

Circulaire DAS RV 1/TS 2 n° 99-469 du 10 août 1999 relative à la mise en oeuvre du plan pluriannuel de créations de places pour adultes lourdement handicapés.

10/08/1999

Par décision du 8 avril 1998, le Gouvernement arrête un plan d'amélioration de la capacité d'accueil des structures médico-sociales pour adultes lourdement handicapés, selon la programmation suivante :

- 5 500 places de maisons d'accueil spécialisées (MAS) et de foyers à double tarification (FDT), soit 1 100 places supplémentaires par an ;
- 8 500 places de centres d'aide par le travail (CAT), soit 2 000 en 1999, 2 000 en 2000, 1 500 en 2001, 1 500 en 2002 et 1 500 également en 2003 ;
- 2 500 places d'ateliers protégés, soit 500 places par an.

Ce plan couvre la période 1999-2003, sans préjudice des mesures concernant la poursuite des plans spécifiques inscrits dans l'objectif national des dépenses d'assurance maladie - ONDAM - (autistes, traumatisés crâniens, handicaps rares, éducation précoce).

Son coût cumulé a été évalué à 1 350 MF pour l'assurance maladie, soit 270 MF par an. 230 MF seront financés par des mesures nouvelles et 40 MF seront financés par des mesures de redéploiement.

Le coût des dépenses nouvelles pour le budget de l'Etat est estimé à 622,75 MF dont 573,75 MF au titre des créations de places de CAT hors garantie de ressources pour les travailleurs handicapés (GRTH) et 49 MF pour les créations d'AP (hors GRTH).

Conformément aux engagements gouvernementaux, une première enveloppe de crédits est inscrite dans l'ONDAM de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 à hauteur de 230 MF.

Après avoir rapidement rappelé les raisons qui ont motivé l'adoption du plan (I) et la nécessité de le resituer dans le cadre de la politique générale suivie par le Gouvernement (II.1) la présente circulaire a pour objet de préciser les objectifs qui lui sont assignés (II.2) et de vous présenter les modalités suivant lesquelles il sera mis en oeuvre (III).

I. - POURQUOI CE PLAN ?

La situation de notre pays continue d'être caractérisée par une insuffisance de l'offre d'équipement pour la prise en charge des adultes lourdement handicapés. Le maintien de nombreux jeunes adultes en établissements d'éducation spéciale (EES) au titre de l'"amendement Creton" est un des principaux indicateurs de cette inadéquation. La stabilité de la prévalence du handicap, le passage à l'âge adulte des classes d'âge nombreuses d'enfants handicapés, l'allongement de la durée de vie des adultes handicapés sont autant de facteurs contribuant largement à expliquer cet écart persistant.

Bien que l'Etat et l'assurance maladie aient mené, entre 1990 et 1997, une politique active de création de places (le nombre total de places de CAT, MAS et FDT est passé en sept ans de 76 000 à plus de 103 600, soit une augmentation de 27 600 places), de même que les conseils généraux (le nombre de places en foyers est passé de 50 250 à 67 400, soit une progression de 17 150 places de foyers créées), on recensait encore, fin 1998, 3 920 jeunes adultes maintenus en établissements d'éducation spéciale, au titre de l'"amendement Creton".

Les services déconcentrés se font encore fréquemment l'écho des nombreuses difficultés que pose l'application de cet amendement : les effectifs de jeunes adultes concernés par ce dispositif obèrent les capacités d'accueil des plus jeunes ; la coexistence d'enfants et d'adultes menace la cohérence des prises en charge des jeunes sans que, pour autant, des réponses satisfaisantes ne soient apportées aux besoins des plus âgés ; les difficultés liées au financement des frais de maintien des jeunes adultes demeurent multiples. En particulier, le niveau de participation financière des conseils généraux reste différent d'un département à l'autre et la contribution des personnes handicapées à leurs frais de maintien est également très diversement appliquée. De plus, pour préserver la capacité d'accueil au bénéfice des plus jeunes, certains établissements ont tendance à recourir au sureffectif. Cette pratique non conforme aux règles d'autorisation des établissements introduit des éléments d'opacité budgétaire et financière contraires à une saine gestion, et, en tout état de cause, incompatibles avec la modernisation du suivi financier des établissements qui se met en place dès cette année (application de gestion d'objectif et dotation - GEODE).

Ces difficultés sont largement inhérentes à la nature hybride du dispositif lui-même. C'est pourquoi une modification

législative est nécessaire pour donner une base légale aux modalités de la participation des conseils généraux, mais elle ne saurait, à elle seule, régler les problèmes d'application de l'amendement Creton ; la seule réponse satisfaisante réside dans la résorption progressive du nombre de jeunes adultes relevant de cet amendement, résorption que rendront possible les moyens nouveaux apportés jusqu'en 2003 par le plan pluriannuel.

II. - LES ORIENTATIONS ET LES OBJECTIFS A ATTEINDRE

1. Restituer le plan pluriannuel pour adultes lourdement handicapés (PPPH) dans les orientations de la politique en faveur des personnes handicapées

Au moment où le Gouvernement affirme sa volonté de promouvoir une politique permettant aux personnes handicapées d'exercer la liberté de choisir leur mode de vie, à domicile ou en institutions spécialisées, la création de places nouvelles en établissements médico-sociaux dans le cadre de ce plan concrétisera cette volonté. Ainsi qu'il vient d'être rappelé, la demande de placement en établissements spécialisés reste forte et largement insatisfaite ainsi qu'en attestent le maintien de jeunes adultes en établissements d'éducation spéciale et les listes d'attente des COTOREP.

Il conviendra dans les années à venir, parallèlement à l'effort qui a été fait et qui sera poursuivi en matière d'établissements spécialisés, de rééquilibrer l'offre de soins médico-sociale par un développement des aides techniques et des aides humaines. Il s'agit aussi de répondre à la demande de plus en plus forte de personnes handicapées qui aspirent à être maintenues à leur domicile.

Une réflexion est actuellement menée au sein de l'administration centrale avec les associations sur les moyens de faciliter l'accès des personnes handicapées et des personnes âgées à ces aides. La réforme de la loi du 30 juin 1975 sur les institutions sociales et médico-sociales pourrait servir de support à ces évolutions.

C'est pourquoi, nous insistons pour que les priorités d'équipement que vous retiendrez dans le cadre de votre programmation pluriannuelle tiennent compte dans la mesure du possible de projets qui permettent le maintien en milieu de vie ordinaire ou de formules qui favorisent les passerelles entre domicile et hébergement collectif (accueil temporaire, accueil de jour...).

De la même manière, vous veillerez à ce que le développement des places en CAT ne soit pas un frein aux initiatives qui visent à favoriser l'insertion en milieu ordinaire de travail. Toutes ces initiatives doivent être encouragées et amplifiées.

2. Les objectifs à atteindre

Si l'amélioration du nombre de places en MAS, en FDT, et en CAT/AP est l'objectif premier du plan, il convient de ne pas perdre de vue que, à son terme, la résorption totale des effectifs de jeunes adultes relevant de l'amendement Creton doit être réalisée.

Pour ce faire, vous devrez absorber chaque année, en le régulant, le flux de sortie des jeunes des établissements d'éducation spéciale pour éviter une réalimentation des effectifs maintenus en EES au titre de l'amendement Creton.

Enfin, les personnes qui sont en attente de placement, à la suite d'une décision de la COTOREP, devront bénéficier également des retombées de ce plan, grâce aux mesures nouvelles mais aussi en raison des places libérées par l'évolution des orientations et l'amélioration des sorties de CAT.

Pour parvenir aux objectifs précités, il est indispensable que chaque région élabore une programmation à cinq ans qui mette en perspective les projets à réaliser. Les moyens nouveaux qui interviendront chaque année pendant cinq ans ne sont pas négligeables, mais l'importance des besoins à satisfaire, la diversité des situations, sont telles qu'elles imposent des choix stratégiques et une hiérarchisation des projets.

Pour vous aider, vous recevrez prochainement un dossier statistique élaboré par la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES).

III. - MODALITES DE MISE EN OEUVRE

L'intérêt d'une démarche de programmation réside dans la visibilité pluriannuelle et globale qu'elle donne aux acteurs.

La programmation du plan pluriannuel présente les particularités :

- de s'inscrire dans un rythme spécifique dicté par le souci de coller étroitement aux objectifs du plan ;
- de s'appuyer sur une forte déconcentration fondée sur une programmation interdépartementale pilotée par les DRASS ;
- d'intégrer une obligation de résultats qui conditionne l'extinction du mécanisme mis en place par l'amendement Creton'.

1. Le rythme du plan

Il se décompose en trois périodes :

- l'année 1999, dite 'de transition', est une année de préparation de mise en place méthodologique, au cours de laquelle le mode d'allocation des ressources nouvelles reste classique et annuel ;
- la période 2000-2002 (3 exercices) est le coeur du plan : la mise en oeuvre et le suivi déconcentrés se mettent en place après cadrage national macro-économique ;
- l'exercice 2003 est une année de bilan et d'ajustement ou de péréquation fondés sur une mesure des écarts à l'objectif et sur un nouveau cadrage national des priorités.

2. Une mise en oeuvre déconcentrée et pilotée

La mise en oeuvre du plan arrêté par le CTRI repose sur le pilotage des DRASS qui devront notamment veiller aux articulations :

- entre les deux volets Etat (CAT) et assurance maladie (MAS-FDT) ;
- entre cette programmation 'adultes' et le pilotage de ses effets sur l'évolution du secteur médico-éducatif : un objectif de redéploiement de 15 % des places 'enfants' est inclus dans le plan ; il importe de le valoriser afin qu'il vous permette, dans le respect d'un niveau de prise en charge adapté, d'abonder les dotations 'nettes' qui vous seront notifiées, soit pour créer des places supplémentaires pour adultes, soit pour améliorer le fonctionnement de structures mal dotées ;
- entre le plan et les programmes spécifiques (autisme, traumatisés crâniens, éducation précoce) et les dotations d'ajustement ou de péréquation qui sont susceptibles d'être mis en place avec une gestion nationale dans la même période.

Par ailleurs, les comités techniques régionaux et interdépartementaux (CTRI) doivent mobiliser les diverses autorités qui peuvent être concernées ou participer à cet effort ; ils veilleront à ce titre à solliciter les concours :

- des agences régionales d'hospitalisation, tant au niveau de la mobilisation du secteur hospitalier local en termes d'offre médico-sociale que de l'orientation des restructurations en cours ou de la fongibilité des ressources ;
- des directions régionales et directions départementales du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle, afin de programmer les mesures complémentaires que peut apporter la convention récemment conclue avec l'Association nationale de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des handicapés (AGEFIPH) pour le développement de l'insertion des travailleurs handicapés, ainsi que pour veiller à la gestion parallèle des dotations en CAT et des GRTH ;
- de façon générale, l'effort visible de l'Etat que traduit ce plan doit vous permettre de mieux négocier la participation des départements, notamment dans le cadre de projets de FDT.

Enfin, les CTRI veilleront au suivi interdépartemental des résultats du plan (1) et de ses difficultés d'application, notamment en rendant compte régulièrement et en utilisant leur 'droit d'alerte' de l'administration centrale.

(1) A cette fin, un tableau de bord vous sera communiqué.

3. Une gestion budgétaire précise

3.1. Des contraintes à prendre en compte

Compte tenu du principe d'annualité budgétaire et des procédures liées tant à l'ONDAM qu'aux règles de gestion des crédits d'Etat, le cadrage budgétaire pluriannuel du plan aura une valeur indicative, les dotations annuelles étant confirmées ou notifiées au début de chaque année par les circulaires ou arrêtés budgétaires.

En fonction de l'évolution annuelle des budgets concernés, un risque de 'glissement' du rythme des engagements est possible, qui ne saurait remettre en cause l'enveloppe globale du plan.

Par ailleurs, le cadrage pluriannuel est exprimé en 'dotations régionales année pleine', ce qui ne préjuge pas du phasage budgétaire qui pourra être adopté chaque année en exécution.

Enfin, la contrepartie de l'effort pluriannuel réside dans un engagement de résultat, à niveau de reconduction constant : aucune mesure nouvelle n'est affectée au 'rebasage' d'établissements pour adultes handicapés qui s'estimeraient ou se révéleraient sous-dotés ; de ce fait, ces demandes devront être préalablement expertisées par la DRASS et intégrées dans un plan interdépartemental de redéploiement.

3.2. Les principes de répartition des dotations régionales

La dotation qui vous sera allouée chaque année est calculée sur la base de 90 % de l'enveloppe du plan (crédits d'Etat et crédits d'assurance maladie).

La répartition régionale pour 2000-2002 est effectuée sur la base du taux d'équipement.

Les dotations régionales prévisionnelles pour 2000-2002 du plan (Etat et assurance maladie) sont ainsi fixées pour la durée du plan (cf. tableaux annexes) (1).

(1) Les annexes peuvent être consultées auprès de la direction de l'action sociale, bureau RV 1.

La répartition pour 2003 vous sera communiquée ultérieurement et sera déterminée en fonction de l'évaluation des résultats 1999-2002 du plan.

Au vu de la réalisation de la tranche 2000, un bilan d'étape sera réalisé à la lumière duquel, le cas échéant, seront opérés des réajustements.

Références : les circulaires budgétaires pour 1999 : Circulaire DAS/TS 2/RV 1 n° 98-772 du 30 décembre 1998 relative à la campagne budgétaire des centres d'aide par le travail ; Circulaire DAS/TS 2/DSS/1 A n° 99-125 du 1er mars 1999 relative à la campagne budgétaire pour 1999 des établissements médico-sociaux.

La ministre de l'emploi et de la solidarité, Direction de l'action sociale, Sous-direction de la réadaptation, de la vieillesse et de l'aide sociale, Bureau RV 1, Sous-direction du travail social et des institutions sociales, Bureau TS 2.

Madame et Messieurs les préfets de région (directions régionales des affaires sanitaires et sociales ; direction interrégionale de la sécurité sociale Antilles-Guyane) ; Mesdames et Messieurs les préfets de département (directions départementales des affaires sanitaires et sociales).

Texte non paru au Journal officiel.