



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.....	9
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	15
1.1. <i>Le contenu du PRIAC résulte d'une programmation physique</i>	15
1.1.1. Le PRIAC décline les schémas et les plans nationaux	17
1.1.2. Les schémas départementaux sont de qualité inégale et il n'existe pas de schémas régionaux	18
1.1.3. Il est souvent recouru au taux d'équipement dont les limites sont pourtant nombreuses	21
1.1.4. Les besoins sont approchés à partir de multiples autres informations dont la plupart mériteraient d'être fiabilisées.....	25
1.1.5. La pratique adoptée en Picardie est en décalage sensible avec les observations faites dans les autres régions.....	29
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	32
1.2. <i>Le PRIAC retrace une programmation financière.....</i>	32
1.2.1. Le PRIAC exprime la programmation des mesures nouvelles.....	32
1.2.2. L'attribution d'enveloppes anticipées pour N+1 et N+2 constitue une novation majeure	33
1.3. <i>Le PRIAC constitue l'un des instruments qui se situent à la rencontre du physique et du financier.....</i>	35
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	35
2.1. <i>Un outil dont la rigueur et l'ergonomie devraient être améliorées.....</i>	35
2.1.1. Un outil souvent incomplet	35
2.1.2. Un outil qui pâtit de plusieurs approximations.....	36
2.1.3. Un outil conçu de manière sensiblement différente d'une région à l'autre	38
2.1.4. Un outil lourd dont l'ergonomie et le maniement devraient être simplifiés.....	39
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>	40
2.3. <i>Un outil qui doit exprimer des besoins mais qui doit aussi les inscrire dans le cadre d'enveloppes closes</i>	43
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.....	43
2.3.2. Un outil qui devrait concourir à la réduction des crédits non reconductibles.....	44
2.4. <i>Un outil qui n'est ni départemental ni régional mais interdépartemental</i>	45
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>	47

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>	47
2.6.1. Une programmation trop limitée pour pouvoir combler significativement les écarts	47
2.6.2. Une articulation du sanitaire et du médico-social à améliorer encore largement	49
2.7. <i>Un outil qui favorise la cohérence de l'action publique et qui accroît la visibilité des priorités de l'Etat</i>	50
3. LA MISE EN ŒUVRE DE LA LOI DU 21 JUILLET 2009 VA SE TRADUIRE PAR UNE NOUVELLE CONFIGURATION DES PRIAC	50
3.1. <i>Les PRIAC seront élaborés et arrêtés dans un contexte législatif et réglementaire profondément modifié</i>	51
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	51
3.1.2. Le dispositif de l'appel à projets emportera de fortes exigences de cadrage de la programmation financière.....	53
3.2. <i>La détermination des besoins et les objectifs de la programmation devront être plus précis</i>	53
3.2.1. La nomenclature des services et des équipements requis est à affiner	53
3.2.2. Les effets de champ sont à prendre en compte	54
3.2.3. La définition des territoires pertinents et la déclinaison des besoins par territoires sont deux questions majeures	56
3.2.4. La programmation devra se traduire par la définition d'objectifs cibles fixés à partir d'indicateurs de besoin régionalisés	57
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>	59
3.3.1. La programmation sous compétence financière de l'Etat peut être plus précise.....	59
3.3.2. La concertation avec les Conseils généraux doit pouvoir mieux s'exercer en amont du PRIAC.....	60
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.....	61
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	62
3.4. <i>L'outil est à adapter</i>	62
3.4.1. Une adaptation de la forme et des modalités de la tenue du PRIAC est souhaitable	62
3.4.2. La question d'un financement sur coûts standards ou harmonisés est posée	63
3.4.3. Dans le cadre des compétences dévolues aux ARS, il convient de leur assurer des marges de manœuvre	64
PRINCIPALES RECOMMANDATIONS DE LA MISSION	65
OBSERVATIONS DE LA DIRECTION GÉNÉRALE DE LA COHESION SOCIALE	69
OBSERVATIONS DE LA CAISSE NATIONALE DE SOLIDARITÉ POUR L'AUTONOMIE	73
REPONSE DE LA MISSION:	77
LISTE DES ABREVIATIONS ET ACRONYMES	79
ANNEXE : LISTE DES PERSONNES RENCONTREES	81

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] Conjugus, 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 retreint 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 MOBILISÉS POUR NOURRIR LE PRIAC, AU POINT DE RENCONTRE DES PROCESSUS DE LA PROGRAMMATION PHYSIQUE ET DE LA PROGRAMMATION FINANCIÈRE, SONT À LA FOIS NOMBREUX ET LARGEMENT AMÉLIORABLES

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 différente ; 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 produit¹², 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 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-lésées.
- [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 jour.
- [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'appête 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 pilotage. 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 PRIAC¹³.
- [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'acteurs ; 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 protégé.
- [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 reconvertir.
- [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 décision.

¹³ Voir *infra* § 22.

- [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 2001. Le « plan handicap 2005-2010 » du Calvados est lui aussi construit à partir d'informations anciennes et notamment d'une étude du CREA réalisée sur les enfants titulaires de l'allocation d'éducation spéciale au 1^{er} octobre 2003.
- [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 loin¹⁴.
- [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 tirées
- [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.

¹⁴ Voir *infra* § 114.

- [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 »¹⁵ 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 lisible¹⁶. 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 sociaux. 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'inscrit.
- [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 handicapées.
- [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 nationale. 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 demande.

¹⁵ Article 312-5-1 du CASF.

¹⁶ Voir *infra* § 214.

[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

[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 Aquitaine, 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 : Pondérer 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 impossible¹⁷. 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 âgées. 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.
- [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.

¹⁷ C'est la parfaite illustration du paradoxe d'Achille et de la tortue formulé par Zénon d'Elée.

[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 Gironde.

[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-sociaux ;
- 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 handicapés.

- [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 âgées. Elle recourt aussi aux données d'une étude PAQUID¹⁸ pour estimer la proportion des personnes âgées atteintes de démence, à ce jour et à l'horizon 2012. 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-lésées¹⁹.
- [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.

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 ;

¹⁸ Pour « Personnes Agées, Quid » : il s'agit d'une étude épidémiologique relative au vieillissement cérébral et fonctionnel après 65 ans.

¹⁹ Voir *supra* § 111.

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 adolescents ; en revanche, l'approche a été réalisée en Saône et Loire. En Aquitaine, il en est allé de même dans le département des Pyrénées Atlantiques.

[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-social.
- [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 handicapées.
- [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.

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 % restants.
- [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 CROSM, 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 programmation. 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 satisfaisants.
- [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.

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 CREAMI 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 FINES ;
 - 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 satisfaire²⁰.
- [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.

²⁰ 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.

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.
- [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 évoluer²¹ ;
 - 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 ».

²¹ Ce problème est développé *infra* au § 22.

- [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 ;
 - 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 »²².
- [173] Le PRIAC, dont on a déjà indiqué le caractère anonymisé, pluriannuel et glissant²³, 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.

²² 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.

²³ Voir *supra* en introduction.

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.

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 budgétaire²⁴.

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.

[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) ;

²⁴ Voir *infra* § 212.

- 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 reconstitution 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 »²⁵ ;
- 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 ;
- 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.

²⁵ CNSA : « synthèse nationale des échanges techniques CTRI-CNSA 2009 – version du 11 janvier 2010 ».

- [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 CNSA²⁶ 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 CNSA²⁷ 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.

²⁶ CNSA : « synthèse nationale des échanges techniques CTRI-CNSA 2009 – version du 11 janvier 2010 ».

²⁷ CNSA : « synthèse nationale des échanges techniques CTRI-CNSA 2009 – version du 11 janvier 2010 ».

[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.

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 décrite²⁸. 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 régionales²⁹.

[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 autre³⁰. 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 santé. 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.

²⁸ Voir *supra* § 115.

²⁹ Voir *infra* § 3242.

³⁰ Voir *supra* § 1122.

[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. Quoiqu'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.

[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 Aquitaine. 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 CROSMS 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 ;
- 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 départementaux ; 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 ;
- 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 récent³¹, 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 CNSA ; 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.

³¹ CNSA : « synthèse nationale des échanges techniques CTRI-CNSA 2009 – version du 11 janvier 2010 ».

- [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 ». 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 priorités 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 ;

- 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 modernisation³².

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-départementalisées.

[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 interdépartementale³³. Cette programmation interdépartementale prend en considération plusieurs réalités :

³² Voir *infra* § 343.

³³ Comme le rappelle d'ailleurs le développement de l'acronyme du PRIAC : voir *supra* en introduction.

- 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 région ;
- 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 lente³⁴ (a fortiori dans les hypothèses où elle est contrariée par le jeu de la « réserve nationale »³⁵) 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) »³⁶ ; 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 »³⁷.

[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 Loire ;
- l'extension de l'ITEP de Buxy ;
- la rénovation et l'extension du centre gérontologique du centre hospitalier de Chalon-sur-Saône ;
- la création d'un établissement pour autistes à Beaune ;
- la création d'un EHPAD en Côte d'Or ;
- la création d'un autre EHPAD à Anglet ;

³⁴ Voir *infra* au § 261.

³⁵ Ce qui paraît s'être produit dans au moins l'un des sept départements enquêtés par la mission.

³⁶ CNSA : « synthèse nationale des échanges techniques CTRI-CNSA 2009 – version du 11 janvier 2010 ».

³⁷ CNSA : « synthèse nationale des échanges techniques CTRI-CNSA 2009 – version du 11 janvier 2010 ».

- la création de la MAS « Lou Caminot » à Pau ;
- la création d'un EHPAD à Eysines ;
- la création de la MAS de Tresses.

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'Etat. 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 ;
 - 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 précèdent³⁸ montrent bien qu'il est loin d'en être ainsi.

³⁸ Voir notamment *supra* § 24.

[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 Bourgogne :

- 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.

[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 consulté.
- [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 réalisation.

[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.

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 établir³⁹ ; 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 fonctionnement⁴⁰.

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.

³⁹ Dont certaines seront détaillées *infra*, dans les propositions suivantes du rapport.

⁴⁰ 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 psychiatrie⁴¹. 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 PRIAC.
- [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.

⁴¹ 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).

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 Picardie⁴² et la DDASS de Saône et Loire⁴³. 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)

⁴² Voir *supra* § 115.

⁴³ 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 vu⁴⁴, 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 besoins⁴⁵. 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 développent⁴⁶. 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

⁴⁴ Voir *supra* § 11.

⁴⁵ L'enquête actuelle de la DREES sur les établissements pour personnes âgées paraît trop peu fréquente et ses items devraient être complétés.

⁴⁶ 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 programmation⁴⁷ :
- 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-sociale⁴⁸ ;
 - 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.

⁴⁷ 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.

⁴⁸ 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 limitée⁴⁹.

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 cofinanceur.

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.

⁴⁹ 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.

[...] Au près 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 attribuées⁵⁰.
- [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

⁵⁰ 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 personnel⁵¹. 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

⁵¹ 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 :

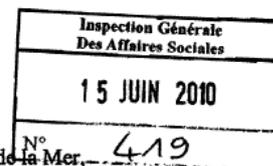
N°	Recommandation	Autorité responsable	Echéance
1	Renforcer la fiabilité de FINESS	DGCS, ARS	Fin 2010
2	Pondérer les taux d'équipement régionaux et départementaux en fonction du nombre de personnes extérieures accueillies	DGCS, CNSA	2011-2012
3	Distinguer, dans les propositions des CDAPH, les orientations 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 : 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