASH, éducation nationale
- Marie-Hélène LELOUP, inspectrice d'académie

Conseil général de la Manche

- M. le vice-président du Conseil général en charge des affaires sociales
- M. GOULFIER, directeur général adjoint, directeur de la solidarité
- M. le directeur de la MDPH

Promoteurs de divers projets d'établissements et services médico-sociaux de la Manche

- Manoël FOLGUERAL, DG AAJD
- André MOINARD, président AAJD
- Michel ERAMBERT, président ADSEAM
- M. MARIE, directeur général ADSEAM
- Benoît DEMOULIERE, directeur ADSEAM
- Célestin BOUTRUCHE, président APAEIA
- Hélène LE DEVEHAT, Directrice Hellebau 50
- Albert NOURY, Maire de Saint-Pair-sur-mer
- Jean LEMOIGNE, adjoint au maire, Saint-Pair-sur-mer
- Isabelle LE ROI, directrice générale des services, Saint-Pair-sur-mer

Annexe 4 : Compte-rendu de la mission en Bourgogne

INTRODUCTION

- [561] La mission a retenu d'explorer les modalités d'élaboration et de suivi du PRIAC dans trois régions dont la Bourgogne. Elle a centré ses investigations sur la manière dont le PRIAC 2009-2013 a été préparé ainsi que sur l'observation des outils et méthodes institués récemment en vue de parfaire l'instruction de la programmation financière des équipements et services médico-sociaux en Bourgogne. Un bilan quantitatif du PRIAC est donné en annexe, sous forme de trois tableaux : l'un pour les équipements et services concernant les personnes âgées, le deuxième pour les enfants handicapés et le troisième pour les adultes handicapés.
- [562] La mission a d'abord analysé le PRIAC sous l'angle de sa programmation au plan régional. Elle a ensuite évalué la manière dont la programmation du PRIAC était assurée au plan départemental en Côte d'Or et en Saône et Loire. Elle a également observé les modalités de mise en œuvre du PRIAC en 2009.
- [563] Cette démarche d'évaluation au niveau régional puis à celui des départements est notamment justifiée par le fait qu'un partage des rôles très net est assuré en Bourgogne entre les DDASS et la DRASS. Les premières, aujourd'hui, proposent et priorisent les opérations à inscrire au PRIAC tandis que la seconde exerce un rôle de cadrage financier et de coordination entre les DDASS pour construire le PRIAC en concordance, notamment, avec les objectifs de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

1. LA PROGRAMMATION DU PRIAC AU PLAN REGIONAL REPREND LES ORIENTATIONS DE LA CNSA AVEC LA RECHERCHE DE NOUVEAUX INDICATEURS DE BESOIN

- [564] Comme indiqué précédemment, la DRASS de Bourgogne intervient dans la programmation du PRIAC en vue de rassembler les propositions départementales dans le document du PRIAC et de préparer les arbitrages qui seront prédéterminés en comité technique régional et interdépartemental (CTRI) et arrêtés en comité administratif régional (CAR), à l'issue d'une phase de consultation du comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale (CROSMS).
- [565] Nonobstant cette répartition des rôles, la DRASS, pour la programmation 2009-2013, vise à orienter la construction du PRIAC autour d'une approche des besoins concertée avec un groupe de travail émanant du CROSMS ainsi qu'au vu d'études réalisées par divers organismes.
- [566] La mission s'est attachée à observer les données utilisées pour l'élaboration de ce document de programmation financière, qu'il s'agisse des éléments relatifs à la démographie des publics concernés ou d'autres indicateurs d'évaluation des besoins en services et équipements.

1.1. Les modalités d'élaboration du PRIAC retenues par la DRASS de Bourgogne

1.1.1. Les données démographiques, socio-économiques et sanitaires utilisées

- [567] Dans le « document d'accompagnement du programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie de Bourgogne » qu'elle a élaboré et qui porte sur la période 2009-2013, la DRASS mentionne l'importance du secteur rural qui recouvre 59 % du territoire d'une région dont la population est vieillissante.
- [568] Une cartographie régionale de la densité de la population contenue dans ce document présente les données du recensement de la population de 2006 estimée à 1 634 027 habitants, population dont le nombre devrait progresser faiblement jusqu'en 2013. L'accent est mis sur le contraste entre zones urbaines densément peuplées et territoires ruraux à plus faible population et où l'habitat est dispersé.
- [569] L'évolution de la population est présentée par départements et par tranches d'âge entre 2009 et 2013, permettant notamment d'effectuer une projection des taux d'équipement à cette échéance.
- [570] Il ressort des ces indications et pour la période 2009-2013 que le nombre de jeunes âgés de 0 à 19 ans diminue de 2,6 % en Bourgogne avec des variations départementales importantes (-4,9 % dans la Nièvre, -4,1 % en Saône et Loire, -2,0 % dans l'Yonne et -0,6 % en Côte d'Or). La tranche d'âge 20-59 ans connaîtra peu d'évolutions. Dans la tranche d'âge de 75 à 84 ans, la population connaîtra une légère diminution tandis que le nombre des plus de 85 ans augmentera de + 18,3 %. Pour cette tranche de la population, l'évolution à la hausse sera conséquente dans tous les départements de Bourgogne. Si l'on ne retient que l'évolution des plus de 75 ans, indicateur utilisé pour les PRIAC, leur nombre est en progression de 4,9 % au plan régional. Mais l'on s'aperçoit en observant la décomposition par tranches au delà de 75 ans que cet indicateur global, auquel il est souvent fait référence dans le document d'accompagnement du PRIAC, mériterait d'être affiné, l'évolution de la population de plus de 85 ans paraissant représenter une information plus pertinente et sachant qu'en Bourgogne, la tranche d'âge des 75 à 84 ans va connaître une diminution de son effectif à l'horizon 2013.
- [571] A côté de ces données démographiques, sont présentés des indicateurs de situation socio-économique. La situation paraît favorable en première analyse quand on observe d'une part le taux de chômage régional (6,2 % en mars 2008) rapporté au taux de chômage national (7,2 % au même mois)¹³⁴ et d'autre part la proportion des bénéficiaires de la couverture maladie universelle (CMU), dont le pourcentage est de 5,6 % contre 6,8 % en France. Mais le revenu fiscal médian en Bourgogne (15 927 €) est plus faible que celui observé dans l'hexagone (16 927 €). Egalement, le nombre de bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) est supérieur au plan régional de 3,6 points à la moyenne nationale¹³⁵.
- [572] Il existe des disparités interdépartementales et infra départementales de revenus, la DRASS mentionnant la présence de zones de forte précarité, notamment dans la Nièvre et l'Yonne.
- [573] Les indicateurs de l'état de santé de la population sont présentés comme « moyens » en particulier celui de l'espérance de vie qui place la région Bourgogne au 14^{ème} rang national pour celle des hommes et au 15^{ème} rang pour celle des femmes. On peut penser qu'il peut y avoir une corrélation entre cet indicateur et le niveau d'autonomie des populations concernées.

¹³⁴ Il conviendrait d'actualiser ces données au regard de l'impact que la crise économique peut avoir sur l'emploi en Bourgogne.

¹³⁵ Le taux est 20,6 % des adultes en Bourgogne contre 17 % en France métropolitaine.

[574] La démographie des professionnels de santé est abordée dans le document de présentation du PRIAC. Il est mentionné qu'elle est inquiétante en Bourgogne¹³⁶, notamment pour les médecins généralistes, les contrastes territoriaux étant importants : certaines zones rurales identifiées connaissent un déficit de l'offre.

[575] L'offre hospitalière régionale est aussi évoquée : elle présente un taux d'équipement supérieur à la moyenne nationale en court séjour ; elle s'inscrit dans la moyenne nationale pour les soins de suite et de réadaptation ainsi qu'en psychiatrie.

1.1.2. L'approche des besoins et enjeux dans le domaine de la prise en charge des personnes âgées et des personnes handicapées dans l'élaboration du PRIAC

[576] La DRASS de Bourgogne, en vue de la préparation du PRIAC 2009-2013, a appréhendé les besoins des populations concernées en s'appuyant sur des données démographiques et des enquêtes disponibles et en prenant en ligne de compte les orientations des schémas médico-sociaux départementaux existants. Elle a par ailleurs bénéficié (mais en partie seulement) des contributions du groupe de travail précité du CROSMS. Par cette initiative, elle visait à obtenir, au-delà d'un exercice de consultation obligatoire mais formel des collectivités territoriales et institutions du champ médico-social, une analyse partagée par différents intervenants.

[577] Schématiquement l'évaluation du besoin s'effectue par :

- une approche démographique et socio-économique ;
- l'observation quand elle connue des caractéristiques des publics concernés ;
- la nature et la distribution géographique des équipements et services existants ainsi que l'intensité de leur utilisation, notamment à travers l'indicateur du taux d'occupation.

[578] Les origines géographiques des bénéficiaires sont également recensées en vue de connaître la part des personnes extérieures à la région prises en charge par le dispositif médico-social de Bourgogne.

1.1.2.1. Les indications fournies par des enquêtes nationales ou des études spécifiques à la région

[579] Les éléments utilisés pour l'évaluation des besoins des personnes âgées et des besoins des personnes handicapées sont différents, notamment au niveau des informations disponibles.

- Les données et enquêtes utilisées pour le secteur des enfants et adultes handicapés et celles qui font défaut

[580] Pour le secteur des personnes handicapées, la DRASS a utilisé les données de l'enquête ES de la Direction des études, de la recherche, de l'évaluation et des statistiques (DREES), publiées en 2008 et portant sur les données de 2006¹³⁷.

[581] Dans le secteur de l'enfance handicapée, elle observe une distribution différenciée des places d'internat selon les départements, avec des taux d'occupation élevés en IME (109 % en Saône et Loire) ainsi qu'une proportion de 82 % de jeunes scolarisés.

[582] Une comparaison établie avec la précédente enquête ES 2001 montre que la proportion de jeunes provenant d'autres régions diminue (de 10 à 6 %). Les jeunes originaires de Bourgogne pris en charge dans d'autres régions sont en nombre important. Ils sont 343 sur un effectif de 3 519 enfants pris en charge dans leur région. Une analyse par départements fait apparaître un taux de fréquentation élevé par leurs ressortissants.

¹³⁶ En 2007, 153 généralistes pour 100 000 habitants en Bourgogne contre 165 pour 100 000 habitants en France métropolitaine. Il reste à apprécier le caractère « inquiétant » de ce taux légèrement moins élevé que celui observé au plan national, le problème portant surtout sur la désaffection de certains territoires par la médecine générale.

¹³⁷ Les données utilisées ont été celles recueillies par le service statistique de la DRASS.

- [583] Par ailleurs, une première étude sur les enfants accueillis en IME (en internat et en mode de prise en charge mixte) a mis en évidence que 44 % d'entre eux présentent un retard mental léger.
- [584] Pour le secteur des adultes, la même enquête ES a mis en évidence :
- le fait que les départements accueillent majoritairement leurs ressortissants ;
 - des taux d'occupation élevés en internat ;
 - et le vieillissement de la population accueillie.
- [585] Les foyers d'accueil médicalisés (FAM) de la Nièvre et de l'Yonne accueillent 40 % de personnes originaires d'un autre département, dont 27 % de franciliens pour le département de l'Yonne.
- [586] Le CREAI de Bourgogne¹³⁸ a été également sollicité pour évaluer les besoins des personnes (adultes et enfants) atteintes d'autisme et de troubles du comportement. Une étude lui a été aussi commandée par la DRASS pour déterminer les besoins des personnes cérébro-lésées. Les résultats de cette dernière étude, publiés début 2009, n'étaient pas disponibles au moment de l'élaboration du PRIAC 2009-2013. Ils n'ont pas à ce jour été exploités au plan départemental, même si la DRASS indique qu'ils vont contribuer à l'actualisation du PRIAC pour la période 2010-2013.
- [587] L'étude sur les besoins des personnes « autistes » n'est pas achevée et sa réalisation se heurte à des difficultés de réponse à l'enquête par les établissements et services concernés¹³⁹.
- [588] La DRASS de Bourgogne évoque le cas des patients au long cours en psychiatrie qui relèveraient d'une prise en charge médico-sociale, parmi les éléments à prendre en compte pour la programmation du PRIAC. Elle indique que les données devraient être prochainement disponibles dans le cadre de la mise en œuvre du programme de médicalisation du système d'information en psychiatrie (PMSI). Mais à ce jour, le calendrier du déploiement de ce programme n'est pas connu au plan national. L'appréciation du nombre de personnes concernées et la détermination de leur orientation ne peuvent être effectuées que par la réalisation de « coupes transversales »¹⁴⁰.
- [589] Les espoirs fondés sur la contribution des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) pour la connaissance des besoins des personnes handicapées et l'adéquation de leur orientation ont été déçus. Il est ainsi difficile de confirmer le nombre d'enfants qui sont en attente de prise en charge comme celui des jeunes adultes sous « amendement Creton » ; ne figurent dans le document d'accompagnement du PRIAC que des données partielles. De même, le groupe de travail précité émanant du CROSMS mentionne qu'en Côte d'Or, 92 enfants déficients intellectuels sont en attente de prise en charge en SESSAD, mais ces données ne sont pas rassemblées au plan régional¹⁴¹.
- [590] Lors des échanges avec la mission, l'équipe de la DRASS en charge du PRIAC a indiqué se fonder sur les analyses de l'assurance maladie pour observer les inadéquations ainsi que les taux d'occupation des structures dont elle a analysé les budgets. Mais il n'apparaît pas non plus que ces informations aient contribué à la construction du PRIAC.
- Les données et enquêtes utilisées dans le secteur des personnes âgées dépendantes
- [591] Comme pour le secteur des personnes handicapées, la DRASS a utilisé les données régionales d'une enquête nationale de la DREES relative à l'offre d'hébergement, données renseignées par son service statistique régional.

¹³⁸ Centre régional pour l'enfance et l'adolescence inadaptées.

¹³⁹ Selon les indications fournies à la mission par courriel en date du 24 novembre 2009.

¹⁴⁰ Ces données sont importantes pour prévoir les places médico-sociales à ouvrir pour accueillir les personnes qui sont indûment prises en charge en psychiatrie.

¹⁴¹ Elles peuvent cependant figurer dans l'enquête annuelle de la CNSA ; les résultats de cette enquête ne paraissent pas avoir été utilisés dans le document d'orientation du PRIAC.

- [592] Les résultats de l'enquête mettent en évidence l'importance des effectifs de plus de 80 ans parmi la population hébergée qui représentent 72 % du nombre des résidents. La proportion de personnes de plus de 60 ans de la région Bourgogne hébergée en établissements pour personnes âgées (EHPA) est de 5,7 %. Ce taux est de 22 % pour la tranche d'âge des 85 à 89 ans, 35,9 % pour la tranche d'âge des 90 à 94 ans et 62 % pour la tranche d'âge des 95 ans et au-delà.
- [593] Les taux d'occupation en région sont élevés : ils sont en moyenne de 97 %, en notant un taux d'occupation des foyers logements de 95 %. Le taux de rotation moyen des places est de 32 %. Le recrutement est essentiellement départemental (87 %), en soulignant toutefois la part des franciliens qui représentent 4 % de la population accueillie en EHPA ; ce pourcentage est de 11 % pour le département de l'Yonne.
- [594] Au moment de l'enquête, seuls 27 % des établissements avaient pu déterminer leur score PATHOS moyen pondéré (PMP). Le PMP médian était de 194.
- [595] Les données d'une étude intitulée PAQUID¹⁴² ont été utilisées pour estimer la proportion des personnes de plus de 60 ans atteintes de démence parmi la population. Ce taux évalué à 6,75 % dans la région resterait stable à l'horizon 2012 (6,93 %).
- [596] Des indicateurs de revenus des personnes de plus de 75 ans renseignés par l'étude des revenus fiscaux des ménages mettent en évidence, pour l'année 2005, un revenu médian de 14 852 € en Bourgogne, contre 15 271 € au plan national¹⁴³. De fortes disparités départementales sont observées. Ce revenu médian est de 13 975 € en Saône et Loire et de 14 662 € dans la Nièvre.
- [597] La « pression » de la demande en hébergement comme en services à domicile n'a pu être déterminée. Le traitement des listes d'attente, faute notamment d'un numéro unique des postulants et d'une instance rassemblant les données, n'est pas actuellement possible. L'utilisation des listes des établissements, du fait des demandes d'inscription pour une même personne dans plusieurs EHPAD, ne serait pas opérante non plus. Il a été indiqué auprès de la mission que, dans un département comme la Nièvre, mais aussi dans certaines zones géographiques (en milieu rural) de la région, les listes d'attente sont quasi inexistantes et que l'on commence à observer des problèmes de fréquentation. La raison principale évoquée serait celle d'un coût élevé de l'hébergement pour l'usager et sa famille.

1.1.2.2. La prise en compte des besoins exprimés dans les schémas départementaux existants

- [598] La DRASS, pour l'élaboration du PRIAC, prend en compte les schémas départementaux existants. Son approche a consisté, mais uniquement dans le secteur des personnes âgées, à mettre en rapport les objectifs des départements, exprimés soit sous forme d'orientations (comme la progression quantitative du nombre d'EHPAD, dans le cas de la Côte d'Or), soit en taux d'équipement cible (taux de 24 places de SSIAD pour 1 000 habitants âgés de 75 ans et plus, dans le cas de la Nièvre), avec la programmation en places du PRIAC.
- [599] Le tableau ci-après présente la situation des départements de la région au regard de leurs schémas régionaux.

¹⁴² Pour « Personnes Agées, Quid ». Il s'agit d'une étude épidémiologique relative au vieillissement cérébral et fonctionnel après 65 ans. Elle a été initiée en 1988 par une équipe INSERM de Bordeaux.

¹⁴³ Revenus fiscaux des ménages pour lesquels le référent est âgé de 75 ans et plus.

Tableau 1 : Recensement des schémas départementaux et période de leur exécution¹⁴⁴

Département	Schéma enfance handicapée	Schéma adultes handicapés	Schéma gérontologique
Côte d'Or	Pas de schémas départemental mais des orientations de l'Etat ¹⁴⁵ ; un schéma est en cours de réalisation	En cours de réalisation (schéma précédent 2001-2006)	2006-2010
Nièvre	Schéma départemental du handicap 2006-2010	Schéma départemental du handicap 2006-2010	2006-2010
Saône et Loire	Schéma départemental en faveur des enfants en situation de handicap 2004-2009	Schéma départemental du handicap 2006-2010	2006-2010
Yonne	Schéma caduc (2000-2005)	Pas de schéma	En cours (schéma précédent : 2000-2005)

Source : Document d'accompagnement du PRIAC de Bourgogne 2009-2013 et compte rendu du CROSMS du 15 décembre 2008, retraitement IGAS.

[600] A la demande de la DRASS, le CREAI a procédé en 2008 à une analyse des différents schémas départementaux existants au 31 décembre 2007. En termes d'analyse des besoins, l'utilisation des données démographiques et de celles relatives à l'équipement existant constituent un point fort. Parmi les points faibles, figure la production de données incomplètes sur les flux interdépartementaux des bénéficiaires. Ces analyses, difficilement exploitables du point de vue de la DRASS, compte tenu de l'hétérogénéité du contenu des schémas et de leur incomplétude en termes d'objectifs quantifiés de places, ne paraissent pas avoir été utilisées pour la révision des schémas départementaux dans les départements visités par la mission.

1.1.2.3. L'analyse critique de la définition des besoins par le groupe de travail issu du CROSMS plénier pour l'actualisation du PRIAC

[601] Comme indiqué précédemment, le CROSMS, au vu d'un bilan des PRIAC de 2006 et 2007, a souhaité être associé en amont aux travaux d'élaboration du PRIAC, et a constitué un groupe de travail à cet effet. Il a produit en mars 2009 un document de réflexion sur l'actualisation du PRIAC, en vue d'une réunion plénière du CROSMS qui s'est tenue le 24 mars 2009 pour un premier examen, et du CROSMS du 16 avril 2009 qui a émis un avis favorable au document de programmation.

[602] Dans le cadre d'une approche qualitative des besoins, ce groupe, s'appuyant notamment sur les données de la caisse régionale d'assurance maladie de Bourgogne (CRAM), met en exergue la faiblesse des équipements pour déficients intellectuels et autistes en Saône et Loire, et le faible équipement en SESSAD de l'Yonne. Il observe des différences de coûts entre centres d'action médico-sociale précoces (CAMSP), liées à des natures différentes de prises en charge.

¹⁴⁴ Il s'agit là d'une observation de l'existant au moment de la programmation fin 2008-début 2009. Depuis, les départements de la région sont engagés dans une démarche de révision de leurs schémas.

¹⁴⁵ Il existe un document d'orientation de l'Etat pour le schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale 2009-2014.

- [603] Il souhaite une analyse annuelle des besoins non satisfaits, par départements, par type de structure ou d'offre et par type de handicap. Estimant les indicateurs de la CNSA insuffisants (taux d'équipement et coût à la place par habitant), il milite en faveur d'une approche territoriale des besoins et ce, par type de besoin de compensation et de handicap.
- [604] Les travaux de ce groupe, dans la mesure où sa constitution est récente, n'ont pas permis d'affiner l'évaluation des besoins, même si une démarche de capitalisation des études réalisées est en cours (notamment celles du CREAI).
- [605] Le groupe a la perspective d'approcher le besoin en compensation par typologie de handicap et de dépendance. Il formule une appréciation critique sur l'emploi quasi exclusif de l'indicateur des taux d'équipements ou de celui des dépenses d'assurance maladie par habitant.

1.1.3. La situation de la région en termes d'équipement demeure un indicateur important d'approche des besoins

- [606] Sans entrer dans le détail du recensement des équipements existants, ce qui ne serait pas d'une grande utilité dans le cadre de la mission, les tableaux ci-après présentent des taux d'équipement globaux.

Tableau 2 : Taux d'équipement en établissements et services pour personnes âgées en Bourgogne comparé aux mêmes taux en France métropolitaine

Taux d'équipement/nature des équipements ¹⁴⁶	Bourgogne	France métropolitaine
SSIAD	18,99	18,9
EHPAD	133,97	113,6
Hébergement temporaire	1,97	2,0
Accueils de jours pour personnes âgées dépendantes	2,39	1,8

Source : DRASS de Bourgogne, données CNSA, retraitement IGAS.

- [607] Ces taux d'équipements sont variables selon les départements. Les départements de la Nièvre et de la Saône et Loire sont « défavorisés » au regard de la moyenne régionale. La région poursuit un effort d'équipement en services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) avec un soutien particulier en 2009 des départements de la Côte d'Or et de la Saône et Loire.

¹³ Dans le calcul du taux d'équipement, les places financées jusqu'en 2009 ont été ajoutées pour la région Bourgogne.

- [608] Si l'on cumule les places¹⁴⁷ d'unités de soins de longue durée (USLD), de maisons de retraite et de SSIAD, la Bourgogne se situait en 2008 en 2^{ème} position des régions françaises (170,45 contre 135,72). Le groupe de travail précité indique qu'il convient de nuancer l'observation des taux car ils diminuent régulièrement du fait de la progression de la population âgée. Surtout, le groupe de travail du CROSMIS met en évidence un niveau de dépenses par habitant (1 796 €) en Bourgogne qui se rapproche du niveau moyen national (1 736 €) en termes de dépenses médico-sociales d'assurance maladie à destination des personnes âgées¹⁴⁸.
- [609] Concernant le secteur des personnes adultes handicapées, le tableau suivant présente un état partiel des taux d'équipement en Bourgogne.

Tableau 3 : Données synthétiques d'équipement dans le secteur des adultes handicapés en Bourgogne

Nature des équipements (taux d'équipement pour 1 000 adultes 0-59 ans)	Région Bourgogne (dont capacités financées jusqu'en 2009)	France métropolitaine (situation au 01/01/2007)
FAM et MAS et établissements expérimentaux médicalisés	1,503	0,983
SSIAD pour personnes handicapées	0,092	0,165
ESAT	42,74	39,42

Source : DRASS Bourgogne, retraitements IGAS.

- [610] Des disparités départementales se manifestent, mais les actions du PRIAC à venir visent à resserrer les écarts. Le taux d'équipement le plus faible en FAM et MAS est celui de la Côte d'Or : 1,401, le plus élevé étant celui de la Nièvre : 1,669¹⁴⁹. Les contrastes sont plus nets pour ce qui concerne la prise en charge à domicile, le taux d'équipement en SSIAD pour handicapés et SAMSAH va de 0,258 places pour 1 000 adultes de 20 à 59 ans en Côte d'Or à 0,472 dans l'Yonne. Concernant les ESAT malgré un taux régional favorable, 42 jeunes adultes en Côte d'Or et 18 en Saône et Loire étaient maintenus en établissements pour enfants au 31 décembre 2008¹⁵⁰.
- [611] Concernant le secteur de l'enfance handicapée, le taux d'équipement régional en 2009, tous handicaps confondus, en IME et SESSAD, est de 9,52 places en Bourgogne pour 1 000 jeunes de 0 à 19 ans inclus contre 8,9 places en France métropolitaine en 2007. La part des SESSAD dans ces équipements est légèrement supérieure à la moyenne nationale (24,32 % contre 23,25 %).

¹⁴⁷ Indicateur exprimé en nombre de places par milliers d'habitants de 75 ans et plus.

¹⁴⁸ Ces dépenses concernent les enveloppes d'assurance maladie pour les USLD et les EHPAD auxquelles s'ajoute le coût des soins infirmiers de ville (AIS).

¹⁴⁹ Exprimé en nombre de places pour 1000 habitants de 20 à 59 ans. La création prochaine de places complémentaires de MAS pour handicapés psychiques venant du secteur psychiatrique va encore accroître ce taux.

¹⁵⁰ L'information n'était pas renseignée pour les autres départements.

- [612] La région, sauf dans le secteur des adultes handicapés, a un taux d'équipement supérieur à la moyenne nationale. Toutefois, on observe d'importantes disparités interdépartementales, la Saône et Loire étant mal desservie en structures d'hébergement pour personnes âgées. Ce taux global masque des disparités par type de handicap, la Bourgogne étant sous dotée en ITEP et SESSAD associés comme en places pour handicapés moteurs, handicapés auditifs et handicapés visuels. Parmi les 81 jeunes adultes regroupés sous la catégorie « toutes déficiences intellectuelles » ne trouvant pas d'orientation après 20 ans (en septembre 2008), figurent 60 ressortissants de la Côte d'Or. Egalement, parmi les 33 jeunes polyhandicapés sous « amendement Creton », la Côte d'Or représente, avec 25 personnes concernées, l'effectif le plus important de la région. C'est dans ce contexte qu'un mouvement de transformation de places, déjà engagé, est souhaité par la DRASS.
- [613] Au vu des ces données, et des modalités d'observation des besoins qui ont été retenues, des objectifs régionalisés ont été arrêtés dans le PRIAC.

1.2. L'évaluation des objectifs du PRIAC

- [614] Un certain nombre d'objectifs, reprenant pour beaucoup ceux définis par la CNSA, ont été arrêtés au plan régional. Ils visent à apporter une offre diversifiée de compensation de la perte d'autonomie par territoires tout en mettant l'accent sur une prise en charge adaptée aux cas les plus lourds.
- [615] Dans la définition des objectifs du PRIAC, la DRASS de Bourgogne s'appuie sur les axes stratégiques qu'elle a développés ; elle décline aussi les orientations des divers plans nationaux (plan solidarité grand âge, plan Alzheimer, plan autisme) et elle s'attache à dérouler les actions du PRIAC en cohérence avec les schémas départementaux médico-sociaux.
- [616] Ces objectifs s'inscrivent dans un souci de correction des inégalités interdépartementales, lesquelles n'ont été que faiblement corrigées pour la période 2006-2008. Ils comportent également, comme indiqué précédemment, en accord avec le contenu de certains schémas départementaux révisés, des objectifs, encore timides, de transformation de l'offre existante.
- [617] L'observation de la nature des opérations financées dans le PRIAC pour 2009 et plus généralement dans le PRIAC 2009-2013 confirme la mise en œuvre des objectifs annoncés.

1.2.1. Les objectifs du PRIAC et leur mise en œuvre dans le secteur des personnes âgées

- [618] Il ne s'agit pas de présenter l'ensemble des objectifs du PRIAC mais plutôt de retenir l'aspect le plus évocateur de sa programmation et de son déroulement.
- [619] A ce titre, le rattrapage de la Nièvre en termes de places d'EHPAD est particulièrement significatif, ce mouvement initié en 2008 se poursuivant jusqu'en 2010 et concernant l'ouverture de plus de 300 places.
- [620] Le département de Saône et Loire, figurant parmi les moins dotés de la région en équipements pour personnes âgées, voit également l'action du Conseil général accompagnée par un engagement des crédits du PRIAC pour 2009 et dans les enveloppes anticipées de 2010 à 2012. Ainsi est-il programmé le financement de 261 places d'EHPAD au profit de ce département en 2010 et 2011.
- [621] Sur l'ensemble de la région, 671 places de SSIAD seront ouvertes ou sont programmées à l'horizon 2013, dont 250 au financement quasiment assuré. Le plan Alzheimer se déroule avec la création de deux plateformes de services et de trois équipes renforcées, dispositifs retenus après appel à projet.
- [622] Dans ce contexte, la programmation du PRIAC vise à réduire les écarts de ressources par habitant entre le département le mieux doté et celui le moins bien doté, de 350 à 327 €

[623] Au total, pour la période de 2010 à 2013, 2 362 places nouvelles sont programmées dans le PRIAC. La DRASS indique que cette programmation jugée « offensive » par la CNSA ne fera évoluer que très faiblement le taux d'équipement régional en raison de l'augmentation attendue de la population âgée. Elle indique que ce mouvement de rattrapage interdépartemental allié à la création de places nouvelles d'EHPAD doit être analysé de « façon plus précise par les départements au regard de signaux d'alerte sur des sous occupations, en particulier dans la Nièvre, ou des apports d'autres régions qui ne seront peut-être pas durables, comme dans le nord de l'Yonne »¹⁵¹.

1.2.2. Les objectifs du PRIAC et leur mise en œuvre dans le secteur du handicap

[624] Le PRIAC est utilisé comme un outil de correction des inégalités interdépartementales et de diversification de l'offre, à la fois pour favoriser la vie en milieu ordinaire et pour répondre, comme indiqué précédemment, aux besoins de prise en charge des cas les plus lourds. La prochaine révision du schéma départemental relatif à l'enfance handicapée de Côte d'Or prévoit ainsi la transformation de 148 places en établissement en places de SESSAD¹⁵².

[625] La répartition interdépartementale des places programmées, tant pour les enfants que pour les adultes, prévoit un effort particulier en faveur de la Saône et Loire qui bénéficierait à l'horizon 2013 de près de 45 % des places (383 sur 852).

[626] Dans la période 2009-2011, les financements dégagés permettront de réduire les écarts de ressources entre le département le mieux doté (la Nièvre) et le moins bien doté de 82 à 76 € par habitant (pour la tranche d'âge jusqu'à 59 ans). Ces écarts resteront toutefois conséquents si on les rapporte à la moyenne régionale (162 € par habitant), ce qui peut expliquer l'appréciation plus nuancée formulée au plan départemental sur le succès de la démarche de correction des inégalités infrarégionales.

1.3. L'évaluation de l'outil PRIAC

[627] Si les objectifs du PRIAC permettent en région Bourgogne d'engager une action de diversification de l'offre médico-sociale et de réduction des inégalités interdépartementales, il est également utile d'observer si l'outil lui-même est satisfaisant pour les services de l'Etat chargés de son instruction et de son exécution au plan régional et départemental comme pour les partenaires et interlocuteurs de ces services.

1.3.1.1. La DRASS de Bourgogne utilise et exploite d'autres supports que la maquette du PRIAC

[628] De l'avis des équipes de la DRASS chargées de l'élaboration et du suivi du PRIAC, la maquette à renseigner et dont il convient de traiter le contenu de manière régulière dans le cadre de la gestion glissante du PRIAC, est d'un maniement lourd et se révèle complexe dans son utilisation. La gestion de l'outil PRIAC requiert un niveau de ressources humaines non négligeable.

[629] L'équipe de la DRASS de Bourgogne en charge des dossiers du secteur médico-social (comprenant notamment la gestion du CROSMS) est composée de deux inspecteurs, de deux agents de catégorie B et d'un secrétariat d'une personne. La gestion du PRIAC la mobilise régulièrement. Elle estime qu'une meilleure ergonomie, notamment au plan informatique, de l'outil lui permettrait de consacrer plus de temps à un travail de prospective sur l'évaluation des besoins ainsi qu'à l'organisation de la concertation avec les divers interlocuteurs.

[630] Le document du PRIAC en lui-même n'est par ailleurs pas employé en tant que support d'échanges entre DRASS et DDASS, notamment en CTRI, ni entre la DRASS et ses interlocuteurs du CROSMS.

¹⁵¹ Page 105 du document d'accompagnement du PRIAC.

¹⁵² C'est l'exemple le plus marquant de transformation projetée de l'offre en région Bourgogne.

- [631] En phase d'élaboration du PRIAC et à l'appui de sa diffusion, comme indiqué précédemment, la DRASS a réalisé un document d'accompagnement qui présente des données d'environnement (démographie, équipement), une approche des besoins et la programmation du PRIAC en places. Pour le travail en interne dont celui d'animation des débats du CTRI, il est fait usage de documents établis pour la circonstance et non de la maquette du PRIAC.
- [632] Si l'outil dans sa forme est d'un maniement qui requiert une certaine expérience et est surtout utilisé pour les besoins de la CNSA, il est reconnu sur le fond comme un élément de visibilité pour les interlocuteurs de l'Etat.

1.3.2. L'utilisation du PRIAC comme support de dialogue entre services de l'Etat reste encore perfectible

- [633] Le dialogue entre la DRASS et services de l'Etat intéressés par le contenu de la programmation du PRIAC en est encore à ses débuts.
- [634] Le lien entre politique de l'emploi et PRIAC est peu développé dans les relations entre la DRASS et la DRTEFP. Compte tenu des tensions existantes dans le domaine de l'offre, il devrait être renforcé à l'avenir, en matière d'accompagnement de demandeurs d'emploi en phase de reconversion professionnelle ou pour l'engagement de formations vers les métiers du secteur médico-social, ce d'autant que l'évaluation du besoin sera prochainement affinée avec le Conseil régional de Bourgogne.
- [635] Sans disposer de plus de précisions, la DRASS indique avoir été en contact avec la Direction régionale de l'équipement pour accompagner les opérations de création de structures nouvelles en matière notamment de dispositifs d'aide au financement des projets (PLS), aides s'ajoutant le cas échéant au concours du plan d'aide à l'investissement (PAI).
- [636] Le dialogue avec l'éducation nationale, notamment pour harmoniser le déploiement des postes d'auxiliaires de vie sociale (AVS) et de classes d'intégration avec le développement des SESSAD n'est pas pour l'heure engagé au plan régional, l'éducation nationale ne disposant d'un référent régional que depuis le début de 2009. Ce dialogue est organisé à l'initiative des DDASS, dans les départements avec les inspections académiques.
- [637] L'agence régionale de l'hospitalisation (ARH) n'est que partiellement associée aux travaux d'élaboration du PRIAC. Sa contribution n'est sollicitée essentiellement que dans le cadre du comité de pilotage du PRIAC, improprement qualifié ainsi, lequel se réunit une fois par an.

1.3.3. Le PRIAC en tant qu'outil permettant la concertation entre l'Etat et les collectivités territoriales sur l'évolution de l'offre médico-sociale

- [638] En Bourgogne, le PRIAC sert partiellement, aujourd'hui, d'outil de dialogue avec le Conseil régional et les Conseils généraux.
- [639] Les échanges avec le Conseil régional portent, comme indiqué précédemment, sur l'évaluation des besoins en formation. La DRASS renseigne l'annexe du PRIAC relative aux ressources humaines. Cette annexe n'a pas encore été utilisée dans un but opérationnel afin de repérer le goulet d'étranglement que pourrait constituer l'absence de professionnels au moment de l'ouverture de structures programmées dans le PRIAC. Un partenariat a été négocié avec la Région, sous forme d'un cofinancement d'étude, afin d'évaluer les besoins en personnels dans le secteur médico-social, notamment dans la perspective de l'actualisation du PRIAC pour les années 2010 à 2013. Cette approche est essentielle, car différents interlocuteurs de la mission ont fait état de problèmes de recrutement, notamment, mais pas exclusivement, en milieu rural.

- [640] Le dialogue avec les Conseils généraux est institué à deux niveaux, d'une part au sein du CROSMS¹⁵³, d'autre part dans le cadre du comité de pilotage du PRIAC. Mais les échanges n'ont lieu qu'au moment de la présentation des options de programmation. Le travail de concertation est plutôt assuré en amont par les DDASS. Cependant, les options des Conseils généraux, parfois après une phase d'expression très critique pour certains, sont actuellement prises en ligne de compte au vu des besoins estimés. C'est ainsi que le PRIAC, à compter de 2011, ne programme plus de places d'EHPAD dans la Nièvre compte tenu de la volonté du Conseil général de ce département de marquer une pause après une phase de financement soutenue de nouvelles installations pour personnes âgées. A l'inverse, le département de Saône et Loire, très volontariste en la matière, est désormais accompagné par la programmation du PRIAC de 2009 à 2013.
- [641] Il reste que pour la programmation couvrant la période 2012-2013, où, conformément aux instructions de la CNSA, il convient de présenter l'état des besoins à moyen terme, la formalisation du dialogue avec les Conseils généraux n'a pas dépassé celle de la transmission du document et du débat en CROSMS. Ceci est probablement lié au degré d'incertitude qui entoure la réalisation d'une programmation ambitieuse pour cette phase de définition du PRIAC. Une telle concertation serait pourtant opportune, alors qu'actuellement, les Conseils généraux rencontrés par la mission s'interrogent fortement, en particulier pour le secteur des personnes âgées, sur leurs possibilités, à moyen terme, de dégager des marges de manœuvre en crédits.
- [642] Au plan régional, c'est surtout dans le dialogue avec les représentants des institutions siégeant au CROSMS que le PRIAC a été vécu comme un outil utile et jugé désormais indispensable.

1.3.4. Le PRIAC comme outil d'expression des priorités de l'Etat devant les usagers et des opérateurs

- [643] La démarche mentionnée précédemment, initiée par la DRASS de Bourgogne en 2008, a permis d'engager un dialogue, essentiellement avec les représentants des organisations représentatives des institutions et services médico-sociaux (UNIOPSS, SYNERPA, CCAS,...). Ce dialogue a permis de débattre en amont de la publication du PRIAC et s'est traduit par une contribution de ces institutions à la réflexion sur la préparation du PRIAC. Comme indiqué précédemment, la constitution récente de ce groupe ne lui a pas permis d'intervenir en profondeur sur la définition des besoins, en amont de l'élaboration du PRIAC. Mais l'intérêt à terme du procédé repose sur la capacité de ce groupe à développer des analyses communes, renforçant ou accompagnant le propre travail d'expertise des services de l'Etat.
- [644] Le fait que le PRIAC 2009-2013 ait été adopté à l'unanimité des membres du CROSMS atteste de l'intérêt de l'option participative retenue par la DRASS. Il serait cependant, du point de vue de la mission, prématuré de transposer intégralement cette expérience au plan national, dont le résultat n'est convaincant que si les partenaires associés démontrent leur capacité à développer une certaine expertise ainsi qu'à dégager et défendre des priorités de programmation.
- [645] Cette attitude de la DRASS a sans doute permis la compréhension, par la plupart des instances représentatives des porteurs de projet, de l'inversion de la logique actuelle de classement de l'ordre des opérations. En effet, il arrive désormais que ce soit l'inscription d'une opération au PRIAC, ainsi que son financement prévu en mesures nouvelles ou en enveloppe anticipée, qui précède le dépôt de sa demande d'autorisation pour avis du CROSMS.

¹⁵³ Mais tous les départements ne sont pas représentés au CROSMS.

[646] La visibilité assurée par la programmation d'opérations à réaliser figure, en effet, parmi les avantages concrets du PRIAC aux yeux des promoteurs. Cette visibilité est reconnue par le fait que la DRASS, pour la première phase du PRIAC 2009-2011, dresse des priorités en évaluant les montants qui pourraient être attribués à la région en fonction des dotations historiques dont elle a bénéficié. Egalement, la notification d'enveloppes anticipées de 2010 à 2012 permet de confirmer les orientations prioritaires du PRIAC. La difficulté de l'exercice est plus importante en fin de programmation car la DRASS a opté pour une programmation offensive dans l'hypothèse d'un financement plus conséquent que ce qui pourrait être attendu (par exemple, s'il est notifié le financement d'opérations sur la « réserve nationale »).

1.3.5. Des retards se manifestent dans la mise en œuvre des PRIAC

[647] Cet aspect de la gestion des PRIAC sera développé dans la partie du compte rendu qui traite de la situation observée en Côte d'Or et en Saône et Loire en observant la chronologie du déroulement de quelques opérations.

[648] Les causes de retard dans les installations ou de délais importants entre financement et réalisation des opérations sont de plusieurs ordres.

[649] Le dispositif des enveloppes anticipées, mis en place dès 2007, n'a pas été suffisamment compris dans un premier temps par les DDASS, comme permettant d'autoriser des opérations sachant que le financement de leur réalisation était assuré sur les exercices à venir.

[650] Comme évoqué précédemment, un décalage s'opère parfois entre dates de financement et dates d'autorisation. Des opérations financées ont dû attendre l'avis du CROSMS et disposer de l'arrêté d'autorisation nécessaire à leur lancement.

[651] Le recours à des modalités d'autorisation fractionnée en fonction du nombre de places financées, explique aussi le phénomène. On peut citer le cas d'une maison d'accueil spécialisée de la Nièvre gérée par un établissement de santé mentale dont le délai d'ouverture est incertain.

[652] Le CHS de La Charité sur Loire est autorisé à ouvrir une MAS de 105 places, dont 60 sont issues de la transformation de lits relevant du secteur sanitaire, avec apport du financement correspondant dans le cadre de la fongibilité, et 45 sont à créer ; le financement de ces 45 places est étalé sur 7 années : en 2007, 3 places ont été financées et il en a été de même en 2008 ; un arrêté du 26 juin 2009 a donc autorisé l'opération à hauteur de 6 places, suite à un avis favorable du CROSMS émis le 16 avril 2009 et portant sur les 45 places ; dans le PRIAC en cours, le financement de 20 places est prévu en 2012 et celui des 19 dernières places en 2013 ; aujourd'hui, les sommes correspondant au financement des 6 premières places sont dans la base départementale de la Nièvre et la DDASS dispose ainsi de crédits non reconductibles. Ainsi, des crédits non utilisés resteront-ils en attente jusqu'au moment où la création de places complémentaires débloquera la situation¹⁵⁴.

[653] Les difficultés peuvent aussi venir des promoteurs. Il peut se produire qu'un porteur de projet, et ceci concerne en particulier des structures associatives dont les instances et la direction sont renouvelées, renonce à réaliser une opération pourtant financée. Le plus souvent, ce sont les projets de construction qui peinent à aboutir. Il peut s'agir d'un problème foncier (le terrain prévu n'étant plus disponible), mais surtout, il est observé un retard dans l'exécution des travaux. Les composantes du secteur médico-social, à savoir de nombreuses associations de taille modeste, n'ont pas toujours l'expérience, voire la compétence nécessaire, en matière de maîtrise d'ouvrage. Dans le meilleur des cas, s'agissant d'opérations de construction, le délai de réalisation est de trois ans.

¹⁵⁴ Ce dossier est d'autant plus complexe qu'on se situe dans le cadre d'un transfert d'activité entre secteur sanitaire et secteur médico-social (ce qui aurait justifié des transferts d'enveloppe) et que la création de nouvelles places de MAS va accentuer les déséquilibres interdépartementaux, la Nièvre étant le département le mieux doté en région Bourgogne pour ce type d'équipement.

[654] Enfin, il peut se produire des difficultés de recrutement de personnel retardant une ouverture ou du moins conduisant à des ouvertures partielles. L'adjointe au maire de Dijon, en charge des affaires sociales, rencontrée par la mission, évoque le cas d'un EHPAD pour personnes très dépendantes demeurant en sous capacité en l'absence de personnel qualifié.

2. L'ELABORATION ET LE SUIVI DU PRIAC EN SAONE ET LOIRE, DANS UNE OPTIQUE DE RATTRAPAGE DES RETARDS D'EQUIPEMENT

[655] Le département de Saône et Loire présente la caractéristique d'une évaluation des besoins réalisée séparément par la DDASS (pour préparer le PRIAC) et par le Conseil général (pour préparer ses schémas), même si des données sont partagées. La préparation du PRIAC s'effectue dans un contexte de souhait de rattrapage par le Conseil général d'un retard d'équipement pour le secteur des personnes âgées (places d'hébergement et de SSIAD) et dans une moindre mesure pour le secteur des adultes handicapés.

2.1. La démarche de programmation des équipements et services médico-sociaux retenue par le Conseil général

[656] Le Conseil général de Saône et Loire est en phase d'élaboration du schéma gérontologique et du schéma des personnes handicapées, le schéma actuel venant à expiration en 2010¹⁵⁵. Pour ce faire, les services du Département ont dressé le bilan de l'existant et évaluent les besoins par bassins de vie. C'est au vu des orientations découlant du schéma qu'il engage la concertation avec l'Etat en vue de l'inscription au PRIAC des opérations qu'il juge prioritaires.

2.1.1. Une programmation des équipements par bassins de vie

[657] Le Département dresse le constat d'une situation hétérogène au plan infra départemental ainsi que celui d'une expression des besoins et d'une réponse aux besoins parcellisées entre institutions et établissements d'accueil.

[658] Dans le secteur des personnes âgées, cette situation se traduit par une sous-occupation de certains EHPAD, principalement ceux exploités par le secteur commercial, pour des raisons de localisation géographique et de coût de l'hébergement. En revanche, différents secteurs du département sont en sous-équipement, d'où la volonté d'un rattrapage en places d'hébergement et de soins à domicile.

[659] Dans le secteur des personnes handicapées, l'accent est mis sur les insuffisances en foyers médicalisés, essentiellement pour adultes. Le constat opéré est celui du vieillissement de la population accueillie, laquelle requiert de nouvelles formes de prise en charge. Egalement, la question du handicap psychique et plus globalement celle de la prise en charge dans le secteur médico-social de personnes accueillies jusque là en services de psychiatrie devient, pour le Conseil général, préoccupante.

[660] Pour apprécier les besoins, le Département, en concertation avec la DDASS, s'est fondé sur des études de pression de la demande. L'appréciation de cette pression s'est faite par utilisation d'éléments statistiques fournis notamment par la DRASS de Bourgogne¹⁵⁶ et sous forme d'enquête un jour donné concernant les listes d'attente pour l'admission en établissement ou en service d'accompagnement à domicile.

¹⁵⁵ Un schéma spécifique aux enfants handicapés couvre par ailleurs la période 2004-2009. Source : DRASS de Bourgogne.

¹⁵⁶ Sollicitée notamment pour disposer de données relatives aux projections démographiques.

- [661] La pression de la demande est appréciée après découpage du département en dix bassins de vie. Le besoin est défini selon une logique de trajectoire des personnes dans les territoires en fonction de la nature de leur handicap ou de leur degré de dépendance, et en termes de service à mettre en place. Le département récuse, en effet, une vision segmentée du parcours de l'utilisateur, qui doit pouvoir trouver au sein de son bassin de vie une prise en charge soit à domicile, soit en institution. Pour autant, certains équipements ont une vocation départementale, comme par exemple la création attendue d'une MAS pour handicapés psychiques.
- [662] Ainsi dans le secteur des personnes âgées, le Département relie aide à domicile, favorisée par le bénéficiaire de l'APA, soins à domicile et accueil en EHPAD. A l'issue de deux études importantes réalisées en 2007, il vise, selon ses propres termes, une « convergence » des modes de prise en charge dans les différents bassins de vie.
- [663] Dans le secteur des personnes handicapées, l'approche est similaire. La première difficulté à résoudre, au vu des listes d'attentes (épurées des doubles comptes), est celle de l'accueil des handicapés actuellement sans prise en charge.
- [664] Pour le secteur des personnes âgées comme pour celui des personnes handicapées, le Département déplore de ne pas disposer des outils statistiques voulus, les éléments communiqués par la DRASS lui paraissant insuffisants. Il regrette aussi de ne pas pouvoir bénéficier de retours d'expérience de la CNSA pour apprécier les besoins. Les problèmes rencontrés par la MDPH pour renseigner sur les besoins sont aussi illustratifs de son point de vue d'une situation où l'absence d'éléments précis sur les orientations requises, rend la programmation plus difficile à établir.
- [665] Néanmoins, avec les outils existants, le Département s'est fixé un certain nombre d'objectifs qui seront déclinés en orientations. Après étude de divers scénarios (maintien de l'existant, programmation resserrée, développement volontariste des services) le Département a fait le choix d'un schéma ambitieux en termes de création de places, jugeant devoir répondre aux besoins de prise en charge des personnes âgées et des personnes handicapées qui ne sont pas satisfaits actuellement au plan quantitatif et qualitatif. Cette réponse aux besoins sera sélective pour pouvoir desservir en priorité les bassins de vie sous dotés.
- [666] Dans le secteur des personnes âgées, par exemple, l'accent est mis sur une bonne répartition de l'habilitation à l'aide sociale selon les bassins de vie et sur la disponibilité d'un taux d'encadrement en personnel répondant aux enjeux de l'accueil des plus dépendants (0,65 ETP par place).
- [667] Dans le secteur des personnes handicapées (enfants et adultes), les objectifs affichés sont ceux de la médicalisation des établissements et de la diversification des équipements en fonction du degré et de la nature des handicaps.
- [668] Pour orienter les personnes et leur entourage, le département veut développer une politique du guichet unique. Cette politique est sous-tendue par une volonté d'offrir sur un territoire, à partir d'un point d'entrée identifié, un panel de services. La création de services qui font défaut sera assurée sous forme d'appel à projet.

2.1.2. Le Conseil général va lancer des appels à projet

- [669] A l'appui de son schéma médico-social et social, le Département veut prendre l'initiative d'une bonne adéquation de l'offre aux besoins existants ou émergents. Il dresse le constat d'un émiettement de l'offre existante comme d'un déficit de coopération entre les différents intervenants auprès des usagers. Il s'inquiète aussi de la fragilité de certains acteurs, souvent isolés d'autres opérateurs. Les difficultés récentes de gouvernance de certaines associations sont venues renforcer l'appréciation que divers offreurs n'avaient pas la masse critique suffisante ou mutualisaient peu leurs compétences avec d'autres partenaires potentiels.
- [670] C'est pourquoi, dès 2010, le Département souhaite lancer trois appels à projet (dans le secteur des personnes handicapées comme dans le secteur des personnes âgées) pour doter des bassins de vie d'équipements qui leur font défaut.

2.2. La DDASS de Saône et Loire instruit le PRIAC en fonction des objectifs du schéma départemental et au vu de ses propres indicateurs de besoin

[671] La DDASS de Saône et Loire, dans la programmation financière des créations ou transformations de services médico-sociaux, se fonde sur le schéma départemental (ou la définition de priorités concertées avec le Département¹⁵⁷) pour ce qui concerne les compétences partagées avec le Conseil général et elle procède pour le reste à une analyse spécifique des besoins, appréhendés par arrondissements.

2.2.1. Les besoins en équipements et services sont évalués au moyens d'outils développés à l'échelon départemental

[672] Très clairement, la DDASS indique ne pas s'appuyer sur les outils de la DRASS pour programmer les opérations qu'elle juge prioritaires. Elle a entrepris depuis 2008 un travail de définition et de production d'indicateurs de référence lui permettant de travailler à l'élaboration du PRIAC et d'organiser la concertation avec le Conseil général sur le schéma médico-social.

[673] Le niveau territorial retenu pour estimer le besoin est celui de l'arrondissement dont le périmètre correspond, selon la DDASS, à l'aire naturelle d'utilisation de services par les habitants du département.

[674] Ainsi en phase de « concertation technique » du PRIAC avec le Département et les représentants des institutions médico-sociales, elle a présenté, en décembre 2008, différents indicateurs par arrondissements pour le secteur des personnes âgées, mettant en perspective la situation de ces arrondissements avec celle observée pour l'ensemble du département et en région Bourgogne, voire avec celle observée au plan national.

[675] Ces indicateurs sont par exemple :

- les taux d'équipement globaux, existants et projetés en 2012, en lits et places ;
- le parc en places pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer dans le dispositif général de prise en charge des personnes âgées ;
- le taux d'équipement en places de SSIAD.

[676] La détermination du nombre de places nécessaires (d'hébergement et de service à domicile) s'est faite, selon une approche « classique », celle du taux d'équipement, calculé en fonction de l'évolution estimée de la population âgée à l'horizon 2012, tout en prenant en compte les éléments de cadrage financier proposés par la DRASS. Pour les EHPAD, le diagnostic des territoires prioritaires a été partagé avec le Conseil général. Ce diagnostic conjoint a été rendu plus difficile pour les SSIAD, compte tenu de l'approche différente entre l'Etat et le Conseil général du périmètre des territoires pertinents.

[677] La DDASS reconnaît les limites de l'entreprise. Elle indique qu'il serait souhaitable de disposer d'une méthodologie commune avec le niveau régional (la DRASS) et avec la CNSA. Par ailleurs, les données infra départementales ont fait l'objet d'un traitement local sans compétences techniques en matière de statistiques et il peut donc y avoir des biais. Plus largement, faute notamment d'évaluation exacte de la demande (les listes d'attente présentées par les institutions n'étant pas pertinentes), la définition du besoin et la programmation qui en découle souffrent d'une forme d'imprécision.

¹⁵⁷ Se référant à un découpage par arrondissements à la différence du Conseil général qui s'appuie sur une analyse de besoins par bassins de vie, il lui faut trouver des points d'accord avec ce dernier pour retenir les priorités de programmation.

- [678] C'est dans le secteur du handicap que la programmation présente un nouveau visage à travers la détermination d'objectifs-cible en matière d'équipements. Les indicateurs sont cependant usuels. Il s'agit en premier lieu des taux d'équipements rapportés à la population. L'effet de l'évolution démographique conduit mécaniquement à faire apparaître soit un besoin supplémentaire, soit un desserrement du besoin en places, à équipements constants. En second lieu, les besoins en places sont évalués par traitement des listes d'attente en utilisant une enquête de la CNSA en septembre 2008 (personnes sous « amendement Creton ») et une enquête du Conseil général, réalisée la même année¹⁵⁸.
- [679] L'observation des listes d'attente a été croisée, pour le secteur des enfants handicapés, avec les données dont dispose l'inspection académique. Ceci a permis de recouper, en ordres de grandeur, les informations concernant les besoins de prise en charge spécifique, au regard par exemple du nombre d'enfants suivis et scolarisés de manière inadéquate en milieu ordinaire ou bien du nombre d'enfants scolarisés mais ne disposant pas d'un soutien médico-social.
- [680] Toujours dans le secteur du handicap, il a été réalisé une étude sur les personnes avec handicap psychique majoritaire, orientées dans un service inadéquat au centre hospitalier de Mâcon. Mais la DDASS indique qu'il lui a été difficile d'extrapoler les réorientations à programmer au niveau du département.
- [681] Cette approche des besoins par croisement de données et informations (équipements existants, évaluation quantifiée de la demande en éliminant les doublons) a permis à la DDASS de déterminer des objectifs cibles. Ces objectifs cibles n'ont pas été d'emblée exprimés en places programmées. Le nombre de ces places programmées a été estimé afin de tenir dans « l'épure » du PRIAC.
- [682] La DDASS a également procédé à des études de desserte géographique effective de la population par les SSIAD en 2008. Il apparaît que, si le territoire départemental est apparemment couvert par ces services, leur aire d'évolution réelle est plus restreinte, de véritables « zones blanches » apparaissant¹⁵⁹ en lisière de leurs territoires d'intervention.

2.2.2. Une analyse partagée avec le Conseil général de la nécessité de susciter une offre adaptée

- [683] Même si la détermination des besoins fait l'objet d'une instruction séparée, DDASS et Conseil général se concertent sur la définition des priorités d'équipement ; des rencontres mensuelles ont lieu pour faire un point de situation. Le constat a été fait conjointement d'un déficit en promoteurs, de la fragilité d'une partie du milieu associatif, de l'absence de desserte de certaines zones. A ce titre, la programmation du PRIAC implique, du point de vue de la DDASS, de devoir travailler en amont. Elle indique que l'on passe d'une liste de projets à examiner à une identification des territoires prioritaires.

2.3. L'évaluation du PRIAC dans le département de la Saône et Loire et le lien avec la programmation du Conseil général

- [684] Le PRIAC, en tant qu'outil de programmation, est perçu de façon mitigée par les interlocuteurs de la mission. Pour le Conseil général, la nature de l'outil importe peu, l'essentiel, à ses yeux, étant de connaître à l'avance le rythme de réalisation des engagements de l'Etat. Du point de vue de la DDASS, l'outil est d'un maniement complexe, mais il présente l'avantage de constituer un cadre ou du moins un support d'échange avec le Conseil général.

¹⁵⁸ 238 personnes étaient en attente d'une place en FAM.

¹⁵⁹ Deux cartes ont été transmises à la mission : une où les SSIAD couvrent l'ensemble du territoire départemental, une autre où l'aire réelle d'évolution des SSIAD est mentionnée, révélant des secteurs non couverts.

- [685] Cependant c'est plus le mécanisme des enveloppes anticipées qui reçoit l'assentiment tant du Conseil général que de la DDASS, car il offre la possibilité d'engager réellement les opérations à réaliser. Le préfet du département, rencontré par la mission, souligne cette avancée qui lui permet de préciser les engagements de l'Etat, en s'extrayant par ailleurs d'une vision trop locale de l'affirmation des besoins, à travers l'objectivation des propositions de programmation du PRIAC.
- [686] Pour ce qui concerne les objectifs poursuivis par la CNSA, selon le Conseil général et les services de la DDASS, le PRIAC n'est pas apparu, du moins jusqu'en 2009, comme un instrument de correction des inégalités infrarégionales. Ils estiment tous deux que ces corrections se font au coup par coup et que les arbitrages du PRIAC à l'échelon régional conduisent à préserver une enveloppe pour chaque département pour des raisons, avancées par les DDASS, de « soutenabilité » de la programmation régionale¹⁶⁰.
- [687] Le constat de l'instruction du PRIAC posé par le Conseil général est celui d'une absence de concertation au plan régional. Comme la DDASS, il émet le vœu aussi de disposer de meilleurs outils de définition du besoin.
- [688] Pour le proche avenir, le Département, confronté à une stagnation de ses ressources, exprime de grandes inquiétudes sur la possibilité d'accompagnement du PRIAC pour la part qui lui revient. S'il maintient l'option d'un scénario ambitieux d'équipement, il indique devoir être contraint à une forte sélectivité sur les projets à réaliser.

2.4. Les exemples d'opérations étalées dans le temps et inscrites au PRIAC

- [689] La mission a examiné plus précisément deux dossiers qui permettent d'observer les délais de réalisation d'opérations autorisées graduellement.

2.4.1. Le cas de l'extension de l'ITEP¹⁶¹ de Buxy

- [690] En 2002, le constat est établi que cet établissement d'une capacité initiale de 24 places et géré par la mutualité française de Saône et Loire, doit exercer une partie de ses activités dans l'agglomération chalonaise pour une capacité de 20 places supplémentaires.
- [691] Le dossier d'extension reçoit un avis favorable du CROSMS en septembre 2003 pour une extension de 20 places en agglomération chalonaise à destination des jeunes âgés de 16 à 20 ans. Le coût du projet est évalué à 653 265 €
- [692] Le dossier reste en instance jusqu'en 2006, faute de financements. Parallèlement, interviennent les dispositions de la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 et celles du décret n° 2005-11 du 6 janvier 2005 relatif aux conditions d'organisation et de fonctionnement des ITEP.
- [693] En 2006, est pris un arrêté d'autorisation d'augmentation de la capacité de l'ITEP de 5 places en semi-internat, comprenant un dispositif d'accompagnement spécifique (DAS). Ce dispositif, permettant une prise en charge adaptée et individuelle de jeunes présentant des troubles psychiques, est mis en place en septembre 2006. Un premier financement de trois places, auquel s'ajoute un renforcement en personnel, intervient à hauteur de 220 000 €
- [694] En 2007, le projet initial est revu. La typologie de la population accueillie ayant évolué, le service accueille peu de jeunes majeurs et les personnes prises en charge sont le plus souvent accueillies en milieu ordinaire. Toutefois, au titre du projet initial, 9 places sont notifiées par anticipation pour un financement en 2009.

¹⁶⁰ Auprès des préfets et des Conseils généraux, selon les DDASS. Toutefois, comme il est indiqué plus haut, le préfet de Saône et Loire a indiqué à la mission que le PRIAC lui paraît plus cohérent dans sa conception que la procédure antérieure où on assistait à un saupoudrage encore plus important sans justification technique des arbitrages exercés.

¹⁶¹ Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique.

- [695] En 2008, l'établissement présente au CROSMS un dossier modifiant le projet d'extension de l'ITEP en privilégiant l'hébergement en appartements plutôt qu'en internat ainsi qu'un dossier de création d'un dispositif d'accompagnement spécifique de 12 places dans l'agglomération chalonaise. L'établissement obtient en juin 2008 l'extension de 15 places supplémentaires d'ITEP par arrêté préfectoral, du fait du financement de 6 places en mesures nouvelles et du financement de 9 places notifiées en 2007. Le coût du projet initial était, après actualisation, de 723 468 € et le coût du projet modificatif passe à 816 660 €
- [696] En avril 2009, le dossier réactualisé est à nouveau présenté en CROSMS. Deux arrêtés préfectoraux sont pris le même mois, autorisant l'extension de 20 places ainsi que la création d'un DAS de 9 places à compter de 2011. En septembre 2009, l'extension est réalisée sous la forme de 10 places d'hébergement en appartement et d'un dispositif de suivi et d'accompagnement à l'insertion et d'aide à domicile (DSAIAD) pour le suivi de 10 jeunes en milieu ordinaire en amont et en aval de l'ITEP. Deux places complémentaires sont financées en mesures nouvelles 2009 pour un montant de 94 000 €
- [697] A la fin de 2009, le projet est intégralement financé et réalisé (sauf pour le DAS, qui bénéficie d'une enveloppe anticipée pour réalisation en 2011).
- [698] On voit que le projet a mis sept ans pour aboutir dans son intégralité ; cependant, ce délai a permis, pour partie, de revoir des orientations qui n'auraient pas été conformes au besoin. Le fractionnement des autorisations n'a permis qu'une réalisation partielle en septembre 2006 et en septembre 2008. Toutefois, le financement par anticipation pour 2009 a été tiré à profit par l'établissement pour organiser l'ouverture de toutes les places en septembre 2009. Cette ouverture a pu se réaliser dans les délais parce que le recours à la location a été préféré à une décision de construction.

2.4.2. Le cas du centre gérontologique chalonais, dépendant du centre hospitalier de Chalon-sur-Saône

- [699] Le centre hospitalier de Chalon-sur-Saône dispose de 180 lits pour personnes âgées qui constituent le centre gérontologique chalonais et qui sont situés dans des bâtiments présentant un grand état de vétusté. La décision de les reconstruire a donc été prise et, début 2008, le projet est prêt, incluant une extension de 90 lits pour répondre aux besoins et pour permettre un abaissement du niveau du tarif hébergement qui sera mis à la charge du résident ; au total, le projet compte donc 270 lits. Pour réaliser l'opération, les responsables du centre hospitalier décident de recourir aux techniques du partenariat public-privé et du bail emphytéotique hospitalier, ce qui a notamment pour avantage que les coûts liés à l'opération sont sans incidence sur les résidents actuellement accueillis puisqu'ils n'apparaîtront qu'à l'ouverture du nouvel établissement.
- [700] Le programme est définitivement arrêté à la fin de 2008 et la commission d'examen des candidatures se réunit en janvier 2009 ; sur les 7 dossiers qu'elle étudie, elle choisit d'en éliminer 4 et de poursuivre la mise en concurrence avec 3 d'entre eux. L'offre finale doit être remise en janvier 2010 et tout le montage exige un strict respect des délais, tant de la part du consortium qui sera finalement choisi que de la part des responsables du centre hospitalier : une fois l'opérateur retenu, fin janvier 2010, le chantier doit démarrer rapidement, pour une livraison fin 2012 des 15 000 m² prévus au programme.
- [701] Parallèlement à la préparation de la construction, le dossier administratif progresse : la demande d'extension de 90 lits est déposée le 25 février 2009 et le CROSMS émet un avis favorable lors de sa séance du 11 juin 2009 ; le 2 juillet 2009, cet avis est officiellement notifié aux responsables du centre hospitalier qui en tirent la conséquence qu'au regard du dossier de consultation des entreprises qui vont concourir pour la construction, la tranche des 90 lits n'est plus « conditionnelle ». Or, le 14 août 2009, un arrêté n'autorise l'extension qu'à hauteur de 58 places, compte tenu des possibilités ouvertes par le PRIAC.

[702] Le nombre des lits autorisés pour l'extension, en l'occurrence 58, est déterminé au regard du financement disponible mais il ne correspond en rien à une tranche fonctionnelle ; concrètement, pour le centre hospitalier, il n'y a pas de différence entre une autorisation accordée à cette hauteur et un refus total de l'extension. Or, sans l'extension, le dossier n'est plus viable : s'il s'agit uniquement de la reconstruction des 180 lits autorisés, on doit craindre, d'une part, que les entreprises se retirent en exigeant les pénalités auxquelles elles peuvent prétendre (et il faudrait alors concevoir un nouveau projet pour la reconstruction puis reprendre l'ensemble de la procédure, ce qui se traduirait par le maintien en service des lits vétustes pendant encore de longues années) et, d'autre part, que le coût d'hébergement à la place soit supérieur à ce qu'autorise le Conseil général. Au jour où la mission a reçu le promoteur, le 18 novembre 2009, c'est tout l'équilibre de l'opération, voire sa réalisation même, qui est donc très gravement menacé.

3. L'ELABORATION ET LE SUIVI DU PRIAC EN COTE D'OR

3.1. *Le Conseil général estime que, si ses projets sont pris en compte dans le PRIAC, ils souffrent toutefois d'une mise en œuvre différée*

[703] Le Conseil général de Côte d'Or est en phase de révision de ses schémas, dont celui des adultes handicapés qui, arrivé à échéance en 2005, a connu ainsi une période d'interruption importante¹⁶². Les schémas relatifs à l'enfance et aux adultes handicapés couvriront la période 2010-2014 ; le schéma gérontologique ira de 2011 à 2015. C'est dans ce contexte de programmation partielle par le Conseil général que s'est effectuée la mise en œuvre du PRIAC pour la période 2006-2008 et que le PRIAC 2009-2013 a été instruit.

[704] Concernant le secteur des personnes âgées, le schéma 2006-2010 visait notamment la création de 300 places d'EHPAD dans la zone du « grand Dijon » (dont des places pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer). Actuellement, pour ce secteur et pour les autres zones du département, en incluant les opérations programmées par le biais des enveloppes anticipées, ce sont 215 places qui seront créées à l'horizon 2011.

[705] Sur les 300 places souhaitées, 215 sont donc financées au PRIAC ; le Conseil général observe qu'il manque ainsi 85 places ; il estime en outre qu'il faudrait en plus créer 89 places en EHPAD et 84 autres spécifiquement pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ; en ajoutant quelques extensions de petite dimension, près de 300 places seraient encore nécessaires, qui ne sont pas programmées au PRIAC 2009-2013.

[706] Le Conseil général regrette ce décalage dans le temps, même si le dispositif des enveloppes anticipées lui a permis d'assurer la programmation financière de bon nombre d'opérations de construction ou d'extension d'établissements.

[707] Dans le cadre du prochain schéma gérontologique, le Conseil général va établir sa programmation, certes en fonction des besoins des territoires déficitaires, mais aussi en prenant en compte le coût de l'hébergement mis à la charge des résidents et de l'aide sociale. Son objectif est de négocier auprès des institutions, essentiellement à but lucratif, dont les prix de journée dépassent 70 € une habilitation à l'aide sociale sur tarifs plafonnés. Par ailleurs, une aide à l'investissement est accordée à hauteur de 7 000 € la place.

¹⁶² Les raisons avancées par le Conseil général sont les incertitudes présidant à la mise en œuvre de la loi de février 2005 et, notamment, l'investissement privilégié dans la mise en place de la maison départementale des personnes handicapées.

- [708] Concernant l'appréciation des besoins, le Département utilise les données traitées par la DRASS. Il observe, pour les nouvelles ouvertures d'EHPAD, une montée en charge laborieuse : il faut parfois une année pour atteindre un taux de remplissage satisfaisant. Cette situation serait liée, certes à des tensions sur le marché de l'emploi dans le secteur de Dijon, mais aussi à une forme de saturation des équipements, dans un contexte de tarifs d'hébergement jugés élevés par les résidents potentiels et leur entourage. De son point de vue, la notion de liste d'attente est inopérante pour apprécier les besoins, au regard des doublons observés et d'une pratique de l'inscription de précaution. Le Conseil général constate par ailleurs l'effet de l'APA à domicile, dont le nombre des bénéficiaires progresse régulièrement, ce qui peut expliquer, de son point de vue, une réduction de la pression de la demande d'hébergement.
- [709] Il formule des inquiétudes sur sa capacité à poursuivre, à terme, l'accompagnement de la création ou de la transformation de places, compte tenu d'une baisse de ressources envisagée et de la progression tendancielle de ses charges.
- [710] Dans le secteur du handicap, le Conseil général exprime la difficulté d'appréhension des besoins, d'autant que la MDPH n'est pas en mesure, à partir des orientations qu'elle prononce, de dresser un état de la demande¹⁶³.
- [711] Concernant les adultes, deux types de préoccupations s'expriment :
- la première est relative à la prise en compte du vieillissement des personnes et en particulier celui des retraités des établissements et services d'aide par le travail (ESAT). Dans ce cadre, il y a débat, à son avis, entre le recours à l'hébergement dans une unité adaptée d'EHPAD, ce qui semble être plutôt l'option qu'il retient, et le maintien ou l'accueil dans un foyer adapté. Les considérations financières entrent en ligne de compte dans le choix entre ces deux options ;
 - l'accueil des personnes handicapées psychiques constitue le deuxième sujet de préoccupation. Le Conseil général estime qu'il existe une discontinuité entre encadrement sanitaire, en psychiatrie, et prise en charge médico-sociale, pour les patients « stabilisés ». Un début de réponse est apporté par la création et le développement de SAMSAH spécialisés par un opérateur départemental, le centre hospitalier spécialisé en psychiatrie, qui intervient en partenariat avec des associations du secteur médico-social. Mais le nombre de personnes potentiellement concernées (2 000), à prendre en charge en SAMSAH ou en foyer d'accueil médicalisé suscite des inquiétudes quant aux possibilités de financement.
- [712] Dans cette perspective, notamment, le département souhaite une clarification des orientations en maison d'accueil spécialisée (MAS) et en foyer d'accueil médicalisé (FAM).
- [713] Dans le secteur de l'enfance handicapée, le point soulevé est celui du passage à l'âge adulte des jeunes accueillis en ITEP et qui ne veulent pas, à leur majorité, intégrer une structure collective d'hébergement. C'est dans ce contexte qu'un besoin de services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) se manifeste et qui engendre un besoin de financement par le Département.
- [714] Enfin, parmi les évolutions souhaitées, notamment en vue d'orienter les personnes et d'appréhender globalement les besoins des personnes âgées et des personnes handicapées, le Conseil général envisage la création d'une maison départementale de l'autonomie. Il participa à ce titre à une expérimentation nationale. Cependant, les difficultés de financement de la MDPH, qui rencontre une situation déficitaire, peuvent compliquer la mise en place d'une telle structure.

¹⁶³ L'équipe de direction de la MDPH rencontrée par la mission indique avoir réussi à numériser l'ensemble des dossiers, mais ne pas avoir les moyens de les exploiter, faute de solution logicielle notamment.

3.2. *La programmation du PRIAC par la DDASS s'inscrit dans un souci d'obtention du maximum de moyens susceptibles d'être alloués au département*

- [715] La DDASS s'appuie sur les schémas existants pour effectuer sa programmation. La proposition de programmation du PRIAC est concertée avec l'éducation nationale et le Département avant qu'elle soit soumise à l'arbitrage interdépartemental.
- [716] Dans le secteur des personnes âgées, pour les PRIAC qui ont précédé l'année 2009 comme dans le cadre de la programmation 2009-2013, c'est l'objectif quantifié de création de 300 places, principalement en faveur du secteur du « grand Dijon », qui a été retenu.
- [717] Dans le domaine du handicap, les priorités vont vers la création de MAS pour personnes handicapées psychiques, par redéploiement de capacités du secteur sanitaire, vers la diversification de l'offre et la mise en œuvre des plans nationaux, dont le plan autisme.
- [718] Du point de vue de la DDASS de Côte d'Or, le PRIAC est la résultante d'arbitrages autour de la volonté de chacune des DDASS de Bourgogne de maximiser annuellement le niveau des crédits dont elle pourra disposer, fût-ce au détriment de la réalisation de certaines opérations à programmer ailleurs en priorité...
- [719] La mission prend ainsi le cas de la déprogrammation pendant deux exercices, en « cercle de compétence »¹⁶⁴ puis en CTRI, de places pour autistes permettant de solder une opération déjà engagée, trois places sur quinze ayant été précédemment autorisées. Cette déprogrammation aurait été effectuée, apparemment non pas pour des raisons d'opportunité, mais du fait de la perte de la « mémoire » du projet en l'absence de l'inspecteur référent soutenant le dossier.
- [720] Plus précisément, le 26 décembre 2005, un dossier est déposé par l'association « Les Papillons Blancs » pour l'ouverture à Beaune d'un établissement de 15 places pour enfants autistes, à financer entièrement par l'assurance maladie. Le caractère complet du dossier est établi et il reçoit un avis favorable à l'unanimité du CROSMS, lors de sa réunion du 11 avril 2006. Faute de financement, un arrêté de rejet est pris le 16 juin 2006 mais le dossier fait l'objet d'un « classement prioritaire » au sens de l'article L. 313-4 du code de l'action sociale et des familles. Une lettre en date du 7 juillet 2008 annonce à l'association que l'enveloppe des mesures nouvelles de 2008 permet d'ouvrir 3 places et, de fait, un arrêté antérieur de quelques jours (30 juin 2008) a autorisé la création de 3 places et en a maintenu 12 en « classement prioritaire ».
- [721] Dans le PRIAC pour 2007-2011, au titre des mesures nouvelles, 3 places figurent pour 2008, 4 pour 2009 et 8 pour 2010 ; l'association en prend connaissance en consultant le site internet de la DRASS. Mais, le dossier ayant, semble-t-il, été insuffisamment connu lors des discussions internes aux services de l'Etat, le PRIAC pour 2008-2012 décale les 12 places de 2009 et 2010 à 2010 et 2011 puis le PRIAC pour 2009-2013 reprend cet échéancier mais en plaçant cette fois-ci le projet non plus en priorité n° 1 mais en priorité n° 2, ce qui réduit les chances de le voir effectivement financé dans ce délai.
- [722] Au plan de la mise en œuvre du PRIAC, les autorisations ne sont accordées que lorsque l'ensemble des places sont financées. Ceci explique, pour partie, les retards de réalisation, d'autant que le mécanisme des enveloppes anticipées n'a été pleinement utilisé qu'à compter de l'exercice 2008. Les retards d'exécution peuvent être liés, aussi, à des désaccords avec le Conseil général sur le calendrier, voire l'opportunité de réalisation, d'opérations financées en exécution du PRIAC.

¹⁶⁴ Il s'agit de l'appellation, dans certaines régions, du groupe de travail technique rassemblant, sur des sujets donnés, des agents des DDASS et de la DRASS, en vue de soumettre au CTRI des propositions de décision.

3.3. *La coordination entre les services de l'Etat et du Département pour la mise en œuvre du PRIAC s'effectue en fonction des contraintes de chacun des partenaires*

- [723] La qualité des échanges et des relations entre le Conseil général et la DDASS est jugée très bonne des deux côtés.
- [724] Comme indiqué précédemment, la programmation du PRIAC est concertée avec le Conseil général, et une ou deux réunions de coordination se tiennent chaque année. L'avis du Département est sollicité sur les priorités d'inscription au PRIAC.
- [725] Le Conseil général, partageant d'ailleurs le point de vue des équipes de la DDASS, ne mise pas sur le PRIAC comme outil réel de programmation, compte tenu de l'incertitude qui pèse sur la réalisation des opérations projetées. Il préfère une planification stricte des opérations à financer conjointement. Il souhaite en effet maîtriser le niveau des financements à dégager annuellement. A cet égard, le dispositif des enveloppes anticipées lui semble plus opérant.
- [726] Cette approche peut expliquer les difficultés rencontrées par la DDASS dans la mise en œuvre du PRIAC. Certaines opérations financées en mesures nouvelles comme la création de SAMSAH ont dû être différées dans l'attente de l'accord du Département, qui ne souhaite pas, par ailleurs, délivrer des autorisations partielles.

3.4. *L'évaluation du dispositif du PRIAC en Côte d'Or*

- [727] Au total, le bilan du PRIAC, tel que décrit par le Conseil général et la DDASS, est plutôt mitigé. Ceci est lié au fait que ni l'un ni l'autre ne s'inscrivent dans une logique d'approche des besoins à définir, mais plus dans une perspective de cadrage financier d'opérations autorisées.
- [728] Le cadrage du PRIAC en première période comme le dispositif des enveloppes anticipées semblent mieux répondre aux préoccupations départementales. Par ailleurs, le décalage important dans le temps entre des objectifs quantifiés du schéma départemental et ceux retenus dans le PRIAC a contribué à conférer un caractère théorique à l'exercice de programmation financière de la CNSA.
- [729] Des retards ou des délais importants de réalisation figurent aussi parmi les difficultés rencontrées.
- [730] La mission a examiné le cas de la création d'un EHPAD du groupe commercial ORPEA et a retracé la chronologie de l'opération :
- dépôt d'un dossier en CROSMS, le 25 février 2005, pour une capacité de 98 places dont 48 places pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et 10 places d'accueil de jour ;
 - dossier déclaré complet le 4 mai 2005 ;
 - examen par le CROSMS le 16 juin 2005 et avis favorable ;
 - arrêté de refus de l'autorisation en date du 16 août 2005, en raison de manque de financement ;
 - arrêté d'autorisation partielle de 15 places, le 30 juin 2008. Cet arrêté a été pris après la notification du financement de 7 places au titre des mesures nouvelles, en application du PRIAC, en 2006, et de 8 places en 2007 ;
 - nouvel arrêté d'autorisation le 30 juin 2009 ; le nombre total de places autorisées est de 73 auxquelles s'ajoutent 10 places de jour financées au titre des enveloppes anticipées 2010 et 2011, les mesures liées au plan de relance étant également intervenues favorablement après deux années « blanches » en 2008 et 2009. Le projet complet pourra donc voir le jour en 2011, sous réserve du financement que le Conseil général devra apporter.

[731] Malgré les difficultés avancées de réalisation des opérations inscrites dans le PRIAC, l'approche retenue conjointement par l'Etat et le Conseil général et consistant à ne présenter qu'une programmation réalisable, peut placer le département en position favorable pour gérer le futur dispositif d'appel à projet. En effet, la détermination d'un calendrier de financement précis peut garantir aux postulants une bonne visibilité sur l'échéancier de financement des opérations projetées.

4. LE BILAN DE LA PROGRAMMATION ET DE L'EXECUTION DU PRIAC EN BOURGOGNE SUSCITE QUELQUES OBSERVATIONS

[732] L'expérience de la Bourgogne amène, dans la perspective d'une contribution au rapport de synthèse de la mission, à présenter quelques constats et à émettre quelques réflexions sur l'intérêt du PRIAC en tant qu'instrument de programmation financière de l'Etat dans le secteur médico-social.

4.1. L'outil PRIAC est décrié pour sa lourdeur d'emploi

[733] Le document du PRIAC en lui-même est difficilement lisible par les interlocuteurs de la DRASS et de la DDASS. Ceci est l'effet :

- d'une présentation par rubriques et thèmes où il est difficile de retrouver une opération dans son intégralité ; ainsi, on dissociera pour un EHPAD les places d'hébergement, les places dédiées aux patients atteints de la maladie d'Alzheimer et les places d'accueil temporaire ;
- d'une présentation glissante pluriannuelle où les financements d'une opération apparaissent de manière fractionnée, par exemple en 3 places de SAMSAH dans un territoire en année N, puis, le cas échéant, aucune place en N+1, puis 3 autres places en N+2, pour arriver en N+3 avec un nombre total de 14 places pour solder l'opération programmée.

[734] Il en résulte que la DRASS de Bourgogne utilise, préférentiellement à la maquette du PRIAC, le document d'accompagnement du PRIAC¹⁶⁵ pour éclairer le CROSMS, notamment sur la ventilation des projets existants ou à susciter.

[735] Pour les services des DRASS et des DDASS eux-mêmes, malgré les améliorations apportées au plan de la saisie informatique des informations, le renseignement du PRIAC, le suivi des mesures nouvelles qu'il contient et son actualisation demandent beaucoup de temps. Par ailleurs, les services sont conduits à utiliser sur tableur, à côté du document du PRIAC, des supports annexes par opération pour mieux visualiser la programmation annuelle en places et en niveaux de crédits.

4.2. La définition des besoins et l'expression des priorités de programmation ne font pas l'objet d'une instruction harmonisée au plan interdépartemental

[736] Si les DDASS et la DRASS se réunissent en « cercle de compétence », le travail commun ne porte que sur la préparation des arbitrages à rendre en matière de programmation du PRIAC et d'ajustement, le cas échéant, des propositions de la CNSA d'attribution des mesures nouvelles pour l'exercice à venir comme du montant des enveloppes anticipées entre départements. Il n'existe pas, en amont de la préparation du PRIAC, de méthode commune en termes d'outils d'évaluation des besoins ou de découpage géographique en territoires de programmation.

¹⁶⁵ Lequel est plus communément appelé « document d'orientation régionale (DOR) » dans d'autres régions.

4.3. Les questions des transferts d'activité et de la coordination entre le sanitaire et le médico-social ont un impact sur le PRIAC

- [737] La Bourgogne est confrontée aux nécessités de la reconversion d'activités du domaine de la santé mentale en dispositifs d'accueil pour handicapés psychiques. L'exemple évoqué précédemment de la MAS de la Charité sur Loire, dans la Nièvre, est parlant à cet égard.
- [738] Il amène à s'interroger sur la définition d'un taux d'équipement requis en MAS, du fait de l'entrée de nouveaux bénéficiaires dans le dispositif médico-social.
- [739] Egalement, se pose la question de la frontière existant entre financement sanitaire et financement médico-social. Il n'a pas été possible, ainsi, pour la Bourgogne d'obtenir un financement partiel d'une UEROS pour personnes cérébro-lésées en mesures nouvelles après inscription au PRIAC ; pour ce faire en effet, il aurait fallu une mobilisation conjointe d'un financement de l'ARH et d'un financement sur crédits médico-sociaux.
- [740] Au total, on observe que le PRIAC a permis de renforcer l'expertise de l'Etat dans la programmation des équipements et services médico-sociaux en Bourgogne. Si au niveau régional, la DRASS vise à donner une cohérence d'ensemble à ce dispositif, il apparaît que le PRIAC est encore partiellement mobilisé au plan départemental dans une logique d'obtention d'une enveloppe optimale. Les questions de transfert de financements du secteur sanitaire vers le secteur médico-social contribuent à fausser par ailleurs l'analyse de la correction des inégalités infrarégionales.

Observations de l'agence régionale de santé de Bourgogne

ars
 Agence Régionale de Santé
 BOURGOGNE



Dijon, le 19 AVR. 2010

La directrice générale de l'Agence régionale de santé de Bourgogne,

à

Monsieur le chef de l'Inspection générale des affaires sociales

DIRECTION GENERALE
 Département

Affaire suivie par : Cécile COURREGES
 Courriel : ars-bourgogne-direction-generale@ars.sante.fr

Téléphone : 03 80 41 99 90
 Télécopie : 03 80 41 99 60

Objet : Rapport relatif à l'évaluation des programmes interdépartementaux d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) : réponse de l'ARS Bourgogne dans le cadre de la procédure contradictoire.

Ref : votre courrier du 25 mars à la préfecture de région et de la Côte d'Or
 votre courrier du 25 mars à la préfiguration de l'ARS

PJ : réponse de l'ARS

Par courrier du 25 mars dernier reçu le 2 avril à la préfecture de région et le 7 avril dans mes services, vous avez transmis pour réponse dans le cadre de la procédure contradictoire, un extrait du rapport IGAS RM2010-033P sur l'évaluation des PRIAC et notamment la monographie de la région Bourgogne.

Vous trouverez ci-joint, la réponse de l'ARS faisant la synthèse des réponses des principaux services concernés par ce rapport, rencontrés à l'époque par la mission IGAS :

- Département des établissements médico-sociaux de la DRASS
- DDASS de la Côte d'Or
- DDASS de Saône et Loire

Dans un souci de clarté, la dénomination DRASS et DDASS de ces différents interlocuteurs est reprise pour bien distinguer leurs réponses.

Enfin, dans le cadre de l'élaboration du projet régional de santé, je serais particulièrement intéressée par les préconisations de la mission sur les améliorations à apporter au plan national et au plan régional figurant dans son rapport général et définitif.

La directrice générale de l'ARS Bourgogne


 Cécile COURREGES



Dijon, le 15 avril 2010

DIRECTION GENERALE

Département

Affaire suivie par : Cécile COURREGES
 Courriel : ars-bourgogne-direction-generale@ars.sante.fr

Téléphone : 03 80 41 99 90
 Télécopie : 03 80 41 99 60

**RAPPORT IGAS RELATIF A L'EVALUATION DES PRIAC:
 MONOGRAPHIE DE LA REGION BOURGOGNE**

**REPOSE DE L'ARS BOURGOGNE
 DANS LE CADRE DE LA PROCEDURE CONTRADICTOIRE**

§ 589 : les espoirs fondés sur la contribution des MDPH pour la connaissance des besoins des personnes handicapées et l'adéquation de leur orientation sont en effet déçus car seule la MDPH 21 élabore et transmet des données relatives aux personnes en attente de places sur le secteur enfants (mais elle n'est pas encore en mesure d'élaborer ces listes d'attente sur le secteur adulte) : il n'y a donc aucune agrégation régionale possible.

§ 590 : les informations de l'assurance maladie sont bien prises en compte et elles sont en cohérence avec la programmation : c'est ainsi que les données CRAM sur les montants par enfant consacrés à la prise en charge en CAMSP contribuent à favoriser les 2 départements les moins dotés, à savoir la Côte d'Or et la Saône et Loire (programmation du développement de la prise en charge en CAMSP en niveau 1 dans ces 2 départements ; la CNSA a notifié une enveloppe pour la Côte d'Or).

Par ailleurs, le PRIAC est en cohérence avec les informations fournies par les indicateurs médico-sociaux : on constate ainsi que la Saône et Loire, qui présente également un faible taux de places pour déficience intellectuelle (DI) en établissements, accueille dans ses structures une forte proportion de déficients intellectuels moyens ou profonds (d'où une programmation de structures DI sur ce département), alors que les établissements de la Nièvre et l'Yonne accueillent des DI légers dans une proportion plus importante.

§ 597 : la pression de la demande en hébergement comme en services à domicile pour personnes âgées est effectivement difficile à déterminer et le taux d'équipement d'un département ne peut être le seul critère d'appréciation des besoins. C'est ainsi que la Nièvre, sous dotée en places d'EHPAD, connaît des problèmes de fréquentation des établissements : le mode de vie rural et familial facilitant l'entraide et donc le maintien à domicile peut être une explication. Le conseil général et la DDASS de la Nièvre ont donc souhaité une pause à compter de 2011 dans la création de places nouvelles pour personnes âgées.

Par ailleurs l'absence d'habilitation à l'aide sociale de structures privées à but lucratif entraîne des coûts trop élevés pour les familles qui renoncent à l'inscription de leur parent âgé en établissement.

§ 598 : contrairement à ce qui est indiqué, les objectifs des départements ont été pris en compte pour l'élaboration du PRIAC non seulement sur le secteur personnes âgées mais aussi sur le secteur personnes handicapées (cf. p.149 à 161 du PRIAC 2009/2013: tableaux de cohérence entre les orientations des schémas départementaux et la programmation du PRIAC pour les personnes handicapées).

§ 599 et 703 : pour le § 599: il s'agit de schémas départementaux et non régionaux.

Par ailleurs, la DDASS de Côte d'Or précise que le schéma "enfance handicapée", existe bien même s'il est dénommé "orientations" : il couvre la période 2008/2012. Le schéma "adultes handicapés" est en phase de finalisation, le dossier devant être présenté à la commission sociale du conseil général en mai 2010.

§ 605 : le groupe de travail du CROSMS critique effectivement l'emploi systématique du taux d'équipement pour apprécier les besoins. Par contre il est davantage favorable à l'approche de la dépense en € par habitant, comme le souligne la mission dans le §608. A noter que ce groupe de travail ne propose pas d'autre indicateur.

§ 612 : à la 3^{ème} ligne : il s'agit de structures d'hébergement pour personnes handicapées et non pour personnes âgées.

C'est la DDASS de Côte d'Or (et non la DRASS) qui a engagé ce mouvement de transformation de places, qui fait suite aux orientations posées dans le cadre de la démarche d'élaboration du schéma départemental (orientations de l'Etat). Une étude particulièrement approfondie (1 fiche par enfant : plus de 1200 fiches décrivant de manière fine les caractéristiques des enfants accueillis et les modalités de prises en charge) a conduit à ces transformations de l'offre, pour une meilleure adéquation aux besoins.

§ 616, 626 et 686 : la correction des inégalités ne peut être mise en œuvre que lentement, car d'une part les mesures nouvelles représentent un montant très faible par rapport à l'existant, et d'autre part les restructurations de l'offre actuelle prennent du temps.

Cependant, un tableau (p.108 du document d'accompagnement du PRIAC) fait le bilan de la répartition interdépartementale sur 4 ans (2006-2009) sur le secteur du handicap :

- la Nièvre n'a bénéficié que de 5% des crédits, et ceci dans le cadre d'une requalification de places existantes DI en faveur de l'autisme,
- alors que la Saône et Loire a bénéficié de 45% du total des montants annuels.

La volonté d'harmonisation est bien inscrite dans le PRIAC. Il faut rappeler que les taux d'équipement inscrits dans le document d'accompagnement du PRIAC prennent en compte l'actualisation des données de population (projections annuelles avec notamment une baisse de la population jeune et adulte), ce qui génère par exemple une hausse « automatique » du taux d'équipement de la Nièvre, même en l'absence de création de places. Le choix d'une base « stable » (par exemple population 2006), aurait conduit à des constats plus favorables, mais l'actualisation annuelle des données de population a paru préférable.

§ 621: les deux plates formes de service (sur 12 au plan national) et les 3 SSIAD renforcés (sur 40 au plan national) sont des expérimentations effectivement retenues après appel à projets. C'est l'animation d'un comité régional de mise en œuvre du plan Alzheimer par la DRASS et l'ARH qui a favorisé ces dispositifs.

§ 635 : la DRASS a bien eu des contacts réguliers avec la DRE à raison d'une réunion par trimestre en compagnie de l'ingénieur régional de l'équipement (les 11/6/08, 19/9/08, 26/11/08 et 19/3/09).

§ 636 : malgré les référents successifs de l'Education nationale, la DRASS est restée en relation avec ce partenaire sur ce dossier et a présenté, lors de plusieurs réunions, la démarche et les documents relatifs au PRIAC (maquette et document d'accompagnement). Pour formaliser ce travail conjoint, un CTRI commun consacré à l'articulation sur le PRIAC s'est tenu le 5 mars 2008, suivi d'une réunion de travail avec les 4 MDPH le 3 juillet 2008. Cette démarche a cependant rencontré deux difficultés majeures :

- les MDPH sont à ce jour en difficulté pour fournir des données exploitables sur les besoins et les personnes en attente (sauf la MDPH 21 sur le secteur enfance), d'où l'impossibilité d'agrégation ou de traitement régional spécifique,
- il n'y a pas de programmation régionale pluriannuelle de l'EN sur les différents dispositifs d'accompagnement des enfants handicapés. Ceux-ci sont effectivement développés par le niveau local, avec une articulation plus évidente avec les DDASS (le décret instaurant un comité départemental DDASS-EN de suivi de la scolarisation).

Le « document d'accompagnement du PRIAC » devrait être complété par des éléments de l'EN, notamment le calque des cartographies relatives à l'équipement avec celles relatives aux dispositifs EN. Nous sommes en attente de ces données.

§ 637 : la concertation avec l'ARH est de fait car les agents DRASS du même service contribuent directement à son fonctionnement.

§ 672 : la DDASS 71 précise que les indicateurs régionaux sont utilisés pour des comparaisons interdépartementales ou interrégionales et nationales. En revanche, ils ne permettent pas l'approche territoriale plus fine que nécessite le champ médico-social compte tenu de sa vocation principale de réponses à des besoins dits de proximité. Cette proximité relève d'un niveau infra-départemental.

§ 673 : si la DDASS 71 estime que l'arrondissement est l'aire naturelle d'utilisation de services par les habitants du département, ce sont également les formats des données démographiques qui expliquent ce choix (agrégations par canton et arrondissement).

§ 682 : la notion de "zones blanches" mérite une nuance dans la mesure où cette étude repose, à partir de l'origine géographique des patients, sur le constat de l'absence d'interventions des SSIAD territorialement compétents dans certaines communes ou groupes de communes depuis deux ans; d'autre part, il faudrait un échange avec les services concernés pour valider cette problématique d'accessibilité ou de non accessibilité.

§ 702 : le premier échange avec le CH de Chalon sur Saône avait conduit à déterminer qu'une autorisation partielle de 10 places en 2009 ne serait pas source de difficultés. Ce n'est qu'ultérieurement que les problématiques d'ordre juridique liées à la procédure du bail emphytéotique hospitalier employée sont apparues. En tout état de cause, il faut souligner que les 31 places manquantes étaient bien inscrites au PRIAC et que l'actualisation de cette programmation a permis le 31 décembre 2009, d'autoriser la totalité de l'opération, sans que cela ne crée un blocage de la procédure.

§ 705, 708 et 709: la DRASS relève quelques contradictions dans les propos du Conseil général de Côte d'Or qui regrette à la fois l'insuffisance de places d'EHPAD financées par le PRIAC tout en constatant un taux de remplissage "laborieux" pour les nouvelles places d'EHPAD ouvertes, une certaine saturation du taux d'équipement, des tarifs jugés élevés par les familles, les effets de la politique de maintien à domicile, et tout en s'inquiétant de ses propres capacités financières à poursuivre l'accompagnement de la création ou de la transformation de places d'EHPAD.

§ 718 : La DRASS ne partage pas l'avis des personnes de la DDASS 21 entendues par la mission sur leur vision du PRIAC car, après plusieurs exercices PRIAC, des priorités ont bien été dégagées et respectées :
 - sur le secteur enfance, la Saône et Loire est privilégiée,
 - la Côte d'Or a elle-même priorisé ses actions, et privilégié ses projets CAMSP et SESSAD (qui ont bénéficié de crédits conséquents 2009 et 2010) par rapport au projet IME autisme.
 La Côte d'Or a par ailleurs bénéficié de la logique de concentration de crédits sur le secteur "adultes" pour le financement total de plusieurs opérations (MAS et FAM d'Is sur Tille,..)

§ 719 et 720 et 721 : là encore, la DRASS ne partage pas l'avis des personnes de la DDASS 21 entendues par la mission, sur les raisons de la "déprogrammation" de places pour autistes car le document de programmation est déjà travaillé sur un espace partagé DRASS/DDASS, puis en entretiens bilatéraux de la DRASS avec chaque DDASS, en complément des échanges en cercle de compétence DRASS/DDASS; enfin, il est particulièrement examiné par les directeurs en CTRI, notamment sur certains projets problématiques ou prioritaires. Ainsi il y a plusieurs étapes et temps consacrés à la concertation, et ce n'est donc pas l'absence d'un inspecteur qui aurait conduit à éliminer le projet, mais sa priorisation par la DDASS 21 elle-même après les projets CAMSP et SESSAD.

Sur le projet d'IME pour enfants autistes des Papillons blancs, la DDASS 21 avait indiqué que 3 places pouvaient être installées sans travaux pour une prise en charge immédiate, les 12 places supplémentaires nécessitant des travaux d'extension : ceci explique que ces 12 places aient été financées sur 2 ans car l'ouverture se fait en cours d'année.

§ 736 : les travaux du cercle de compétence DRASS/DDASS ne se résument pas à un temps fort consacré à une préparation des arbitrages. Réuni mensuellement, il permet d'échanger puis de partager des objectifs communs présentés au CTRI en amont de la programmation : rééquilibrage des départements, diversification de l'offre, prise en compte de la spécificité des territoires (ruraux/urbains), liaison avec l'offre de formation, application des plans nationaux, développement de l'offre lorsqu'elle est insuffisante (exemple : rédaction d'un mini-guide régional du promoteur de l'accueil de jour)...

La question de l'évaluation des besoins sur le secteur du handicap est particulièrement complexe. Les éléments traités en DRASS sont diffusés :

- enquêtes ES et EHPA (avec une journée de réflexion et d'appropriation de chacune de ces enquêtes, à l'initiative de la DRASS), niveau de revenus, évaluation de la prévalence Alzheimer sur la région...

- données détaillées sur les taux d'équipement par type de prise en charge et par type de public/handicap

- données CRAM et IMS : questions sur le repositionnement des CAMSP sur l'activité diagnostic, l'adaptation des prises en charge au vieillissement des PH...

- études sollicités auprès du CREAL...

Cela a abouti à la priorité donnée à 2 départements et à la concentration des crédits (de l'année et anticipés) sur des projets spécifiques.

Enfin, il est vrai que la concertation des partenaires est menée surtout au niveau départemental parce que les schémas en relèvent. Le niveau régional ne dispose pas encore d'un schéma régional affirmant sa légitimité réglementaire.

L'absence d'un outil fiable et généralisé d'approche des besoins (incontestable, et finalement opposable) utilisable au niveau territorial, départemental, régional et national (pour la comparaison entre les régions) reste la principale critique à formuler dont la résolution suppose une démarche pilotée nationalement.

Remarques sur les personnes rencontrées :

Chantal MEHAY (et non MEHAIS) est inspectrice hors classe ASS et non inspectrice principale stagiaire

Il s'agit d'Annie TOUROLLE et non TANVOLLE.

Le groupe de travail du CROSMS réuni le 28 octobre et rencontré par la mission ne comprenait pas que Mme TENENBAUM, mais également M.TOLETTI (PEP/URALG), Mme LANDANGER (CREAI), M. BALLOT (Mutualité), M. CABRITA (Croix Rouge Française), M. le Dr FABRE (SYNERPA). Pour étoffer encore plus la réflexion, les fédérations médico-sociales avaient aussi été invités, étaient présents Mme LORRIOT (UNA) et M. DAURE (FEDOSAD).

Observations du Conseil général de Côte d'or

Direction Générale
des Services

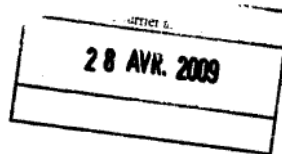
Pôle Interdirectionnel
Solidarité
et Famille
Direction
Moyens Généraux

Inspection Générale Des Affaires Sociales
23 AVR. 2010
N° 285

Conseil
Général
www.cotedor.fr

Dijon, le

20 AVR. 2010



copie -> S. PAUL

Service des Etablissements
Référence : PISF- JYB/CS/10 - n° 320
Affaire suivie par Jean-Yves BUFFOT
Tél : 03.80.63.66.23

Monsieur l'Inspecteur Général,

Je vous prie de bien vouloir trouver mes observations, jointes en annexe, sur le rapport provisoire relatif à l'évaluation des programmes interdépartementaux d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC).

Je vous prie d'agréer, Monsieur l'Inspecteur Général, l'expression de mes sentiments distingués.

Le Président

Pour le Président et par délégation
Le Directeur Général des Services


François-Xavier CHRETIEN

Monsieur Pierre BOISSIER
Inspecteur Général de l'Inspection Générale des Affaires
Sociales
Section des rapports
39-43 quai André Citroën
75739 PARIS CEDEX 15

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Le courrier doit être adressé impersonnellement à Monsieur le Président du Conseil Général
Cité Administrative Henry Berger - 1, rue Joseph Tissot - B.P. 1601 - 21035 DIJON CEDEX - tél.: 03 80 63 66 00 - fax : 03 80 63 69 52

Observations sur le rapport provisoire relatif à l'évaluation des programmes interdépartementaux d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC)

§ 707 - Dans le cadre du prochain schéma gérontologique, le Conseil Général va établir sa programmation, certes en fonction des besoins des territoires déficitaires, mais aussi en prenant en compte le coût de l'hébergement mis à la charge des résidents et de l'aide sociale. *[Son objectif est de négocier auprès des institutions, essentiellement à but lucratif, dont les prix de journée dépassent 70 €, une habilitation à l'aide sociale sur tarifs plafonnés.]* Par ailleurs, une aide à l'investissement est accordée à hauteur de 7 000 € la place.

- **l'objectif approuvé par l'Assemblée Départementale en décembre 2009, est d'engager une nouvelle politique d'habilitation à l'aide sociale en la ciblant aux établissements dont le tarif est inférieur à 70 €. Sont donc concernés les établissements essentiellement à but non lucratif.**

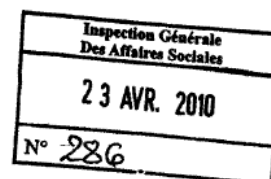
§ 711 – Concernant les adultes, deux types de préoccupations s'expriment :

- la première est relative à la prise en compte du vieillissement des personnes et en particulier celui des retraités des établissements et services d'aide par le travail (ESAT). *[Dans ce cadre, il y a débat, à son avis, entre le recours à l'hébergement dans une unité adaptée d'EHPAD, ce qui semble être plutôt l'option qu'il retient, et le maintien ou l'accueil dans un foyer adapté.]* Les considérations financières entrent en ligne de compte dans le choix entre ces deux options ;
 - **le Conseil Général s'est prononcé, lors du précédent schéma départemental en faveur des personnes handicapées, pour le maintien de l'accueil en foyer tant que les problèmes de dépendance n'obligent pas l'entrée en EHPAD.**
- l'accueil des personnes handicapées psychiques constitue le deuxième sujet de préoccupation. Le Conseil Général estime qu'il existe une discontinuité entre encadrement sanitaire, en psychiatrie, et prise en charge médico-sociale, pour les patients « stabilisés ». Un début de réponse est apporté par la création et le développement de SAMSAH spécialisés par un opérateur départemental, le centre hospitalier spécialisé en psychiatrie, qui intervient en partenariat avec des associations du secteur médico-social. Mais le nombre de personnes potentiellement concernées (2 000), à prendre en charge en SAMSAH ou en foyer d'accueil médicalisé suscite des inquiétudes quant aux possibilités de financement.
 - **concernant le SAMSAH, il convient de préciser qu'il n'est pas encore ouvert.**
 - **vous indiquez que 2 000 personnes seraient potentiellement concernées, ce qui paraît très élevé. Une première estimation réalisée par le centre hospitalier spécialisé portait sur un besoin de 240 places sur son secteur d'intervention, qui touche l'agglomération dijonnaise mais également l'est et le sud du département.**

Observations du Conseil général de Saône et Loire

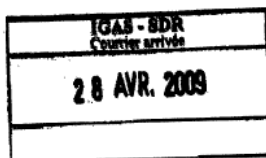


Mâcon, le 19 AVR. 2010



Affaire suivie par :
JF RIOUFOL/CM
☎ 03.85.39.57.10
N° D1007592

Monsieur Pierre BOISSIER
Chef de l'IGAS
Inspection générale des affaires sociales
39 - 43 quai André Citroën
75739 PARIS cedex 15



Monsieur,

Par courrier en date du 25 mars 2010, vous m'avez communiqué, pour avis, le rapport provisoire relatif à l'évaluation des Programmes Interdépartementaux d'Accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC).

Ce rapport n'appelle pas d'observation de ma part et me semble présenter des constats et des propositions conformes aux discussions que nous avons pu avoir avec les membres de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) reçus en SAONE-ET-LOIRE.

Je me limiterai par conséquent à une constatation et deux remarques complémentaires liées aux conditions d'actualisation des PRIAC.

Il me paraît, en premier lieu, nécessaire de rappeler que le PRIAC doit se donner véritablement les moyens de résorber les écarts entre les Départements, en matière de taux d'équipement et de dépenses d'assurance maladie par habitant. Ainsi, le document PRIAC 2009-2013 établi par la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS), montre que l'enveloppe médico-sociale personnes handicapées se situe à 118 €/habitant en SAONE-ET-LOIRE contre 154 € en Bourgogne. Surtout, l'écart entre la SAONE-ET-LOIRE et le Département le mieux doté de la Région reste stable dans la programmation (82 € en 2009, 76 € en 2011), preuve de la lenteur des évolutions en ce domaine.

Dans ce contexte, il ne me semble pas acceptable que le PRIAC fasse l'objet en 2010 d'un débasage conséquent de crédits par rapport aux prévisions initiales et conduise à ralentir un nombre important d'opérations, alors même que le Département de SAONE-ET-LOIRE demandait la médicalisation rapide de certaines structures pour personnes handicapées qu'il finance actuellement, à bout de bras, en lieu et place de l'assurance maladie avec des crédits d'aide sociale.

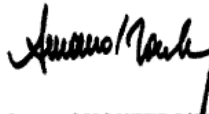
C'est pourquoi, il me paraît hautement souhaitable que certains projets à caractère prioritaire (médicalisation de foyers, création de maisons d'accueil spécialisées) et très lourds financièrement puissent être financés par l'attribution spécifique d'enveloppes sur les excédents de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA), en sus des notifications des enveloppes régionales.

.../...

Enfin, je vous communique, pour information le rapport n°206, adopté par l'Assemblée départementale de mars, qui vise à déterminer les orientations stratégiques en matière de créations de places pour personnes âgées. Ce document, qui constitue le pendant du PRIAC, aura pour vocation à se décliner dans le cadre des futurs appels à projets conjoints avec l'Etat.

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

Le Président,



Arnaud MONTEBOURG
Député de Saône-et-Loire

RAPPORTS AU CONSEIL GÉNÉRAL DE SAÔNE-ET-LOIRE

**Direction des Personnes Agées
et des Personnes Handicapées****Tarification Etablissements et
Services**

N° 206

**RAPPORT D'ORIENTATION STRATEGIQUE DE CREATION DE PLACES POUR
PERSONNES AGEES****OBJET DE LA DEMANDE****• Présentation de la demande**

1. L'enjeu du vieillissement démographique

L'espérance de vie s'accroît chaque année. En 2005, 1 100 000 personnes étaient âgées de plus de 85 ans. Elles seront 800 000 de plus en 2015 et leur nombre aura doublé en 2020. Même si la plupart des personnes âgées vieillissent relativement bien, le nombre de personnes dépendantes va lui aussi augmenter.

Les maladies neuro-dégénératives (Alzheimer et maladies apparentées) touchent environ 12 % des personnes de plus de 70 ans, environ 850 000 personnes en sont actuellement atteintes et 225 000 nouveaux cas sont découverts chaque année. Ces maladies sont à l'origine de 70 % des placements en institution et de 72 % des demandes d'allocation personnalisée à l'autonomie.

Avec un indice de vieillissement élevé (93,4) et une part croissante des plus de 75 ans (12 %) la Saône-et-Loire est particulièrement concernée par ce phénomène : dans un contexte global de diminution de sa population (projection INSEE de - 4,2% entre 2008 et 2012), les personnes âgées de plus de 75 ans vont progresser de 4,9 % et les plus de 85 ans de + 21,2% d'ici 2012. Certains territoires du Département sont particulièrement marqués par ce phénomène (Communauté Creusot-Montceau ; Bresse...).

Par ailleurs, le nombre de personnes âgées atteintes de démence devrait progresser de 12 % entre 2008 et 2012 (11 500 personnes concernées).

Face à ce défi, la politique en faveur des personnes âgées est placée au cœur des priorités départementales. La poursuite de création de places médicalisées en établissements ou structures alternatives est l'un des axes de cette politique.

Afin d'anticiper les évolutions démographiques à venir et décliner en termes de politique d'équipement pluriannuelle les axes prioritaires des schémas, les Services du Département ont mené de juin 2008 à juin 2009, une étude prospective sur le volet Personnes Agées dans laquelle figure un état des lieux de l'offre médico-sociale dans notre département.

L'étude démontre que le parc de places médicalisées est satisfaisant (7 434 places EHPAD fin 2008 contre 6 784 en 2004) malgré des problèmes de vétusté de certains établissements et d'équilibre territorial. Toutefois, malgré le programme en cours d'ouverture de 472 places supplémentaires, le taux d'équipement en places d'EHPAD, ramené à la population âgée de plus de 75 ans, est significativement inférieur à la

RAPPORTS AU CONSEIL GÉNÉRAL DE SAÔNE-ET-LOIRE

moyenne régionale et connaît une baisse tendancielle compte tenu de la croissance continue des personnes âgées.

2. Proposition de stratégie pour l'avenir

Il ressort des travaux prospectifs une problématique générale : si le Département ne lance pas un nouveau programme d'équipement, l'évolution du nombre de places médicalisées (7 434 en 2009, 7 906 en 2012) permet seulement de maintenir le taux d'équipement à un niveau de 120 places pour mille personnes âgées de plus de 75 ans à l'horizon 2012, chiffre très en deçà de la programmation régionale (133 pour mille) et en tout état de cause insuffisant pour apporter une réponse satisfaisante aux besoins d'un nombre croissant de personnes âgées dépendantes de Saône et Loire. Cette situation ne permet pas de répondre au défi du vieillissement démographique, ni d'adapter et de rééquilibrer l'offre médico-sociale sur les différents bassins de vie.

A partir de ce constat, et en application de l'article L-113-2 du CASF confiant au Département la définition et la coordination de l'action sociale en faveur des personnes âgées, il est proposé de définir une stratégie pluriannuelle (2010-2014) en matière de création de places médicalisées pour les personnes âgées, destinée à poser le cadre des futurs appels à projets du Département et de l'Etat .

Cette stratégie repose sur les principes suivants :

- rattraper le taux d'équipement régional à l'horizon 2014 (133 places pour mille personnes âgées de plus de 75 ans), en autorisant la création de 742 places supplémentaires (en complément des 472 places, en cours d'ouverture, dont la création est déjà actée).
- lancer des appels à projets ciblés (logique thématique et territoriale) pour 587 places nouvelles (en sus de 155 places déjà pré-identifiées).
- définir, dans le cadre de ces appels à projet, une tranche ferme (2010-2011) de 381 places et une tranche conditionnelle (2012-2013) de 206 places supplémentaires, dont la mise en œuvre est subordonnée à la mise en place d'un règlement d'intervention modulé en matière d'investissement.
- opérer un rééquilibrage significatif des taux d'équipements entre arrondissements et bassins de vie, résorber les zones blanches, tout en tenant compte de l'attractivité de l'axe de la Saône.
- accompagner ce programme avec une part significative, mais adaptée à la spécificité de chaque bassin de vie, de places habilitées à l'aide sociale et atteindre un objectif de maîtrise des tarifs hébergement.
- développer une offre médicalisée harmonieuse, reposant sur les complémentarités domicile-établissement, les réponses de proximité, les structures alternatives, le développement de places spécifiques Alzheimer et les approches innovantes (hébergement temporaire, formules de répit...).

Au total, compte tenu des 472 places déjà actées, ce sont 1 214 places supplémentaires qui ont vocation à ouvrir d'ici 2014 portant le parc de places médicalisées de 7 434 à 8 648 places.

Le document d'orientation stratégique figurant en annexe 1 présente de manière détaillée le cadre des appels à projets qui auront vocation à mettre en œuvre cette stratégie.

Compte tenu des objectifs affichés en termes de réponse aux besoins et de rééquilibrage des taux d'équipement, la répartition des 1 214 places nouvelles par bassins de vie est la suivante :

- Mâcon : + 105 places et redéploiements
- Cluny : + 78 places et redéploiements
- Tournus : redéploiements
- Chalon : + 377 places dont 120 dans le cadre de la tranche ferme d'Appels à projets
- Louhans : + 261 places dont 80 dans le cadre de la tranche ferme d'Appels à projets
- Autun : + 63 places dont 18 dans le cadre de la tranche ferme d'Appels à projets
- Le Creusot : + 149 places dont 80 dans le cadre de la tranche ferme d'Appels à projets
- Montceau-les-Mines : + 142 places dont 83 dans le cadre de la tranche ferme d'Appels à projets
- Paray le Monial : + 9 places et redéploiements
- Charolles : + 30 places et redéploiements

RAPPORTS AU CONSEIL GÉNÉRAL DE SAÔNE-ET-LOIRE

ELEMENTS FINANCIERS

Au-delà de la création des 472 places actées, l'impact financier des 742 places (155 pré-identifiées (A) et 587 par appel à projets (AAP)) est évalué sur la période 2010 – 2014 à :

- Fonctionnement :
 - o Dépenses brutes aide sociale hébergement : 1,948 M€ dont 1,274 M€ (AAP) et 0,675 M€ (A)
 - o Dépenses brutes APA en établissement : 2,965 M€ dont 2,346 M€ (AAP) et 0,619 M€ (A)
- Investissement :
 - o Subventions d'investissement (à règlement constant) : 12,6 M€ dont 8,2 M€ (AAP) et 4,4 M€ (A)

Je vous demande de bien vouloir vous prononcer sur :

- le document d'orientation stratégique joint en annexe,
- le principe de création de 1 214 places médicalisées supplémentaires pour personnes âgées à l'horizon 2014 afin de faire face au défi du vieillissement démographique et de la dépendance,
- le lancement d'appels à projets à hauteur de 587 places dont 381 places dans le cadre d'une tranche ferme mise en œuvre sur les années 2010 et 2011, ainsi que la répartition de ces places par bassin de vie,
- la délégation à la Commission permanente de l'examen des appels à projets thématiques et géographiques en matière de places médicalisées pour personnes âgées, qui seront lancés par le Département, en concertation avec les services de l'Etat, conformément aux dispositions prévues par les articles L-313-1-1 et L-313-3 du CASF.

Le Président,



DEPARTEMENT DE SAONE ET LOIRE
DIRECTION PERSONNES AGEES ET
PERSONNES HANDICAPEES

MISE EN ŒUVRE DU SCHEMA EN FAVEUR DES PERSONNES AGEES
DOCUMENT D'ORIENTATION STRATEGIQUE

ANALYSE PROSPECTIVE DES BESOINS

STRATEGIE EN MATIERE D'EQUIPEMENTS
MEDICO-SOCIAUX POUR LES PERSONNES AGEES
2010-2014

MARS 2010

DIRECTION PA-PH**MISE EN OEUVRE DU SCHEMA EN FAVEUR DES PERSONNES AGEES
DOCUMENT D'ORIENTATION STRATEGIQUE****Synthèse du scénario d'équipement 2009-2013****Préambule**

Le présent document est la dernière étape d'un processus qui a démarré en juin 2008 avec le lancement de la démarche d'« analyse prospective des besoins et proposition de scénarios en matière d'équipements médico-sociaux pour les personnes âgées », puis de concertation avec les acteurs concernés et leur déclinaison par bassins de vie.

Ce document présente de manière concise les éléments permettant de fonder la démarche d'appels à projets pour les années à venir. Ceux-ci s'organisent autour d'un programme de création de 742 places supplémentaires à l'horizon 2013, dont 587 places nouvelles dans le cadre d'appels à projets. Un coefficient de minoration sur les 587 places proposées dans le cadre des appels à projets est appliqué afin de réaliser les créations de places en 2 tranches.

INTRODUCTION

L'espérance de vie s'accroît chaque année. En 2005, 1 100 000 personnes étaient âgées de plus de 85 ans. Elles seront 800 000 de plus en 2015 et leur nombre aura doublé en 2020. Même si la plupart des personnes âgées vieillissent relativement bien, le nombre de personnes dépendantes va lui aussi augmenter. Les maladies neuro-dégénératives (Alzheimer et maladies apparentées) touchent environ 12% des personnes de plus de 70 ans, environ 850 000 personnes en sont actuellement atteintes et 225 000 nouveaux cas sont découverts chaque année. Ces maladies sont à l'origine de 70% des placements en institution et de 72% des demandes d'allocation personnalisée à l'autonomie.

La Saône-et-Loire est particulièrement concernée par ce phénomène : dans un contexte global de diminution de sa population (projection INSEE de - 4,2% entre 2008 et 2012), les personnes âgées de plus de 75 ans vont progresser de 4,9% et les plus de 85 ans de +21,2% d'ici 2012.

Par ailleurs, le nombre de personnes âgées atteintes de démence devrait progresser de 12% entre 2008 et 2012 (11 500 personnes concernées).

Ainsi, la politique en faveur des personnes âgées est placée, ces dernières années, au cœur des priorités départementales. Plusieurs réformes se sont succédé afin de mieux cerner les problématiques liées à l'âge mais aussi prendre en compte la diversité des besoins et des attentes des personnes âgées. Il convient également de tenir compte des analyses et priorités définies au niveau National : le rapport de la mission « prospective des équipements et services pour les personnes âgées dépendantes » du C.A.S. (Centre d'Analyse Stratégique), présenté fin 2005, le Plan Solidarité Grand Age 2007-2012, présenté en juin 2006 et le Plan Alzheimer 2008-2012, présenté en février 2008. Ces rapports insistent sur plusieurs points :

- permettre aux personnes âgées de rester à leur domicile le plus longtemps possible, en leur offrant tous les services nécessaires (augmentation du nombre de places de Services de Soins Infirmiers A Domicile, renforcement des aides à domicile pour les personnes isolées, amélioration des Services d'Aides à Domicile) ;

- poursuivre la création de places médicalisées en établissements ou structures alternatives et renforcer les ratios de personnels.
- créer des places d'hébergement temporaire et d'accueil de jour ;
- renforcer la qualité des prises en charge et développer la « bientraitance » à domicile et en établissement ;
- éviter les ruptures de prise en charge entre le domicile et la maison de retraite ;
- soutenir davantage les aidants familiaux ;
- améliorer la prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées : instauration de Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer (MAIA) ; généralisation des unités spécifiques Alzheimer en EHPAD etc.

La loi du 13 Août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales confère au Département la mise en œuvre des actions en faveur des Personnes Agées et des Personnes Handicapées.

Le Schéma Gérontologique départemental et le Schéma départemental en faveur des Personnes Adultes Handicapées, adoptés par les Assemblées départementales de décembre 2005 et juin 2006 pour cinq ans, fixent les objectifs poursuivis, chacun dans leurs domaines respectifs.

Ces schémas dressent un bilan des besoins relatifs aux Personnes Agées et aux Personnes en situation de Handicap vieillissantes ainsi que les offres y correspondant mais ne comportent aucune étude prospective relative aux équipements sur le territoire de la Saône et Loire.

Afin d'anticiper les évolutions démographiques à venir et décliner en termes de politique d'équipement pluriannuelle les axes prioritaires des schémas, les Services du Département ont mené de juin 2008 à juin 2009, une étude prospective sur le volet Personnes Agées dans laquelle figure un état des lieux de l'offre médico-sociale dans notre département. A partir de ce constat, est proposé un scénario stratégique en matière de création de places médicalisées afin de se rapprocher du taux d'équipement régional.

ETAT DES LIEUX

L'étude démontre que le taux d'équipement est satisfaisant (7 434 places EHPAD fin 2008 contre 6784 en 2004) malgré des problèmes de vétusté, d'équilibre territorial (nécessité de définir des priorités) et le vieillissement marqué de la Saône et Loire.

Le contexte actuel

- Des dépenses nettes en faveur des personnes âgées en forte augmentation (Aide sociale, APA, PPI) : nécessité de maîtriser les dépenses (enveloppe fermée)
- Un schéma gérontologique adopté en décembre 2005 sans annexe de programmation d'équipement : nécessité de changer de logique (appels à projets)
- Des perspectives de renforcement du pilotage régional (PRIAC, Agence Régionale de Santé) : nécessité d'afficher une stratégie pluriannuelle du Département

La démographie du département :

- Une population vieillissante : Indice de vieillissement élevé (93,4) et une part croissante des plus de 75 ans (12 %)
- Une évolution de + 4,9% des personnes âgées de plus de 75 ans d'ici 2012 et + 12% de personnes concernées par maladie d'Alzheimer
- Des territoires plus fortement marqués à l'horizon 2020

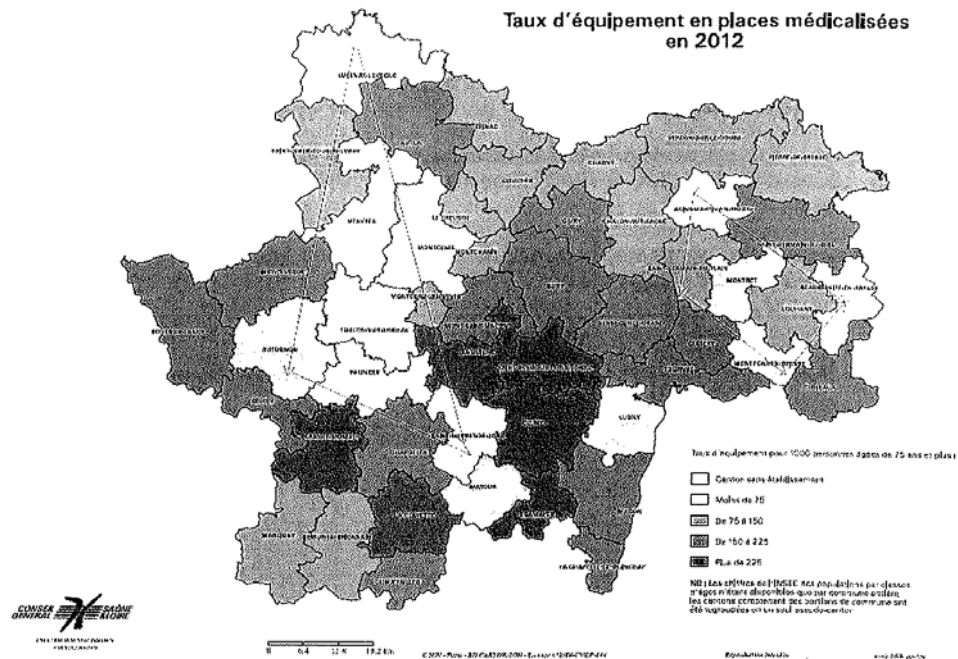
Parallèlement le nombre de places médicalisées en 2008 :

- Chiffres STATISS 2008 : une situation favorable en terme d'équipements (107 ‰ versus 95 ‰ au niveau national) mais qui reste inférieure à la moyenne régionale (122 ‰).
- Chiffres Schéma départemental : augmentation du taux d'équipement en places médicalisées depuis 2004 au regard de la population âgée de + 75 ans (INSEE 1999) soit une évolution de 101 à 135‰, mais qui chute si l'on intègre la population âgée en 2008 (121‰).
- Un écart de 40% entre arrondissements,
- 9 cantons en « zone blanche ».

Taux d'équipement par bassin de vie, en places médicalisées pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus en 2008.

<i>bassin de vie</i>	<i>population 2008</i>	<i>places médicalisées en 2008</i>	<i>Taux d'équipement en 2008</i>
Mâcon	6 244	909	146
Cluny	2 584	486	188
Tournus	1 453	230	158
Chalon	14 136	1499	106
Louhans	7 128	700	98
Autun	5 579	673	121
Creusot	6 862	701	102
Montceau	6 541	668	102
Paray	6 294	892	142
Charolles	4 766	676	142
Saône et Loire	61 587	7434	121

Ainsi, en procédant au croisement des données de vieillissement et des taux d'équipements, il en ressort **deux zones à très faible taux d'équipement** comme l'identifie la carte ci-dessous :



Les pratiques des établissements de Saône-et-Loire :

- 31% de Gir 4 en Etablissement contre 25% au niveau national. 50 % de Gir 1 et 2 contre 58 % en moyenne nationale.
- Des politiques territoriales différenciées (poids des Gir 4 - 6 sur les arrondissements de Louhans et Autun)
- Une politique d'habilitation à l'aide sociale conforme aux moyennes nationales (80% de places habilitées, 23% des places occupées par les bénéficiaires de l'ASA) mais un léger déséquilibre sur Chalon (68% places habilitées)
- 1 417 places en établissements Privés Non Habilités : dont 42% sur l'arrondissement de Chalon et 18% sur celui de Charolles
- 345 places spécifiques Alzheimer, soit 5% du parc de lits et 139 places d'Accueils de jours; mais des disparités territoriales (déficit sur Autun et Louhans). Sur l'ensemble du territoire, 20 cantons n'offrent pas de possibilité d'hébergement ou d'accueil spécifique Alzheimer.
- 2 500 personnes en listes d'attente cumulées (avec doublon) dont peu de demandes sont répertoriées sur les privés non habilités. Demande importante sur l'axe de la Saône.
- Les places en hébergement temporaire sont insuffisantes

PROGRAMMATION STRATEGIQUE 2010-2014

1) Objectifs

La volonté du Département est donc d'anticiper la réponse aux besoins liés au vieillissement marqué de la population de Saône et Loire (les plus de 75 ans passent de 62000 à 65000 entre 2008 et 2012), de changer de logique en définissant des priorités, en affichant une politique pluriannuelle, et en développant les appels à projets et enfin de réduire les écarts de taux d'équipements entre bassins de vie.

D'ores et déjà, 472 places déjà actées et réparties sur l'ensemble du territoire, consolideront le parc de places d'EHPAD (dont EHPAD autonome Mervans, EHPAD annexé Chalon et EHPAD annexé de Mâcon)

Taux d'équipement en places médicalisées pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus avec les 472 places déjà programmées.

Bassin de vie	places médicalisées en 2008	nouvelles places médicalisées déjà actées	places totales 2009-2013	population 2012	taux d'équipement
MACON	909	92	1 001	7 271	138
CLUNY	486	43	529	3 009	176
TOURNUS	230		230	1 692	136
CHALON	1 499	133	1 632	14 829	110
LOUHANS	700	119	819	7 478	110
AUTUN	673	17	690	5 704	121
CREUSOT	701		701	7 016	100
MONTCEAU	668	59	727	6 688	109
PARAY	892	9	901	6 435	140
CHAROLLES	676		676	4 873	139
SAONE ET LOIRE	7 434	472	7 906	64 995	122

Le scénario volontariste destiné à rattraper en 4 ans le taux d'équipement régional (133 ‰) nécessiterait la création de 742 places médicalisées supplémentaires (dont 587 par appels à projets) entre 2009 et 2013, faisant passer le parc de places médicalisées de 7 434 (2008) à 8 648 places autorisées en 2012. Il se heurte aux limites fixées par l'Etat dans le cadre du PRIAC qui ne permettent d'envisager à moyen terme (2009 – 2013) que 661 places d'hébergement permanent dont 381 par appels à projets.

En tout état de cause, le Département s'efforce, par ces appels à projets de :

- développer les places Alzheimer et hébergement temporaire,
- développer les structures alternatives,
- traiter prioritairement et systématiquement des zones blanches qui doivent disparaître à l'horizon 2014
- créer dans la mesure du possible de nouveaux EHPAD (extensions de capacités) sur les zones déficitaires et résorber les zones blanches,
- créer des places habilitées à l'aide sociale dans les bassins de vie déficitaires.
- maîtriser les tarifs hébergement,

2) Conséquences opérationnelles

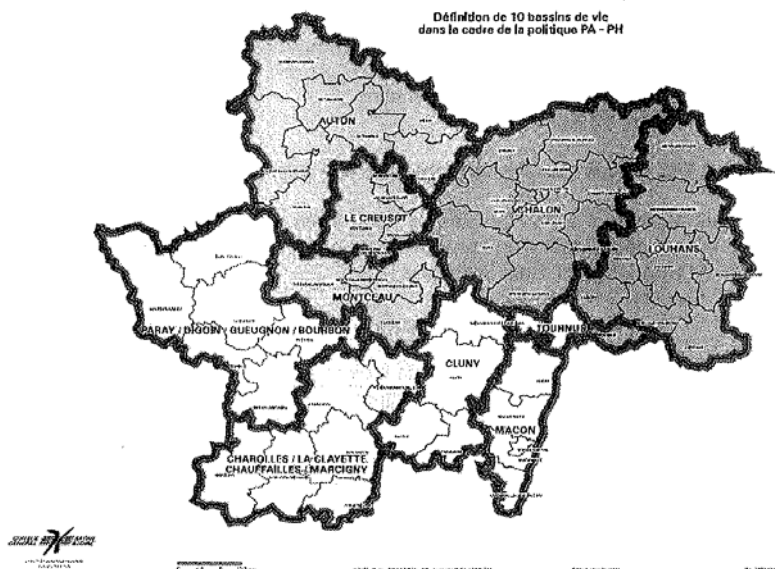
- évolution des places médicalisées : 6784 en 2004, 7434 en 2008, 8648 en 2013
- **évolution des taux d'équipements en place médicalisée** : 135 ‰ mille en référence à la population de personnes âgées de plus de 75 ans en 1999 mais 121 ‰ mille en référence à la population de 2008 (projection) ; objectif d'atteindre le niveau régional, soit 133 ‰ mille en 2013 (en référence à une projection INSEE de la population de personnes âgées en 2012)
- **rééquilibrage des taux d'équipements entre arrondissements**

Ce tableau par arrondissements, qui présente les taux d'équipement en 20145, permet de faire le lien avec le PRIAC (PRogramme Interdépartemental d'ACcompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie).

	PLACES 2008	TX EQPT 2008 (projection population 2008)	PLACES 2014	TX EQPT 2014 (projection population 2012)
AUTUN	1337	116 ‰	1510	125 ‰
CHALON	2097	106 ‰	2611	126 ‰
CHAROLLES	1675	135 ‰	1753	134 ‰
LOUHANS	700	100 ‰	957	131 ‰
MACON	1625	142 ‰	1817	151 ‰
DPTT	7434	120 ‰	8648	133 ‰

- **rééquilibrage des taux d'équipements entre bassins de vie**

Compte tenu du caractère très peu opérationnel des arrondissements, il est proposé d'acter, dans le cadre des politiques sociales et médico-sociales, le principe de constitution de 10 bassins de vie correspondant à des territoires de coopération médico-sociales pertinents sur les secteurs PH/PA dont le découpage figure dans la carte ci-dessous.



	PLACES 2008	TX EQPT 2008 (réf population 1999)	PLACES 2014	PROGRESSION TOTALE	TX EQPT 2014 (projection population 2012)
MACON	909	146 ‰	1014	+ 105	139 ‰
CLUNY	486	188 ‰	564	+ 78	187 ‰
TOURNUS	230	158 ‰	230	redéploiements	136 ‰
CHALON	1499	119 ‰	1876	+ 377	127 ‰
LOUHANS	700	113 ‰	961	+ 261	129 ‰
AUTUN	673	140 ‰	736	+ 63	129 ‰
CREUSOT	701	118 ‰	850	+ 149	121 ‰
MONTCEAU	668	118 ‰	810	+142	121 ‰
PARAY	892	164 ‰	901	+ 9	140 ‰
CHAROLLES	676	164 ‰	706	+ 30	145 ‰
DPTT	7434	135 ‰	8648	+ 1214	133 ‰

Cette création de 1 214 places se répartit en 3 enveloppes distinctes :

- enveloppe A : 472 places actées, réalisées et/ou en cours de réalisation ;
- enveloppe B : 155 places pré-identifiées répondant à des besoins avérés (projets connus PRIAC PPI) ;
- enveloppe C : 587 nouvelles places par Appel A Projet (AAP).

- Répartition des 472 places actées (pour mémoire) = **Enveloppe A**

- 17 sur Autun (10 La providence, 7 HT Sainte Anne)
- 59 sur Montceau (26 Les Iris ; 33 MARPA Joncy)
- 119 sur Louhans (80 Mervans, 21 MARPA Simard, 18 Charrette Varennes)
- 133 sur Chalon (80 CH Chalon, 15 Saint Rémy, 33 HT Charréconduit, 2 HT Saint Marcel, 3 HT Buxy)
- 43 sur Cluny (23 MARPA Matour, 20 MARPA Cormatin)
- 92 sur Mâcon (80 CH Mâcon, 12 Romanèche)

- Qualification des 742 places supplémentaires (en sus des 472 places déjà actées)

- 155 places pré-identifiées répondant à des besoins avérés (notamment hébergement temporaire et places Alzheimer) et faisant déjà l'objet d'une programmation par l'Etat (PRIAC) = **Enveloppe B**
- 30 sur Charolles (24 St Bonnet, 6 HT Bois Ste Marie,)
 - 7 sur Louhans (5 HT Cuisery, 2 HT Mervans)
 - 61 sur Chalon (9 CH Chalon, 20 Sevrey, 8 HT Mellecey, 24 Verdun sur le Doubs)
 - 35 sur Cluny (12 + 3 HT Mazille, 20 Cluny,)
 - 13 sur Mâcon (9 HT RDAS Mâcon, 4 HT Chapelle de Guinchay)
 - 9 sur Le Creusot (transformation d'une place d'hébergement permanent et création de 8 places d'Hébergement Temporaire Montcenis)

587 places nouvelles dans le cadre d'appels à projets = **Enveloppe C**

- 46 sur Autun
- 140 sur Creusot
- 83 sur Montceau
- 135 sur Louhans
- 183 sur Chalou
- Mâcon , Cluny, Tournus : redéploiements
- Charolles : redéploiements
- Paray : redéploiements

3) Les appels à projets : conditions de création des 587 places supplémentaires (**Enveloppe C**)

A – Principes généraux

- **Définir les priorités territoriales**

Ces priorités sont déterminées en articulation avec les compétences de l'ARS et en lien avec le PRIAC.

- **Identification de zones d'actions prioritaires et suppression des zones blanches**

Au sein des différents bassins de vie, l'étude prospective de septembre 2008 a permis de déterminer des zones d'action prioritaires en combinant les données liées au taux d'équipement en places médicalisées, à l'indice de vieillissement ainsi qu'à la part de personnes âgées de plus de 75ans au sein de la population de référence.

Sans que cette démarche soit exclusive, il est notamment proposé de traiter avec une attention particulière :

- tout d'abord, un **croissant** dans le Centre-Ouest du département,
- ensuite, un **quadrilatère** correspondant à la Bresse Louhannaise.

(Voir carte ci-dessus).

- **Rééquilibrer les taux d'équipements, prendre en compte l'attractivité de certains territoires et la logique urbain-rural**

La répartition prévisionnelle des places à créer dans le cadre de l'appel à projet tient compte des taux d'équipements de chaque bassin de vie ainsi que des projets actés ou déjà pré-identifiés qui devraient aboutir dans les prochaines années.

Il convient toutefois d'apprécier cette répartition au regard de l'attractivité de certaines parties du territoire (zones urbaines, bassin de la Saône, attractivité particulière du Mâconnais) qui génèrent une forte demande de places

- **Définir des caractéristiques propres aux EHPAD**

Il convient de privilégier la création et la consolidation d'EHPAD disposant d'une autonomie de gestion et d'un nombre maximum de 80 places permettant de concilier :

- Un objectif « taille humaine »
- Un impératif de gestion par rapport aux moyens administratifs et logistiques

- - **Nécessaire mise en œuvre d'un règlement d'investissement modulé**

Le règlement d'intervention du Département en matière de subventions d'investissement est actuellement très dynamique dans le secteur médico-social (30 072 € par lit ; 26 525 € dans le cas d'opérations de plus de 80 lits portées par des établissements de santé) et conduit, d'une part à limiter la part de places habilitées à l'aide sociale dans les appels à projets (276/587) et d'autre part à poser un problème global de soutenabilité de ces appels à projets compte tenu des contraintes d'arbitrage liées à la Programmation pluriannuelles d'investissement globale du Département.

Une évolution du règlement d'intervention peut être envisagée afin de desserrer cette contrainte.

- - **Volume des AAP et répartition par bassin de vie**

Il a donc été décidé de considérer ce programme de la manière suivante :

- une tranche ferme de 381 places, dont 276 habilitées à l'aide sociale, correspondant à la programmation PRIAC pour les appels à projet futurs (NB le volume des appels à projets du PRIAC est passé de 260 à 290 places en mai 2009 puis à 381 places en mars 2010)

- une tranche conditionnelle de 206 places supplémentaires, pouvant être mise en œuvre dans un second temps dès lors que la réforme du règlement d'investissement aura été accomplie, afin de soutenir un contingent supplémentaire de places habilitées à l'aide sociale, sans incidence sur la PPI du département

Les tableaux qui suivent présentent donc l'affectation de la totalité des places prévues dans l'enveloppe d'appels à projet (587 places) sachant que seules les places correspondant à la tranche ferme d'appels à projets pourraient être lancée à partir de 2010 (381 places).

	PLACES A CREER DANS LE CADRE D'APPELS A PROJETS ENVELOPPE C	PLACES A CREER DANS LE CADRE DE LA TRANCHE FERME (381 places)
MACO N	Redéploiements	Redéploiements
CLUNY	Redéploiements	Redéploiements
TOURNUS	Redéploiements	Redéploiements
CHALON	183	120
LOUHANS	135	80
AUTUN	46	18
CREUSOT	140	80
MONTCEAU	83	83
PARAY	Redéploiements	Redéploiements
CHAROLLES	Redéploiements	Redéploiements
DPTT	587	381

- **Configuration de l'offre habilitée à l'aide sociale**

Actuellement, 80% du parc de places d'EHPAD est habilité à l'aide sociale. Cette situation favorable (seulement 23% des places sont effectivement occupées par des bénéficiaires de l'aide sociale à l'hébergement PA ou PH) permet d'envisager de réduire la proportion de places habilitées à l'aide sociale sur les nouveaux projets.

Part d'habilitation aide sociale sur les 472 places actées **ENVELOPPE A** : 403 places (85%)
 Part d'habilitation aide sociale sur les 155 places identifiées **ENVELOPPE B** : 146 places (94%)
 Part globale habilitation sur les 627 places : 88% (549 places)
 Part d'habilitation sur les 587 places nouvelles par AAP **ENVELOPPE C** : 276 places (47%)

Cet objectif global de 57% d'habilitation à l'aide sociale sur les places à venir, correspondant à 422 places sur 742 nouvelles places permet de répondre aux besoins réels (le recours réel à l'aide sociale correspond à 23 % du parc habilité), mais couvre des écarts significatifs selon les bassins de vie et nécessite, dans le cadre du programme de création de places qui sera défini par les appels à projet, de fixer des objectifs différenciés :

	Proportion de places habilitées en 2009	Places habilitées sur places actées / projetées (472 +155) ENVELOPPE A ENVELOPPE B	Proposition de places habilitées sur appels à projets (587 places) ENVELOPPE C
MACON	83 %. Recours aide sociale important	105 pl / 105 pl	0
CLUNY	90 %. Recours aide sociale faible	78 pl / 78 pl	0
TOURNUS	100 %. Recours aide sociale faible	0	0
CHALON	57 %. Recours aide sociale important	168 pl / 194 pl	140 pl / 183 pl
LOUHANS	89 %. Recours aide sociale faible	126 pl / 126 pl	40 pl / 135 pl
AUTUN	58 %	0 pl / 17 pl	46 pl / 46 pl
CREUSOT	93%	9 pl / 9 pl	40 pl / 140 pl
MONTCEAU	72 %. Recours aide sociale faible	33 pl / 59 pl	10 / 83 pl
PARAY	63%	0 pl / 9 pl	0
CHAROLLES	100 % Recours aide sociale faible	30 pl / 30 pl	0
DEPARTEMENT	80% recours à hauteur de 24%	549 pl / 627 pl	276 pl / 587 pl

L'habilitation de 276 places sur 587 places nouvelles ouvre la possibilité de créer, sur le département :

- plusieurs structures alternatives habilitées à l'aide sociale (cf infra) ;
- l'extension d' EHPAD public sur le bassin de vie de Chalon sur Saône ;
- ainsi que 3 EHPAD sur les bassins de vie de Louhans, de Montceau et du Creusot (avec habilitation partielle).

Au total, 243 places sur les 587 d'appels à projet (41%) pourraient être couvertes par des projets de création d'EHPAD.

Il est proposé, dans ce cadre, d'introduire dans les clauses des appels à projet :

- un tarif hébergement maximum de 55 € pour les EHPAD (en coût d'ouverture 2010 actualisé à la date d'ouverture)

- la possibilité d'une habilitation partielle à l'aide sociale,

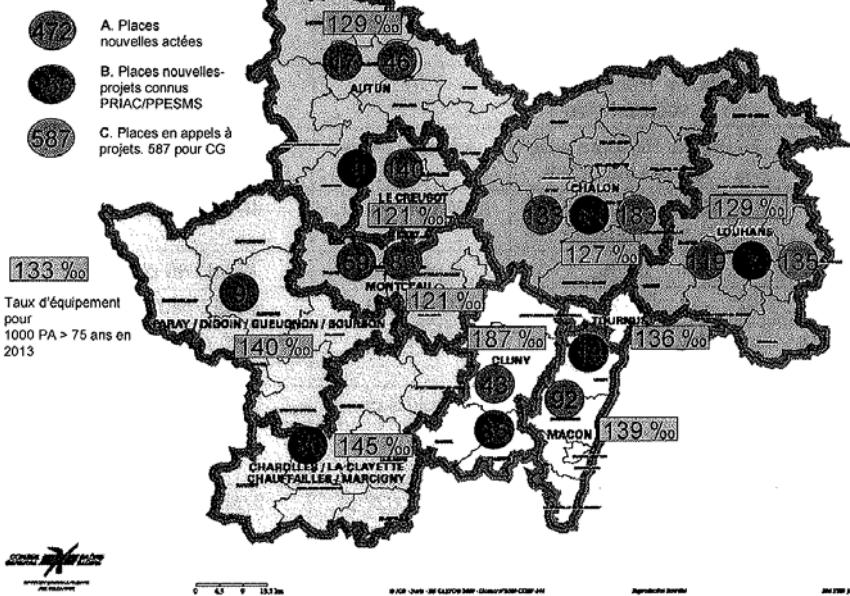
La mise en œuvre d'un nouveau règlement d'investissement, destiné à moduler les subventions d'investissement selon la nature des projets, permettre de desserrer la contrainte des 276 places habilitées à l'aide sociale dans le cadre des appels à projets futurs.

• Réaliser une tranche ferme et une tranche conditionnelle

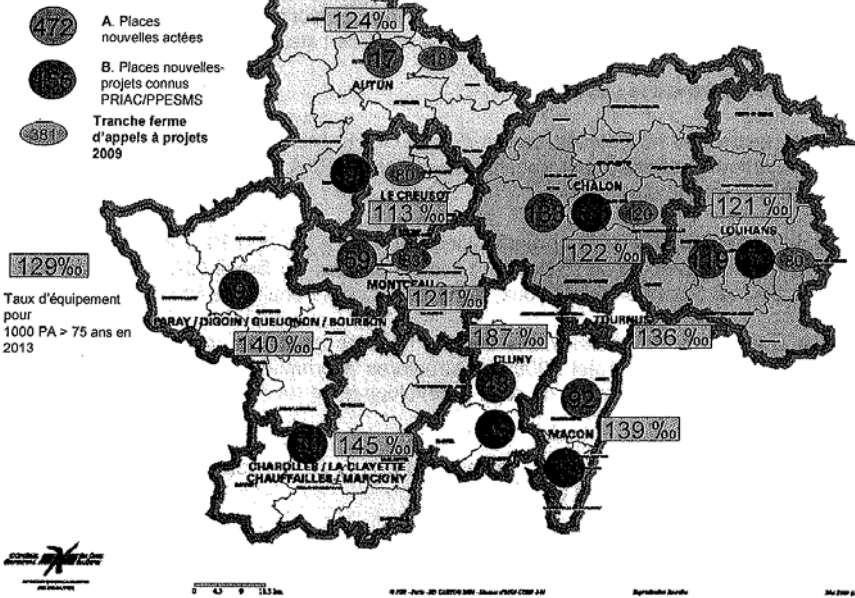
- Une tranche ferme à hauteur de 381 places, réalisables en investissement et en fonctionnement dans le cadre des moyens mobilisés par la fiscalité (impôt 5ème risque)
- Une tranche conditionnelle à hauteur de 206 places supplémentaires soumise à une réforme du règlement d'investissement et une coordination avec le PRIAC qui à ce jour ne prévoit pas ces nouvelles places.

Créations de places médicalisées 2010-2014 : le souhaitable

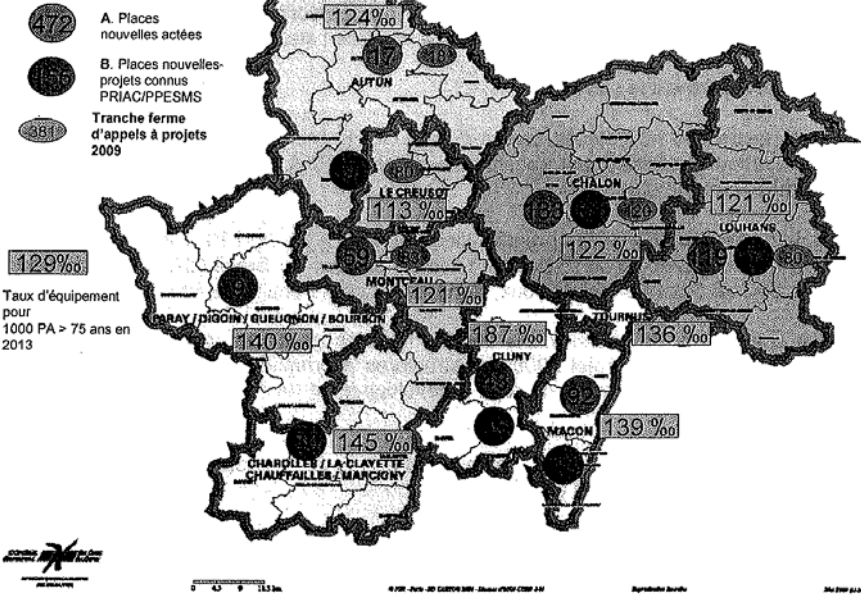
Définition de 10 bassins de vie dans le cadre de la politique PA - PH



Créations de places médicalisées 2010-2014 : le possible
 Définition de 10 besoins de vie
 dans le cadre de la politique PA - PH



Créations de places médicalisées 2010-2014 : le possible
 Définition de 10 besoins de vie dans le cadre de la politique PA - PH



0 4 8 12 km

© 2010 - Tous droits réservés. Toute réimpression est interdite.

Reproduction interdite

2010 2010 2010

• **développement de formules de médicalisation souples (structures alternatives...) en complément des places d'EHPAD**

Les orientations stratégiques portées par le schéma gérontologique conduisent à s'écarter d'une approche monolithique qui ne viserait qu'à créer des places d'EHPAD classiques dans le cadre du programme de 742 places. L'objectif est au contraire de diversifier les réponses en développant notamment le programme de structures alternatives (Petite Unité de Vie (PUV), appartements médico-sociaux, services d'accueil familial et centre d'activité de jour), mais également, dans l'avenir, de nouvelles formes de maintien à domicile des personnes âgées prévues notamment dans le cadre du plan Alzheimer (services de veille à domicile ; structures de répit...)

La situation est actuellement la suivante :

- dans le cadre des 472 places actées **ENVELOPPE A** : 4 PUV ou assimilées à Matour, Joncy, Cormatin et Simard par transformation des MARPA existantes (97 places) et 1 PUV à Charette Varenne (18)
- dans le cadre des 155 places pré-identifiées **ENVELOPPE B** : 1 PUV à St Bonnet de Joux (24 pl) hors comptabilisation : Centre d'Activité de Jour du Breuil (CAJ), CAJ de Bourbon Lancy, CAJ de Saint Bonnet de Joux, Service d'Accueil Familial de Saint Igny de Roche

Il importe par conséquent de poursuivre le déploiement des structures alternatives au travers du processus croisé de l'appel à projet 2009 des structures alternatives (3^{ème} et dernière année du programme), des nouvelles formules de répit à développer, et de l'appel à projet de 587 places ventilées par bassins de vie.

Sur la base de ces indications, les structures alternatives suivantes pourraient être retenues dans le cadre des appels à projets **ENVELOPPE C** :

	Places à créer dans le cadre de l'appel à projet de 587 places ENVELOPPE C	Proportion de places habilitées	DEGRE PRIORITE Structures alternatives
MACON		0	Faible
CLUNY			
TOURNUS			
CHALON	184	140 pl / 183 pl	Fort
LOUHANS	135	12 pl / 135 pl	Fort
AUTUN	46	18 pl / 46 pl	Fort
CREUSOT	140	40 pl / 140 pl	Fort
MONTCEAU	83	10 / 83 pl	Fort
PARAY	Redéploiements	0	Faible
CHAROLLES	Redéploiements	0	Faible
DPTT	587	220 pl / 587 pl	

Au total, sur les 587 places des appels à projets, ce sont 171 places (30%) qui pourraient être pourvues dans le cadre de structures alternatives.

- **renforcement des places Alzheimer (objectif 10% des places) et l'hébergement temporaire (objectif 400 places)**

La création de nouvelles unités spécifiques Alzheimer constitue un axe prioritaire :

Au 1^{er} janvier 2010 ce sont 389 places existantes soit 5,2% des places médicalisées.

La répartition est très inégale selon les bassins de vie mais doit tenir compte des projets de transformation ou de création en cours (à terme 317 places supplémentaires en unités spécifiques (dont 42 en UHR), 29 places d'hébergement temporaire et 7 places de PASA) :

- Mâcon : 48 places soit 5,3 % des places d'EHPAD ; 54 places en projet
- Cluny : 29 places soit 4% des places d'EHPAD ; 56 places en projet
- Tournus : 11 places soit 5% des places d'EHPAD ; 9 en projets
- Chalons : 98 soit 7% des places d'EHPAD ; 72 places en projet
- Louhans : 22 places soit 3,1% des places d'EHPAD, 36 places en projet
- Autun : 30 places soit 4,6% des places d'EHPAD ; 22 places en projet
- Montceau : 103 places soit 15 % des places d'EHPAD ; 14 places en projet
- Creusot : 0 places ; 15 en projet
- Charolles : 44 places soit 4,7% des places d'EHPAD ; 53 places en projet
- Paray : 26 places soit 2,9% des places d'EHPAD ; 22 places en projet

Ce sont donc au total 703 places qui seront opérationnelles à l'horizon 2013. Afin d'atteindre l'objectif de 10% des places, soit 865 places en unités spécifiques, un effort supplémentaire à hauteur de 162 places doit être envisagé, pour partie sur le parc de places existants, pour partie dans le cadre des appels à projets futurs. **Il est ainsi proposé de fixer l'objectif de 160 places supplémentaires (soit 27% des places créées)** dans le cadre des appels à projets futurs correspondant à l'**ENVELOPPE C** (avec une modulation selon les bassins de vie)

	Places à créer dans le cadre de l'appel à projet de 587 places ENVELOPPE C	Dont places en unités Alzheimer
MACON	Redéploiements	Redéploiements
CLUNY		
TOURNUS		
CHALON	183	37
LOUHANS	135	45
AUTUN	46	18
CREUSOT	140	48
MONTCEAU	83	12
PARAY	Redéploiements	Redéploiements
CHAROLLES	Redéploiements	Redéploiements
DPTT	587	160

Le développement de l'hébergement temporaire est un objectif également prioritaire

Il existe actuellement 125 places d'Hébergement temporaire ; avec là encore de nombreuses places en projet, dont l'établissement de Charréconduit (70 places)

- Mâcon : 10 places ; 13 places en projet
- Cluny : 8 places ; 3 places en projet

- Tournus : 0 place
- Chalon : 38 places, 45 places en projet
- Louhans : 0 places, 7 places en projet
- Autun : 22 places ;
- Montceau : 8 places
- Creusot : 20 places, 10 places en projet
- Charolles : 13 places ; 6 place en projet
- Paray : 16 places ;

Ce sont ainsi 209 places d'hébergement temporaire qui existeront à l'horizon 2013. Un effort de transformation des places existantes doit être mené sur les bassins de vie faiblement pourvus. Par ailleurs, il est proposé de fixer l'objectif intermédiaire de 75 places supplémentaires dans le cadre des appels à projets à venir ; soit 13% des places qui seront créées (modulées selon les bassins de vie) :

	Places à créer dans le cadre de l'appel à projet de 587 places ENVELOPPE C	Dont places d'hébergement temporaire
MACON		
CLUNY		
TOURNUS		
CHALON	183	12
LOUHANS	135	23
AUTUN	46	6
CREUSOT	140	21
MONTCEAU	83	13
PARAY	Redéploiements	Redéploiements
CHAROLLES	Redéploiements	Redéploiements
DPTT	587	75

Concernant les accueils de jour, l'objectif est de réaliser des structures autonomes urbaines d'une capacité minimum de 10 places et de réserver quelques places rattachées à des EHPAD, sous conditions, pour une amélioration du maillage territorial.

Un appel à projet spécifique pourrait être envisagé intégrant les 2 nouvelles formules réservées aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés : les Unités d'Hébergement renforcé (UHR) et les Pôles d'Activité Spécifiques Alzheimer (PASA)

- **Création de places d'EHPA et soutien à une politique globale d'habitat**

Au-delà des créations de places médicalisées, le Département sera amené à réorienter sa politique sur deux axes :

- Le renforcement d'une politique de l'habitat permettant de mieux intégrer les seniors dans les communes. Cette approche est portée de manière globale par l'OPAC (cf programme de « logement solidaire » en direction des PA et des PH) mais également de manière spécifique par les intercommunalités ainsi que par certaines communes. Cette réorientation

constitue un des axes prioritaires de la politique départementale en faveur des Personnes âgées et des Personnes en situation de handicap; l'enjeu étant de déterminer dans quelles conditions les règlements d'intervention peuvent être adaptés (investissement et fonctionnement) à cette nouvelle problématique afin de favoriser l'émergence de projets de logements adaptés et favoriser, dans le cadre de la convention de modernisation avec les fédérations d'aide à domicile, le développement de nouveaux services en direction de cette population.

- la possibilité de procéder à des autorisations sélectives de places d'EHPA, non médicalisées, hors PRIAC et indépendamment des appels à projets conjoints avec l'Etat. Il est proposé d'ouvrir cette option en tenant compte des préconisations suivantes :
 - envisager des créations d'EHPA sur des bassins de vie où les besoins sont avérés en terme de logements collectifs adaptés avec prestations de services associées
 - inscrire pleinement ces structures sous le régime des établissements sociaux et médico-sociaux et éviter toute ambiguïté avec le concept de résidences services,
 - aucun soutien à l'investissement aux projets d'EHPA mais fixation de tarifs maximum
 - indiquer clairement que la médicalisation de ces structures est une perspective possible compte tenu de la situation démographique et exiger par conséquent le respect de la réglementation ERP de type J,
 - négocier avec l'Etat les conditions dans lesquelles cette politique de création de places d'EHPA peut rester compatible et coordonnée avec le déroulement du PRIAC et la planification des moyens nécessaires pour médicaliser à terme ces nouvelles structures.

La création de places d'EHPA peut ainsi faire l'objet d'appels à projets complémentaires, en sus des 587 places prévues.

Synthèse globale (hors redéploiements)

La ventilation des places habilitées aide sociale permet de déterminer la place qui pourra être accordée aux établissements publics et associatifs d'une part et aux établissements privés à but lucratif d'autre part dans le cadre des appels à projets futurs :

- Chalon : extension de capacité d'EHPAD public existants et de capacité insuffisante, et une/plusieurs structures alternatives de 22 places non habilitées. Total : 183 places dont 37 places Alzheimer et 12 places d'hébergement temporaire
- Louhans : un EHPAD non habilité de 80 places et une/plusieurs structures alternatives habilitées de 47 places dont 12 places alzheimer habilitées. Total : 135 places dont 45 places Alzheimer et 23 places d'hébergement temporaire
- Autun : plusieurs structures alternatives habilitées à hauteur de 46 places, dont 18 places Alzheimer et 6 places d'hébergement temporaire
- Le Creusot : un EHPAD partiellement habilité de 80 places et une/plusieurs structures alternatives habilitées à hauteur de 45 places. Total : 140 places dont 48 places Alzheimer (40 habilitées) et 21 places d'hébergement temporaire
- Montceau : un EHPAD partiellement habilité de 83 places dont 10 places Alzheimer et 13 places d'hébergement temporaire

BASSIN DE VIE	TX EQPT 2008 (référence population 1999)	PROGRESSION TOTALE	TX EQPT 2014 (Projection population 2012)	APPEL A PROJET					Places Alzheimer	Places hébergement temporaire	
				CREATIONS APP	TRANCHE FERME (381 places)	TRANCHE CONDITIONNELLE (206 places)	Places habilitées	Priorités Structures alternatives			
MACON	146 ‰	105	139 ‰	Redéploiements	Redéploiements	Redéploiements					
CLUNY	188 ‰	78	187 ‰	Redéploiements	Redéploiements	Redéploiements					
TOURNUS	158 ‰	0	136 ‰	Redéploiements	Redéploiements	Redéploiements					
CHALON	119 ‰	377	127 ‰	183	120	63	140	Fort	37	12	
LOUHANS	113 ‰	261	129 ‰	135	80	55	40	Fort	45	23	
AUTUN	140 ‰	63	129 ‰	46	18	28	46	Fort	18	6	
CREUSOT	118 ‰	149	121 ‰	140	80	60	40	Fort	48	21	
MONTCEAU	118 ‰	142	121 ‰	83	83	0	10	Fort	12	13	
PARAY	164 ‰	9	140 ‰	Redéploiements	Redéploiements	Redéploiements					
CHAROLLES	164 ‰	30	145 ‰	Redéploiements	Redéploiements	Redéploiements					
DPTT	135 ‰	1214	133 ‰	587	381	206	276		160	75	

Réponse de la mission :

Les observations reçues n'appellent pas de commentaire particulier

Liste des personnes rencontrées

Direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS)

Madame Marie-Thérèse BONNOTTE, inspectrice principale, responsable du secteur du handicap

Madame Béatrice KAPPS, directrice adjointe à la DDASS de Côte d'Or, responsable de l'expérimentation de l'appel à projets en région Bourgogne

Madame Chantal MEHAIS, inspectrice principale stagiaire

Monsieur Philippe RABOULIN, inspecteur hors classe, responsable du secteur des personnes âgées

Monsieur Patrice RICHARD, directeur régional

Madame Annie TANVOLLE

Caisse régionale d'assurance maladie de Bourgogne (CRAM)

Monsieur Bernard TAPIE, chargé du suivi du secteur médico-social

Conseil régional de Bourgogne

Monsieur Philippe GAZAGNES, directeur général des services

Monsieur Gérard SPERANZA, responsable des formations.

Groupe de travail du CROSMS

Madame Françoise TENENBAUM, maire adjoint de Dijon, vice-présidente du Conseil régional

DEPARTEMENT DE COTE D'OR

Direction départementale des affaires sanitaires et sociales

Madame Zohra BECHAIRIA, chargée de mission, secteur personnes âgées

Madame Michèle GUEUGNON, inspectrice chargée du pôle médico-social.

Conseil général de Côte d'Or

Monsieur Jean-Yves BUFFAULT, chargé du secteur des personnes âgées et handicapées

Monsieur Arnaud DESBROSSES, directeur général adjoint des services, chargé de la solidarité, de la famille et de l'insertion

Monsieur Claude VINOT, vice-président, responsable des affaires sociales

Maison départementale des personnes handicapées

Monsieur Philippe CHENILLET, directeur de l'autonomie au Conseil général et directeur de la MDPH

Madame Françoise L'HOMMEE, responsable du pôle partenariat et relations avec les usagers

Monsieur Jérôme PELISSIER, adjoint au directeur de la MDPH

DEPARTEMENT DE SAONE-ET-LOIRE

Monsieur. Michel LALANDE, préfet

Conseil général de Saône-et-Loire

Monsieur Arnaud MONTEBOURG, président

Madame Evelyne COUILLEROT, première vice-présidente, vice-présidente en charge de la politique des personnes âgées

Monsieur Jacques REBILLARD, vice-président en charge de la politique du handicap

Monsieur Boris VALLAUD, directeur général des services

Madame Françoise BURLAUT, directrice générale adjointe aux solidarités

Monsieur Jean-François RIOUFOL, responsable de la direction des personnes âgées et des personnes handicapées

Madame Josette JUILLARD

Direction départementale des affaires sanitaires et sociales

Monsieur Yves RULLAUD, directeur départemental

Monsieur Nicolas ROTIVAL, responsable du pôle handicap et dépendance

Madame Joëlle d'ALMEIDA

Monsieur Jean-Sébastien HEITZ

Madame Marie-France MAZUER

Madame Nathalie PASQUIER

Inspection académique

Monsieur Jean-Pierre DUROZARD, inspecteur de l'éducation nationale chargé de l'adaptation scolaire et de la scolarisation des élèves handicapés

Maison départementale des personnes handicapées

Monsieur Roger CORNEILLE, directeur

Centre hospitalier de Chalon-sur-Saône

Monsieur Philippe DIEUDONNE, responsable du projet de construction du centre gérontologique

Madame Dominique PILLOT, cadre supérieur de santé

Madame Sandrine PREFOT

Monsieur Philippe RIEGEL

Mutualité française de Saône-et-Loire, gestionnaire de l'ITEP de Buxy

Monsieur FROMENT-GAUDIN, directeur général de la mutualité de Saône et Loire

Madame BALME, directrice de l'ITEP

Monsieur Bernard GALY, directeur de l'ITEP (jusqu'au 31 août 2009)

Bilan quantitatif du PRIAC de Bourgogne (2006-2009)

PERSONNES AGEES

	Nombre de places installées au 01/01/2006	Nombre de places créées en :				Nombre cumulé de places installées de 2006 à 2009	Nombre total de places installées au 31/12/2009
		2006	2007	2008	2009		
Nombre de places d'EHPAD installées ¹⁶⁶	20 393	112	148	285	329	874	21 267
Nombre de places de SSIAD installées	2 901	96	93	95	110	394	3 295

ENFANTS HANDICAPES (tous domaines confondus)

Nombre de places d'hébergement installées	2 597	7	7	27	- 56	- 15	2 582
Nombre de places de SESSAD installées	770	22	15	49	73	159	929

ADULTES HANDICAPES

Places de MAS installées	191	10	108	0	68	186	377
Places de FAM installées	662	0	5	53	117	175	837
Places d'ESAT installées	2 962	32	42	61	23	168	3 130
Places de SAMSAH installées	0	30	50	35	34	149	149
Places de SSIAD pour handicapés installées	68	17	12	21	18	68	136

¹⁶⁶ Hors transformation des USLD.