

**CENTRE TECHNIQUE NATIONAL D'ETUDES ET DE RECHERCHES
SUR LES HANDICAPS ET LES INADAPTATIONS**

NOUVEAU DISPOSITIF POUR LA VIE AUTONOME

EVALUATION

RAPPPORT FINAL

Jésus Sanchez

Janvier 2004

SOUS CONVENTION AVEC LA DIRECTION GENERALE DE L'ACTION SOCIALE

SOMMAIRE

| | |
|--|-----------|
| INTRODUCTION | 7 |
| 1. LA CONCEPTION DU NOUVEAU DISPOSITIF POUR LA VIE AUTONOME ET LES AXES DE L'EVALUATION | 9 |
| 1. 1. Les caractéristiques du nouveau dispositif selon la circulaire GAS/PHAN/3 A n° 2001-275 du 19 juin 2001 relative au dispositif pour la vie autonome | 9 |
| 1. 2. Axes et méthodes de l'évaluation | 13 |
| 1.2.1. Premier axe de l'évaluation : la mise en place du nouveau dispositif | 13 |
| 1.2.2. Second axe de l'évaluation : l'apport aux usagers | 16 |
| 1.2.3. Champ, outils et procédures | 17 |
| 1.2.4. Application de la méthodologie | 17 |
| 2. LES INSTANCES : MODES D'ORGANISATION ET DE FONCTIONNEMENT | 18 |
| 2. 1. Les instances de pilotage, d'animation et de coordination | 18 |
| 2.1.1. Les moyens mis en œuvre au sein des DDASS | 18 |
| 2.1.2. Prestataires de services sous convention | 18 |
| 2.1.3. Les moyens mis en œuvre par l'intermédiaire des structures porteuses | 22 |
| 2.1.4. Le pilotage par les DDASS et l'activité des chargés de mission | 23 |
| 2.2. Les Comités Techniques de Suivi et les chartes générales sur le dispositif | 28 |
| 2.2.1. Constitution et composition | 28 |
| 2.2.2. Chartes, conventions et autres textes relatifs aux objectifs généraux et aux modes d'organisation | 33 |
| 2.2.3. Rôle et fonctionnement | 41 |
| 2.3. Commissions des financeurs et caisses pivots éventuelles | 45 |
| 2.3.1. Mise en place des Commissions des financeurs et caisses pivots | 45 |
| 2.3.2. Composition des Commissions des financeurs | 48 |
| 2.3.3. Textes formels relatifs aux commissions des financeurs | 50 |
| 2.4. Les Equipes Techniques d'Evaluation Labellisées | 59 |
| 2.4.1. Mission des ETEL et conventions de labellisation | 59 |
| 2.4.2. Réseau et constitution des ETEL | 63 |
| 2.4.3. La question de la couverture de la demande et les autres difficultés | 66 |
| 2.4.4. Le financement des prestations des ETEL | 73 |

| | |
|--|------------|
| 2.5. Pratiques comparées des dispositifs : conditions d'entrée et traitement des demandes | 76 |
| 2.5.1. Qualification des bénéficiaires | 76 |
| 2.5.2. Le champ des demandes | 79 |
| 2.5.3. Saisine et modalités d'instruction des demandes | 80 |
| 2.5.4. Intervention des financeurs et intervention du Fonds de l'Etat | 81 |
| | |
| 3. POPULATION , SOLUTIONS DE COMPENSATION ET FINANCEMENTS | 84 |
| 3.1. Principales caractéristiques de la population des SVA | 85 |
| 3.1.1. Age et sexe de la population des bénéficiaires | 85 |
| 3.1.2. Situation familiale et mode d'hébergement | 86 |
| 3.1.3. Situation vis-à-vis de l'emploi et ressources | 87 |
| 3.1.4. Types de déficiences | 88 |
| | |
| 3.2. Les solutions de compensation financées | 91 |
| 3.3. Coûts des solutions de compensation, financement global et restant à charge | 93 |
| 3.4. Les financements : répartition globale et par domaine | 97 |
| 3.5. Variations des coûts et des financements | 101 |
| 3.5.1. Variations selon l'âge | 101 |
| 3.5.2. Variations selon les ressources par unité de consommation | 102 |
| 3.5.3. Variations selon les types d'aides techniques | 105 |
| | |
| 3.6. Repères sur la durée du traitement des demandes | 107 |
| | |
| 4. APPRECIATION DU DIPOSITIF PAR LES USAGERS | 109 |
| | |
| CONCLUSION | 112 |
| | |
| ANNEXES | 115 |
| Tableau 21. Composition des ETEL (exploitation des premiers questionnaires reçus) | 116-124 |
| Tableau 22. Nombre de dossiers constitués en 2002 par les ETEL (exploitation des premiers questionnaires reçus) | 125-129 |
| Tableau 23. Les difficultés liées au financement et les difficultés relatives aux moyens exprimées par les ETEL (premières réponses) | 130-137 |
| Tableau 24. Critères d'intervention du Fonds de l'Etat pour le financement des aides | 138-140 |
| Guide de codage pour les aides techniques et les aménagements | 141-144 |

LISTE DES TABLEAUX

| | |
|---|-------|
| Tableau 1. Temps d'activité consacré par les DDASS au dispositif | 19 |
| Tableau 2. Identification des structures porteuses dans les 43 départements | 21 |
| Tableau 3. Temps des chargés de mission, des secrétaires et d'autres agents éventuels | 22 |
| Tableau 4. Rôles et activités respectifs des DDASS et des Chargés de mission | 23-28 |
| Tableau 5. Comités Techniques de Suivi : premières réunions | 30 |
| Tableau 6. Composition des Comités Techniques de Suivi dans les départements | 32 |
| Tableau 7. Exemples de réponses des CM au questionnaire sur le dispositif sur le thème : rôle et fonctionnement des CTS | 43-44 |
| Tableau 8. Dates de mise en place des CTS et des Commissions des financeurs | 46 |
| Tableau 9. Création de caisses pivots | 47 |
| Tableau 10. Composition des commissions des financeurs (principaux partenaires) | 49 |
| Tableau 11. Textes formels des commissions des financeurs | 51 |
| Tableau 12. Etat de la mise en place des équipes techniques d'évaluation (juin 2003) | 64 |
| Tableau 13. ETEL : difficultés, solutions et couverture | 67-70 |
| Tableau 14. Le soutien aux équipes d'évaluation : financements et autres éléments | 74 |
| Tableau 15. La qualification des bénéficiaires potentiels des dispositifs | 78 |
| Tableau 16. Critères formalisés pour l'intervention du Fonds de l'Etat | 82 |
| Tableau 17. Les informations exploitables recueillies auprès des départements sur les cas traités avant et après l'évaluation | 84 |
| Tableau 18. Répartition de la population selon les ressources de ménages par unité de consommation | 88 |
| Tableau 19. Les solutions de compensation financées aux bénéficiaires des dispositifs pour la vie autonome | 91 |
| Tableau 20. Coût moyen des solutions de compensation et restants à charge par tranche d'âge | 101 |

LISTE DES FIGURES

| | |
|--|----|
| Figure 1. Diversité et poids relatif des divers types de services et structures les plus représentés dans les réseaux d'équipes techniques d'évaluation de 24 départements | 65 |
| Figure 2. Appréciation par les ETEL de l'information concernant les aides techniques et l'habitat | 72 |
| Figure 3. Répartition selon l'âge de la population des bénéficiaires des sites pour la vie autonome et de la population de l'expérimentation de 1997-1999 | 85 |
| Figure 4. Répartition selon la situation familiale de la population des bénéficiaires des sites ou dispositifs pour la vie autonome et de la population de l'expérimentation de 1997-1999. | 86 |
| Figure 5. Situation vis-à-vis de l'emploi de la population des 20-59 ans | 87 |
| Figure 6.. Proportion de personnes affectées par un type de déficience (groupes non exclusifs) | 89 |
| Figure 7.. Répartition de la population des bénéficiaires en groupes exclusifs de déficiences | 89 |
| Figure 8. Répartition selon les origines des déficiences de la population des bénéficiaires des sites ou dispositifs pour la vie autonome et de la population de l'expérimentation de 1997-1999. | 90 |
| Figure 9. Nombre de personnes ayant bénéficié d'un type d'aide technique | 92 |
| Figure 10. Financement des solutions de compensation dans le cadre des SVA et restant à charge des usagers (aides techniques et aménagements confondus) | 93 |
| Figure 11. Financement des aides techniques dans le cadre des SVA et restant à charge des usagers (aides techniques exclusivement) | 94 |
| Figure 12. Financement des aménagements dans le cadre des SVA et restant à charge des usagers (aménagements exclusivement) | 95 |
| Figure 13. Financement des aides techniques associées à des aménagements dans le cadre des SVA et restant à charge des usagers | 96 |
| Figure 14. Contributions relatives des divers partenaires au financement des solutions de compensation et restant à charge | 97 |
| Figure 15. Contributions relatives des divers partenaires au financement des aides techniques et restant à charge | 99 |

| | |
|--|-----|
| Figure 16. Contributions relatives des divers partenaires au financement des aménagements et restant à charge) | 100 |
| Figure 17. Coûts moyens et financement des solutions de compensation selon les ressources des ménages par unité de consommation | 102 |
| Figure 18. Coûts moyens et financement des solutions de compensation, en incluant les prêts, selon les ressources des ménages par unité de consommation. | 103 |
| Figure 19. Coûts moyens et financement des solutions de compensation, dans le domaine des aides techniques, selon les ressources des ménages par unité de consommation | 104 |
| Figure 20. Les contributions relatives des financeurs principaux pour les 4 types d'aides techniques les plus répandues | 105 |
| Figure 21. Durées du traitement des demandes en 99 et en 2003 | 107 |
| Figure 22. Les aides obtenues par les répondants à l'enquête de satisfaction | 109 |
| Figure 23. Appréciation par les usagers de l'accueil et des réponses apportées | 110 |
| Figure 24. Qualification par les usagers des réponses qui leur ont été apportées dans le cadre du dispositif (en %). | 111 |

INTRODUCTION

Le nouveau dispositif pour la vie autonome vise à développer, pour les personnes en situation de handicap, l'accès aux moyens de compensation des incapacités que sont les aides techniques, les adaptations des cadres individuels de vie et, à terme, les aides humaines.

Suite à son expérimentation sur 4 sites départementaux, de 1997 à 1999, à son évaluation par le CTNERHI¹ et aux recommandations du groupe "LYAZID"², la généralisation de ce nouveau dispositif a été décidée par les pouvoirs publics³.

Cette généralisation progressive a suivi le rythme suivant :

- année 2000 : 15 sites (les 4 sites anciens et 11 nouveaux) ;
- année 2001 : 43 sites (dont 28 nouveaux) ;
- année 2002 : 70 sites (dont 27 nouveaux) ;
- année 2003 : 100 sites (dont 30 nouveaux).

Elle s'est appuyée sur la circulaire DGAS/PHAN/3 A n°2001-275 du 19 juin 2001 relative au dispositif pour la vie autonome (DGAS, Sous-direction des personnes handicapées, Bureau de la vie autonome). Cette circulaire a confié aux directions départementales des affaires sanitaires et sociales le rôle de pilotage et d'animation de ce nouveau dispositif, en précisant les objectifs de celui-ci et ses éléments structurants.

Dès aujourd'hui, il semble important d'évaluer le déroulement de ce processus de généralisation pour éclairer le travail de modélisation qui doit être effectué dans la perspective d'accroître la cohérence du dispositif, son caractère opérationnel et ses apports aux usagers.

Le repérage et l'analyse des difficultés survenues lors de la mise en place du dispositif, les variations éventuelles marquant ses configurations concrètes sur le terrain et, plus généralement, ses points forts et ses points faibles par rapport aux objectifs poursuivis, sont autant d'éléments essentiels dont il convient de tirer les principaux enseignements.

C'est pourquoi la DGAS a confié au CTNERHI la réalisation de cette évaluation avec deux volets :

- le premier volet a pour objet d'analyser et d'évaluer la mise en place du nouveau dispositif pour la vie autonome ;
- le second volet, complémentaire du précédent, est consacré à l'apport effectif du nouveau dispositif aux usagers.

¹Sanchez J., Bounot A., Accès des personnes en situation de handicap aux solutions de compensation fonctionnelle; évaluation de l'expérimentation, ronéo CTNERHI/DAS, avril 1999, 137 p.

² Plan d'Action pour le développement de l'autonomie des personnes handicapées (rapport LYAZID), août 1999.

³la généralisation progressive du dispositif à l'ensemble des départements français fut annoncée le 25 janvier 2000, au CNCPH, par le Premier Ministre.

L'évaluation porte sur les 43 départements concernés par le dispositif de la vie autonome en 2001.

Dès le mois d'août 2003, un premier rapport a rendu disponible un ensemble de données recueillies dans le cadre d'une enquête rétrospective sur les deux volets. Il a fait l'objet d'un résumé détaillé qui a été transmis aux principaux partenaires.

Des séances de restitution ont été proposées aux chargés de mission pour procéder aux corrections et aux actualisations éventuelles. Trois séances ont été tenues au mois d'octobre 2003.

Ce rapport final prend en compte ces éléments et propose des données complémentaires sur le traitement des demandes des usagers, en intégrant, notamment, celles qui ont pu être enregistrées après le début de l'évaluation.

Après un rappel de la conception du nouveau dispositif pour la vie autonome et un exposé de la méthodologie de l'évaluation, nous nous intéresserons, tout d'abord, aux modes d'organisation des instances et à leurs principes de fonctionnement : instances d'animation et de coordination avec leurs « structures porteuses », comités techniques de suivi, commissions des financeurs, caisses pivots, équipes techniques d'évaluation labellisées (ETEL).

Nous analyserons ensuite les données recueillies sur les caractéristiques des usagers et le traitement de leurs demandes, notamment, en consacrant un chapitre aux coûts des solutions préconisées et aux financements accordés par les divers partenaires tant dans le domaine des aides techniques que dans celui des aménagements. Enfin, nous rendrons compte des réponses enregistrées dans le cadre de l'enquête de satisfaction conduite auprès des usagers.

1. LA CONCEPTION DU NOUVEAU DISPOSITIF POUR LA VIE AUTONOME ET LES AXES DE L'ÉVALUATION

Le nouveau dispositif pour la vie autonome a été organisé par phases successives, d'abord dans le cadre de l'expérimentation, pour les 4 départements concernés (Isère, Morbihan, Loire et Saône-et-Loire), puis sur la base du guide méthodologique⁴ pour les 11 départements entrés en 2000 dans le programme de généralisation, enfin en référence à la circulaire GAS/PHAN/3 A n° 2001-275 du 19 juin 2001, pour tous les suivants. Cette circulaire a préféré le terme de dispositif à celui de site⁵ (qui était en usage) pour qualifier les nouveaux modes d'organisation. Elle a en outre qualifié d'équipes de coordination les équipes appelées pilotes⁶ précédemment, réservant aux DDASS le terme de pilotage proprement dit. Néanmoins, elle a repris, pour l'essentiel, la conception du dispositif développée jusque-là, en la formalisant clairement, et incité les anciens sites, dans toute la mesure du possible, à suivre ses instructions.

Pour tous les dispositifs, elle constitue donc la base fondamentale de leur organisation et elle est d'ailleurs systématiquement citée, comme nous le verrons, dans les chartes et les conventions qui ont été élaborées ou reprises par les sites mis en place antérieurement. C'est pourquoi, il nous a semblé opportun de présenter la conception du nouveau dispositif pour la vie autonome telle qu'elle l'a réactualisée et précisée, avant d'exposer les axes de l'évaluation et les méthodes de celle-ci.

1. 1. Les caractéristiques du nouveau dispositif selon la circulaire GAS/PHAN/3 A n° 2001-275 du 19 juin 2001 relative au dispositif pour la vie autonome

« L'égalisation des chances implique de favoriser deux processus complémentaires, celui de l'accessibilité de la société par l'élimination des obstacles et celui de l'autonomie des personnes confrontées à des situations de handicap en leur offrant la possibilité d'exprimer et de mettre en œuvre leurs capacités »

La généralisation du nouveau dispositif pour la vie autonome doit constituer une étape décisive dans la prise en compte de l'aspiration des personnes en situation de handicap à l'autonomie. Pour ces personnes, quels que soient l'origine ou la nature de leur handicap, leur âge ou leur lieu de résidence, son objectif est de développer l'accès aux moyens de compensation des incapacités ou d'expression des capacités que sont les aides techniques et les adaptations des cadres individuels de vie.

C'est dans cette perspective qu'il vise à conjuguer plusieurs éléments fondamentaux :

- la constitution d'un réseau intégrant tous les partenaires concernés par la mise en œuvre du dispositif ;

⁴ Guide méthodologique pour l'extension d'un nouveau dispositif. DAS-CTNERHI-SITES, janvier 2000.

⁵ Comme nous le verrons, les anciens sites, en général, continuent à se qualifier de SVA et certains nouveaux font de même.

⁶ Le terme pilote demeure également très souvent utilisé (ce qui ne signifie pas que les DDASS ne pilotent pas).

- une simplification et une clarification des procédures de financement devant, notamment, se traduire par une réduction indispensable des délais ;
- un financement sensiblement plus large des solutions préconisées ;
- l'organisation d'un dispositif professionnalisé d'information, de conseil, d'évaluation et de préconisation des solutions de compensation ;
- l'application d'une nouvelle méthodologie d'approche globale pour l'accès aux moyens de compensation des incapacités en intégrant une dimension qualité dans le service rendu.

Pour rendre possible cette conjugaison, sur la base de l'expérience déjà acquise, le concept opérationnel du nouveau dispositif se caractérise par :

- une participation de l'Etat au financement du dispositif ;
- son pilotage au niveau départemental par le DDASS ;
- la constitution, à l'initiative du DDASS, d'un comité technique de suivi regroupant les partenaires concernés ;
- la mise en place d'une commission des financeurs ;
- le concours d'équipes techniques d'évaluation labellisées ;
- la perspective d'articulation avec d'autres dispositifs ;
- un dispositif national d'animation et d'appui méthodologique.

• la participation financière de l'ETAT

A hauteur de 1,5 à 2,5 millions de francs, selon le poids démographique de chaque département, par site en année pleine, cette participation a pour objet, selon la circulaire du 19 juin 2001 :

- de soutenir les équipes d'évaluation (appui à la mise en place, mise en réseau, formation) ;
- de contribuer au financement, en complément des dispositifs légaux, des aides techniques et des aménagements de lieux ordinaires de vie prescrits dans le cadre du plan d'aide proposé par les équipes techniques d'évaluation et de favoriser ainsi progressivement l'intervention de nouveaux partenaires financiers ;
- de financer les interventions nécessaires pour accompagner la mise en place et la coordination du dispositif.

• le pilotage au niveau départemental par la DDASS

Le pilotage et l'animation du dispositif sont assurés par la DDASS. Pour ce faire, celle-ci peut s'attacher le concours technique de prestataires de service.

La DDASS suscite et formalise des propositions sous la forme d'un accord avec divers partenaires et c'est sous la base de cet accord que se constitue un comité technique de suivi.

Elle conçoit et diffuse largement l'information auprès des partenaires relais et des personnes handicapées.

La DDASS labellise les équipes techniques d'évaluation selon des modalités et une procédure définies dans un cahier des charges.

Elle élabore le rapport annuel d'activité et de suivi du dispositif.

• le comité technique de suivi

Ce comité technique est réuni à l'initiative du DDASS. Il réunit l'ensemble des partenaires intervenant dans la politique de développement de l'autonomie des personnes handicapées.

Il est structuré autour des quatre intervenants principaux suivants :

- l'Etat ;
- le conseil général ;
- les organismes d'assurance maladie et d'allocation familiale (CPAM, CAF) ;
- les associations représentatives des personnes handicapées ;

D'autres partenaires peuvent être associés :

- autres régimes de protection sociale, caisses de retraite, mutuelles, assurances ;
- autres collectivités territoriales (conseil régional, communes et structures de coopération intercommunale) ;
- CHU et centres de réadaptation et de rééducation fonctionnelle, établissements sanitaires impliqués dans le développement de l'autonomie des personnes handicapées ;
- Services de type CICAT, ESVAD, SRAI, SASD, SASD ;
- Associations pour personnes âgées ;
- ANAH ALGI, CDHR ;
- AGEFIPH ;
- universités et organismes sociaux au service des étudiants ;

Le comité technique est chargé de suivre la mise en place du dispositif et la réalisation des objectifs fixés. Il est consulté sur les évolutions à y apporter et donne son avis sur le rapport annuel établi par la DDASS.

A terme, il pourra constituer une formation spécialisée du CDCPH.

• la commission des financeurs

A l'initiative du DDASS, cette commission est constituée avec les divers organismes qui interviennent dans le financement des aides techniques et des aménagements.

Elle a pour fonction :

- de définir les modalités de coordination des interventions financières de chaque partenaire de manière à permettre la plus large couverture financière des aides ;
- d'examiner les dossiers de financement des solutions de compensation préconisées par les équipes ;
- de décider d'une option de financement partagé, pour chaque dossier présenté, avec engagement de principe des organismes décisionnels des financeurs concernés ;
- de mettre en place éventuellement une caisse pivot pouvant faciliter la mobilisation des financements, raccourcir les délais et simplifier les démarches des usagers.

• les équipes techniques d'évaluation labellisées

Sur la base d'une évaluation de la situation de la personne handicapée et avec l'accord de celle-ci, ces équipes proposent un plan d'aide individualisé, avec préconisation des aides et plans de financement, à la commission des financeurs. Elles peuvent s'appuyer sur le référentiel d'analyse des besoins (annexe II de la circulaire).

Au sein de chaque équipe est désigné un référent unique pour être le correspondant de la personne handicapée tout au long du processus de traitement de sa demande.

Les équipes s'assurent de l'effectivité de la mise en place du plan d'aide.

• la perspective d'articulation avec d'autres dispositifs

Le dispositif pour la vie autonome est appelé à s'articuler progressivement avec les CDES et les COTOREP (qui pourront par exemple faire appel aux équipes techniques d'évaluation pour des expertises) ainsi qu'avec les CLIC.

Il nouera des relations avec les groupes de coordination départementale Handiscol et les CDCPH qui seront consultés sur la contribution qu'il pourra apporter à la politique départementale concernant les personnes handicapées.

• le dispositif national d'animation et d'appui méthodologique

La DGAS assure l'animation du dispositif au niveau national. Elle organise l'information des DDASS et les échanges avec elles.

Elle réunit un comité national de suivi.

Elle conduit, en liaison étroite avec les services des DRASS et des DDASS, des actions d'information, de sensibilisation et d'échanges entre les professionnels des équipes techniques d'évaluation.

Telles sont les principales caractéristiques de l'organisation du dispositif proposées par la circulaire⁷ du 19 juin 2001. Nous les avons naturellement prises en compte dans la définition des axes de la présente évaluation.

⁷ En outre, la circulaire du 19 juin 2001 annonçait l'affectation en priorité aux départements concernés en 2000 et 2001 par le dispositif pour la vie autonome, des places de services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) dédiées aux personnes handicapées de moins de 60 ans, afin d'élargir l'éventail des solutions favorisant le retour ou le maintien à domicile. Précisons aussi que la circulaire contenait 4 annexes consacrées : 1 : à la caisse pivot ; 2 : au référentiel fonctionnel (outil d'analyse de la situation de handicap et de prise en compte du besoin de compensation) ; 3 : au cahier des charges pour la labellisation des équipes d'évaluation ; 4 : aux places de SSIAD. Alors que la circulaire n'a pas inclus explicitement dans le champ du dispositif la dimension des aides humaines, celle-ci apparaît toutefois devoir être prise en compte dans l'évaluation des ETEL (annexe3). Mais elle n'entre pas dans le champ de compétence des commissions des financeurs mises en place dans le cadre du dispositif. Rappelons que tel fut déjà le cas lors de l'expérimentation de 1997-1999.

1. 2. Axes et méthodes de l'évaluation

Les méthodes de l'évaluation ont été élaborées dans la perspective de décrire et d'analyser la mise en place du nouveau dispositif et son apport aux usagers. Cette élaboration et la mise en œuvre du travail d'évaluation sont toutefois apparues délicates d'emblée, dans la mesure où celui-ci semblait intervenir trop tard ou trop tôt. Trop tard, car une analyse du processus de mise en place d'un dispositif quelconque implique idéalement que l'évaluation soit initiée en même temps que le processus et qu'elle suive son déroulement du début à la fin. Trop tôt, car l'organisation du nouveau dispositif se poursuit dans de nombreux départements et qu'il est donc impossible à ce stade, d'appréhender ses configurations finales et par conséquent aussi l'apport définitif qu'il pourra avoir pour les usagers. Les contraintes temporelles liées au calendrier des réformes rendaient néanmoins urgente une démarche qui, tout en ne se déroulant pas dans des conditions idéales, puisse être susceptible d'apporter des éclairages utiles aux réflexions en cours. Tel a été le modeste objet de ce travail d'évaluation. Il s'est appuyé sur des méthodes qui ont été élaborées pour recueillir le maximum d'informations pertinentes possibles sur les deux axes considérés, compte tenu de l'avancée de la mise en place puis de la mise en fonctionnement des dispositifs dans les divers départements.

1. 2.1. Premier axe de l'évaluation : la mise en place du nouveau dispositif

L'évaluation de la mise en place du nouveau dispositif a eu pour objet d'identifier et d'analyser les écarts entre le dispositif tel qu'il a été conçu et sa mise en œuvre concrète selon les contextes locaux.

Nous avons procédé à la description des caractéristiques effectives du dispositif mis en place dans les départements et analysé les configurations réelles des principales instances : pilotage, comité technique de suivi, commission(s) des financeur(s), caisse pivot éventuelle, équipes techniques d'évaluation labellisées.

Pour chacune des instances, il s'est agi de préciser sa composition exacte, la fonction effectivement assumée et les relations établies avec les autres instances. Les variations éventuelles qui peuvent être observées par rapport au concept opérationnel proposé dans la circulaire du 19 juin 2001 retiendront notre attention.

L'effectivité de la coordination, le degré de mobilisation des partenaires financiers, la pertinence du réseau des équipes d'évaluation labellisées, l'adéquation des missions et des moyens, la pertinence des modalités du traitement des demandes et la réalité de la simplification des démarches pour les usagers constitueront les axes principaux du questionnement. Les difficultés rencontrées et les solutions adoptées seront naturellement prises en compte pour proposer des améliorations du dispositif, des ajustements éventuels y compris en intégrant les conditions de sa mise en œuvre.

• observation et questions sur le pilotage au niveau départemental par la DDASS

Seront traitées :

- les informations tirées de l'enquête réalisée par la DGAS auprès des DDASS ;
- la répartition du financement de l'ETAT : part consacrée au soutien des équipes d'évaluation ; contribution au financement des aides techniques et des aménagements ; financement des interventions nécessaires pour accompagner la mise en place et la coordination du dispositif ;
- les moyens consacrés par la DDASS au pilotage, à la coordination et à l'animation du dispositif ainsi que le concours technique éventuel de prestataires de service ;
- les identifiants des prestataires de services chargés de la fonction de structure support du concours technique ;
- les conventions éventuelles entre la DDASS et les structures supports relatives au concours technique et à la mission des agents chargés de l'assumer ;
- les accords passés avec les divers partenaires ;
- les actions d'information auprès des partenaires relais et des personnes handicapées.
- les conditions de labellisation des équipes techniques d'évaluation ;

Les difficultés rencontrées sur ces différents plans et les justifications des solutions adoptées seront également enregistrées.

• le comité technique de suivi

La composition du comité technique sera précisée pour chaque département. Nous avons aussi interrogé chaque département sur les difficultés éventuelles rencontrées dans la mobilisation de certains partenaires. De la même manière, nous nous sommes intéressés aux investissements, aux dynamiques et aux synergies favorables.

Nous avons relevé la périodicité des réunions du comité, son ou ses avis et des éléments d'appréciation sur son rôle et la manière dont il est assumé.

• la commission des financeurs

Des informations ont été recueillies sur la composition exacte de cette commission, les modalités de coordination entre les divers partenaires, les procédures adoptées, la périodicité de ses réunions.

Les éléments dans le fonctionnement et dans les procédures susceptibles de se traduire par une meilleure mobilisation des financements, une réduction des délais et une simplification des démarches pour les usagers, ont fait l'objet d'une grande attention. Les règlements intérieurs et les dossiers uniques de demande de financement, les modalités de répartition des financements et les critères d'attribution relatifs aux ressources ont été recueillis et feront l'objet d'une analyse détaillée.

On s'est intéressé également aux caisses pivots qui ont été mises en place : organisme responsable, gestionnaire, constitution du fonds, modes d'intervention, relations avec la commission des financeurs.

• les équipes techniques d'évaluation labellisées

Dans chaque département ont été identifiées les équipes techniques d'évaluation labellisées ou en cours de labellisation ainsi que celles qui ont pu être refusées. Les instances de coordination ont été interrogées sur les critères d'acceptation et de refus.

Nous avons cherché à relever la composition de chaque équipe et la part de son travail consacré au dispositif ainsi que le concours qu'elle apporte à celui-ci : type de population traitée, prestations effectives proposées, outil(s) technique(s) utilisé(s) dont le référentiel fonctionnel d'analyse.

Les modalités concrètes du travail d'évaluation et de préconisation, son caractère pluridisciplinaire ainsi que sa différenciation selon les demandes et les types de situation pourront être analysés. La part de l'évaluation in situ sera précisée.

Les éléments déontologiques de l'intervention notamment ceux relatifs au respect de la place des usagers ont été pris en considération.

Les difficultés éventuellement rencontrées du fait des moyens, des relations avec les autres partenaires ou en rapport avec les outils techniques ont également été recueillies. On s'intéressera en particulier aux modalités de financement des équipes techniques d'évaluation et, notamment, à la question de la tarification des prestations proposées.

Enfin, pour chaque département, la dimension de la couverture qualitative et quantitative des besoins par le réseau des équipes d'évaluation a été introduite dans notre questionnaire.

• l'articulation avec d'autres dispositifs

L'articulation du dispositif avec les autres dispositifs départementaux (CDES, COTOREP, CLIC, Handiscol, CDCPH) est entrée également dans le champ de cette évaluation. Nous sommes intéressés aux relations établies entre les diverses instances du dispositif pour la vie autonome et les autres dispositifs départementaux, notamment dans la perspective d'une meilleure conjugaison des réponses compensatoires aux personnes en situation de handicap sur le plan de la vie à domicile, de l'hébergement en institution, de la vie scolaire ou professionnelle.

1. 2.2. Second axe de l'évaluation : l'apport aux usagers

L'évaluation de l'apport effectif du nouveau dispositif aux usagers, complémentaire de la précédente, a pour objet d'analyser les écarts entre les attentes des personnes en situation de handicap et les prestations dont elles ont effectivement bénéficié. A partir des informations qui sont recueillies pour chacun des usagers, cette seconde évaluation porte sur :

- l'étendue des populations bénéficiaires et leurs principales caractéristiques avec identification de leurs demandes de compensation ;
- les prestations assurées aux personnes en situation de handicap pour les aider à choisir les moyens de compensation les plus appropriés (information, conseil, évaluation in situ ou non, préconisation);
- les prestations assurées aux personnes en situation de handicap pour les aider à obtenir la couverture financière la plus large de ces moyens et dans les meilleurs délais (traitement administratif et financier des demandes) ;
- l'appréciation portée par les usagers sur les prestations qui leur ont été proposées et leurs résultats concrets.

La couverture de la demande par types de déficiences, les types de prestations effectives sur le plan évaluatif et administratif, les délais de traitement des demandes, le degré de couverture financière des solutions de compensation des incapacités, la satisfaction des usagers constituent ici les axes principaux du questionnement.

L'analyse de ces axes sera effectuée en fonction de la configuration exacte prise par les dispositifs sur le terrain telle qu'elle aura été établie dans le cadre de l'évaluation consacrée à leur mise en place.

Nous procéderons à :

- une description quantitative et qualitative des populations dont les demandes de compensation sont traitées dans le cadre du nouveau dispositif : nombre de cas traités par âge, sexe, situation familiale, mode d'hébergement, situation vis-à-vis de l'emploi, niveau de ressources, types de déficience et origine des déficiences ;
- une analyse quantitative et qualitative des demandes d'aides techniques, d'aménagements et d'aides humaines : aides techniques pour la vie quotidienne, aides techniques à usage scolaire, aides techniques à usage professionnel, adaptation du logement, adaptation de l'environnement, adaptation du poste de travail, aides humaines, aide animalière ; combinaisons des aides demandées ;
- une description des types d'aides préconisées et de leurs combinaisons; types d'aides détaillées et combinaisons ; indicateurs de délais jusqu'à la mise en place effective des aides ; indicateurs de financement (contribution des divers financeurs, degré de couverture) ;
- une enquête de satisfaction auprès des usagers.

1.2.3. Champ, outils et procédures

Le champ de cette évaluation intègre les 43 départements concernés par le dispositif de la vie autonome en 2001.

Pour la description du dispositif, les chargé(e)s de mission, sous la supervision des DDASS, ont été invité(e)s à remplir un questionnaire portant sur la configuration et les fonctions des diverses instances du département, les difficultés rencontrées et les solutions adoptées ; nous avons demandé à ce que les réponses à ce questionnaire soient validées et complétées par le Comité Technique ou au moins par deux partenaires financeurs, deux partenaires institutionnels et deux partenaires associatifs ; l'annexe du questionnaire portant sur les ETEL, a été remplie (ou complétée et validée) par chaque équipe labellisée ;

Pour l'analyse des aides attribuées à la population, chacun des 43 dispositifs a été sollicité pour :

- fournir un tableau d'informations sur les 50 dernières aides techniques ou aménagements préconisés ;
- transmettre un questionnaire de satisfaction aux 50 derniers usagers dont les demandes ont été traitées avant le début de l'évaluation ; les usagers ont été invités à les remplir et à les adresser directement au CTNERHI ;
- remplir un questionnaire spécifique pour chacune des 50 premières demandes traitées à partir du début de l'évaluation.

1.2.4. Application de la méthodologie

L'enquête du CTNERHI a été conçue en intégrant dans ses objectifs et sa méthodologie le souci de complémentarité par rapport à l'enquête sur le nouveau dispositif pour la vie autonome, lancée par la DGAS en juillet 2002 et dont les principaux résultats furent présentés aux DDASS et aux chargés de mission le 17 décembre 2002. Les outils méthodologiques du CTNERHI ont été réaménagés et affinés en fonction des résultats de ce travail et l'enquête a été lancée au mois de janvier 2003. Trois réunions de travail ont été organisées à Paris avec les chargés de mission dès le mois de février 2003. Cependant, le retour des éléments rétrospectifs demandés, malgré l'allègement introduit par la prise en compte des éléments déjà fournis à la DGAS, a été sensiblement plus long⁸ que prévu.

Le traitement lui-même des documents reçus, compte tenu de la complexité du système et de ses variations, s'est révélé particulièrement délicat. De plus, il est apparu que la mise en place du dispositif était loin d'être achevée pour une majorité des départements et que, pour quelques uns, elle était à peine initiée.

Le travail d'évaluation ne peut donc exploiter que la partie de l'information qui a pu être recueillie sur un dispositif, encore aujourd'hui, en pleine évolution.

⁸ renvoyant pour l'essentiel une surcharge de travail sur le terrain liée à la montée en charge du dispositif, soit au niveau de l'organisation des instances, soit au niveau du traitement des demandes par les usagers ; lié aussi à la demande de validation du questionnaire général sur le dispositif, par le CT ou par les principaux partenaires, ce qui a pu prendre plusieurs mois.

2. LES INSTANCES : MODES D'ORGANISATION ET DE FONCTIONNEMENT

Nous décrirons successivement, dans les 43 départements, la procédure de mise en place, la composition, les modes d'organisation, le rôle et le fonctionnement des instances d'animation et de coordination, des Comités Techniques de Suivi, des Commissions des financeurs, des Caisses Pivot et des Equipes Techniques d'Evaluation Labellisées. Pour chacune des ces instances, nous prendrons en considération les difficultés rencontrées ainsi que les variations éventuelles de leurs caractéristiques par rapport aux prescriptions de la circulaire du 19 juin 2001.

2. 1. Les instances de pilotage, d'animation et de coordination

Le pilotage, l'animation et la coordination du dispositif pour la vie autonome sont assurés par la DDASS avec le concours, dans la quasi-totalité des départements, d'un prestataire de service, communément qualifié de « structure porteuse ». Ce concours est toujours défini par voie de convention et recouvre toujours la mise au service du dispositif d'un chargé de mission et d'un secrétariat. Nous décrirons ici les moyens mis en œuvre, au sein des DDASS puis nous identifierons les structures porteuses pour l'ensemble des départements considérés avant d'examiner le contenu des conventions que les DDASS ont passées avec elles. Enfin, après avoir précisé les moyens consacrés au dispositif par l'intermédiaire des structures porteuses, nous nous intéresserons à la répartition concrète des rôles et des activités entre les DDASS et les chargé(e)s de mission.

2.1.1. Les moyens mis en œuvre au sein des DDASS

Dans la plupart des départements, le suivi du dispositif est assuré au niveau des DDASS par un inspecteur des affaires sanitaires et sociales (IASS), placé naturellement sous l'autorité du DDASS qui assume par ailleurs les contacts politiques avec les partenaires du dispositif et la présidence des réunions du Comité Technique de Suivi et de la Commission des Financeurs.

Le plus souvent, les inspecteurs ne peuvent toutefois consacrer au dispositif qu'entre 5 % et 10% de leur temps (soit entre 1 à 2 jours par mois) (cf. tableau suivant), ce qui apparaît très limité au regard de l'ampleur des actions nécessaires à la mise en place puis au fonctionnement des diverses instances du nouveau dispositif pour la vie autonome.

C'est pourquoi, toutes les DDASS, à une exception près, ont eu recours à des prestataires de services externes pour mettre en application la circulaire du 19 juin 2001.

2.1.2. Prestataires de services sous convention

Le recours aux prestataires de services est toujours cadré par une convention passée par la DDASS avec un organisme support qui se voit confier la mission d'accompagner la mise en place du dispositif, puis d'organiser le support technique nécessaire au fonctionnement des instances et à la coordination du traitement des demandes des usagers.

Pour accomplir cette mission, ces organismes reçoivent une subvention. Ainsi, peuvent-ils mettre au service du dispositif, sous l'autorité de la DDASS, une équipe généralement composée d'un chargé de mission à temps plein et d'un secrétariat.

Tableau 1. Temps d'activité consacré par les DDASS au dispositif

| | Département | Référent DDASS | ETP suivi |
|-----|-------------------------|--------------------------------------|------------------|
| 2 | Aisne | IASS | nd |
| 4 | Alpes de Haute-Provence | IASS | 0,1 |
| 5 | Hautes-Alpes | IASS | 0,05 |
| 7 | Ardèche | IPASS | 0,05 |
| 13 | Bouches-du-Rhône | Chef de service | 0,1 |
| 14 | Calvados | IASS | nd |
| 17 | Charente-Maritime | Adjointe du DDASS | 0,1 |
| 19 | Corrèze | IASS | 0,2 |
| 21 | Côte -d'Or | IASS | nd |
| 22 | Côtes-d'Armor | IPASS | 0,1 |
| 25 | Doubs | IASS | 0,2 |
| 26 | Drôme | IASS | 0,1 |
| 28 | Eure-et-Loir | IASS | 0,3 |
| 30 | Gard | IASS | 0,5 |
| 33 | Gironde | IASS | idem |
| 34 | Hérault | Directrice Adjointe | 0,05<t<0,1 |
| 37 | Indre-et-Loire | IASS | nd |
| 38 | Isère | IASS puis intérim par DDASS adjoint | 0,05 |
| 42 | Loire | IASS | 0,15 |
| 43 | Haute-Loire | IASS | nd |
| 44 | Loire-Atlantique | IASS | nd |
| 46 | Lot | IASS | 0,05 |
| 54 | Meurthe-et-Moselle | IASS+ DDASS adjoint | 0,03 |
| 56 | Morbihan | IASS | 0,1 |
| 58 | Nièvre | IASS | 0,05 |
| 59 | Nord | IASS | 0,05 |
| 63 | Puy-de-Dôme | IASS | 0,01 |
| 65 | Hautes-Pyrénées | IASS | 0,05 |
| 67 | Bas-Rhin | IASS | 0,05 |
| 70 | Haute-Saône | IASS+CTTS | 0,1 |
| 71 | Saône-et-Loire | IASS+chargé de mission | nd |
| 72 | Sarthe | IASS | 0,2 |
| 79 | Deux-Sèvres | Conseiller technique | 0,22 |
| 80 | Somme | IASS | |
| 81 | Tarn | IASS | 0,1 |
| 83 | Var | IASS | 0,1 |
| 84 | Vaucluse | IASS | nd |
| 89 | Yonne | IASS | 0,05 |
| 91 | Essonne | IASS | 0,16 |
| 92 | Hauts-de-Seine | Chef de service et sec administratif | nd |
| 95 | Val-d'Oise | IASS | 0,25 |
| 971 | Guadeloupe | IASS | 0,1 |
| 974 | Réunion | IASS | 0,1 |

Source : enquête DGAS, déc. 2002
(nd=non disponible)

La diversité des types d'organismes assumant la fonction de structure porteuse est importante, comme le montre le tableau suivant. Les associations regroupées en collectif (6 départements) ou non (10 départements) sont les plus représentées, suivies par la Mutualité (7 départements), les CREA (5) et le Conseil Général (3). On dénombre aussi 2 hôpitaux, 2 CICAT, la Fondation Santé des étudiants de France dans deux départements, la Croix Rouge Française, un Institut Public pour handicapés visuels, le Pact Arim et un GIP constitué dans le Lot, entre l'Etat, le Conseil Général, la CPAM et la MSA et auquel participe, à titre consultatif, la Mutualité. Enfin, deux DDASS assurent elles-mêmes (dont une avec le concours de l'UGECAM et de la Direction Départementale des Anciens Combattants) la fonction remplie ailleurs par des structures porteuses.

Les conventions passées, entre l'Etat représenté par le Préfet du département et les organismes porteurs, exposent des considérants qui intègrent toujours la circulaire du 19 juin 2001 mais qui peuvent par ailleurs être assez variables (loi de 1975 ou non, code de la Famille et de l'Aide Sociale ou non, loi du 2 janvier 2002, rénovant l'action sociale et médico-sociale ou non, résolution du Conseil de l'Union européenne concernant l'égalité des chances en date du 20 décembre 1996 ou non, loi de finances et les décrets correspondants ou non...). Elles précisent l'objet de la mission d'une manière plus ou moins détaillée, mission qui peut inclure, outre la mise en place du dispositif, la gestion du fonds de l'Etat destiné à apporter une contribution au financement des aides techniques et des aménagements.

Pour l'exécution de cette mission, la référence au chargé de mission et au secrétariat est fréquente mais pas constante. Les conventions ne mentionnent pas, en règle générale, que ceux-ci sont placés sous l'autorité des DDASS. Par contre, la mise en place du dispositif et son fonctionnement sont bien placés sous la responsabilité de l'Etat. Le montant de la subvention et la décomposition de son utilisation pour le fonctionnement et pour l'attribution des aides (si celle-ci est confiée à la structure porteuse) sont précisés. Outre les clauses classiques sur les conditions d'exécution et de contrôle, les conventions précisent les durées de validité lorsque celles-ci sont limitées et les conditions de leur renouvellement (la reconduction tacite étant généralement prévue pour les conventions d'un an ou de trois ans).

Toutes les structures porteuses ont mis au service du dispositif un chargé de mission à temps plein, à l'exception de l'Indre-et-Loire (0,5 ETP). Dans la majorité des départements, le chargé de mission dispose d'un ETP de secrétariat, mais avec une fréquence non négligeable ce temps de secrétariat peut être inférieur même s'il ne descend jamais au dessous de 0,5 ETP (sauf dans le Tarn et dans les Bouches du Rhône) (cf. Tableau 3). On relève une tendance à l'élargissement de l'équipe de coordination à d'autres professionnels mais ceux-ci sont généralement mobilisés pour soutenir le réseau des ETEL.

Tableau 2. Identification des structures porteuses dans les 43 départements

| | Département | Structures porteuses | Nombre |
|-----|-------------------------|---|---------------|
| 58 | Nièvre | Mutualité française de la Nièvre | 7 |
| 22 | Côtes - d'Armor | Mutualité française Côtes d'Armor | |
| 56 | Morbihan | Mutualité française 56 | |
| 28 | Eure-et-Loir | Mutualité Eure-et-Loir | |
| 14 | Calvados | Mutualité du calvados | |
| 71 | Saône-et-Loire | Mutualité 71 | |
| 81 | Tarn | Mutualité (UMT) | |
| 34 | Hérault | Collectif d'associations | 7 |
| 971 | Guadeloupe | Collectif d'associations | |
| 19 | Corrèze | Collectif d'associations | |
| 72 | Sarthe | Collectif d'associations | |
| 84 | Vaucluse | Collectif d'associations | |
| 70 | Haute-Saône | Collectif d'associations | |
| 63 | Puy-de-Dôme | Collectif d'associations et de structures | |
| 54 | Meurthe-et-Moselle | CREAI | 5 |
| 67 | Bas-Rhin | CREAI | |
| 2 | Aisne | CREAI | |
| 33 | Gironde | CREAI | |
| 80 | Somme | CREAI | |
| 83 | Var | Conseil Général | 3 |
| 21 | Côte- d'Or | Conseil Général | |
| 30 | Gard | Conseil Général | |
| 13 | Bouches-du-Rhône | DDASS avec UGECAM et Anciens Combattants | 2 |
| 7 | Ardèche | DDASS avec CPAM prépare les Com. Fin. | |
| 17 | Charente-Maritime | APAJH | 2 |
| 89 | Yonne | APAJH | |
| 95 | Val-d'Oise | Fondation pour la santé des étudiants de France | 2 |
| 38 | Isère | Fondation pour la santé des étudiants de France | |
| 91 | Essonne | LADAPT 91 | 2 |
| 26 | Drôme | LADAPT | |
| 4 | Alpes de Haute-Provence | UDAF | 2 |
| 5 | Hautes-Alpes | UDAF | |
| 25 | Doubs | CICAT géré par un CCAS | 2 |
| 59 | Nord | CICAT HACAVIE | |
| 43 | Haute-Loire | Hôpital Puy en Velay pour étude impact | 2 |
| 65 | Hautes- Pyrénées | Hôpital de rééducation | |
| 42 | Loire | APF42 | 1 |
| 974 | Réunion | AFM | 1 |
| 79 | Deux-Sèvres | CRF | 1 |
| 44 | Loire-Atlantique | Institut public pour hand visuels | 1 |
| 46 | Lot | GIP (Etat, CG, CPAM, MSA) | 1 |
| 37 | Indre-et-Loire | Croix-Rouge 37 | 1 |
| 92 | Hauts-de-Seine | Pact Arim | 1 |

Source : enquête DGAS (2002), complétée par enquête CTNERHI (2003)

2.1.3. Les moyens mis en œuvre par l'intermédiaire des structures porteuses

Tableau 3. Temps des chargés de mission, des secrétaires et d'autres agents éventuels

| | temps CM | temps sec | Autres |
|--------------------|----------|--------------|--|
| Aisne | 1 | 1 | |
| Alpes de H-Prov. | 1 | 0,25 | |
| Hautes-Alpes | 0,75 | 0,5 | |
| Ardèche | non | non | |
| Bouches-du-Rhône | 0,5+0,5 | 0,05 | |
| Calvados | 1 | 1 | |
| Charente-Maritime | 1 | 1 | 0,5 ETP de psychologue clinicienne (soutien des équipes et éva ETEL) |
| Corrèze | 1 | mi temps | |
| Côte- d'Or | 1 | 1 | et un agent du CG (rédacteur) |
| Côtes-d'Armor | 1 | 1 | |
| Doubs | 0,5 | 1 | |
| Drôme | 1 | 0,8 | Comptable : 0,2 |
| Eure-et-Loir | 1 | 1 | Vacations d' ergo au titre financement des ETEL |
| Gard | 1 | 0,8 | 0,2 CPAM pour gestion de la caisse pivot |
| Gironde | 1 | 1 | Directeur : 0,1, comptable:0,1, informaticien : 0,06 |
| Hérault | 1 | 1 | 0,4 ETP technicien conseil travailleur social |
| Indre-et-Loire | 0,5 | 1 | poste de travailleur social à temps partiel en cours d'étude |
| Isère | 1,5 | 1 | 0,114 responsable, 0,057 comptable |
| Loire | 1 | 1 | 1 ETP ergo mis à dispo de trois ETEL (peut aussi intervenir sur un dos d'équipe non labellisée ou sur une demande d'info technique d'une PH) |
| Haute-Loire | 1 | pas encore | |
| Loire-Atlantique | 1 | 1 | |
| Lot | 1 | 0,6 | |
| Meurthe-et-Moselle | 1 | 1 | 1 ETP AS en CDD 18 mois |
| Morbihan | 1 | 1,2 | Médecin d'appareillage mis à dispo gracieuse, ergo mi-temps, 0,25 AS |
| Nièvre | 1 | 0,5 | |
| Nord | 1 | 1 | |
| Puy-de-Dôme | 1 | 1 | |
| Hautes-Pyrénées | 1 | 1 | |
| Bas-Rhin | 1 | 1 | 1ETP assistant au CM depuis le 1er fév 2003 |
| Haute-Saône | 1 | 1 | 2 trav soc, 1/2 sec financés par d'autres partenaires (CG, CRAM..) |
| Saône-et-Loire | 1 | 2/3 ETP | |
| Sarthe | 1 | 1 ETP | administrateurs bénévoles de l'assoc de gestion |
| Deux-Sèvres | 1 | 0,5 | évaluation des besoins en personnel du lieu ressource en cours |
| Somme | 1 | 1 | |
| Tarn | 1 | 10 h/hebdo | |
| Var | 1 | 1 | |
| Vaucluse | 1 | | assistante de projet : 1 ETP |
| Yonne | 1 | 1 | Une ETP d'ergothérapeute |
| Essonne | 1 | 1 | |
| Hauts-de-Seine | 1 | 1 | |
| Val-d'Oise | 1 | 1 | |
| Guadeloupe | 1 | 1 | |
| Réunion | 1 | 1 assistante | |

CTNERHI, décembre 2003

2.1.4. Le pilotage par les DDASS et l'activité des chargés de mission

Le recours à des prestataires de services et plus concrètement aux chargé(e)s de mission ne semble pas s'être traduit par une restriction du rôle de pilotage de la DDASS, tant dans la phase de mise en place des instances, de la définition des principes et des règles de fonctionnement des diverses instances que dans la phase de fonctionnement actif du nouveau dispositif pour la vie autonome. La répartition des tâches entre la DDASS et les chargés de mission a pu être variable selon les départements mais la référence à la responsabilité de la DDASS est constante. Pour l'illustrer nous présentons quelques extraits des réponses recueillies auprès de chargés de mission dans le cadre du questionnaire général sur le dispositif.

Tableau 4. Rôles et activités respectifs des DDASS et des Chargés de mission

| | Département | Rôles et activités des DDASS et des chargés de mission (CM) |
|----|-------------------|---|
| 13 | Bouches-du-Rhône | Rôle : fonction pilote assumée par la DDASS avec le concours des CM, cette équipe a assuré la mise en place du dispo de manière concertée et les fonctions d'animation et de coordination |
| | | Activité : L'IP de la DDASS détermine la politique du dispositif, supervise et valide les activités, |
| | | le médecin est plutôt orienté vers les tâches de conception des supports de communication de stratégie appliquée; |
| | | l'ergo vers l'aide aux ETEL, la validation des services, la préparation et le secrétariat des réunions et des commissions, |
| | | chacun assume son secrétariat; l'équipe s'attache à harmoniser et à renforcer les réseaux internes et externes aux services de l'Etat et continue de mobiliser les partenaires potentiels du dispositif. |
| 14 | Calvados | Rôle : la DDASS pilote, le CM coordonne, la structure d'accueil gère (deux fois par trimestre comité des institutionnels à l'initiative du coordinateur et groupe de travail dans le cadre du CT autour des objectifs du SVA) |
| | | Activité : la DDASS pilote, le coordinateur anime |
| 17 | Charente-Maritime | Rôle : CM : harmoniser et clarifier les interventions des ETEL, sensibiliser les financeurs, présenter le dispositif et le faire connaître |
| | | Activité : orientation des demandeurs vers l' ETEL la plus pertinente, vérifier que la personne reste bien au cœur du projet, présentation des dossiers en commission des financeurs, harmonisation et clarification des interventions des ETEL |
| 19 | Corrèze | Rôle : DDASS : animation de réunions, contrôle, finalisation des documents; CM : travail de terrain, propositions de documents et de fonctionnement adaptés |
| | | Activité : DDASS : animation , contrôle de la structure porteuse, CM: articulation des ETEL, suivi des dossiers, articulation des financements, suivi de la qualité des préconisations |

Tableau 4. Rôles et activités respectifs des DDASS et des Chargés de mission (suite)

| | | |
|----|---------------|---|
| 21 | Côte-d'Or | Rôle : DDASS : montage du dispositif avec support du CG, CM : animation et coordination |
| 22 | Côtes-d'Armor | DDASS : info générale, grands principes (compensation, reste à charge, évaluation, organisation des ETEL), validation des outils CM : info et présentation élargie à tous les partenaires, articulation entre eux, préparation des outils (conventions, charte, règlement intérieur) Activité : DDASS : supervise les groupes de travail, la commission des financeurs, assure la responsabilité du déblocage des fonds; CM : anime les groupes de travail, le réseau de partenaires , organise la fonction d'accueil et d'info, participe à l'accueil et à l'orientation, assure le suivi des dossiers, |
| 26 | Drôme | Rôle : DDASS : légitime le dispositif pour les partenaires, coanimation des instances CM : co-animation des réunions, élaboration des documents, contact avec les ETEL et les financeurs, support de la logistique de création Activité : DDASS : présidence des instances CM : co-animation des réunions, rencontre des ETEL et des autres partenaires élabore le réseau des partenaires, propose de nouveaux circuits et schémas d'information, vérifie les dossiers, accueille les bénéficiaires, recherche de solutions si cas particuliers, gère la logistique |
| 28 | Eure-et-Loir | Rôle : DDASS : impliquée dans création, puis passe le relais au CM ; DDASS en 2002 : saisie des partenaires, rédaction des documents fondateurs; CM à partir de nov. 2002 : finalisation des procédures opérationnelles et traitement des dossiers Activité : CM : traitement des dossiers et proposition d'évolution du dispositif; DDASS : saisine des partenaires selon propositions du CM, animation du CT |
| 30 | Gard | Rôle : véritable partenariat entre les trois principaux partenaires Activité : la DDASS reste le pilote; CG : coordination et gestion du quotidien, gestion financière par la CPAM |
| 33 | Gironde | Rôle : phase initiale : une réunion DDASS, phase de mise en place : réunions en binôme, lancement : DDASS, groupes de travail : CM sous supervision DDASS Activité : DDASS : préparation et animation des réunions, négociation avec les partenaires majeurs, initiatrice de la coordination avec d'autres dispositifs; CM : lien ETEL/commission des financeurs, accueil et orientation des usagers, traitement des dossiers, secrétariat de la commission des financeurs, de la labellisation, du CTS, participation aux groupes de travail départementaux temps réguliers de concertation entre DDASS et CM |

CTNERHI, décembre 2003

Tableau 4. Rôles et activités respectifs des DDASS et des Chargés de mission (suite)

| | | |
|----|----------------|--|
| 34 | Hérault | Rôle : DDASS : caution du dispositif, présidence et animation du Comité de Suivi, présence aux réunions |
| | | CM : animation et coordination |
| | | Activité : DDASS : préparation et participation aux réunions des instances et à la plupart des groupes de travail |
| | | CM et secrétariat : co-animation des groupes de travail, du Comité de Suivi, de la Commission des Financeurs, mise au point des outils pour pérenniser le dispositif et le faire évoluer |
| 37 | Indre-et-Loire | Rôle : DDASS initiation du dispo et mise en place des différentes commissions proposées par CM et validée par les services de l'Etat, rédaction de la charte et RI proposés par le CM et validés par les instances |
| | | Activité : présidence commission des financeurs : DDASS; |
| | | CM / coordination et animation des différentes commissions et des ressources labellisées avec validation par la DDASS, expertise des dossiers : CM, |
| | | réunions périodiques : DDAAS/CM |
| 38 | Isère | Rôle : DDASS : démarches officielles pour former le CTS, présidence d'une réunion des équipes potentiellement labellisables, direction des groupes de travail pour élaborer les textes fondateurs du dispositif |
| | | CM (chef de projet) : cartographie départementale, préparation et liste des différentes instances, information générale du réseau, information d'autres départements avec la DDASS |
| | | Activité : DDASS : présidence du CTS, validation des documents et courriers officiels ainsi que du bilan annuel du dispositif, notification des interventions du FIE aux demandeurs |
| | | CM (chef de projet: dresse le bilan annuel, prépare avec la DDASS les réunions du CTS, travail technique avec les ETEL et les financeurs, avis sur l'intervention du FIE, orientation des usagers vers les ETEL, synthèse des dossiers |
| 42 | Loire | Rôle : DDASS : Information des acteurs, mise en place de la commission des Financeurs, participation groupes de travail de la DGAS, participation au Comité National de suivi |
| | | CM : implication dans la sensibilisation des acteurs locaux, Etat des lieux et identification des équipes labellisables , procédure de labellisation et formulation des outils, accompagnement des travaux de la commission des financeurs, formalisation des outils techniques; |
| | | Activité : DDASS : présidence et animation du CTS, présidence de la com. des fin., coordination avec les services de la CDES, COTOREP, et des CLIC, |
| | | participation à des réunions de travail avec les ETEL, contrôle de l'activité du CM et suivi budgétaire du SVA, info des nouveaux SVA et transmission de doc. de trav.; |
| | | CM : analyse de l'activité, préparation et rédaction des bilans, préparation du CTS, préparation et animation de a com. des financeurs, pré-instruction des dossiers et suivi administratif, animation du partenariat au sein du réseau, représentation et information relatives au dispositif |
| 43 | Haute-Loire | Rôle : DDASS : pilotage et animation, sec du comité de pilotage gestion des crédits De l'Etat, co-animation d'un groupe de travail de la commission des financeurs; |
| | | CM : animation du réseau départemental des partenaires, mobil et info des partenaires techniques et associatifs, préparation de la labellisation des ETEL, du dossier unique, présentation de la charte, organisation et animation groupes de travail |

CTNERHI, décembre 2003

Tableau 4. Rôles et activités respectifs des DDASS et des Chargés de mission (suite)

| | | |
|----|--------------------|---|
| 44 | Loire-Atlantique | Rôle et activité: DDASS : détermination des orientations, validation des étapes, animation et présidence des instances |
| | | CM : sous la responsabilité de la DDASS : état des lieux, mise en place des instances, conceptualisation des outils, schéma d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation, animation des instances et du réseau, accueil, écoute et orientation des personnes handicapées, mobilisation des partenaires, information sur le DIVAT |
| 46 | Lot | Rôle : DDASS : pilotage et soutien ; CM : chargé de la mise en place du fonctionnement du SVA |
| | | Activité : DDASS : gestion de la délégation de crédits, animation du Comité de pilotage et du CTS, présidence de la Commission des Financiers, présidence du GIP |
| | | CM : animation du réseau des partenaires, préparation de la labellisation des ETEL, secrétariat des instances, gestion des dossiers de demande de financement, direction du GIP |
| 54 | Meurthe-et-Moselle | Rôle : CM : rencontres initiales, DDASS : pilotage lors des réunions , |
| | | CM : communication, information, suivi technique, DDASS : relations avec les autres instances |
| | | Activité : DDASS préside instances, |
| | | CM : orientation des bénéficiaires, liaison ETEL, suivi des dossiers, communication sur le dispositif, instance technique et sec instances, |
| | | groupes de travail, rédaction guide méthodologique, interlocuteur du réseau associatif et professionnel |
| 56 | Morbihan | Rôle : DDASS : structurer le dispositif à partir de l'expérimentation, |
| | | localisation du Sva dans un lieu neutre, réunion des partenaires financiers; |
| | | réguler les relations entre les partenaires institutionnels |
| | | positionner le SVA par rapport à ALCAT56, soutien technique au CM; |
| | | CM : gestion quotidienne du dispositif avec les professionnels, animation du dispo et mise en place de groupes de travail, sec des commissions; liens étroits DDASS/CM |
| 58 | Nièvre | Rôle et activité : DDASS et CM : application de la circulaire et du guide méthodologique |
| 59 | Nord | Rôle :DDASS : étude et validation du schéma d'organisation, proposition des orientations aux instances |
| | | CM : proposition du schéma d'organisation du dispositif |
| | | Activité : DDASS : activité de veille, régulièrement informée de l'activité du site, aide à la préparation des rencontres des instances |
| | | CM : accueil, traitement des demandes, relation avec les partenaires, préparation des rencontres, synthèse de l'activité |
| 65 | Hautes-Pyrénées | Rôle : DDASS : lancement du dispositif, sollicitation des partenaires, recrutement de l'équipe du SVA, convention avec organisme de gestion |
| | | CM : construction du site en articulation avec les partenaires |
| | | Activité : |

CTNERHI, décembre 2003

Tableau 4. Rôles et activités respectifs des DDASS et des Chargés de mission (suite)

| | | |
|----|----------------|--|
| 67 | Bas-Rhin | Rôle : DDASS : constitution du CTS, procédure de sélection du CM et de la structure porteuse, convention avec la structure porteuse, promotion du SVA avant le recrutement du CM |
| | | |
| | | Activité : DDASS : présidence des réunions des instances, validation des subventions accordées par le SVA, organisation de réunions avec le CM sur l'évolution du dispositif |
| | | CM : gestion quotidienne du SVA |
| | | |
| 70 | Haute-Saône | Rôle et activité : DDASS : pilote en partenariat avec le CG |
| | | CM : animation et coordination |
| | | |
| 71 | Saône-et-Loire | Rôle : DDASS : suivi, facilitation de la mise en place, labellisation des équipes |
| | | CM : mise en place du DVA |
| | | |
| | | Activité : DDASS : responsabilité du CTS et du Comité restreint, Commission des financeurs sous la responsabilité de la structure porteuse |
| | | CM : secrétariat des instances |
| | | |
| 72 | Sarthe | Rôle : DDASS : impulsion |
| | | CM : coordination et animation du réseau des financeurs, des ETEL, des « partenaires logement » |
| | | |
| | | Activité : DDASS : pilotage et soutien |
| | | CM : fonctionnement du dispositif |
| | | |
| 79 | Deux-Sèvres | Rôle : DDASS : mise en place |
| | | Activité : DDASS : présidence et animation de la Commission des Financeurs, animation de la cellule restreinte du comité de suivi, choix de la labellisation des équipes, validation du budget de fonctionnement |
| | | CM : secrétariat des instances, gestion des relations avec les ETEL et les usagers, aide la DDASS dans l'élaboration de stratégies de développement |
| | | |
| 80 | Somme | Rôle : DDASS : suivi et animation du CTS et du comité de pilotage |
| | | CM : mobilisation des partenaires, assurer les réunions des instances |
| | | |
| | | Activité : DDASS : suivi et animation des instances |
| | | CM : interface entre les ETEL, les usagers et les financeurs, synthèse de l'information, vérification des dossiers, proposition de fonctionnement |
| | | |
| 81 | Tarn | Rôle : DDASS : mise en place et lancement, participation au recrutement du CM |
| | | Activité : DDASS : participation à la commission des financeurs, formalisation des procédures avec la CM |
| | | |
| 83 | Var | Rôle : DDASS : validation du travail de conception et d'organisation |
| | | CM : travail de conception et d'élaboration avec l'attaché du Conseil Général |
| | | |
| 84 | Vaucluse | Rôle et activité : DDASS : décideur |
| | | CM : conseiller technique : élaboration des conventions, dossier unique, synthèse des données, contacts avec les différents partenaires (structures, organismes, ETEL, financeurs) |

CTNERHI, décembre 2003

Tableau 4. Rôles et activités respectifs des DDASS et des Chargés de mission (suite et fin)

| | | |
|-----|---------|--|
| 89 | Yonne | Rôle : validation des propositions et actions de la CM, présentation du dispositif aux partenaires |
| | | CM : information et propositions |
| | | Activité : liens réguliers entre DDASS et CM , préparation et organisation des grandes réunions, suivi des dossiers financés |
| 974 | Réunion | Rôle et activité : DDASS : pilotage et garantie de la neutralité du dispositif, présidence de la Commission des Financeurs, préparation des conventions, relais avec le TPG, supervision du budget |
| | | CM : élabore les outils, les propose pour validation, assure le secrétariat du dispositif |
| | | Et la communication, gère le FIE... |
| | | |
| | | |

CTNERHI, décembre 2003

2.2. Les Comités Techniques de Suivi et les chartes générales sur le dispositif

Avant de nous intéresser au contenu des chartes qui ont été élaborées pour formaliser la mise en place et faire fonctionner le nouveau dispositif pour la vie autonome dans les départements concernés, nous analyserons ici la mise en place, la composition, le rôle et fonctionnement des Comités Techniques de Suivi.

2.2.1. Constitution et composition

Les Comités Techniques des 43 départements concernés par la présente étude ont tous été mis en place, ou (pour quelques uns) sont sur le point de l'être (cf. tableau suivant). Parmi les 15 départements retenus en 2000, 4 d'entre eux avaient participé à l'expérimentation de 1997 à 1999. Hormis en Saône-et-Loire (confrontée à une restructuration du site porteur), les Comités Techniques de ces départements ont pu être réactivés l'année même de leur (re)création (2000). Pour les 11 autres « départements 2000 », 2 seulement ont réuni leur Comité Technique de Suivi l'année de leur entrée dans le programme de généralisation (2000). Pour les autres, on observe que la première réunion du CTS a eu lieu le plus souvent en 2001 (6 départements), trois départements se décalant légèrement avec une installation de leur CTS au premier semestre 2002. Sur les 30 départements entrés dans le programme de généralisation en 2001, 4 CTS ont été installés la même année, 20 en 2002 (dont un peu moins de la moitié dès le premier semestre) et 6 en 2003. Au total, sur les 43 départements considérés ici, le nombre de départements ayant réuni leur comité technique :

- la même année de leur entrée dans le programme de généralisation a été de : 10 (23,3%) (y compris 3 départements expérimentaux) ;
- l'année suivante, de : 23 (53,4%) ;
- l'année N+2, de : 10 (23,3%).

Sites historiques mis à part, les départements qui ont réuni le CTS le plus rapidement sont ceux qui ont choisi d'initier la mise en place du dispositif précisément par la réunion du dit Comité (exemples : Bas-Rhin, Meurthe-et-Moselle, Doubs, Gard, Hautes-Pyrénées, Réunion).

Les départements qui ont réuni le CTS le plus tardivement ont :

- soit privilégié une approche différente consistant à organiser ou pré-organiser les autres instances avant de réunir leur CTS pour validation (ex : Haute-Saône, Loire-Atlantique) ;
- soit rencontré des difficultés de différents ordres (difficultés à mobiliser les partenaires, difficulté d'assimilation de la culture du nouveau dispositif pour la vie autonome ou problème de disponibilité des agents concernés) (exemples : Hautes-Alpes, Alpes de Haute-Provence, Aisne, Corrèze, Essonne, Hauts-de-Seine, Puy-de-Dôme, Saône-et-Loire, Vaucluse). Ainsi certains de ces départements ont commandé une étude préalable pour réaliser un état des lieux et faire des propositions avant d'envisager d'initier la mise en place proprement dite du dispositif (départements : 4 , 5, 92).

Les départements qui n'ont réuni leur CTS ni très rapidement, ni tardivement, soit la majorité, combinent généralement selon des modalités variables les éléments des deux cas de figure précédents.

Tableau 5. Comités Techniques de Suivi : premières réunions

| | année de création du site | Composition | 1ère réunion |
|-------------------------|---------------------------|-------------|--------------|
| Isère | 1997, 2000 | tous | 1997, 2000 |
| Loire | 1997, 2000 | tous | 1997, 2000 |
| Morbihan | 1997, 2000 | tous | 1997, 2000 |
| Saône-et-Loire | 1997, 2000 | tous | 1997, 2002 |
| Bouches-du-Rhône | 2000 | tous | 28/06/2001 |
| Calvados | 2000 | tous | 24/09/2001 |
| Gironde | 2000 | tous | Juin 2002 |
| Hérault | 2000 | tous | 07/02/2002 |
| Indre-et-Loire | 2000 | tous | Oct. 2001 |
| Meurthe-et-Moselle | 2000 | tous | Déc. 2000 |
| Nord | 2000 | tous | Juin 2001 |
| Bas-Rhin | 2000 | tous | Juin 2000 |
| Haute-Saône | 2000 | tous | 25/01/2002 |
| Val-d'Oise | 2000 | tous | 08/10/2001 |
| Guadeloupe | 2000 | tous | 20/11/2001 |
| Aisne | 2001 | tous | 16 /6/2003 |
| Alpes de Haute-Provence | 2001 | tous | Sept. 2003 |
| Hautes-Alpes | 2001 | tous | Nov. 2002 |
| Ardèche | 2001 | tous | 03/12/2002 |
| Charente-Maritime | 2001 | tous | 08/03/2002 |
| Corrèze | 2001 | tous | 12/02/2003 |
| Côte-d'Or | 2001 | tous | 17/05/2002 |
| Côtes-d'Armor | 2001 | tous | Sept./2002 |
| Doubs | 2001 | tous | 19/09/2001 |
| Drôme | 2001 | tous | 29/05/2002 |
| Eure-et-Loir | 2001 | tous | 04/07/2002 |
| Gard | 2001 | tous | 20/01/2001 |
| Haute-Loire | 2001 | tous | Sept. 2002 |
| Loire-Atlantique | 2001 | tous | 10/01/2003 |
| Lot | 2001 | tous | 12/07/ 2001 |
| Nièvre | 2001 | tous | 23/03/2002 |
| Puy-de-Dôme | 2001 | tous | 13/12/2002 |
| Hautes-Pyrénées | 2001 | tous | 26/09/2001 |
| Sarthe | 2001 | tous | 3/6/20002 |
| Deux-Sèvres | 2001 | tous | 09/01/2002 |
| Somme | 2001 | tous | Oct. 2001 |
| Tarn | 2001 | tous | 08/07/2002 |
| Var | 2001 | tous | 14/03/2002 |
| Vaucluse | 2001 | tous | Sept. 2003 |
| Yonne | 2001 | tous | 11/12/2002 |
| Essonne | 2001 | tous | Mai 2003 |
| Hauts-de-Seine | 2001 | tous | 19/12/2002 |
| Réunion | 2001 | tous | 23/06/2002 |

Source : enquête DGAS (2002) complétée par enquête CTNERHI (2003)

La composition des CTS est pratiquement conforme aux prescriptions de la circulaire. Ils se composent dans tous les départements des partenaires suivants :

- l'Etat ;
- le conseil général ;
- les organismes d'assurance maladie ;
- les associations représentatives des personnes handicapées ;

Les organismes d'allocations familiales (CAF) ne sont toutefois pas toujours représentés.

Par contre, d'autres partenaires ont été effectivement associés dans de nombreux départements :

- autres régimes de protection sociale, caisses de retraite, mutuelles, assurances ;
- autres collectivités territoriales (conseil régional, communes et structures de coopération intercommunale) ;
- CHU et centres de réadaptation et de rééducation fonctionnelle, établissements sanitaires impliqués dans le développement de l'autonomie des personnes handicapées ;
- Services de type CICAT, ESVAD, SRAI, SSASD, SSES D;
- Associations pour personnes âgées ;
- ANAH, ALGI, CDHR ;
- AGEFIPH ;

Au sein des CTS, outre les associations de personnes handicapées qui couvrent généralement la diversité des handicaps, d'autres associations sont souvent présentes : des associations familiales, des associations oeuvrant dans des champs spécifiques (tels que l'habitat, par exemple), des associations de professionnels intervenant dans le champ sanitaire et médico-social (secteur institutionnel et libéral).

De par la composition des CTS et, notamment avec la représentation des CDES et des COTOREP ainsi que celle de l'Education Nationale, l'articulation des Dispositifs pour la Vie Autonome, aux autres dispositifs départementaux se trouve favorisée. Les chargés de mission sont en contact avec ces divers partenaires et travaillent bien souvent en étroite relation avec eux.

Le tableau suivant présente une synthèse de l'information concernant la composition des CTS dans les départements qui l'ont effectivement constitué et transmis l'information. Il témoigne de l'importante dynamique partenariale suscitée par le nouveau dispositif pour la vie autonome.

Tableau 6. Composition des Comités Techniques de Suivi dans les départements

| Comité technique | 13 | 14 | 17 | 19 | 21 | 22 | 25 | 26 | 28 | 30 | 33 | 34 | 37 | 38 | 42 | 43 | 44 | 46 | 54 | 56 | 58 | 59 | 63 | 65 | 67 | 70 | 71 | 72 | 79 | 80 | 81 | 83 | 89 | 91 | 95 | 971 | 974 | | |
|--------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|-----|---|------|
| DDASS | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| EN | X | X | X | X | X | X | X | X | | | | X | | | X | X | X | X | X | X | | X | | X | X | X | | X | X | | X | X | X | X | X | X | | X | |
| Conseil Général | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Conseil Régional | X | X | | | | | | | | | X | | | X | X | | | | X | | | X | | | | | | X | | | | | | | X | X | | | |
| Communes | X | X | X | X | X | | X | X | | | X | X | | X | X | | X | | X | X | X | X | X | X | X | X | X | | X | X | X | X | X | X | | X | X | | |
| CDES | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| COTOREP | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| CPAM | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | cgss |
| CRAM | X | X | | X | X | X | X | X | X | X | | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | |
| MSA | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | | X | | X | | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | | |
| CAF | X | | X | | X | X | X | X | | | | X | | X | X | | X | X | | | X | X | X | | X | | X | | | | X | | | | X | X | X | X | |
| Associations p. h. | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | |
| Associations p. â. | | X | X | X | X | | | X | | | X | | | | | | X | | X | | | | X | X | X | X | | X | X | | | | | X | | | X | | |
| Anc Combattants | X | X | | X | X | X | X | X | X | | X | X | | X | X | | X | | X | X | | | X | X | X | | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | | X | |
| Mutualité | | X | X | | X | X | X | | X | | X | | | X | | X | X | X | X | X | | X | X | | | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | | X | |
| DDE/ANAH | | | X | X | X | X | | X | X | | X | | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | |
| CDHR | | | | | | | X | | | | | | X | X | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Pact Arim | X | X | | X | | X | | X | | | X | | | X | X | | X | | X | X | X | X | | | | | | | | | X | | | | | X | | | |
| ALGI | | | X | X | | | | | | | X | | X | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | | X | | | | | | | | X | | | |
| PRITH ou PDITH | | X | | | | | X | | | | | | | X | | X | X | | X | X | | X | | X | | | | | | | | | X | | X | X | | | |
| AGEFIPH | X | X | X | X | X | | X | X | | X | | X | | X | X | | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| DDTEFP | | X | X | | | X | X | X | | | | X | | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | |
| CHU, CH | X | X | X | X | | X | X | X | X | | X | | | X | X | X | X | | X | X | | X | X | | | | | X | X | X | | X | X | | | | | | |
| CRF | X | X | X | X | | | X | | | X | X | X | | X | | | X | X | X | | | X | X | | | X | X | X | | | X | X | | | X | X | X | | |
| Ets sanitaires | X | X | | X | | | X | X | | | X | | X | | | X | X | X | X | | | X | | | X | | X | X | X | | | | | | | X | X | | |
| CICAT, ESVAD.. | X | X | X | X | X | | X | X | | | X | X | | X | | X | X | X | X | X | | | X | X | | | X | X | X | | X | X | | X | X | | X | X | |
| Autres | X | X | X | X | X | X | X | X | X | | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |

CTNERHI, décembre 2003

2.2.2. Chartes, conventions et autres textes relatifs aux objectifs généraux du dispositif et à ses modes d'organisation

La circulaire du 19 juin 2001 stipulait que : « la DDASS suscite et formalise des propositions sous la forme d'un accord avec divers partenaires et c'est sous la base de cet accord que se constitue un comité technique de suivi ». En réalité, comme nous l'avons déjà souligné, si ces accords ont pu précéder la constitution des Comités Techniques de Suivi, ils ont assez souvent été élaborés dans l'après coup voire pas du tout, car de nombreux départements ont :

- soit préféré configurer d'abord le dispositif avant d'élaborer un accord de type général sous la forme d'une charte, notamment ;
- soit estimé l'élaboration de cet accord secondaire par rapport à la mise en place de la Commission des financeurs et des ETEL, instances naturellement indispensables pour le traitement des demandes des usagers

La notion d'accord est semble-t-il apparue relativement floue et de nombreux sites avaient même oublié qu'elle était incluse dans la circulaire du 19 juin 2001. Le lancement de l'enquête de la DGAS au mois de juillet 2002, puis la présente évaluation sont venues la rappeler aux divers partenaires et le processus d'élaboration de ces « accords » s'est depuis intensifié.

Le contenu et la dénomination même de ces « accords » lorsqu'ils existent, qu'ils soient validés ou en cours de validation, sont très variables d'un département à l'autre. Nous avons ainsi recueilli des chartes, des conventions, des règlements intérieurs ainsi que des simples textes de présentation générale du dispositif.

Les chartes

Au sein des chartes, on peut distinguer les chartes d'adhésion au dispositif et les chartes de création ou de mise en place du dispositif. Dans les premières, la charte ne contient aucune disposition associant explicitement les divers partenaires à l'acte de création ou de mise en place du site ou du dispositif pour la vie autonome. La création du dispositif est implicitement imputée à l'Etat, à la circulaire du 19 juin 2001 et/ou au programme de généralisation et les partenaires par la signature de la Charte s'y engagent ou s'y associent. Dans les secondes, au contraire, les partenaires, Etat compris, posent explicitement dans la charte l'acte de création ou de mise en place du dispositif. Au sein de ces deux groupes, les chartes se distinguent aussi selon qu'elles mentionnent ou non les diverses instances du dispositif. A partir de ces deux facteurs formels discriminants, la typologie suivante peut être proposée :

a. Les chartes d'engagement dans le dispositif (CED) :

- chartes d'engagement simples (sans description des instances) (CEDS) ;
- chartes d'engagement dans le dispositif formalisant ses instances (CEDFI).

b. Les chartes de création (ou de mise en place) du dispositif (CCD) :

- charte de création simples sans description des instances (CCDS) ;
- charte de création avec désignation des instances, rappel des objectifs et énoncé des engagements (CCDFI).

Dans les chartes d'engagement simples (CEDS), les instances du dispositif peuvent ne pas être mentionnées. L'engagement des partenaires peut ne porter que sur les objectifs et les principes d'ordre général qui sont énoncés.

Ainsi la « CHARTE Site pour la vie autonome » de la Meurthe-et-Moselle, très brève, contient-elle seulement un rappel de l'objectif général puis des principes d'actions et des engagements vis-à-vis des demandeurs. Nous en rapportons, dans une forme ramassée, presque intégralement le contenu (cf. p31).

Dans ce type de charte, les instances peuvent être mentionnées et situées en fonction des objectifs énoncés, mais elles ne sont pas décrites à proprement parler. C'est le cas de la charte du DIVAT de Loire-Atlantique, dans laquelle, toutefois, l'engagement des partenaires porte sur la mise en œuvre du dispositif pour la vie autonome et non plus seulement sur des principes ou des objectifs d'ordre très général (cf. Structure p32). Par ailleurs, cette charte situe le dispositif dans le contexte légal et technique en faisant référence, dans son préambule, aux textes en vigueur et à des rapports d'étude sur la problématique traitée.

Au sein du groupe des chartes d'engagement, celles qui ont pour objet de formaliser le dispositif sont de loin les plus nombreuses (CEDFI). Après un rappel des textes légaux et des rapports de référence, ces chartes présentent généralement, sous des formes variables, les objectifs du dispositif, les engagements des partenaires ainsi que la composition et le rôle des instances : Comité technique, Equipe de coordination, Commission des financeurs, Caisse pivot éventuelle et ETEL. C'est le cas, par exemple, de la Charte de la Drôme (cf. p33). Celle-ci énonce clairement que son objet est de formaliser la mise en place du dispositif pour la vie autonome (et donc non pas de le créer). Ce positionnement de la charte par rapport à l'acte de création du dispositif, censé implicitement avoir été posé par la circulaire du 19 juin 2001 puis par l'entrée du département dans le programme de généralisation est particulièrement évident dans la Nièvre dont l'article 1 de la charte (« Charte du comité de pilotage départemental du Dispositif Vie Autonome de la Nièvre ») stipule que « Le Dispositif pour la Vie Autonome (DVA) s'inscrit dans le plan gouvernemental triennal en faveur des personnes handicapées. Il fait référence à la circulaire DGAS/PHAN/3A/n°2001.275 du 19 juin 2001. » En clair, le dispositif est créé en amont de la charte et celle-ci, en conséquence, a pour fonction essentielle de le décrire formellement et de solliciter l'engagement des divers partenaires. De même, la «Charte relative au dispositif pour la vie autonome de la Haute-Saône », dans son préambule, indique-t-elle que « ...dans le cadre de la mise en place du dispositif national visant à la compensation des incapacités des personnes en situation de handicap dans le département de la Haute-Saône, les parties signataires à la Charte s'engagent sur l'organisation et les objectifs qui suivent : ... ». Dans ce dernier cas, la charte est en outre complétée par un règlement intérieur qui détaille l'organisation et précise les modalités d'intervention.

Certaines chartes de ce groupe insistent particulièrement, en leur consacrant un article spécifique, sur les principes et l'éthique du dispositif, avant de formaliser ses diverses instances. Ainsi, en Indre-et-Loire et dans les Hautes-Pyrénées, les deux chartes très semblables respectivement intitulées « Charte d'objectifs et de moyens, Dispositif 37 pour la vie autonome » et « Charte d'objectifs et de moyens « Dispositif pour la vie autonome » Hautes-Pyrénées » précisent-elles d'emblée : « il est créé un dispositif pour la vie autonome dont les principes et l'éthique sont régis par une charte d'objectifs et de moyens ». L'éthique et les principes d'intervention, similaires d'ailleurs à ceux développés dans d'autres types de chartes mais davantage mis en évidence ici, sont ensuite développés par l'article 2.

Exemple de charte d'adhésion brève sans description du dispositif (CEDS)

CHARTRE

Site pour la vie autonome
(Meurthe-et-Moselle, 54)

« **rappel de l'objectif** » : développer l'accès aux solutions de compensation fonctionnelle pour les personnes en situation de handicap, quel que soit la nature de leur handicap, leur âge, leur lieu d'habitation ; clarifier et simplifier les procédures tout en apportant un financement complémentaire ; réduire les délais d'effectivité de l'aide ;

« **principes d'actions** » : 1. accueillir et écouter, la personne handicapée en tant qu'actrice de sa demande et de son projet ; 2. lui reconnaître un droit à la compensation de son handicap conforme à la définition de son projet de vie ; 3. apporter une information la plus claire possible sur les réponses qui peuvent lui être proposées, les procédures, les délais, les coûts et les financements ; 4. analyser ce projet en liaison avec sa famille, son représentant légal et son environnement de manière plus globale ; 5. proposer la réponse la plus adéquate à la satisfaction de son besoin ; 6. acter dans une lettre d'objectif, la demande de la personne handicapées et la ou les propositions de réponse attestant des engagements de chacun ; 7. évaluer le degré d'adéquation de l'aide apportée et le degré de satisfaction de la personne handicapée. L'ensemble des évaluations permettra d'apprécier le fonctionnement global du dispositif.

« **les engagements des acteurs** » : 1. la personne handicapée dispose du libre choix de solliciter ou non le SPVA, son droit à la compensation est garanti indépendamment de l'intervention de cette structure ; 2. le SPVA s'engage à respecter les demandes des personnes s'intégrant dans leur projet de vie. Il doit informer des ses possibilités d'intervention et de réponses et ou réorienter la personne vers le dispositif concerné ; 3. les différents intervenants du SPVA s'engagent à conduire leur action en complémentarité avec les autres acteurs, dans les limites et le respect des compétences de chacun ; 4. les financeurs s'engagent à coordonner leur action en veillant au respect de l'égalité de traitement des usagers dans leur droit à la compensation de leur handicap ; 5. chacun des acteurs est soumis au secret professionnel à l'égard des éléments de la vie des personnes dont il aurait eu à connaître de par son intervention.

Exemple de charte d'engagement sans description (détaillée) du dispositif (CEDS),

Dispositif pour la Vie Autonome de Loire-Atlantique (DIVAT) Charte d'objectifs
(Structure formelle)

Préambule : référence aux principes et valeurs inscrits dans les textes de lois, rapports et recommandations en faveur des personnes handicapées : Loi n°75-534 du 30 juin 1975 ; loi n°75-535 du 30 juin 1975 ; Loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002 modifiant la loi d'orientation du 30 juin 1975 ; résolution de l'Union Européenne du 20 décembre 1996 concernant l'égalité des chances pour les personnes handicapées ; Circulaire DGAS/PHAN/3A/n°2001.275 du 19 juin 2001 relative au dispositif pour la vie autonome faisant suite aux rapports de Mme LYAZID et du Professeur FARDEAU.

Principe général : l'égalisation des chances implique deux processus complémentaires : l'accessibilité..., l'autonomie des personnes confrontées à des situations de handicap... favorisée par un recours aux aides techniques et aux aménagements du cadre de vie. Le DIVAT est l'outil d'accès aux solutions de compensation des incapacités dans le département).

Objectifs : 1. Développer l'accès aux solutions de compensation des incapacités pour des personnes en situation de handicap (toute nature, toute origine, tout âge, quel que soit le lieu de résidence) avec centralisation des demandes par le site pilote et élaboration d'un règlement intérieur pour garantir le principe d'égalité dans le traitement des demandes ; 2. Simplifier, clarifier les procédures de financement et réduire les délais avec constitution du dossier unique, accueil et suivi par la DIVAT ; 3. Faciliter l'accès au financement des solutions préconisées par la mise en place de la commission des financeurs, par l'installation à terme d'une caisse pivot, par la contribution du fonds de compensation de l'Etat ; 4. Constituer un réseau intégrant tous les partenaires par la constitution du comité technique et des conventions entre les partenaires ; 5. Appliquer une nouvelle méthodologie d'approche globale pour l'accès aux moyens de compensation des incapacités dans le respect de la personne par le biais des équipes techniques d'évaluation labellisées (ETEL) dans le cadre d'une démarche de proximité et d'une analyse de l'environnement quotidien de la personne ; 6. organiser le dispositif de conseil et de préconisation des solutions avec information, orientation, évaluation, conseil spécialisé , accompagnement de la personne dans le cadre des différentes interventions réalisées.

Engagements : les partenaires signataires de la charte s'engagent dans la mise en œuvre du dispositif pour la vie autonome.

Charte pour la mise en place d'un dispositif d'accès des personnes handicapées de la Drôme aux solutions de compensation des incapacités en matière d'aide technique et d'aménagement du lieu de vie
(Structure formelle et principaux contenus)

Vu(s) : Déclaration des Droits des personnes Handicapées , AG ONU, 9 décembre 1975 ; Loi d'orientation du 30 juin 1975 en faveur des personnes handicapées ; Loi du 10 juillet 1987 en faveur de l'emploi des travailleurs handicapés ; Circulaire DGAS/PHAN/3A/n°2001.275 du 19 juin 2001 relative au dispositif pour la vie autonome ;

Convenu : entre Etat, CG, Organismes de protection sociale CPAM de Valence, MSA, CMR des Alpes, AGEFIPH, ALGI, CRAM, CCAS de Valence, DIRECTH 26, L'ADAPT, le CALD, Les Mutuelles de la Drôme, le collectif des associations (7 titulaires, 7 suppléants) et les professionnels des futures ETEL, ce qui suit ;

Préambule : les parties signataires réaffirment leur engagement dans l'action menée auprès des personnes en situation de handicap, constatent l'insuffisance des aides et les délais conséquents liés à la multiplication des sollicitations ; suit l'énoncé des objectifs du DVA de la Drôme : développer l'accès aux solutions de compensation des incapacités pour des personnes en situation de handicap (toute nature, toute origine, tout âge, quel que soit le lieu de résidence) ; simplifier, clarifier les procédures de financement et réduire les délais ; Faciliter l'accès au financement des solutions préconisées ; constituer un réseau intégrant tous les partenaires concernés par la mise en œuvre de ce dispositif ; appliquer une nouvelle méthodologie d'approche globale pour l'accès aux moyens de compensation des incapacités en intégrant une dimension qualité dans le service rendu ; organiser le dispositif de conseil et de préconisation des solutions ; suit l'objet de la charte : formaliser la mise en place du DVA et de ses quatre instances (CTS/pilotage, Commission des financeurs, ETEL, équipe pilote.

Comité de Pilotage/Comité Technique de Suivi : composition avec liste non exhaustive susceptible d'être élargie, missions : avis sur la labellisation des ETEL ; valide le dossier unique de financement ; suggère des modalités d'amélioration du dispositif ; garant de la mise en œuvre d'une politique départementale dans le domaine de la compensation des incapacités ; valide les règles de fonctionnement et le règlement intérieur de la Commission des financeurs ; instance de régulation, il est saisi en cas de litige ; périodicité de ses réunions : au moins une fois par an ; peut décider d'élire en son sein une commission restreinte pour des missions particulières (recours et appel, labellisation, cas dérogatoire...) ; composition de la commission restreinte ; peut après bilan proposer des solutions pour simplifier les procédures.

Equipe pilote : composition (coordinatrice, assistante), instance technique du Comité Départemental de Pilotage, missions : assistance au Comité, concours à la Commission des Financeurs ; traitement des demandes avec le support des ETEL ; animation et appui technique.

Commission des financeurs : fonctions (traite les dossiers, décide d'une option de financement partagé, définit et adopte des procédures d'instruction des demandes pour optimiser la coordination des financements et la plus large couverture financière des aides ; met en place une Caisse Pivot ; peut créer deux sous-commissions (AT et aménagements) ; rythme des réunions déterminé par le règlement intérieur ; secrétariat ; composition minimum et élargissement possible.

Les Equipes techniques labellisées : fonctions (évaluation, préconisation, plan d'aide) ; composition (médecin spécialiste, travailleur social, technicien de la compensation, secrétaire/accueil).

Comme les chartes d'engagement (CED), les chartes de création du dispositif (CCD) peuvent contenir la formalisation des instances (CCDFI) ou non (CCDS). Dans les deux cas, cependant, les partenaires impliqués posent, au travers de la charte elle-même, l'acte de création ou de mise en place du dispositif avant de s'y engager, par quoi les CCD se distinguent des CED.

Ainsi, dans la « Charte du dispositif pour la vie autonome des personnes handicapées dans les Deux-Sèvres », après la partie classique consacrée au cadre de référence légal et technique, « il est convenu entre l'Etat, représenté par... et les partenaires signataires de la présente charte, la mise en place d'un dispositif d'accès aux solutions de compensation des incapacités pour les personnes handicapées des Deux-Sèvres ». Suit une présentation très brève (1 page) des engagements des partenaires : engagement à œuvrer en faveur de l'autonomie des personnes handicapées avec reconnaissance de leur place centrale dans le dispositif ; constat de l'insuffisance des aides et les délais conséquents liés à la multiplication des sollicitations et engagements à : constituer un réseau intégrant tous les partenaires concernés par la mise en œuvre de ce dispositif, veiller au bon fonctionnement de ce réseau (pour les personnes en situation de handicap quel que soit leur âge et leur lieu de résidence), considérer la personne handicapée dans sa globalité, simplifier, clarifier les procédures de financement et réduire les délais, faciliter l'accès à l'aménagement du logement et aux aides techniques par des réponses cohérentes aux demandes de financement des solutions préconisées, développer une mission d'observation afin d'adapter en permanence le dispositif pour mettre en évidence ses insuffisances, notamment s'agissant des aides humaines, permettre à la personne handicapée d'assurer au sein de notre société une participation citoyenne. En conclusion, « les parties signataires inscrivent leur action dans la perspective d'égalisation des chances pour la vie autonome visant à la fois à réduire les obstacles environnementaux et à favoriser la participation de la personne concernée ». Cette charte de création du dispositif apparaît ainsi très simple (les instances du dispositif ne sont ni décrites ni même mentionnées) relevant du type CCDS mentionné plus haut.

On peut rattacher à ce type, les chartes de création qui tout en désignant les instances ne les décrivent pas à proprement parler. Par exemple, la « Charte du dispositif pour la vie autonome de la Haute-Loire » (cf. p35) élargit les engagements des divers partenaires signataires vis-à-vis des personnes handicapées aux objectifs à atteindre par les diverses instances du dispositif, en les désignant clairement : comité technique, comité de pilotage, comité des financeurs, ETEL. Cependant ces instances sont plus introduites, en les nommant, que vraiment présentées. Par ailleurs, le positionnement des partenaires dans l'acte de création du dispositif est ici particulièrement transparent. Cette charte, en effet, après avoir exposé des considérants qui renvoient aux fondements légaux de référence et au contexte des projets politiques en cours, stipule que les parties signataires (Etat, Conseil Général, Organismes de protection sociale et Associations oeuvrant dans le champ du handicap) créent « un dispositif d'accès aux solutions de compensation fonctionnelle des incapacités pour les personnes handicapées en Haute-Loire ».

La « Charte de partenariat pour la mise en place d'un dispositif pour la vie autonome dans le département du Tarn » précise aussi que «le département du Tarn ayant été retenu dans le programme ministériel, les partenaires locaux impliqués dans la compensation du handicap ont décidé de mettre en place le nouveau dispositif... ». Comme, par ailleurs, cette charte décrit les diverses instances du dispositif, elle entre dans la catégorie des « CCDFI ». Autre exemple de « CCDFI » : la « Charte du site pour la vie autonome en faveur des personnes handicapées de l'Yonne ».

Exemple de charte de création du dispositif sans description détaillée des instances (CCDS)

Structure formelle de la « Charte du dispositif pour la vie autonome de la Haute-Loire »

Vu(s) : (Déclaration Universelle des Droits de l'Homme, AG, 10 décembre 1948 ; Déclaration des Droits des personnes Handicapées , AG ONU, 9 décembre 1975 ; Charte Sociale Européenne, article 15, 3 mai 1996 ; résolution du Conseil de l'Union Européenne concernant l'égalité des chances, 20 décembre 1996 ; loi n°75-534 du 30 juin 1975, Loi d'orientation en faveur des personnes handicapées ; li N°87-517 du 10 juillet 1987, Loi en faveur de l'emploi des travailleurs handicapés ; Plan d'Action pour le développement de l'autonomie des personnes handicapées (rapport LYAZID), août 1999 ; Circulaire DGAS/PHAN/3A/n°2001.275 du 19 juin 2001 relative au dispositif pour la vie autonome ; loi n°2002-2 du 2 janvier 2002, Loi rénovant l'action sociale et médico-sociale, article 3 ; Rapport d'Information sénatorial n°369, fait au nom de la commission des affaires sociales sur la politique de compensation du handicap par M. BLANC et qui propose de s'appuyer sur les « sites pour la vie autonome » pour simplifier les procédures.

Convenu : entre Etat, CG, Organismes de protection sociale et Associations de créer un dispositif d'accès aux solutions de compensation des incapacités pour les personnes handicapées en Haute-Loire.

Engagements : sur la base de constats relatifs aux difficultés d'accès aux solutions, engagements concernant : le dispositif pour la vie autonome avec le Comité Technique, le projet individuel, l'évaluation des situations de handicap avec les ETEL, les préconisations de compensation des incapacités, le financement des solutions de compensation des incapacités avec le Comité des financeurs, l'évaluation et les perspectives du dispositif avec le Comité Technique.

Conclusion : inscription de l'action dans la perspective du développement de la participation à la vie citoyenne des personnes en situation de handicap.

Certaines chartes présentées comme des chartes du dispositif ne trouvent pas leur place dans la typologie proposée, mais il s'agit de cas particuliers :

- ainsi, une « Charte d'objectifs en vue de la mise en place dans le Lot d'un Site pour la vie autonome des personnes handicapées » avait été élaborée avant l'entrée du département dans le programme de généralisation. Elle n'a pas été reformulée depuis, les partenaires s'attachant plutôt à élaborer une « convention partenariale de mise en place du site pour la vie autonome des personnes handicapées du département du Lot » (cf. point consacré aux conventions, RI et autres documents d'organisation générale).
- dans l'Isère, dans la Loire et dans le Val-d'Oise, les chartes « pour la mise en place d'un dispositif d'accès des personnes handicapées aux solutions de compensation des incapacités en matière d'aide technique et d'aménagement du lieu de vie » sont non pas des chartes générales, comme leur titre le laisse supposer, mais des chartes passées entre les seuls financeurs et qui ont essentiellement pour objet de formaliser les interventions de ces derniers dans le cadre du dispositif. (cf. chartes et conventions entre les financeurs).

Les autres textes d'organisation du dispositif

Outre les chartes, d'autres textes d'organisation générale du dispositif portant plus particulièrement sur le fonctionnement ont été élaborés : des conventions, des règlements intérieurs, des protocoles d'organisation.

. Les conventions

Dans le Lot, deux conventions créent et organisent le Site pour la vie autonome : la « Convention constitutive du Groupement d'intérêt public « Site pour la Vie Autonome des Personnes Handicapées » » ; la « Convention partenariale de mise en place du Site pour la Vie Autonome des Personnes Handicapées du Lot ». La première convention constitue entre l'Etat, le Conseil Général, la CPAM du Lot et la MSA du Lot, un groupement d'intérêt public ayant pour objet « de mettre en place et de gérer un site pour la vie autonome des personnes handicapées dans le lot ». Cette mise en place est décidée dans la convention partenariale passée entre les mêmes partenaires et la Mutualité, partenaires qui constituent la Commission des financeurs. Comme les chartes de l'Isère, de la Loire et du Val-d'Oise, cette convention est donc, en fait, passée entre les seuls financeurs (cf. Chartes et conventions des financeurs)

. les règlements intérieurs

Le règlement intérieur du dispositif pour la vie autonome de la Haute-Saône délimite le champ de compétence du dispositif : personnes en situation de handicap ; aide technique en reprenant la définition de la norme ISO 9999 (qui est très extensive et inclut les aménagements). Il décrit la composition des instances et leur mission, les modalités d'intervention du site (saisine et orientation, évaluation, instruction du plan de financement) et les modalités d'intervention financière (notamment dans le cadre de la commission des financeurs) et de notification. Ainsi, complète-t-il la charte mentionnée plus haut.

Dans le Bas-Rhin, le « Règlement d'ordre intérieur du Site Pour la Vie Autonome » est d'un type fondamentalement différent. N'étant pas censé compléter une charte, dans la mesure où

une telle charte n'existe pas, ce règlement consacre un article à l'éthique, à la mission et aux objectifs du Site avant de présenter de manière détaillée la composition et la responsabilité de l'équipe assumant la fonction pilote et du Comité Départemental, qualifiés d'organes de gestion. Ce dernier a, en particulier, la responsabilité de la labellisation des ETEL et de la fixation des « modalités d'attribution du fonds de compensation de l'Etat ».

. les protocoles d'organisation

Dans les Deux-Sèvres, un protocole d'organisation complète la convention générale. Il précise les conditions d'entrée dans le dispositif, les modalités d'intervention des ETEL, les modalités d'évaluation des besoins, les modalités d'accès aux aides, dispositifs et institutions de droit commun, les modalités d'accès aux aides techniques et à l'aménagement dans le cadre du dispositif, les modalités de suivi des projets individuels, les perspectives de travail, de suivi et d'évaluation du dispositif.

Dans le Morbihan, le protocole d'organisation est le texte qui formalise l'ensemble du dispositif et de ses instances.

2.2.3. Rôle et fonctionnement

La présentation du rôle des CTS, dans les chartes, conventions ou autres textes d'organisation générale, comme dans les propos des Chargé(e)s de mission (cf. tableau suivant) est conforme aux prescriptions de la circulaire du 19 juin 2000. Dans tous les cas, le CTS est une instance qui est consultée sur les orientations et le fonctionnement du dispositif. Il est appelé à donner très souvent un avis sur la labellisation des ETEL, voire à décider de cette labellisation, même si celle-ci est plus souvent confiée à la commission des financeurs. Il constitue, en outre, généralement, une instance de recours et d'arbitrage possible en cas de litige, notamment entre les dispositifs et les usagers. Il est réuni de une à quatre fois par an selon les départements (cf. tableau).

De nombreux sites signalent toutefois qu'il est très difficile de débattre véritablement en son sein compte tenu du très grand nombre de partenaires qui le constituent et qui le plus souvent participent à ses réunions (plus de 50 parfois). C'est la raison pour laquelle, plusieurs départements ont mis en place un comité de suivi (ou de pilotage) plus restreint.

Ainsi, dans la Drôme, un Comité Technique Restreint à 5 puis à 8 membres a été mis en place (2 représentants des ETEL, 2 représentants des usagers, 2 représentants des financeurs, un représentant de la DDASS et la coordinatrice du SVA avec son assistante).

Dans la Haute-Saône, ce comité plus restreint porte le nom de Comité Technique de Suivi tandis que le comité plus large est appelé « Comité Départemental ». Le comité restreint inclut des représentants de la DDASS, la DDE, la DSSP, l'assurance maladie et les allocations familiales, l'Inspection Académique, des associations de personnes handicapées, de l'Association ACCES (structure porteuse). Il rend naturellement compte de ses travaux au Comité Départemental. En Saône-et-Loire, un Comité Restreint (DDASS, CG, CPAM, un représentant par association, un représentant par ETEL) est l'organe opérationnel du CTS et se voit confier les réflexions prospectives.

Dans les Deux-Sèvres, une cellule restreinte, formée sur la base du volontariat, assure concrètement, dans le cadre de réunions mensuelles, le suivi du dispositif. Un comité de pilotage plus opérationnel fonctionne également dans la Somme, mais le CTS s'est un peu démobilisé après la phase de mise en place du dispositif.

En Indre-et-Loire, un Comité de Pilotage (DDASS, CG, CPAM, CRAM, co-présidents des commissions techniques, président de la commission des financeurs et le chargé de mission) de 11 membres est l'instance opérationnelle du Comité Départemental.

Dans la Loire, c'est seulement en cas de besoin qu'un comité restreint est réuni pour préparer et formuler des propositions sur des questions spécifiques.

Dans les départements où fonctionne un comité restreint des groupes de travail sont assez souvent mis en place sur des thèmes spécifiques, concernant par exemple l'habitat ou les aides humaines. Cette pratique est encore plus fréquente dans les départements qui n'ont pas de comité restreint. En fait, la possibilité de constituer des groupes de travail pour préparer des réflexions et des propositions sur les modalités d'organisation et d'intervention est utilisée dans pratiquement tous les départements.

Tableau 7. Exemples de réponses des CM au questionnaire sur le dispositif sur le thème : rôle et fonctionnement des CTS

| Département | Rôle et fonctionnement du CTS |
|-------------------|--|
| Bouches-du-Rhône | Rôle consultatif ; est réuni sous l'autorité de la DDASS, deux réunions plénières/an, groupes de travail sur le logement et l'audioprothèse (plusieurs réunions) |
| Calvados | Information, lieu du débat démocratique, bilan SVA; entérine les outils (dos. unique, conv.); fixe les objectifs du sva ; réunion annuelle |
| Charente-maritime | Rôle de supervision pour assurer le bon fonctionnement du dispositif Se réunit une à deux fois par an |
| Corrèze | suivi de l'évolution du dispositif et remarques sur les orientations et les problèmes rencontrés une à deux réunions par an, présidence DDASS, CM, président de la structure porteuse |
| Côte-d'Or | suivi de la mise en place du dispo et la ré des objectifs, consulté sur les améliorations et avis sur le rap annuel; arrête l'organisation et la coordination du dispo au niveau départemental, chargé de la labellisation des équipes convoqué et présidé conjointement par la DDASS et la Direction de la solidarité famille du CG |
| Côtes-d'Armor | propose au préfet : délimitation du champ, labellisation des équipes, évolution du dispo; Il évalue et valide l'action du dispositif ; quatre réunions par an et groupes de travail; |
| Drôme | Rôle comme dans la circulaire Réunions 2 à 3 fois par an et Comité Technique Restreint de Pilotage |
| Eure-et-Loir | comme dans la circulaire, fait un bilan annuel sur la base d'un rapport du gestionnaire du site en concert avec DDASS, CG et CPAM, arrête les orientations de l'année réunions deux fois par an, groupe de travail restreint dur les AH |
| Gard | Instance de concertation, de discussion et de validation d'abord sur la mise en place, puis sur l'activité, l'évolution, les outils 4 réunions dans l'année |
| Gironde | Rôle tel qu'il est défini dans la circulaire ; se réunit à l'initiative de la DDASS ou sur sollicitation de ses membres, animé par la DDASS avec l'appui technique du CM; 3 à 4réunions par an |
| Hérault | Validation des grandes orientations du dispositif, veille à ce qu'elles soient respectées Réunions : au minimum 2 fois par an et groupes de travail |
| Indre-et-Loire | instance de pilotage du Comité départemental permettant l'orientation et les prises de décision 3 réunions annuelles (dont l'une avec l'ensemble des membres du Comité Départemental) animées par le CM sous la présidence de la DDASS et la co-présidence du CG, chaque présidence des commissions techniques informe sur les travaux en cours et les propositions des membres |
| Isère | Sous l'autorité de la DDASS, il se prononce sur la labellisation des ETEL, suggère des modalités d'amélioration du dispositif, garant de la conception et de la mise en œuvre d'une politique départementale dans le champ de la compensation, examine les éventuels recours des requérants, formule un avis sur l'éligibilité d'une demande , à l'initiative du Site pilote. Il veille sur l'activité du Site et peut demander des études spécifiques Réunions bimestrielles, présidence DDASS, ordre du jour : DDASS/Site |
| Loire | lieu de présentation du bilan d'activité, instance de consultation, donne avis et formule des propositions, instance de régulation pour les litiges entre signataires de la charte et financeurs rythme annuel, présidence DDASS, secrétariat assumé par l'équipe d'animation du dispositif |
| Haute-Loire | garantir la mobilisation de l'ensemble des partenaires, assurer le suivi du dispositif et l'évaluer |
| Loire-Atlantique | Validation des chartes, conventions, RI, labellisation des ETEL, rapport d'activité, document d'orientation Réunions : 2 fois par an |

Tableau 7. Rôle et fonctionnement des CTS d'après les réponses des CM au questionnaire sur le dispositif (suite et fin)

| | |
|--------------------|---|
| Lot | Rôle : suivi de la mise en place et du fonctionnement du SVA, est informé du bilan d'activité annuel Suit la réalisation des objectifs fixés ; Une réunion par an. |
| Meurthe-et-Moselle | Instance de suivi, d'échanges, de réflexion; orientations deux réunions/an et groupe de travail thématique si nécessaire |
| Morbihan | information sur l'activité du SVA, validation des orientations du SVA et des ETEL, 2 réunions par an |
| Nièvre | Rôle : décline les objectifs nationaux au plan local avec une analyse de l'existant , réflexions sur l'évolution du dispositif pour répondre aux besoins non couverts, constituer le CDCPH, mettre en place le comité des financeurs ; moyenne des réunions tous les 2 à 3 mois |
| Nord | Le Comité est le garant de la mise en œuvre du site, régulièrement informé des décisions et des avancements. Il labellise les ETEL Réunions 2 fois par an, présidence DDASS, vice-présidence : CG et Assurance maladie Mise en place aussi d'un comité départemental restreint et d'un Comité Technique inter-associatif |
| Bas-Rhin | Responsable de la conception et de la mise en œuvre d'une politique départementale dans le domaine de la compensation fonctionnelle, évalue l'activité du SPVA, en charge du processus de labellisation des ETEL 3 réunions par an (6 en 2001) |
| Haute-Saône | Appelé ici Comité Départemental, il fixe les orientations de travail pour un comité restreint qualifié de Comité Technique de Suivi qui met en œuvre ces orientations et est chargé de la réalisation des objectifs Réunion du CD : une fois par an |
| Saône-et-Loire | Mise en place aussi d'un Comité Restreint « organe » opérationnel de suivi définissant les orientations du DVA et se prononçant sur les règles en matière financière ; rôle de réflexion sur les pistes à explorer et les moyens à mettre en place en matière de prise en compte du handicap dans la vie quotidienne Réunions : CTS : une à 2 par an ; Comité Restreint : trimestrielles |
| Sarthe | Rôle : suivi de la mise en œuvre du dispositif, validation des documents, labellisation des ETEL, veiller à la réalisation des objectifs, se prononcer sur les propositions des partenaires Réunion une fois par an à l'initiative de la DDASS |
| Deux-Sèvres | Rôle : mise en place et suivi du DVA ; espace d'échanges et de débats pour l'ensemble des acteurs Une à deux réunions par an ; mais une cellule restreinte assure un suivi mensuel du dispositif |
| Somme | Prise de conscience nécessaire de son rôle essentiel dans l'évolution du dispositif , guidance collective assise sur le débat contradictoire ; comité de pilotage opérationnel |
| Tarn | Fait le point sur les actions menées et fixe les axes de travail Réunion : 1 fois par an |
| Var | Pour l'instant rôle d'information et de consultation sur l'évolution du dispositif Réunion annuelle |
| Yonne | Rôle : valide la projet SVA 89, labellise les ETEL, instance d'arbitrage, débat et propositions sur l'évolution du SVA 89, reçoit les bilans Réunion biannuelle et si nécessaire pour arbitrage |

CTNERHI, décembre 2003

2.3. Commissions des financeurs et caisses pivots éventuelles

Nous proposerons tout d'abord un tableau d'ensemble de la mise en place des commissions des financeurs et des caisses pivots éventuelles. Après avoir précisé la composition de ces commissions, nous analyserons les conventions qui formalisent leur travail, leur rôle et leur fonctionnement.

Les pratiques conjuguées des commissions des financeurs et des ETEL sur les points fondamentaux que sont les conditions d'entrée dans le dispositif (critères relatifs aux bénéficiaires potentiels, critères relatifs à la nature des demandes), les modalités de saisine et d'instruction des demandes, la mobilisation du Fonds d'Intervention de l'Etat, généralement qualifié de Fonds de Compensation par les sites ou dispositifs, feront l'objet d'une comparaison après la partie que nous consacrerons aux ETEL.

2.3.1. Mise en place des Commissions des financeurs et caisses pivots

Les commissions des financeurs ont été mises en place dans la quasi-totalité des départements. Les quelques retardataires devraient être opérationnels prochainement (Aisne, Alpes-de-Haute-Provence, Hautes-Alpes, Hauts-de-Seine, Vaucluse) (cf. tableau 8).

Les Commissions des financeurs ont été mises en place quelquefois en même temps que les Comités Techniques (Tarn, Guadeloupe), mais généralement après l'installation de ces derniers, sauf pour les départements suivants : Ardèche, Puy-de-Dôme, Haute-Saône, Essonne, Loire-Atlantique, Val-d'Oise et Var. Hormis le Val-d'Oise, ces départements se caractérisent par une mise en place tardive du Comité Technique. Ils ont donc essayé d'accélérer le processus de mise en place du dispositif en réunissant dès que possible leur Commission des financeurs, de manière à pouvoir engager le traitement des demandes de compensation. Pour le Val-d'Oise, cette logique a également prévalu.

Lorsque la Commission des financeurs a été réunie après le Comité Technique, le délai écoulé a été très bref (de l'ordre quelques jours) dans certains départements, mais le plus souvent s'observe un délai de quelques mois, approchant cependant rarement un an et ne dépassant ce délai que dans le Bas-Rhin. Cependant, là où le délai a été le plus important, le travail d'organisation des procédures et notamment de mise en place du réseau des ETEL a pu être réalisé préalablement de manière à pouvoir engager, dès les premières réunions de la commission des financeurs, le traitement des dossiers.

Quinze départements déclarent la constitution d'une Caisse pivot qui n'est toutefois alimentée pour sept d'entre eux que par le seul FIE (cf. tableau 9). Dans huit départements la Caisse Pivot fonctionne effectivement avec une mutualisation des fonds impliquant plusieurs partenaires : Calvados, Charente-Maritime, Gard, Loire, Lot, Morbihan (seulement pour les aides techniques), Deux-Sèvres, Essonne. Quelques autres départements ont mis en place un système d'avance avec le support du FIE qu'ils ne qualifient pas cependant de caisse pivot. Dans les départements dépourvus de cet outil, la tendance est à souhaiter l'installer dans les mois ou les années qui viennent si l'on prend en considération les positions recueillies dans le questionnaire consacré au dispositif.

Tableau 8. Dates de mise en place des CTS et des Commissions des financeurs

| Département | | CTS Premières réunions | CF Premières réunions |
|-------------|---------------------------|-----------------------------------|---|
| 2 | Aisne | 16/6/2003 | 9/10/2003 |
| 4 | Alpes-de-Haute-Provence | en cours | pas encore |
| 5 | Hautes-Alpes ** en cours | 01/11/2002 | 29/6/2003 |
| 7 | Ardèche | 03/12/2002 | |
| 13 | Bouches du Rhône | 28/06/2001 | 04/10/2002 |
| 14 | Calvados | 24/09/2001 | 10/10/2001 |
| 17 | Charente-Maritime | 08/03/2002 | en septembre 2002 |
| 19 | Corrèze | en cours | en mars 2003 (1er trimestre) |
| 21 | Côte-d'Or | 17/05/2002 | 11/07/2002 |
| 22 | Côtes-d'Armor ****sept 02 | 26/03/2002 | 07/05/2002 |
| 25 | Doubs | 19/09/2001 | 30/04/2002 |
| 26 | Drôme | 29/05/2002 | 03/07/2002 |
| 28 | Eure-et-Loir | 04/07/2002 | par écrit (pas de réunion physique) |
| 30 | Gard | 20/01/2001 | 20/01/2002 |
| 33 | Gironde | 19/06/2002 | 08/10/2002 |
| 34 | Hérault | 07/02/2002 | 02/04/2002 |
| 37 | Indre-et-Loire | 01/10/2001 | 15/10/2001 |
| 38 | Isère | 1997, 2000 | par écrit (pas de réunion physique) |
| 42 | Loire | 1997, 2000 | 01/06/2000 |
| 43 | Haute-Loire | sept./2002 | 11/2/2003 |
| 44 | Loire-Atlantique | 10/01/2003 | 17/12/2002 |
| 46 | Lot | 12/07/2001 | 01/07/2002 |
| 54 | Meurthe-et-Moselle | 01/12/2000 | 30/03/2001 |
| 56 | Morbihan | 1997, 2000 | en 1997 |
| 58 | Nièvre | 23/03/2002 | 15/10/2002 |
| 59 | Nord | 01/06/2001 | 21/09/2001 |
| 63 | Puy-de-Dôme | 13/12/2002 | en octobre 2002 |
| 65 | Hautes-Pyrénées | 26/09/2001 | 12/09/2002 |
| 67 | Bas-Rhin | 01/06/2000 | 01/09/2001 |
| 70 | Haute-Saône | 25/01/2002 | / mai /2001 |
| 71 | Saône-et-Loire | 1997, 2002 | 04/07/2002 |
| 72 | Sarthe | 3/6/20002 | 19/02/2002 |
| 79 | Deux-Sèvres | 09/01/2002 | 01/03/2002 |
| 80 | Somme | oct./2001 | 10/07/2003 |
| 81 | Tarn | 08/07/2002 | 08/07/2002 |
| 83 | Var | 14/03/2002 | 06/03/2002 |
| 84 | Vaucluse | Pas encore | Pas encore |
| 89 | Yonne | 11/12/2002 | 04/12/2003 |
| 91 | Essonne | mai 2003 | 15 /11//2002 |
| 92 | Hauts-de-Seine | 19/12/2002 | non mais fonds provisoire confié à APF 92 |
| 95 | Val d'Oise | 08/10/2001 | 23/05/2001 |
| 971 | Guadeloupe | 20/11/2001 | 20/11/2001 |
| 974 | Réunion | 23/06/2002 | pré-commission : 1 juillet 2002 |

CTNERHI, décembre 2003

Tableau 9. Création de caisses pivots

| Département | Support | Abondement |
|-------------------------|----------------------------|---|
| Aisne | Site en retard | |
| Alpes de Haute-Provence | CM récent | |
| Hautes-Alpes | CM récent | |
| Ardèche | CPAM | FIE |
| Bouches-du-Rhône | non | |
| Calvados | Mutualité | CPAM et CMR ; CR et CG après chaque commission |
| Charente-Maritime | CPAM | CPAM et FIE avec mutualisation des fonds |
| Corrèze | oui | FIE |
| Côte-d'Or | non | |
| Côtes-d'Armor | non | Mais site gère FIE et le Cg |
| Doubs | oui | Convention avec Habitat et Développement Local |
| Drôme | non | |
| Eure-et-Loir | mais le site fait l'avance | et se fait ensuite rembourser par les financeurs |
| Gard | CPAM | CPAM, Etat, CG avec mutualisation des fonds |
| Gironde | CPAM | FIE |
| Hérault | CPAM | FIE |
| Indre-et-Loire | non | |
| Isère | CPAM | FIE |
| Loire | Structure porteuse | FIE et enveloppe financière de la CAF |
| Haute-Loire | CPAM candidate | FIE |
| Loire-Atlantique | non | |
| Lot | Assoc Tremplin puis GIP | Etat, CG, CPAM, MSA, CRAM, dans le cadre du GIP |
| Meurthe-et-Moselle | non | |
| Morbihan | Conseil Général | CG (45%), Etat (35%), Assurance maladie (20%) pour AT |
| Nièvre | Non, prévisible en 2003 | |
| Nord | non | |
| Puy-de-Dôme | non | |
| Hautes-Pyrénées | non | |
| Bas-Rhin | non | |
| Haute Saone | non | |
| Saône-et-Loire | non | |
| Sarthe | non | |
| Deux-Sèvres | CPAM | Fonds commun d'aide, abondement multiple |
| Somme | non | |
| Tarn | non | mais le fonds de l'Etat et du CG sont versés à la Mutualité |
| Var | non | Mais CPAM gère FIE et ses propres interventions |
| Vaucluse | non | |
| Yonne | non | |
| Essonne | oui | FIE et CG |
| Hauts-de-Seine | non | |
| Val d'Oise | non | |
| Guadeloupe | non | |
| Réunion | non | |

CTNERHI, décembre 2003

2.3.2. Composition des commissions des financeurs

Les commissions des financeurs regroupent systématiquement les trois partenaires principaux qui sont susceptibles d'intervenir tant sur les financements des aides techniques que sur les financements des aménagements : l'Etat, le Conseil Général et la Sécurité Sociale (la CPAM, presque toujours aussi la MSA et très souvent la CRAM). Leur composition est systématiquement élargie à d'autres partenaires mais les combinaisons observables varient selon les départements (Cf. tableau 10).

La CAF dont les contributions, même si elles concernent aussi les aides techniques et les aménagements, sont globalement plus modestes que celles des trois partenaires principaux ne participe à la Commission des financeurs que dans 9 départements.

Les participations de l'ANAH, de l'ALGI, partenaires essentiels dans le domaine de l'aménagements des logements, et celle de l'AGEFIPH, partenaire fondamental pour le financement de tout dispositif favorisant l'insertion professionnelle, sont fréquentes mais non systématiques.

Lorsque ces partenaires ne participent pas à la Commission des financeurs d'un département, ils peuvent certes apporter leur concours au financement des solutions de compensation des personnes handicapées du département concerné. Mais ils se trouvent néanmoins alors dans une position d'extériorité par rapport à la Commission des financeurs et plus globalement par rapport au dispositif pour la vie autonome et à ses diverses instances.

Lorsque ces partenaires ne participent pas à la Commission des financeurs, il arrive qu'ils soient néanmoins membres des Comités Techniques et/ou signataires des chartes ou conventions générales portant sur l'organisation d'ensemble du dispositif. S'ils ne sont plus alors dans une position d'extériorité sur le plan des objectifs, des engagements généraux et des principes d'organisation, ils peuvent toutefois le demeurer tant au niveau de l'élaboration des règles fonctionnement qu'au niveau de leur application concrète.

Compte tenu de la contribution importante de ces partenaires, dans leurs domaines respectifs d'intervention, il semble souhaitable que leur association aux travaux de la Commission des financeurs soit systématiquement recherchée.

En ce qui concerne les Conseils régionaux, on observe qu'ils ne sont membres que d'un petit nombre de Commission des financeurs, alors qu'ils avaient joué un rôle très significatif lors de l'expérimentation de 1997-1999, dans le domaine du financement des aménagements. De ce fait, la question de leur participation au financement ou/et aux travaux de la commission des financeurs doit être reposée.

Dans un peu moins de la moitié des départements, certaines villes, généralement les plus importantes, se trouvent représentées, au sein des Commissions des financeurs, au travers de la participation de leurs CCAS. C'est une pratique intéressante non seulement pour le concours même qu'elles peuvent apporter au plan de financement des aides demandées par leurs ressortissants mais aussi dans une logique de solidarité de proximité.

Enfin, la présence des Caisses de retraite (CMR, notamment) et des Mutuelles, souvent observée, devrait être généralisée à tous les départements.

Tableau 10. Composition des commissions des financeurs (principaux partenaires)

| | Etat | Cpam | Msa | Cram | CG | Dde/Anah | Algi | Agefiph | Villes | Caf | Mutu |
|--------------------|------|------|-----|-------------|----|----------|------|---------|--------|-----|------|
| Bouches-du-Rhône | X | X | | X | X | | | X | X | | |
| Calvados | X | X | X | | X | | | X | | | |
| Charente-Maritime | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Corrèze | X | X X | X | X | | X | | X | | | X |
| Côte-d'Or | X | X | X | X | X | X | X | X | X | | X |
| Côtes-d'Armor | X | X | X | X | X | X | X | | | | |
| Doubs | X | X | X | X | X | X | | | | | X |
| Drôme | X | X | X | X | X | X | X | X | X | | |
| Eure-et-Loir | X | X | X | X | X | | | | X | | X |
| Gard | X | X | | X | X | X | | | | | |
| Gironde | X | X | X | | | X | X | | | | |
| Hérault | X | X | X | X | | X | X | | | | X |
| Indre-et-Loire | X | X | X | | X | | X | | X | | X |
| Isère | X | X | X | X | X | X | X | X | | X | X |
| Loire | X | X | X | | X | | | X | X | X | X |
| Haute-Loire | X | X | X | X | X | X | | X | | | X |
| Loire-Atlantique | X | X | X | X | X | X | X | X | | X | X |
| Lot | X | X | X | X | X | | | | | | |
| Meurthe-et-Moselle | X | X | X | X | X | X | X | | X | | X |
| Morbihan | X | X | X | | X | X | X | X | | | |
| Nièvre | X | X | X | X | X | X | X | | X | | X |
| Nord | X | X | X | X | X | X | X | X | | X | X |
| Puy-de-Dôme | X | X | X | X | X | X | | X | X | X | X |
| Hautes-Pyrénées | X | X | X | | X | X | X | X | X | X | X |
| Bas-Rhin | X | X | X | X (CRAV) | X | | X | X | X | | |
| Haute-Saône | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Saône-et-Loire | X | X | X | X | X | | | | | | X |
| Sarthe | X | X | X | X | X | X | X | X | X | | X |
| Deux-Sèvres | X | X | X | X | X | X | | X | X | | X |
| Somme | X | X | X | | X | X | X | | | | |
| Tarn | X | X | X | X | X | | | X | | | X |
| Var | X | X | X | X | | | | X | | | |
| Yonne | X | X | X | | X | X | X | | X | | |
| Essonne | X | X | X | | X | | X | X | | | |
| Hauts-de-Seine | | | | | | | | | | | |
| Val -d'Oise | X | X | X | | X | X | X | X | X | X | X |
| Guadeloupe | X | CGSS | | | X | | | X | X | X | X |
| Réunion | X | CGSS | | | X | X | X | X | | X | |

CTNERHI, décembre 2003

2.3.3. Textes formels relatifs aux commissions des financeurs

Le travail des Commissions des financeurs mises en place est, dans la plupart des départements, formellement organisé par divers types de textes uniques ou combinés : chartes, conventions, règlements intérieurs. Pour les départements de l'étude, une vue d'ensemble de ces textes, généralement validés par les divers partenaires, mais parfois encore en cours de signature, au moment de l'enquête, est fournie par le tableau 11.

Dans 20 départements, un seul texte concerne spécifiquement la Commission des financeurs. Il s'agit soit d'un RI (10 départements), soit d'une charte (6 départements), soit d'une convention (3 départements), soit d'un protocole d'organisation (1 département). Dans 16 départements, l'organisation et le fonctionnement de la Commission des financeurs font l'objet d'une combinaison de textes : charte et RI (7 cas), convention et RI (7 cas), charte, charte, convention et RI (1 cas), protocole d'engagement pour chaque financeur et RI (1 cas). Pour les sept départements restants, l'élaboration des textes formels de la commission des financeurs est en cours ou à l'étude.

Qu'il s'agisse de textes uniques, et ce quelle que soit leur dénomination, ou de formules de textes combinés, on retrouve généralement un tronc commun de contenus : la composition de la commission, ses objectifs ou ses missions, les conditions de saisine, les modalités d'instruction de la demande, les modalités d'intervention du Fonds de l'Etat.

Au sein des textes uniques, la différence entre les chartes et les règlements intérieurs tient principalement au fait que ces derniers accordent moins de place que les chartes aux objectifs de la commission (en les rappelant, par exemple brièvement dans un petit paragraphe d'introduction) que les chartes (qui leur accordent le plus souvent l'article premier) et, en revanche, plus de place au fonctionnement concret, par exemple en consacrant une série d'articles au calendrier des réunions et aux principes de fonctionnement, aux modalités de la prise de décision, aux documents justificatifs, au recours en cas de litige, etc. Les deux conventions existantes, comme textes uniques concernant spécifiquement la commission des financeurs, tendent à rassembler les contenus des chartes et ceux des RI. Enfin, le texte intitulé « Protocole d'organisation », comme nous l'avons déjà vu, concerne l'ensemble du dispositif.

Lorsque les textes sont combinés, leurs contenus respectifs s'organisent toujours selon un principe de complémentarité mais ce principe répond à deux logiques différentes : une logique sémantique, une logique d'opportunité pratique. La logique sémantique conduit à inclure dans les chartes les éléments les plus généraux et les plus abstraits (principes, objectifs, missions, engagements) et dans les règlements intérieurs, les éléments les plus concrets relatifs au fonctionnement des commissions (composition, réunions, secrétariat, saisine, instruction, dossier unique, intervention des financeurs de la commission et hors commission, intervention du Fonds de l'Etat, modalités de paiement, recours, durée de validité). Cette logique a prévalu dans le cas où l'élaboration de deux (voire de trois) textes a été envisagée d'emblée. Lorsque tel n'a pas été le cas, c'est plutôt une logique d'opportunité pratique qui a conduit les sites à élaborer d'abord un texte pour répondre à ce qui a pu apparaître le plus pertinent dans le processus de mobilisation des partenaires et de mise en place du fonctionnement de la commission (une charte pour mobiliser ou initier la constitution de la commission, un règlement intérieur pour préciser les modalités de son fonctionnement) puis, à la lumière de l'expérience, un second texte pour compléter le premier.

Tableau 11. Textes formels des Commissions des financeurs

| | | Convention ou charte des financeurs | Règlement intérieur |
|-----|-------------------------|---|--------------------------|
| 2 | Aisne | convention | en cours |
| 4 | Alpes de Haute-Provence | en cours | en cours |
| 5 | Hautes-Alpes | en cours | oui |
| 7 | Ardèche | convention en cours | en cours |
| 13 | Bouches-du-Rhône | non | dans RI général |
| 14 | Calvados | convention | oui |
| 17 | Charente-Maritime | convention | non |
| 19 | Corrèze | charte et convention | oui |
| 21 | Côte-d'Or | charte | oui |
| 22 | Côtes-d'Armor | convention | oui |
| 25 | Doubs | charte | oui, progressif |
| 26 | Drôme | en cours | oui |
| 28 | Eure-et-Loir | convention | oui, en cours |
| 30 | Gard | charte | oui |
| 33 | Gironde | convention | oui |
| 34 | Hérault | charte | non |
| 37 | Indre-et-Loire | non | oui |
| 38 | Isère | charte | oui |
| 42 | Loire | charte | non |
| 43 | Haute-Loire | convention | oui |
| 44 | Loire-Atlantique | convention | oui |
| 46 | Lot | convention du GIP | oui |
| 54 | Meurthe-et-Moselle | non | oui |
| 56 | Morbihan | protocole d'organisation | inclus dans le protocole |
| 58 | Nièvre | charte | non |
| 59 | Nord | charte | non |
| 63 | Puy-de-Dôme | charte | non |
| 65 | Hautes-Pyrénées | non | oui, dans la charte |
| 67 | Bas-Rhin | conventions bipartites "site-financeur", charte en projet | oui |
| 70 | Haute-Saône | charte | oui |
| 71 | Saône-et-Loire | charte | oui |
| 72 | Sarthe | convention | oui |
| 79 | Deux-Sèvres | convention | oui |
| 80 | Somme | convention | non |
| 81 | Tarn | non | à l'étude pendant un an |
| 83 | Var | protocole d'engagement pour chaque financeur | à l'étude |
| 84 | Vaucluse | en cours | en cours |
| 89 | Yonne | convention | en cours |
| 91 | Essonne | non | oui |
| 92 | Hauts-de-Seine | en cours | en cours |
| 95 | Val-d'Oise | charte CCDFI (très développée) | non |
| 971 | Guadeloupe | protocole d'organisation | protocole d'organisation |
| 974 | Réunion | non | oui |

Le principe de complémentarité pratique a joué non seulement entre les textes concernant spécifiquement la commission des financeurs mais aussi entre le ou les textes de celle-ci et le texte concernant l'ensemble du dispositif. Ainsi en absence de ce dernier, celui de la commission des financeurs peut inclure des articles de portée plus générale. Dans le Lot, par exemple, c'est la convention de cette commission qui décrit la composition des diverses instances, leur rôle et leur fonctionnement. Elle précise aussi les procédures de saisine, d'instruction de la demande de compensation, d'instruction des dossiers lors de la commission ainsi que les modalités adoptées pour les demandes auprès des financeurs ne participant pas à la commission et les modalités de notification des décisions. Un chapitre est consacré à l'obligation de discrétion professionnelle, un autre à la mise en place d'un fonds de financement des moyens de compensation du handicap et aux modalités de son utilisation. Enfin, la convention définit les conditions de la mobilisation du fonds et celles de la délégation de pouvoir à la chargée de mission, diverses dispositions comptables et financières et les modalités de sa propre exécution.

Mais le principe d'opportunité pratique est surtout intervenu au sein des textes mêmes consacrés à la commission des financeurs.

Pour l'illustrer et mettre en évidence l'importance du travail d'organisation des sites, nous fournirons quelques exemples avec les principaux contenus des structures formelles de textes uniques et combinés :

● Textes uniques :

. « Charte de la Commission des Financeurs du Dispositif pour la Vie Autonome de la Nièvre » (cf. encadré p51)

. « Dispositif départemental d'accès aux moyens de compensation des incapacités. Site pour la vie autonome en Sarthe. Commission des financeurs. Règlement intérieur de fonctionnement.»

Ce texte contient les articles suivants : 1. Composition ; 2. Partenariat entre les organismes financeurs et le site pour la vie autonome ; 3. Calendrier et principes de fonctionnement ; 4. Modalités adoptées pour l'instruction des dossiers avant la commission ; 5. Modalités adoptées pour l'instruction des dossiers lors de la commission ; 6. Utilisation de la dotation spécifique ; 7. Modalités adoptées pour les demandes auprès des financeurs ne participant pas à la commission ; 8. Souveraineté des décisions et modalités de règlement ; 9. Documents justificatifs ; 10. Recours en cas de litige.

. Fonctionnement de la Commission des financeurs en Charente-Maritime (convention)

Ce texte contient les articles suivants : 1. Principes généraux d'intervention ; 2. Les missions ; 3. Composition de la Commission ; 4. Instruction de la demande ; 5. L'engagement du Fonds de compensation de l'Etat ; 6. Attribution de prêts ; 7. Suivi des décisions ; 8. Le fonds commun d'aides ; 9. (sans titre : concerne l'ouverture aux autres financeurs) ; 10. Modalités de prise de décision ; 11. Procédure de paiement ; 12. Procédure de recours ; 13. Engagements de la CPAM dans le cadre du suivi financier du fonds commun d'aides ; 14. Durée et validité.

. Charte pour la mise en place d'un dispositif d'accès des personnes handicapées de la Loire aux solutions de compensation des incapacités en matière d'aide technique et d'aménagement du lieu de vie (cf. encadré p52)

• Textes combinés :

. Corrèze :

a) « Charte des financeurs pour la mise en place du site pour la vie autonome pour les personnes » handicapées

contenu : références au cadre légal et technique ; constats relatifs aux insuffisances actuelles ; engagements généraux et l'engagement à adopter une convention.

b) « Convention entre les financeurs et le site à la vie autonome »

contenu : références au cadre légal et technique et à la charte des financeurs ; rappel sur le fonctionnement du site, la constitution du dossier à partir de la demande et le financement ; dispositions générales formulées en 9 articles sans titre (portant notamment sur : le champ des aides concernées, les conditions relatives aux bénéficiaires, le niveau de remboursement et les critères fixés dans le règlement intérieur, la reconduite par les financeurs a minima des montants consacrés aux aides, les avances par la caisse pivot et les remboursements à cette caisse, l'accord sur un dossier unique, la géométrie variable de la commission des financeurs.

c) « Règlement intérieur de la Commission des financeurs »

contenu : préambule sur les objectifs de la commission et un rappel de la charte et de la convention ; 8 articles consacrés au fonctionnement général ; 6 articles à la Caisse pivot ; 6 articles aux bases de remboursement des aides ; 4 articles aux litiges et recours.)

. Isère

a) « Charte relative au fonctionnement du dispositif pour la vie autonome de l'Isère » (cf. encadré p53)

b) « Règlement intérieur d'accès au dispositif pour la vie autonome de l'Isère » (cf. encadré p 54)

. Gard

a) « Site pour la vie autonome du Gard. Charte des financeurs » (Document de travail).
contenu : références au cadre légal et technique ; préambule (sur les objectifs) ; objet de la charte ; mission de la Commission des financeurs ; fonctionnement de la Commission des financeurs ; engagement des signataires de la charte.)

b) Règlement intérieur de la Commission des financeurs.

contenu : missions ; composition ; fonctionnement ; modalité d'étude des dossiers ; décisions ; secrétariat de la Commission des financeurs ; secrétariat de la Caisse pivot)

. Loire-Atlantique

- a) « Dispositif pour la Vie Autonome de Loire-Atlantique. Convention de la commission des financeurs »
contenu : Préambule (sur les objectifs) ; sur les bases du règlement intérieur, ce qui est convenu entre les signataires formulé en 6 articles : définir des procédures d'instruction des demandes, instruire les dossiers lors d'une commission mensuelle, sur l'accord d'un dossier unique, avec les préconisations des équipes d'évaluation labellisées, confier le secrétariat de la commission au Divat, proposer une solution de financement partagé, étudier la mise en place à terme de la caisse pivot, durée d'un an renouvelable par tacite reconduction.
- b) « Dispositif pour la Vie Autonome de Loire-Atlantique. Règlement intérieur de la commission des financeurs »
contenu : Préambule sur les objectifs ; Article 1 : Missions de la commission des financeurs ; Article 2 : Organisation administrative (composition et fréquence des réunions) ; Article 3 : Elaboration et traitement de la demande (3.1. les bénéficiaires ; 3.2. les solutions de compensation fonctionnelle ; 3.3. procédure de saisine et conditions de recevabilité de la demande ; 3.4. instruction de la demande ; 3.5. attribution des aides) ; Article 4 : Organisation financière (4.1. l'engagement du fonds de compensation de l'Etat ; 4.2. la mutualisation des fonds ; 4.3. le suivi des décisions) ; Article 5 : Evaluation ; Article 6 : Durée de validité

Exemple de Texte unique

« **Charte de la Commission des Financeurs du Dispositif pour la Vie Autonome de la Nièvre** »

(Structure formelle et principaux contenus)

Considérant : Déclaration des Droits des personnes Handicapées , AG ONU, 9 décembre 1975 ;

Convenu ce qui suit :

Préambule : les signataires réaffirment leur engagement dans l'action menée auprès des personnes en situation de handicap et constatent l'insuffisance des aides et les délais conséquents liés à la multiplication des sollicitations

Article 1. Objectif de la convention : permettre le développement de l'accès aux solutions de compensation des incapacités, quelle que soit l'origine de sa déficience ; faciliter les démarches ; réduire les délais (traitement des demandes et versement des aides) ; réduire la part du coût des aides revenant au demandeur.

Article 2. La Commission des financeurs : rôle – fonctionnement – composition

Missions : définir et adopter, avec le concours du DVA, des procédures d'instruction des demandes (dans le sens de l'objectif) ; traiter les dossiers de financement des solutions de compensation préconisées par les ETEL et présentées par le DVA ; décider d'une option de financement partagé avec engagement de principe des financeurs concernés ; étudier la mise en commun ultérieure des financements et des procédures.

Composition : liste des membres ; présidence : l'un des membres qui informe le Comité Départemental ; ouverture : possible à d'autres membres après accord des signataires ; réunions mensuelles ; secrétariat : DVA

Article 3. Les Equipes techniques d'évaluation labellisées (EDEL) : liste arrêtée par la DDASS après avis du Comité de pilotage départemental ; en charge : l'évaluation et la préconisation ; instruisent un dossier unique de financement et le transmettent au DVA.

Article 4. Procédure de saisine : la demande peut être posée par le demandeur, soit directement, soit avec le concours d'une EDEL de leur choix ; orientation des demandeurs par les partenaires relais vers le DVA ; centralisation de toutes les demandes par le DVA ; la date de saisine est la date d'enregistrement par le DVA du dossier unique de financement (dont l'élaboration reste à définir)

Article 5. Instruction de la demande : le DVA examine le dossier de financement, demande le cas échéant des compléments d'information à l'EDEL et le complète ; transmission par le DVA avant la réunion de la CF, pour pré-instruction, le dossier unique de financement, aux organismes concernés, selon un délai compatible avec leur propre cadence de réunion ; le dossier unique doit intégrer, dans sa conception et dans sa transmission, la pluralité des documents requis pour que les financeurs puissent se prononcer selon leurs critères d'appréciation ; synthèse des propositions et réajustement possible lors de la CF ; tout dossier présenté en CF doit être statué au niveau des financeurs principaux concernés et du Fonds de l'Etat ; chaque financeur prend sa décision au vu des propositions de la CF, informe le DVA qui les notifie aux bénéficiaires et aux fournisseurs ; paiements directs aux fournisseurs possibles selon les modalités propres de chaque financeur ; si absence physique lors de la CF d'un financeur concerné, compensation par avis en amont ou a posteriori dans des délais raisonnables ; la CF est souveraine dans des décisions ; en cas de litige, sollicitation du CTS pour arbitrage.

Article 6. Le financement des aides : projet d'élaborer une grille indicative des contributions aux aides, destinée à fixer pour le DVA les conditions d'octroi propres à chaque financeur

Article 7. L'engagement du Fonds de compensation de l'Etat : aide non pas pour se substituer mais pour compléter les financements existants ; plafonnée à 10% du coût total des travaux TTC pour les aménagements, pas de plafonds pour les AT ; mise en paiement par le DVA (aide versée au fournisseur ou au bénéficiaire qui transmettra la facture acquittée)

Article 8. Attribution de prêts : prêts à taux réduits considérés comme des aides ; de plus si des travaux qui s'ajoutent aux travaux d'adaptation apportent une plus value au logement, financement sous forme de prêt ; pas d'engagement du Fonds de compensation de l'Etat si refus d'un prêt.

Article 9. Mutualisation des fonds : la signature de la convention ne constitue pas un engagement à s'associer à une mise en commun des fonds ; la participation des CCASS reste limitée aux dossiers de leur ville.

Article 10. Suivi des décisions : le DVA informe le demandeur des décisions des financeurs ainsi que son référent EDEL, s'assure du versement des aides et de la réalisation du projet ; informe les organismes de la CF ; produit un rapport d'activité et un bilan financier annuel ; propose des améliorations du dispositif.

Article 11. Durée de validité : un an renouvelable par tacite reconduction ; possibilité de conclure des avenants pendant cette période ; fin si elle perd son objet du fait d'une évolution législative ou réglementaire ou par dénonciation.

**Charte pour la mise en place d'un dispositif d'accès des personnes handicapées de la Loire aux solutions de compensation des incapacités en matière d'aide technique et d'aménagement du lieu de vie
(Structure formelle)**

Vu(s) : Déclaration des Droits des personnes Handicapées , AG ONU, 9 décembre 1975 ; Loi d'orientation du 30 juin 1975 en faveur des personnes handicapées ; Loi du 10 juillet 1987 en faveur de l'emploi des travailleurs handicapés ; rapport sur les aides techniques / Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et de la Ville, Direction de l'Action Sociale- février 1995 ; Courrier ministériel du 4 mars 1997 ayant pour objet la mise en place d'une expérimentation relative aux moyens de compensation fonctionnelle du handicap ; Rapport final – Accès des personnes en situation de handicap aux solutions de compensation fonctionnelle – Evaluation de l'expérimentation : Jésus SANCHEZ, Annick BOUNOT – Paris CTNERHI, DAS, Avril 1999 ; Plan d'action pour le développement de l'autonomie des personnes handicapées dans leur milieu de vie ordinaire – Août 1999 (dit rapport LYAZID) ; Circulaire DGAS/PHAN/3A/n°2001.275 du 19 juin 2001 relative au dispositif pour la vie autonome.

Convenu : entre l'Etat, le CG de la Loire, la CPAM de Saint-Etienne, la CPAM de la Roanne, la MSA de la Loire, La mutualité Française Loire, le CCAS de Saint-Etienne, l'AGEFIPH, la CAF de Roanne, la « mise en place d'un dispositif d'accès des personnes handicapées de la Loire aux solutions de compensation des incapacités en matière d'Aide Technique et d'Aménagement du Lieu de vie ».

Préambule : les parties signataires réaffirment leur engagement dans l'action menée auprès des personnes en situation de handicap, constatent l'insuffisance des aides et les délais conséquents liés à la multiplication des sollicitations ; suit l'objet de la charte : formaliser la mise en oeuvre de la commission des financeurs et une procédure accélérée commune aux différents signataires portant sur l'attribution des aides financières individuelles.

Article 1 - Procédure de saisine : possibilité pour les personnes handicapées de présenter une demande soit directement soit avec le concours d'une ETEL de leur choix...

Article 2 - Instruction de la demande de compensation : rôle des ETEL (évaluation, préconisation, plan de financement avec constitution du dossier unique de financement, transmission du dossier a Site Pilote 42 et aux financeurs non signataires de la charte ; intervention du Site Pilote 42 (sollicitation pour préinstruction des financeurs potentiellement concernés, 15 jours au moins avant la réunion) ; synthèse lors de la réunion de la Commission des financeurs et proposition d'une participation du fonds de compensation de l'Etat ; intervention du Site Pilote 42 (transmission d'un récapitulatif des réponses à la personne handicapée ainsi qu'au référent de l'ETEL).

Article 3 - Intervention du Fonds de Compensation de l'Etat : mis à disposition par l'Etat en complément des financements existants ; la sollicitation de ce fonds intervient après ces financements ; accordé à titre d'aide ou exceptionnellement à titre d'avance ; le Site Pilote 42 assure la mise en paiement de ce fonds dans l'attente d'une Caisse Pivot ; versement au fournisseur ou à la personne handicapée qui transmettra ensuite au Site Pilote 42 la facture acquittée.

Article 4 – Caisse Pivot : prévue par le dispositif ; à titre transitoire l'utilisation du fonds est confiée a Site Pilote 42 ; fonctions de la caisse picot (verser les aides, recouvrer les sommes versées à titre d'avance).

Article 5 – Le Comité Technique de Suivi : confirmation du CTS institué lors de l'expérimentation dans ses missions et sa composition ; composition fixée par le Préfet et comprend notamment les parties signataires de la charte ; régulièrement informé du fonctionnement du dispositif par le Site Pilote 42 ; fonctions du CTS : avis sur la labellisation ; validation du dossier unique de financement ; suggestion des modalités d'amélioration du dispositif ; garant de la conception et de la mise en oeuvre d'une politique départementale dans le domaine de la compensation des incapacités.

Article 6 – Instance de régulation : instance de régulation ; saisi pour arbitrage en cas de litige entre les parties signataires.

**Charte relative au fonctionnement du dispositif pour la vie autonome de l'Isère
(Structure formelle)**

Vu(s) : Déclaration des Droits des personnes Handicapées , AG ONU, 9 décembre 1975 ; Loi d'orientation du 30 juin 1975 en faveur des personnes handicapées ; Loi du 10 juillet 1987 en faveur de l'emploi des travailleurs handicapés ; Article 53 de la loi du 2 janvier 2002 instituant le droit à compensation du handicap ; Circulaire DGAS/PHAN/3A/n°2001.275 du 19 juin 2001 relative au dispositif pour la vie autonome ; rapport sur les aides techniques / Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et de la Ville, Direction de l'Action Sociale- février 1995 ; Rapport final – Accès des personnes en situation de handicap aux solutions de compensation fonctionnelle – Evaluation de l'expérimentation : Jésus SANCHEZ, Annick BOUNOT – Paris CTNERHI, DAS, Avril 1999 ; Plan d'action pour le développement de l'autonomie des personnes handicapées dans leur milieu de vie ordinaire – Août 1999 (dit rapport LYAZID) ; schéma du handicap arrêté conjointement par M. le Préfet de l'Isère et M. le Président du Conseil Général de l'Isère en 1999.

Convenu : entre l'Etat, le CG de l'Isère, la CPAM de Grenoble, la CPAM de Vienne, la MSA, la Caisse Mutualiste Régionale des Alpes, l'AGEFIPH, la Mutuelle CCM, la CAF de Grenoble, la « mise en place d'un dispositif d'accès des personnes handicapées de l'Isère à des solutions de solutions de compensation en matière d'Aide Technique⁹».

Préambule : les parties signataires réaffirment leur engagement dans l'action menée auprès des personnes en situation de handicap, constatent l'insuffisance des aides et les délais conséquents liés à la multiplication des sollicitations ; suit l'objet de la charte : formaliser la mise en oeuvre d'une procédure accélérée commune aux différents signataires portant sur l'attribution des aides financières individuelles.

Article 1 - Procédure de saisine : possibilité pour les personnes handicapées de présenter une demande soit directement soit avec le concours d'une ETEL de leur choix...

Article 2 - Instruction de la demande de compensation : rôle des ETEL (évaluation, préconisation, plan de financement avec constitution du dossier unique de financement, transmission du dossier a Site Pilote 38 et aux financeurs non signataires de la charte ; intervention du Site Pilote 38 : sollicitation des financeurs potentiellement concernés signataires de la charte ; réponse de ces partenaires dans un délai maximum de 15 jours ; Site Pilote 38 centralise et adresse un récapitulatif des réponses, assorti d'une participation éventuelle du Fonds de Compensation de l'Etat, au référent de l'ETEL et aux différents signataires de la charte sollicités.

Article 3 - Intervention du Fonds de Compensation de l'Etat : mis à disposition par l'Etat en complément des financements existants ; peut être alimenté par d'autres financeurs ; la sollicitation de ce fonds intervient après ces financements ; accordé à titre d'aide ou exceptionnellement à titre d'avance ; la DDASS ordonne la mise en paiement par la CPAM de la Vienne gestionnaire de la Caisse Pivot ; versement au fournisseur ou à la personne handicapée qui transmettra ensuite au Site Pilote 38 la facture acquittée.

Article 4 – Caisse Pivot : communique chaque fin d'exercice l'état récapitulatif des dépenses engagées ; verse l'aide au prestataire de service ou au demandeur dans un délai d'une semaine prévue par le dispositif ;

Article 5 – Le Comité Technique de Suivi : fonctions du CTS : avis sur la labellisation ; suggestion des modalités d'amélioration du dispositif ; garant de la conception et de la mise en oeuvre d'une politique départementale dans le domaine de la compensation des incapacités ; examen d'éventuels recours ; avis sur l'éligibilité d'une demande à l'initiative du site pilote ; composition fixée par le Préfet et comprend notamment les parties signataires de la charte ; renouvellement triennal ; régulièrement informé du fonctionnement du dispositif par le site pilote

Article 6 – règlement intérieur : annexé à la charte ; précise les modalités d'accès au dispositif

Article 7. Validité-Adhésion-Dénonciation : validité permanente, nouvelles adhésions possibles par avenant ; dénonciation avec préavis d'un trimestre

⁹ Un dispositif est mis en place sur le même principe pour les aménagements.

**REGLEMENT INTERIEUR D'ACCES AU
DISPOSITIF POUR LA VIE AUTONOME DE L'ISERE
(Structure formelle)**

Préambule (objectifs avec référence à la circulaire)

1. Critères d'entrée dans le dispositif

Seules seront étudiées les demandes de compensation : aides techniques, aménagement des lieux de vie, aides animalières,

Les demandes liées à la prise en charge de soins sont exclues du dispositif ;

- la demande doit correspondre à une compensation des incapacités

aucun cas à une demande d'ordre social (ex : acquisition de véhicule, frais d'assurance, aides aux vacances, etc.) ;
- les demandes sont étudiées sous l'angle strict de la compensation, sans juger du bien fondé des options de choix personnels de la personne, seule la partie correspondant à la compensation est susceptible d'être financée, ...

- les aides techniques ou aménagements de lieux de vie ne doivent pas avoir été acquis ou réalisés avant l'entrée dans le dispositif (sauf cas particuliers comme par exemple l'urgence liée à un retour à domicile, mise en péril du maintien dans emploi, etc.) ;

- les demandes liées à l'aide humaine ne sont pas recevables.

2. Constitution du dossier (modalités de constitution par l'ETEL du dossier unique de demande de financement)

3. Plafond d'intervention du FCE (texte intégral)

Par décision du Comité Technique de Suivi (CTS) plafond d'intervention est fixé à 3050 E par dossier individuel. Toute demande qui nécessiterait une intervention plus importante du FCE fera l'objet d'une présentation pour avis en CTS.

4. Cas de non intervention du FCE (si substitution à d'autres aides, etc.)

5. Cas de surfinancement

5 Surfinancement hors FCE

6. Intervention rapide du FCE

pour les AT, lorsque la somme restant à charge de la personne

est inférieure ou égale à 500 E, pour les aménagements de lieux de vie : lorsque, après sollicitation et réponse des financeurs institutionnels, la somme restant à charge de la personne est inférieure ou égale à 1000 E.

7. Mise en paiement du FCE

Sous réserve de disponibilité des crédits d'Etat. c'est la CPAM de Vienne qui ordonnancera le paiement des aides individuelles, sur décision de la DDASS.

8. Instance de recours

Chaque organisme dispose ou non d'instances de recours, soumises à des procédures qui lui sont propres et sont indépendantes du Dispositif pour la Vie Autonome.

Concernant l'accès au Dispositif pour la Vie autonome et dans l'hypothèse où la personne souhaite contester la décision notifiée, elle adressera sa requête par écrit, accompagné d'éléments nouveaux et circonstanciés, à la DDASS 38 qui instruira le recours en premier et dernier ressort.

9. Cas particuliers (Acquisition de prothèses auditives)

2.4. Les Equipes Techniques d'Evaluation Labellisées

La mise en place des Equipes Techniques d'Evaluation Labellisées s'est révélée très complexe et se poursuit d'ailleurs actuellement dans de nombreux départements.

Les sites ont procédé à un repérage des équipes susceptibles de répondre au cahier des charges de la labellisation, adressé un appel à candidatures avec ledit cahier des charges (repris de la circulaire du 19 juin 2001 et adapté au contexte local), souvent précédé ou/et suivi de réunions d'information, examiné les réponses à l'appel à candidatures, éventuellement engagé des négociations sur la question de la rémunération facultative des ETEL et procédé à leur labellisation proprement dite après avoir élaboré les conventions de labellisation ou, tout simplement, pour certains d'entre eux, initié une phase de coopération préalable avec les équipes volontaires et différé dans l'immédiat la question de leur labellisation.

L'évolution rapide de la situation, déjà évoquée pour le dispositif dans son ensemble, est plus particulièrement marquée encore pour les ETEL ou ETE provisoires, élément qui joint à la complexité du processus de leur mise en place et de leur fonctionnement limite l'intérêt d'une prise de vue instantanée. Celle-ci est néanmoins nécessaire et nous la présenterons donc ici mais en essayant, dans toute la mesure du possible, de dégager les tendances qui semblent s'imposer et qui se manifesteront dans la durée ainsi que les alternatives qui posent des questions consistantes dès maintenant.

Nous aborderons successivement :

- l'organisation du concours des ETEL, notamment dans le cadre des conventions de labellisation : mission, principes de constitution, outils et modes de coopération ;
- le réseau et la constitution des ETEL ;
- la question de la couverture de la demande et les autres difficultés ;
- la disparité des contributions des ETEL au dispositif et les difficultés exprimées
- le financement facultatif des prestations des ETEL au sein du nouveau dispositif pour la vie autonome

2.4.1. Mission des ETEL et conventions de labellisation

Dans le cadre des dispositifs pour la vie autonome, la mission des ETEL est organisée formellement par les conventions de labellisation. Ces conventions sont sinon identiques du moins très similaires d'un site à l'autre. Après les références légales et techniques générales - dont nous sommes désormais familiers - qui peuvent inclure non seulement des textes internationaux et nationaux mais aussi des textes locaux (par exemple, au schéma départemental), les signataires (le préfet et le directeur de la structure de l'équipe ou le président de l'association gestionnaire ainsi qu'assez souvent, le président de la structure porteuse ou le ou la Chargé(e) de mission) conviennent des termes de la convention qui contient le plus souvent un préambule et de 7 à 12 articles. Le tronc commun de ces articles concerne l'objet de la convention, la composition de l'équipe, la définition de la population qu'elle est à même de prendre en charge, ses engagements vis-à-vis des demandeurs, ses

engagements envers le Site pour la Vie Autonome, les engagements du Site envers l'équipe d'évaluation, l'instance d'arbitrage et la durée de la convention. Dans les cas où les sites proposent une rémunération à l'ETEL pour sa prestation, cela est généralement indiqué dans un article de la convention. Lorsque aucune rémunération n'est prévue, il arrive aussi quelquefois que les sites aient estimé utile de le préciser dans la convention de labellisation. Par ailleurs, les conventions abordent parfois la question de la confidentialité des données et celle de l'évaluation de l'activité de l'équipe concernée.

Les références légales et techniques sont assez proches de celles que nous avons eu l'occasion d'exposer lors de l'examen des chartes générales pour la mise en place des dispositifs et des chartes ou des conventions des commissions des financeurs. Dans le cadre des conventions de labellisation toutefois, les références légales sont généralement moins nombreuses alors que les références techniques se trouvent étoffées. Sur le plan international, on cite presque exclusivement la Déclaration des Droits des personnes handicapées de l'ONU (9 décembre 1975). Sur le plan national, si la circulaire du 19 juin 2001 de la DGAS est naturellement toujours présente, on se contente le plus souvent de la faire précéder par la loi du 30 juin 1975 en faveur des personnes handicapées et de celle du 10 juillet 1987 en faveur de l'emploi des travailleurs handicapés. Par contre, en ce qui concerne les références techniques, on trouve plus fréquemment cités, ici, le rapport sur les aides techniques (DAS 1995), le rapport d'évaluation de l'expérimentation (CTNERHI, 1999) et surtout le guide méthodologique pour l'extension du nouveau dispositif (DAS /CTNERHI/SITES, janvier 2000).

La plupart des conventions de labellisation ne font curieusement pas référence aux chartes générales pour la mise en place du dispositif ni aux chartes ou conventions de la Commission des financeurs. Ces dernières, nous l'avons vu, font généralement et très logiquement référence aux chartes générales qui impliquent l'ensemble des partenaires concernés. Les conventions de labellisation devraient suivre, à notre sens, la même logique et se situer aussi par rapport aux chartes générales.

La question de savoir si les conventions de labellisation doivent faire référence aussi aux chartes ou conventions des financeurs est sans doute plus ouverte. L'indépendance des instances pourrait peut-être alimenter une argumentation en faveur de la séparation des pouvoirs et donc de la séparation stricte, sans aucune mise en relation, des conventions. Mais on peut penser, au contraire, que la mise en relation des conventions ne s'oppose nullement à l'affirmation de l'indépendance des instances dans chacune des conventions. Cette mise en relation donnerait, en outre, plus de lisibilité aux étapes évaluative et administrative du traitement des demandes et à leurs interrelations. Une telle mise en relation pourrait prendre, notamment, la forme d'un renvoi réciproque entre les deux textes formels. Ce renvoi existe d'ailleurs dans certaines conventions de labellisation. Ainsi, dans l'Isère, les considérants et l'article 1^{er} de ladite convention intègrent de fait la Charte pour la mise en place d'un dispositif et en particulier ses articles 2 et 5 (consacrés aux ETEL).

L'absence de citation des chartes générales n'empêche pas toutefois que les raisons d'être du dispositif et ses objectifs généraux soient rappelés, le plus souvent très brièvement, dans les préambules (parfois intitulés «les enjeux») des conventions de labellisation. Par contre, ces préambules ne proposent jamais une présentation globale du dispositif, d'où on en déduit que celui-ci et ses instances sont supposés être déjà connus et admis.

L'article 1^{er} de la convention de labellisation a presque toujours pour objet précisément de labelliser l'équipe signataire et s'appuie généralement, pour ce faire, sur le cahier des charges

pour la labellisation en citant soit la circulaire du 10 juin 2001, soit le guide méthodologique pour l'extension du nouveau dispositif (DAS-CTNERHI, janvier 2000).

Les conventions consacrent, ensuite, le plus souvent un article à la population concernée, avec une formulation identique dans maintes conventions : « L'équipe technique d'évaluation définit précisément la population qu'elle est à même de prendre en charge, et ce, conformément à l'Annexe « recueil d'information en vue de la labellisation des équipes techniques d'évaluation » ».

Parfois cet article est élargi à la question de la composition de l'équipe. Les types de professionnels formant l'équipe sont alors indiqués en même temps que la population des demandeurs qui entrera dans leur champ d'intervention. Dans d'autres conventions, cette composition fait l'objet d'un article spécifique, juste avant l'article consacré à la population concernée ou après les divers articles consacrés aux engagements des parties signataires. Mais, dans une majorité de cas, la composition de l'équipe n'est précisée que dans l'annexe de recueil d'informations.

En ce qui concerne les engagements des parties contractantes, ils sont généralement traités dans le cadre de trois articles, deux pour ceux des ETEL et un pour le Site.

L'article consacré aux engagements des ETEL envers la personne en situation de handicap est le plus développé. Il expose une douzaine de points qui reviennent dans toutes les conventions, dans un ordre différent ou avec de légères variations dans les formulations. Certains sites commencent par les aspects « philosophiques » ou « éthiques », d'autres par les aspects techniques. Le respect du libre choix de la personne handicapée et le fait qu'elle doit rester maître de son projet sont toujours affirmés. Au sein des aspects techniques, l'évaluation pluridisciplinaire de la situation de handicap et le plan d'aide personnalisé se voient souvent accorder la place la plus large. Point fondamental : de caractère général, l'évaluation doit porter sur les aides techniques, les aménagements du cadre de vie et les aides humaines, même si il est précisé que la prise en charge du besoin éventuel de celles-ci n'entre pas pour l'instant dans le champ d'intervention de la Commission des financeurs. L'information fournie sur les solutions possibles doit être aussi objective que possible. Par ailleurs, si nécessaire, l'équipe orientera la personne en situation de handicap vers d'autres services compétents. L'équipe délivre un conseil spécialisé qui doit aider la personne à choisir la solution de compensation la plus pertinente. Elle s'engage aussi à ne formuler sa préconisation qu'après une visite au domicile de la personne. Le plan d'aide qu'elle est appelée à élaborer, avec elle, et qui dans certains sites fait l'objet d'un contrat, comprend les objectifs déterminés conjointement avec la personne et les moyens à mettre en œuvre pour les réaliser. L'équipe identifie en particulier les organismes susceptibles de contribuer au financement du projet au sein ou en dehors de la Commission des financeurs et renseigne le dossier unique de demande de financement. Elle tiendra la personne informée de l'avancée de son projet et en suivra la réalisation en s'assurant de sa conformité.

Les engagements de l'ETEL envers le Site comprennent aussi un tronc commun dans les diverses conventions de labellisation. Ils sont formulés dans des termes semblables voire identiques. L'ETEL s'engage « à mener en collaboration avec le Site et les partenaires du réseau concerné, les actions permettant le traitement de la demande. Cette demande est constituée à partir du dossier unique validé par les partenaires représentés à la Commission des financeurs ». L'ETEL « adresse au Site le dossier unique de demande de financement permettant la saisine de la Commission des financeurs ; informe si nécessaire, le site des

évènements ou des changements intervenus dans la situation de la personne ; informe le site de la mise en place des aides ».

Les engagements des SVA ou DVA vis-à-vis des ETEL sont également similaires. Le Site ou le Dispositif ou le ou la Chargé(e) de mission accueille la demande de la personne et l'oriente vers l'ETEL ou les ETEL compétentes et en mesure de la prendre en charge (ou dans certains sites crée l'association de professionnels compétents pour traiter la demande considérée). Il s'assure de la conformité administrative du dossier de demande de financement et le soumet à la commission des financeurs. Il informe les équipes et la personne des décisions prises par la commission des financeurs et/ou par les commissions permanentes des différents financeurs.

En général, les conventions de labellisation se terminent par deux articles très brefs consacrés à l'instance d'arbitrage qui est presque toujours le CTS et à la durée de la convention généralement fixée à un an et renouvelable par tacite reconduction ainsi qu'aux modalités de sa dénonciation éventuelle. Certaines conventions contiennent en outre des points plus spécifiques. Ainsi, dans la Drôme, l'observation des flux des demandes au travers desquelles s'exprime le besoin de solutions de compensation fonctionnelle se trouve-t-elle incluse dans les objectifs de la convention de labellisation. Celle-ci prévoit par ailleurs des réunions régulières d'information et d'échanges entre les ETEL et la Chargée de mission.

Lorsque des équipes ou des ressources fonctionnent sans convention de labellisation, plusieurs situations se présentent :

- soit, un autre texte s'est substitué à la convention de labellisation ; ainsi, en Charente-Maritime, le terme de convention leur est apparu «trop cadré » et sous-entendant une rémunération des prestations des ETEL qui n'étaient pas envisagée, du moins pour l'instant, d'où l'élaboration d'un « Contrat d'objectif pour la labellisation des équipes techniques d'évaluation en Charente-Maritime » ; dans le Gard un arrêté porte sur la labellisation d'équipes techniques d'évaluation. Le cahier des charges des équipes labellisées développe leur mission et leur rôle dans l'instruction de la demande, la constitution du dossier, et le suivi.
- soit, les équipes sont reconnues, comme, dans le cas du Morbihan qui a continué à travailler, comme lors de l'expérimentation, avec des équipes volontaires sur liste en quelque sorte toujours ouverte, à condition que leurs évaluations soient satisfaisantes pour le site ;
- soit, un travail s'engage avec des équipes volontaires ; par exemple, dans les Côtes-d'Armor, 17 équipes ont été envisagées et le travail a commencé avec celles qui le souhaitent d'emblée ou qui avaient des dossiers à présenter puis un groupe de travail a été mis en place sur la question de la labellisation.

2.4.2. Réseau et constitution des ETEL

Les chargé(e)s de mission ont réalisé un important travail de mobilisation des équipes susceptibles de répondre, par elles-mêmes ou en association avec d'autres équipes ou intervenants, au cahier des charges de la labellisation et d'apporter une contribution au dispositif. Ils ont eu le souci de couvrir, dans toute la mesure du possible, les divers types de déficience et les différents âges de la vie. La perspective de proposer des services de proximité a également été prise en compte dans les prospections départementales destinées à repérer les ressources existantes sur l'ensemble des territoires départementaux ainsi que dans les démarches d'information et de sensibilisation qui ont été entreprises pour solliciter leur participation au nouveau dispositif pour la vie autonome.

Déjà sensible, lors du recueil d'informations effectué dans le cadre de l'enquête de la DGAS (juillet- décembre 2002), le résultat de cette mobilisation apparaît aussi dans notre enquête, avec, pour les départements les plus avancés, un engagement de nombreuses équipes dans le cadre de réseaux élargis (cf. Tableau 12). Pour les sites en cours de mise en place, l'accroissement du nombre d'équipes se poursuit logiquement aujourd'hui. Il est peut-être plus significatif lorsqu'il se manifeste aussi dans les sites ou dispositifs les plus anciens surtout lorsqu'une vingtaine d'équipes étaient déjà labellisées. Ainsi, le département du Calvados qui faisait état de 18 équipes lors de l'enquête de la DGAS en septembre 2002, en annonce-t-il, aujourd'hui, 22. Dans le département de la Loire, leur nombre est passé de 19 à 21 et 2 sont en cours de labellisation.

Ce processus d'élargissement s'appuie sur les structures et services existants non seulement dans le cadre du médico-social mais aussi dans le cadre du sanitaire et dans le cadre du social. Une photographie (cf. figure 1), au moment de l'enquête, des structures et services les plus représentés dans les réseaux des équipes ou ressources labellisées ou en cours de labellisation montre leur diversité et leur poids relatif structurellement parlant (et non en fonction du nombre de dossiers traités, question que nous aborderons plus avant).

Les équipes des services de rééducation des Centres Hospitaliers et des CRF impliquées dans les réseaux des ETEL sont le plus nombreuses mais elles n'interviennent, dans la plupart des cas, que pour les usagers passant par leurs structures, sauf lorsqu'elles apportent, en outre, un concours à d'autres équipes externes. Les services d'éducation et de soins à domicile ainsi que les établissements médico-éducatifs se trouvent souvent également intégrés dans les réseaux. Moins fréquente mais non négligeable apparaît l'implication de structures d'accueil et d'hébergement pour adultes (MAS et foyers).

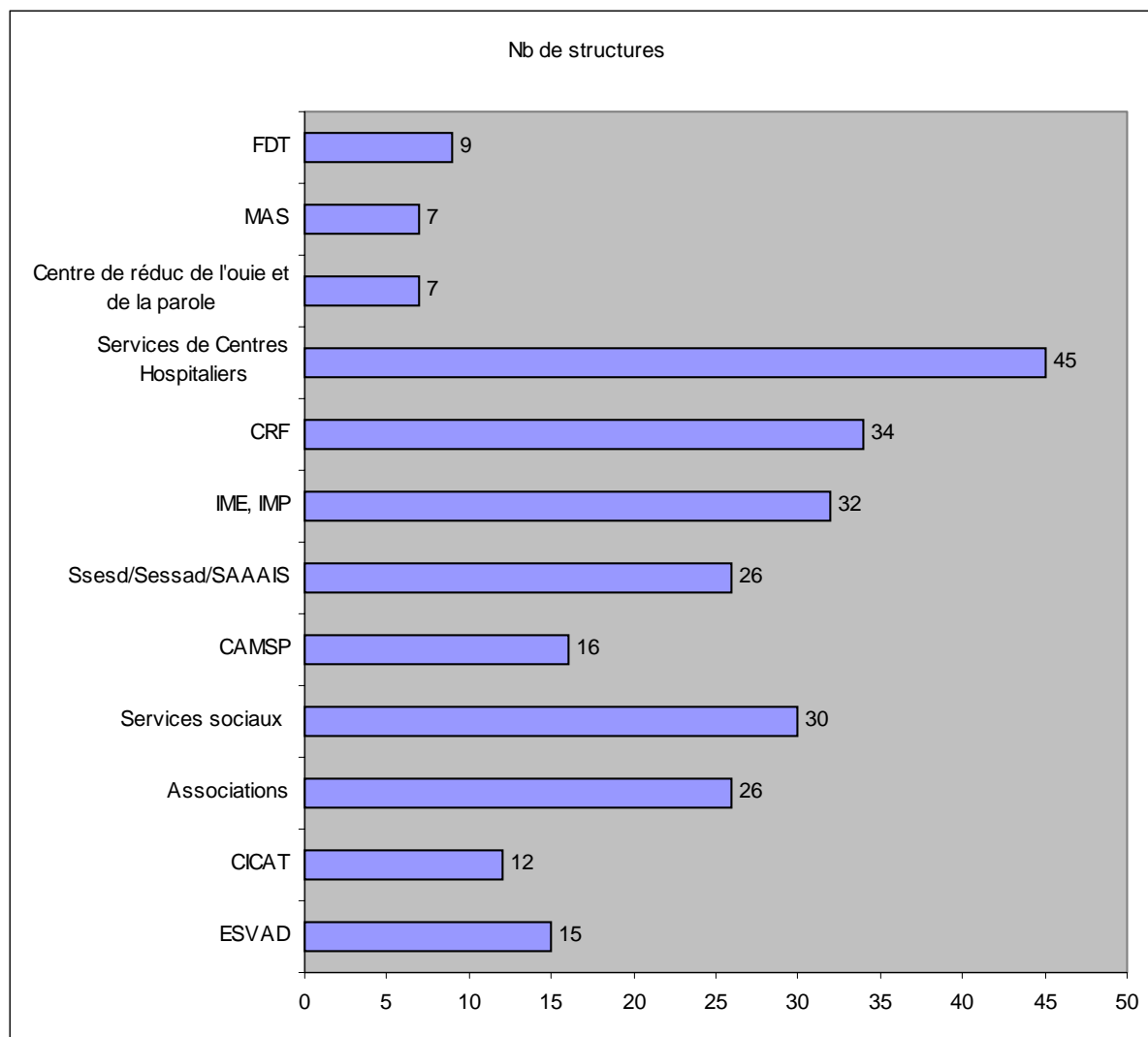
On sait que grand nombre de personnes en situation de handicap peuvent soit être passées dans les services de rééducation à un moment de leur vie (maladie ou accident) mais ne plus être en contact avec eux depuis très longtemps, soit même n'y être jamais passées. Or les services qui ont le plus vocation à s'adresser à cette population vivant à domicile sans contact avec des CRF ou des Centres Hospitaliers, tels que les ESVAD ou les CICAT sont relativement moins nombreux et, en particulier, tous les départements n'en sont pas pourvus.

Tableau 12. Etat de la mise en place des équipes techniques d'évaluation

| Département | Les équipes d'évaluation labellisées ou en cours ou reconnues ou à l'essai ou en projet |
|-------------------------|---|
| Aisne | 3 probatoires |
| Alpes-de-Haute-Provence | en cours |
| Hautes-Alpes | 3 pour l'instant |
| Ardèche | 1 et 4 en projet |
| Bouches-du-Rhône | 7 équipes labellisées |
| Calvados | labellisation de : 12 équipes complètes et 10 intervenants et services spécialisés |
| Charente-Maritime | 10 équipes mixtes (contrat d'objectif pour la labellisation) |
| Corrèze | 5 équipes potentielles |
| Cote d'Or | en cours : 2 équipes et 4 intervenants |
| Côtes- d'Armor | 17 équipes envisagées, fonctionne pour l'instant avec des équipes non labellisées |
| Doubs | 2 labellisées, 3 en cours |
| Drôme | 11 labellisées et une en cours |
| Eure-et-Loir | personnes et services ressources pour l'instant |
| Gard | 6 équipes labellisées, 4 envisagées |
| Gironde | 9 équipes labellisées, 7 en projet |
| Hérault | 13 équipes labellisées, 2 médecins des Anciens Combattants, prestations d'ergo, AS secteur |
| Indre-et-Loire | 11 ressources labellisées, 4 en cours et 0,20 ETP de médecin des Anciens Combattants |
| Isère | 16 équipes labellisées |
| Loire | 21 équipes labellisées et 2 en cours, prestation d'ergothérapie, un médecin AC |
| Haute-Loire | 5 équipes mobilisables |
| Loire-Atlantique | en cours |
| Lot | 3 équipes labellisées, 2 en cours |
| Meurthe-et-Moselle | 7 labellisées, une en cours et 2 conventions de partenariats |
| Morbihan | 12 labellisées |
| Nièvre | 8 équipes labellisées et interventions d'une Association sur l'Habitat |
| Nord | 13 équipes labellisées |
| Puy-de-Dôme | 5 complètes en cours et 2 avec compétences associées |
| Hautes- Pyrénées | en discussion avec trois équipes, une constitution d'équipe en projet |
| Bas-Rhin | 8 équipes labellisées |
| Haute-Saône | 9 conventions de partenariat concernant 15 services (constitution d'une équipe par demande) |
| Saône-et-Loire | 5 équipes labellisées |
| Sarthe | 15 labellisées |
| Deux-Sèvres | 3 labellisées en 2002 (n'ont pas signé pour 2003 la convention) |
| Somme | aucune labellisée, 7 équipes se sont manifestées |
| Tarn | collecte en cours |
| Var | 3 en cours, 4 en projet et toute structure médico-sociale pour ses usagers |
| Vaucluse | 3 en cours |
| Yonne | 7 conventions pour mettre en place des prestations de médecin et de travailleur social |
| Essonne | 8 en projet |
| Hauts-de-Seine | 25 potentielles dénombrées dans l'étude préalable |
| Val-d'Oise | 17 équipes et partenaires labellisés |
| Guadeloupe | 8 en cours |
| Réunion | en cours |

CTNERHI, décembre 2003

Figure 1. Diversité et poids relatif des divers types de services et structures les plus représentés dans les réseaux d'équipes techniques d'évaluation de 24 départements.



CTNERHI, décembre 2003

Lorsqu'une ESVAD ou un CICAT existent dans un département, ils constituent des partenaires naturels appelés à s'impliquer dans les réseaux. Les premières n'ont pas toujours de professionnel spécialiste du handicap, les seconds n'ont souvent pas d'assistant social. Mais les ressources d'autres services ou structures permettent néanmoins de constituer, dans ce cas, des équipes complètes par association y compris avec le concours d'un médecin. Les coopérations avec les Centres de Réadaptation Fonctionnelle ou des services de rééducation de centres hospitaliers, pour la part médicale et technique, notamment, sont, dans cette perspective, assez souvent observées.

Ces dernières coopérations s'organisent avec les Directions Interdépartementales des Anciens Combattants, en application de la convention nationale qui a pris effet à compter du 1^{er} janvier 2002, passée entre le ministère des Affaires Sociales, de l'Emploi et de la Solidarité et le Ministère de la Défense. Elles se traduisent par la possibilité d'une mise à disposition des DDASS, généralement à temps partiel, de médecins spécialistes de l'appareillage ainsi que d'experts vérificateurs et d'ergothérapeutes, pour apporter une contribution au dispositif pour la vie autonome.

Pour la part sociale, l'implication souvent très forte des services sociaux des CRAM joue, dans de nombreux départements, un rôle essentiel. On relève aussi la fréquente mobilisation des intervenants sociaux des associations de personnes handicapées. Outre leurs contributions, dans le cadre de collaborations avec d'autres équipes, les CRF et les services de rééducation des CH disposent souvent d'équipes complètes qui peuvent participer au dispositif, au moins, pour la population qu'elles prennent habituellement en charge.

L'existence d'équipes complètes et la possibilité de constitution de telles équipes par association sont des facteurs favorables à une réelle pluridisciplinarité des ETEL. Dans le cadre de notre enquête, le premier dépouillement des questionnaires spécifiques destinés au ETEL et portant sur près de 120 équipes (cf. annexe sur la composition des équipes), montre qu'en règle générale le critère de la pluridisciplinarité se trouve respecté. Les réponses enregistrées depuis confirment les résultats de ce premier dépouillement. De plus la règle énoncée souffre d'exceptions qui méritent une attention particulière dans le cadre de l'organisation des réseaux.

2.4.3. La question de la couverture de la demande et les autres difficultés

La couverture par le réseau des ETEL de la demande est très souvent présentée comme insuffisante pour les handicaps sensoriels et loin d'être toujours suffisante pour les handicaps moteurs compte tenu de la montée en charge du dispositif. La question de la mobilisation des ETEL, dans le champ du handicap mental, est peu évoquée mais se pose également à l'évidence. Ceci ressort nettement de l'appréciation de la couverture de la demande par les chargé(e)s de mission (cf. échantillon des réponses recueillies dans les tableaux suivants, à titre d'illustration).

Dans certains départements, l'insuffisance des moyens des ETEL se traduit par une augmentation sensible des délais d'attente. C'est le cas dans les Bouches du Rhône où une équipe généraliste (ESVAD) traite la moitié des dossiers. Cet allongement des délais est signalé en Gironde, dans la Loire, dans le Lot, en Meurthe-et-Moselle, dans les Deux-Sèvres... Parfois, il est souligné dans les réponses des ETEL à leur questionnaire spécifique. Ainsi, dans les Côtes-d'Armor, l'ESVAD signale un délai d'attente de 8 à 9 mois, en amont du dispositif, par manque de moyens humains et notamment, dans le cas précis, d'un poste

Tableau 13. ETEL : difficultés, solutions et couverture

| | | ETEL : difficultés, solutions et couverture (extraits du questionnaire sur le dispositif rempli par CM) |
|----|------------------|--|
| 13 | Bouches du Rhône | pb de délais (plusieurs mois pour une ETEL généraliste) |
| | | le SPVA sollicite deux équipes existantes pour qu'elles étendent leur champs d'activité |
| | | complète sur le plan qualitatif sauf pour def visuelle moins de 16 ans ; quantitativement une équipe généraliste (ESVAD) traite près de la moitié des dos; |
| | | manque de personnel dans les etel existantes soit une etel sup (vol actuel : 250 en 4 mois); si paiement à l'acte pb de financemmnt |
| 14 | Calvados | pas d'équipe complète pour les déficiences sensorielles d'où convention avec services prestataires : as cram, MSA, spécialiste du handicap, médecin, |
| | | pour le h sensoriel c'est souvent le fournisseur qui est l'évaluateur |
| | | couverture excellente qualitative et quantitative |
| 19 | Corrèze | manque de pro pour h psy et sens, plusieurs équipes sur le h moteur sans coordination et complémentarité évidentes, difficultés du travail en partenariat |
| 21 | Côte-d'Or | l'évaluation pour les h.. visuels demandera des moyens spécifiques, groupe de travail en cours |
| | | Couverture de tous les publics, coordination avec les services non labellisés (SRAI, par exemple) |
| 22 | Côtes-d'Armor | Equipes pour le handicap moteur ; pour les autres déficiences: insuffisance d'équipes |
| 25 | Doubs | seulement 2 équipes : c'est très insuffisant, ; il faut donc trouver le moyen de co-financer des postes d'ergo qui font le plus défaut |
| | | ETEL à géométrie variable en fonction des besoins des demandeurs ; rarement appel au corps médical sauf pour les aides techniques nécessitant une |
| | | Ordonnance ; travail depuis peu avec des « conseillers d'insertion » de l'AFM ; |
| 26 | Drôme | ETEL en nombre insuffisant et ne couvrant pas tout le champ du handicap (surtout auditif) ; acceptation d'ETEL d'autres départements lorsque la personne |
| | | est suivie par une équipe extra départementale, acceptation du suivi libéral, recherche de solutions au cas par cas, acceptation aussi du dossier social monté |
| | | par la personne mais avec tous les justificatifs |
| 30 | Gard | couverture des différents types de h; difficulté actuelle : mise en place d'une ETEL pour les Pers âgées hand quel que soit le régime social |
| 33 | Gironde | absence de médecin : sol : convention avec MIN de la défense et formalisation avec médecin CRF, |
| | | pour ne pas multiplier les interlocuteurs coordination par l'ETEL des intervenants ressources, |
| | | problème d'appropriation du formulaire : beaucoup d'échanges et rencontres, demandes complexes : mixage de prof de plusieurs équipes,; |
| | | difficultés liées au manque de postes ou d'équipes soutien aux ETEL et ouverture à d'autres candidatures |
| | | couverture : manque pour déficience auditive, faible en mental, mais le dispo va être complété |
| 34 | Hérault | l'essentiel du département est couvert par les 13 équipes à vocation générale ou spécifique (déficience auditive, visuelle, motrice ou mentale) |
| | | besoin réel de cadrage et de modélisation des pratiques |

CTNERHI, décembre 2003

Tableau 13. ETEL : difficultés, solutions et couverture (suite)

| ETEL : difficultés, solutions et couverture (extraits du questionnaire sur le dispositif rempli par CM) | | |
|---|------------------|---|
| 37 | Indre-et-Loire | existence de pratiques antérieures (évaluation et préconisation : essais avec un revendeur, financement : AS avec délais importants); |
| | | difficile de faire partager les nouvelles exigences (pluridisciplinarité), |
| | | manque d'un poste d'intervenant social en renfort de certaines ressources labellisées; |
| | | sol : convention avec Anciens Combattants (0,2 ETP médecin mis à dispo) subvention de la CRAM pour soutien au Cicat (mise à dispo d'un ergo), |
| | | partiel pour la déficience auditive, non utilisation des ressources pour déficient intellectuel car pas de réponses actuellement (ah absent) |
| | | couverture insuffisante d'assistant soc, insuffisance des moyens au vu de l'accroissement des demandes, besoin d'une ressource spécialisée adapt du logement |
| | | rencontre avec les ressources labellisées à des fins d'harmonisation des pratiques autour du dos unique) |
| 38 | Isère | dif : toutes les équipes ne sont pas spécialisées dans le champ du handicap-→ solution : intervention personnalisée du CM sur les financemnts |
| | | dif : pour coordonner une évaluation faite par des professionnels d'équipes distinctes → sol : inciter au réel travail de partenariat |
| | | dif : surcharge de certaines équipes : pas de solution actuellement |
| | | problèmes de couverture : pas d'équipe d'évaluation pour les déficiences auditives, peu de structures intervenant en ambulatoire pour des personnes de 60 ans |
| | | et plus, pas de structure pour les enfants déficients visuels, couverture inégale entre le nord et le sud du département, difficultés à intégrer des professionnels |
| | | de la maladie mentale et de la déficience intellectuelle (sauf lorsqu'il y a des déficiences associées) |
| 42 | Loire | besoin de renforcement du potentiel d'évaluation pour déficient mot à dom; solution : ergo et médecin d'appareillage |
| | | malgré 21 ETEL, besoins pas totalement couverts, délais tendent à s'allonger |
| | | (le dispo génère plus de sollicitations car pour demander une aide passage ETEL devenu obligé, ce constat vaut surtout pour déficient mot (70% de l'activité); |
| | | absence d'équipe pluridisciplinaire pour déficience auditive adulte d'où critères restrictifs, obligation pour les déficiences visuelles de se déplacer à Lyon, |
| | | la grande majorité des ETEL n'interviennent que pour un public restreint, |
| | | évaluations jugées de bonne qualité par les financeurs, |
| | | disparité toutefois (forte activité ou manque d'habitude ETEL qui ne traitent qu'un ou deux dos par an) alors que les trois principales couvrent 70% des cas |
| 43 | Haute-Loire | difficultés : couvrir tous les types de h, trouver les prof ressources, rémunérer le temps de travail des ETEL, |
| 44 | Loire-Atlantique | certaines équipes pourraient ne pas participer faute de financement; |
| | | sol: une cartographie départementale d'équipes complètes et d'équipes constituées par conventions sur le principe de la territorialisation |
| | | difficile d'évaluer à ce jour |

CTNERHI, décembre 2003

Tableau 13. ETEL : difficultés, solutions et couverture (suite)

| | | ETEL : difficultés, solutions et couverture (extraits du questionnaire sur le dispositif rempli par CM (suite)) |
|----|--------------------|--|
| 46 | Lot | pour h ment : difficultés à fédérer de nombreux opérateurs (pas de projet pour le moment); pour h mot : difficultés pour constituer la totalité de l'équipe : financement d'un demi poste d'AS trop tôt pour une appréciation qualitative pour la déf motrice en 2002, l'ergo de l'APF a fait 141 visites à dom , vu 123 personnes, donné 20 conseils par téléphone sans déplacement (AT et aménagements confondus); avec la mise en place des ETEL et le financement d'un ETP, couverture quantitative satisfaisante espérée (actuellement 3 mois d'attente pour une évaluation par l'ETEL APF) |
| 54 | Meurthe-et-Moselle | délais longs, difficultés dans les partenariats ext (HLM), activité sup, positionnement comme experts ou en attente du droit de compensation, couverture totale mais prestations de qualité variée , pas d'intervention dans le plan de financement |
| 56 | Morbihan | ergo : missions spécifiques selon leurs services d'où pas toujours : évaluation, préconisation et suivi ; services sociaux : idem ; protocole de collaboration entre SVA et services sociaux en cours Déf mot : bien sauf prestation différente selon équipes, déf auditive : de 0 à 20 équipe; adultes non dos des audioprothésistes accepté (mais conseil et vente); réflexion en cours pour créer une équipe pour sourds adultes; déf vis : pas d'équipe adultes , les fournisseurs font aussi le conseil et la vente; déf mentale : peu de situations car besoins dans le registre des aides humaines |
| 58 | Nièvre | tous les h ne sont pas couverts ; sol : recherche de convention ou de labellisation avec des équipes de structures hors département liste des ETEL et de leur public (pb pour déf auditive et visuelle) |
| 59 | Nord | difficultés de prise en charge des personnes externes pour les centres de rééducation et les ESVAD (liste d'attente de ces dernières), difficultés dans la constitution des dossiers liés au développement d'une démarche qualité (argumentaire, recherche de devis comparatifs, plans de financement, pièces justificatives) ; solutions : aide apportée par l'équipe pilote pour la réalisation des dossiers, réflexion avec la Commission des Financeurs sur l'allègement des démarches, couverture : élargissement des ETEL envisagé pour la déficience motrice, le département est couvert pour la déficience visuelle et auditive, réflexion en cours, avec l'UDAPEI pour le renforcement des équipes intervenant dans le domaine de la déficience mentale, partenariat par ailleurs avec des établissements spécialisés, articulation avec les ETEL reste à améliorer |
| 65 | Hautes- Pyrénées | les 2 ETEL hospitalières ne traitent que les demandes de leurs patients en raison de leur charge de travail d'où dos bloqués au site; les ETEL ne veulent pas faire l'instruction administrative de leurs demandes de financement pas d'EDEL pour déficience visuelle et déficience auditive ; les 3 ETEL sur déficient mot ne suffisent pas |

CTNERHI, décembre 2003

Tableau 13. ETEL : difficultés, solutions et couverture (suite et fin)

| ETEL : difficultés, solutions et couverture (extraits du questionnaire sur le dispositif rempli par CM (suite et fin)) | | |
|--|----------------|--|
| 67 | Bas-Rhin | Difficulté majeure : manque d'ergo : en 2003 le SVA va financer partiellement un poste d'ergo; |
| | | financement collégial de ce poste souhaité notamment auprès de ceux qui accordent des subventions aux plus de 60 ans (406 dos sur 740 ouverts en 2002) |
| | | couverture globale de tous les âges et de tous les h; prestations des ETEL de qualité très variée; certaines composées sur AT , d'autres sur les aménagements; |
| | | une évaluation des besoins de formation des ETEL est prévue en 2003, Outils d'évaluation communs de la dépendance sont inexistants, |
| | | besoin en AH peu évalué ou imprécis, peu d'EDEL complètes donc succession de regards, |
| | | toutes les ETEL n'envoient pas systématiquement leurs cr aux familles, l'accompagnement à la recherche de devis est exceptionnel, |
| | | certain avis ne précisent pas suffisamment le type, modèle, dimension de l'AT à acquérir |
| 70 | Haute-Saône | difficultés avec services sociaux qui ne connaissent pas le dédale administratif AT, amen; formation en projet; |
| | | département rural : déficit de la couverture médicale, actuellement pallié mais tjs aléatoire |
| | | couverture qualitative satisfaisante reconnue par les financeurs; rapidité : 8 jours pour une première visite, 35 jours pour point de situation |
| 71 | Saône-et-Loire | les équipes interviennent toutes dans le champ du h mot, |
| | | carence pour h sens, obligation de composer avec ETEL extra départementale voire avec des médecins spécialistes libéraux |
| | | h mot couvert mais délai de l'équipe mobile 2 mois ; carence sur h sens; un projet de centre de basse vision pourrait se concrétiser sur l'année 2003 |
| 72 | Sarthe | Relations difficiles avec ETEL en raison de leur charge de travail |
| | | 3 ETEL sont essentiellement sollicitées sur les 12 labellisées |
| 79 | Deux-Sèvres | la mise en place du Sva implique pour les ETEL une augmentation des dos à traiter, du temps de personnel supplémentaire |
| | | absence d'EDEL pour déficients sensoriels, p âgées, déficience motrice enfants handicaps moteurs légers |
| 80 | Somme | toutes les équipes posent la demande d'un financement supplémentaire pour leurs interventions dans le contexte du DVA |
| 81 | Tarn | couverture : pas de problème majeur en ce qui concerne le handicap moteur ; par contre, difficultés à trouver des référents pour les handicaps sensoriels et |
| | | besoin d'utiliser les compétences régionales |
| 83 | Var | trop tôt pur en juger |
| 84 | Vaucluse | en cours de labellisation |
| 89 | Yonne | absence de visite conjointe |
| | | Département couvert par AS et ergo qui interviennent à domicile |
| | | Les MPR ne se déplacent pas à domicile et sont dispersés dans le département (souci de proximité) |
| | | les AS (CRAM, APF, CLIC, MSA) sont des personnes qui ont une bonne connaissance du H) |
| 974 | Réunion | le département accuse un retard d'équipement en structures médico-sociales, |
| | | pas de Cicat, pas d'équipes pour certaines déficiences (déficience visuelle de plus 20 ans); |
| | | plus particularités du département : 10000KM de la métropole, taxes spécifiques, délais d'acheminement importants (voie maritime), coût de la vie + 20% |

CTNERHI, décembre 2003

d'ergothérapeute et d'un temps de médecin. Dans les réponses des ETEL au questionnaire qui leur était adressé, le manque de moyens est assez souvent mis en avant, surtout par les équipes les plus ouvertes sur l'extérieur mais aussi par les équipes des centres ou services de rééducation et par celles des établissements médico-sociaux. Les premières invoquent une situation de surcharge liée à l'afflux croissant des demandes en rapport avec la montée en charge du dispositif. Pour les secondes, c'est la prestation demandée par le cahier des charges de la labellisation qui implique un temps de traitement plus long tant sur le plan de l'évaluation (évaluation pluridisciplinaire et à domicile) que sur le plan de l'élaboration du plan d'aide individualisé et du montage du dossier de demande de financement. Les moyens, ne sont donc pas toujours seuls en cause, car se pose aussi la question quelque peu paradoxale, compte tenu de la vocation du dispositif, de la complexité du montage du dossier sur le plan administratif. Le dossier de demande de financement ou « dossier unique » doit contenir toutes les pièces et justificatifs demandés par les divers financeurs ainsi que les devis. L'ETEL, en outre, comme nous l'exposerons plus avant, doit généralement solliciter les financeurs qui ne font pas partie de la commission des financeurs et parfois les membres mêmes de cette commission. Il en résulte que la simplification des démarches de type administratif n'est pas toujours évidente pour les ETEL.

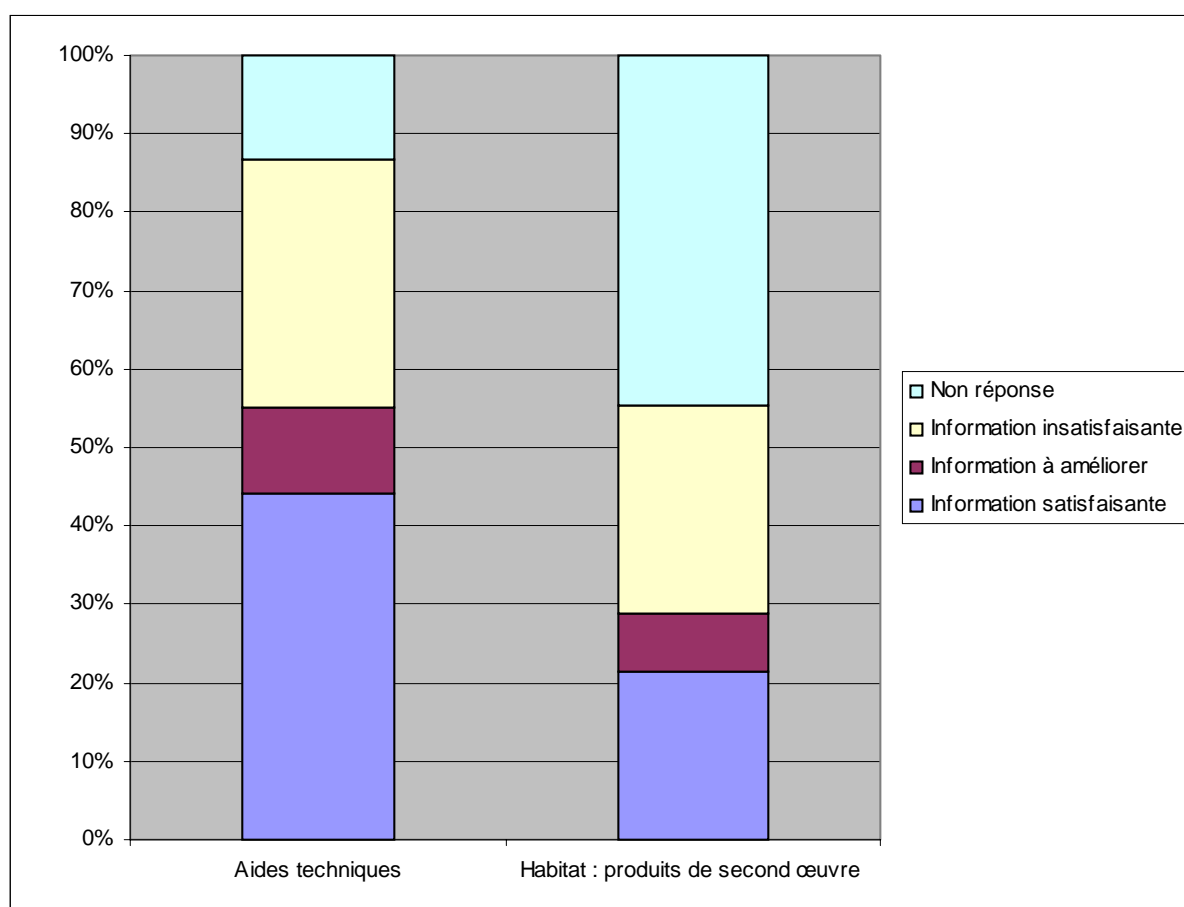
Les ETEL, apportent, en termes de nombre de dossiers traités des contributions extrêmement différentes selon leur type. Les ESVAD, les CICAT, les services sociaux de la CRAM et des associations ainsi que les services de rééducation fonctionnelle constituent, en fait, l'essentiel des dossiers traités. Les équipes de structures qui ont pour vocation de proposer des prises en charge longue durée ne traitent naturellement qu'un nombre de demandes beaucoup plus limité (cf. tableau en annexe).

Les ETEL renseignent le dossier unique mais n'utilisent pas généralement le référentiel fonctionnel ou tout au moins sa partie consacrée aux activités. Elles proposent un exposé clinique pluridisciplinaire de la situation de la personne et une argumentation justifiant le plan d'aide avec leur(s) préconisations. Par ailleurs, les équipes qui avaient des outils spécifiques les ont généralement conservés (par exemple la MIF, ou d'autres bilans fonctionnels dans les CRF). Les dossiers uniques de demandes de financement sont souvent très développés sur la dimension de la situation sociale des demandeurs et de leurs ressources. Autrement dit, ils sont d'une conception pratique qui prend en compte le caractère extra-légal des financements de la compensation mais qui de ce fait ne semble ni être marquée, ni même anticiper, le droit à la compensation.

Les prestations des ETEL sont assez variables, comme le signalent assez souvent les chargés de mission. Même si la conception de leur rôle est généralement conforme aux prescriptions de la circulaire du 19 juin 2001, leur fonctionnement peut demeurer plus ou moins marqué par leurs pratiques antérieures qui n'incluaient pas toujours la triple dimension de l'évaluation, de la préconisation et du plan de financement, avec l'exigence d'intervention, chaque fois que nécessaire, au domicile des demandeurs et l'exigence de la pluridisciplinarité. Ainsi, est posée, dans divers sites, la question des échanges entre ETEL sur leurs pratiques et celle parfois de la formation. Par ailleurs, pour informer les usagers sur les aides techniques et les aménagements, encore faut-il qu'elles disposent elles-mêmes d'une information de qualité. Nombre d'équipes parviennent à se constituer une documentation assez riche sur les aides techniques, en compilant les catalogues des fournisseurs, en utilisant les ressources accessibles sur Internet, en participant aux salons nationaux tels que Autonomic, en utilisant leur réseau associatif ou professionnel. Mais une partie d'entre elles n'a pas une information suffisante sur ces aides et cette proportion augmente sensiblement dans le domaine de

l'habitat. C'est ce que montre Comte (M.)¹⁰ à partir de l'exploitation des réponses apportées aux questions les plus techniques que nous avons posées dans le cadre de l'enquête réalisée auprès des ETEL (cf. figure suivante). C'est pourquoi, parmi les attentes et les suggestions des ETEL, outre la question des moyens et du financement, la création d'une base de données nationale sur les aides techniques et les aménagements, accessible sur Internet, revient assez souvent. L'information sur les solutions de compensation devrait intégrer les résultats des tests qui actuellement font très largement défaut.

Figure 2. Appréciation par les ETEL de l'information concernant les aides techniques et l'habitat (101 premiers questionnaires reçus, 22 départements concernés)



CTNERHI, décembre 2003, d'après une exploitation de M. Comte

¹⁰ Dans le cadre d'une étude en cours sur l'accès aux produits par tous pour le CTNERHI.

2.4.4. Le financement des prestations des ETEL

Le financement des prestations des ETEL, dans le cadre du dispositif, est très variable d'un département à l'autre et les positions des sites ou dispositifs restent relativement ouvertes sur cette question. Cette situation très mouvante est encore difficile à décrypter.

Lors de l'enquête de la DGAS, 17 départements avaient prévu un soutien financier aux ETEL, dans le cadre de leur budget prévisionnel 2002 (cf. tableau suivant) celui-ci se situant lorsqu'il était précisé (15 départements), dans une fourchette de 40 000€ à 80 000€, pour la quasi-totalité d'entre eux (avec deux extrêmes, la borne inférieure à 15 000€, la borne supérieure à plus de 120 000€). D'après notre enquête, un seul département (la Loire) a réalisé son prévisionnel. Pour les autres, hormis les Bouches-du-Rhône qui l'a largement dépassé, on observe que la réalisation est très inférieure à la prévision, voire qu'elle est nulle. Ceci s'explique en grande partie par le décalage dans le temps qui marque la mise en place du dispositif dans certains départements. La montée en charge des demandes envisagée et donc le nombre de prestations réalisées par les ETEL a pu aussi être inférieure aux prévisions. Toutefois, dans deux départements (la Corrèze et les Côtes-d'Armor), le soutien financier des ETEL n'est finalement pas prévu pour l'instant.

Le résultat est beaucoup plus conforme pour les 26 départements qui n'avaient pas envisagé de soutien financier pour les ETEL, dans leur prévisionnel 2002. Seulement quatre d'entre eux signalent, en effet, un soutien financier aux ETEL dont trois uniquement pour des dédommagements de frais (petites sommes). En fait, c'est seulement dans le département du Morbihan que ce soutien prend une valeur plus importante en liaison avec le recrutement d'une AS pour aider le réseau des équipes reconnues. Par contre, quelques départements, au sein de ce groupe, envisagent de mettre en place un tel soutien : dans l'Indre-et-Loire, un poste de travailleur social à temps partiel est en cours d'étude ; dans les Hautes-Pyrénées, des discussions sont en cours sur les modalités du soutien financier aux ETEL, mais celui-ci semble se préciser ; dans l'Yonne, ce soutien est envisagé ; dans la Sarthe un dédommagement est prévu.

Finalement, on peut dire qu'aujourd'hui, un peu plus de la moitié des départements apportent ou prévoient d'apporter un soutien financier aux ETEL ou plutôt de renforcer les moyens consacrés à l'évaluation. Plusieurs modalités, parfois combinées, peuvent être observées :

- soutien aux ETEL avec financement de leurs prestations au dossier (Bouches du Rhône, Gard, Doubs, Lot, Saône-et-loire, Hautes-Alpes, Haute-Loire, Hautes-Pyrénées, Yonne, Guadeloupe)
- soutien aux ETEL en finançant des postes aux équipes (Lot, Val-d'Oise, Var, Saône-et-Loire)
- recrutement de professionnels au niveau des sites eux-mêmes pour renforcer le réseau des ETEL (Charente-Maritime, Loire, Nièvre, Essonne (prévu), Indre-et-loire (envisagé), Morbihan, Saône-et-Loire, Haute-Loire, Yonne)
- financement d'interventions de professionnels à la vacation (Eure-et-Loir, Hérault, Haute-Saône, Drôme)

Tableau 14. Le soutien aux équipes d'évaluation : financements et autres éléments

| | Enquête DGAS | Enqu. ctnerhi | Enquête CTNERHI |
|----------------------|-------------------|---------------|---|
| Départements | Prévisionnel 2002 | Réalisé 2002 | Autres éléments |
| Aisne | 0 | 0 | 2 ETEL probatoires |
| Alpes de Haute-Prov. | 0 | 0 | la mise en place du site débute en octobre 2003 |
| Hautes-Alpes | 15 244,00 € | 0 | financement des ETEL au forfait |
| Ardèche | 100 000,00 € | nd | pas de structure porteuse, pas de CM |
| Bouches-du-Rhône | 49 546euros | 96 000 | forfait : 13% du financement apporté par l'Etat |
| Calvados | 0,00 € | 0 | non prévu |
| Charente-Maritime | envisagée | 0 | 0,5 ETP de psychologue clinicienne (soutien des équipes et évaluation ETEL) et 220 €par dossier |
| Corrèze | 75 503,00 € | 0 | financement : non |
| Côte-d'Or | néant | 0 | financement : non |
| Côtes-d'Armor | 40 000,00 € | 0 | financement : non |
| Doubs | au dossier | au dossier | au dossier |
| Drôme | 0,00 € | 0 | Vacations d'ergo pour appui d'intervenants ressources |
| Eure-et-Loir | frais de déplac. | 2030€ | Vacations d' ergo au titre du financement des ETEL |
| Gard | 121 959,00 € | 33 819,21€ | 473 €par dossier |
| Gironde | 0,00 € | 0 | financement : non mais réflexion en cours |
| Hérault | 45 800,00 € | ND | vacations pour certains intervenants et forfait au dossier pour les sensoriels |
| Indre-et-Loire | soutien à l'étude | 0 | poste de travailleur social à temps partiel en cours d'étude |
| Isère | 0,00 € | 0 | financement : non |
| Loire | 38 112,00 € | 36 292,00 € | 1 ETP ergo mis à dispo de trois ETEL (peut aussi intervenir sur un dos |
| Haute-Loire | à l'étude | 0 | Forfait au dossier et temps plein d'ergo au site |
| Loire-Atlantique | 0,00 € | 0 | labellisation en cours |
| Lot | 61 000,00 € | 0 | 0,5 AS, 0,5 ergo financées par le site, sensoriels : 400 €dos, pact: 700€dos |
| Meurthe-et-Moselle | | 0 | financement : non, AS en CCD pour un an |
| Morbihan | 0,00 € | 23 000€ | 0,5 ergo, 0,25 AS au niveau du site |
| Nièvre | 0,00 € | 0 | ergo mi-temps |
| Nord | 0,00 € | 0 | financement : non |
| Puy-de-Dôme | 0,00 € | 0 | en attente de définition |
| Hautes-Pyrénées | | 0 | forfait proposé mais les ETEL demandent des moyens supplémentaires |
| Bas-Rhin | 0,00 € | 7500€ | financement : non |
| Haute-Saône | 65 240,00 € | 0 mais prévu | oui, vacations : 3,5C médecin spécialisé, ortho 134F/heure |
| Saône-et-Loire | 60 976,00 € | 47 040€ | 2 trav. soc, 1/2 sec. financés par CG, CRAM..) et 160€dos |
| Sarthe | 0,00 € | non | dédommagement sous certaines conditions |
| Deux-Sèvres | 0,00 € | 1734,21€ | aucune en 2002, ensuite à l'étude |
| Somme | | 0 | non mais les ETEL posent la question de leur financement |
| Tarn | 85 267,00 € | 25 000€ | collecte des données en cours sur les équipes |
| Var | 30 000,00 € | 22 000€ | 2 ETEL financées APF, URAPEDA par subvention, et non au forfait |
| Vaucluse | non fourni | néant | financement : non |
| Yonne | 0,00 € | 630€ | Poste d'ergo tps plein au site et financement variable au dossier |
| Essonne | 60 529,00 € | 0 | financement : non |
| Hauts-de-Seine | 0,00 € | 0 | site non mis en place |
| Val-d'Oise | 122 000,00 € | nd | Fin. par le site d'un ETP AS à une ETEL, d'un ETP ergo à une autre ETEL |
| Guadeloupe | non fourni | 0 | 200 €par dossier |
| Réunion | 0,00 € | 0 | financement : non |

CTNERHI, décembre 2003

Par ailleurs, dans les réponses aux questionnaires qui leur étaient spécifiquement destinés, les ETEL des départements qui n'ont pas prévu de les soutenir financièrement posent assez souvent la question du financement de leurs contributions au dispositif (cf. Tableau en annexe). Les autres critiquent parfois les modalités prises par leur soutien financier. Ainsi, les forfaits proposés sont-ils jugés insuffisants par certaines équipes au regard de la prestation qui leur est demandée. Certains encore critiquent le principe même du forfait et lui préfèrent une dotation globale de manière à pouvoir renforcer leur équipe avec l'assurance d'un financement davantage stabilisé.

Les équipes labellisées ou en cours de labellisation, de par leur appartenance à une structure sanitaire, sociale ou médico-sociale, sont naturellement déjà financées. Mais certaines d'entre elles mettent en avant leur manque de moyens pour traiter un flux croissant de demandes ou encore pour assumer la prestation plus complète qui leur est demandée par le dispositif, non seulement sur le plan de l'évaluation mais aussi, bien souvent, sur le plan administratif et financier, comme nous l'avons déjà signalé plus avant.

Pour les handicaps particulièrement mal couverts, notamment de type auditif et visuel, les partenaires associatifs sollicités pour s'intégrer dans le réseau posent tout particulièrement la question du financement de leurs prestations.

2.5. Pratiques comparées des dispositifs : conditions d'entrée et traitement des demandes

En nous appuyant sur le contenu des textes formels mais aussi sur les réponses aux questions de notre enquête concernant les commissions des financeurs, nous proposons ici une analyse comparée des pratiques de ces commissions en ce qui concerne la qualification des bénéficiaires potentiels, la délimitation du champ des demandes, la saisine, les modalités d'instruction des demandes et les principes de leur traitement financier.

2.5.1. Qualification des bénéficiaires

La possibilité d'accès au dispositif et plus particulièrement aux aides financières est réservée aux personnes handicapées ou, selon une terminologie qui gagne du terrain depuis une décennie, aux personnes en situation de handicap. L'existence de cette situation de handicap est une condition d'entrée fondamentale partagée par tous les sites départementaux. La circulaire du 19 juin 2001 s'étant toutefois gardé de définir cette situation¹¹, les dispositifs départementaux ont fait de même et aucun ne pose expressément une définition.

Toutefois, le renvoi quasi-systématique au Plan d'action en faveur de l'autonomie (rapport « LYAZID ») et assez souvent au rapport d'évaluation de l'expérimentation de 1997-1999, introduit implicitement, comme cadre de référence majeur, la Classification Internationale des Handicaps (CIH) actualisée désormais par la nouvelle version de cette classification, adoptée par l'OMS en 2001 : « la Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé » (CIF). Or dans ce cadre, le handicap ou, selon la formule plus appropriée, la situation de handicap résulte de l'interaction de facteurs personnels (incluant toujours l'expression, en raison de problèmes de santé physique ou mentale, d'une ou plusieurs déficience(s) et/ou d'une ou plusieurs incapacité(s)), de facteurs environnementaux proximaux (incluant, notamment, les aides techniques et les caractéristiques du logement ainsi que le cas échéant les caractéristiques du poste d'études ou de travail, mais naturellement aussi les aides humaines) et de facteurs environnementaux. Ces composantes bien identifiées de la situation de handicap distinguent la population concernée d'autres populations pouvant être confrontées aussi à des difficultés dans leur vie quotidienne et sociale mais sans les composantes liées au domaine de la santé et donc dans une toute autre configuration des interactions problématiques et de leur traitement social.

Autre point fondamental : pour l'ensemble des sites, le handicap ou la situation de handicap, entrant dans le champ d'intervention des dispositifs pour la vie autonome, peut être de toute nature ce qui signifie qu'aucun type de déficience ne se trouve a priori exclu.

Par contre, les pratiques ne sont homogènes ni en ce qui concerne les modalités de reconnaissance du handicap ou de la situation de handicap ni en ce qui concerne le critère de l'âge.

Le plus souvent, les dispositifs sont ouverts aux personnes en situation de handicap reconnues comme telles par les ETEL et ce quel que soit leur âge (cf. tableau 15). Cependant, treize départements appliquent des règles différentes soit en réclamant une reconnaissance externe

¹¹ Dans la tradition de la Loi d'orientation du 30 juin 1975 qui avait confié aux commissions départementales le soin de reconnaître ou non aux personnes la qualité de handicapées.

du handicap ou de la dépendance soit en fixant des règles particulières pour les personnes de plus de 60 ans ou pour une partie d'entre elles, soit encore, dans un cas, en n'intégrant pas les plus de 60 ans dans le champ de ses interventions.

Le Calvados, la Loire-Atlantique et le Morbihan posent ainsi comme critère d'entrée une reconnaissance administrative du handicap ou le bénéfice acquis de l'APA. Dans les Hautes-Pyrénées, au critère APA, se substitue la possession d'une Carte d'Invalidité et donc un taux égal ou supérieur à 80%. Dans le département de la Corrèze, au critère de la reconnaissance administrative du handicap, s'ajoute celui des limites d'âge : avoir plus de 16 ans et un handicap acquis avant 60 ans. Les départements du nord, de l'Yonne et de la Guadeloupe demandent une reconnaissance administrative du handicap également. Dans la Sarthe, outre la reconnaissance du handicap, un taux d'invalidité minimum de 50% est appliqué comme critère d'entrée.

Certains départements ne demandent une reconnaissance administrative du handicap ou de la dépendance que pour les plus 60 ans. Ainsi, dans les Côtes-d'Armor, les plus de 60 ans doivent avoir acquis un handicap reconnu comme tel avant 60 ans ou être classés en GIR de 1 à 4. Dans la Drôme, c'est pour les plus de 65 ans qu'une CI est demandée au taux de 80% sauf si le handicap n'est pas lié à l'âge. Le dispositif de l'Isère est ouvert à toute personne en situation de handicap reconnue comme telle par une ETEL, sauf pour les demandes de prothèse auditive qui ne sont prises en compte que lorsque le taux d'invalidité reconnu est au moins égal à 50%. Dans le département de la Réunion, enfin, le dispositif n'intègre pas la population des plus 60 ans.

Ces diverses pratiques traduisent les lignes de tension inhérentes à la problématique de la définition de la population des bénéficiaires potentiels du dispositif. Nous aurons l'occasion de développer plus avant ce point mais rappelons, d'ores et déjà ici, que cette dernière, est censée être définie par les ETEL dans le cadre d'une évaluation clinique pluridisciplinaire individualisée et avec le support du référentiel fonctionnel. Ni l'exigence d'une reconnaissance externe, ni celle d'un seuil de gravité du handicap, ni celle d'une limite d'âge n'avaient été posées a priori. Les pratiques d'une large majorité de départements semblent conformes au principe de l'autonomie d'appréciation des situations dans le cadre du dispositif lui-même et au principe de son ouverture sans restriction a priori en fonction d'un seuil de gravité ou/et d'une limite d'âge.

Mais, comme nous l'avons vu ci-dessus, tel n'est pas le cas pour un quart des départements, environ. Les options prises par les instances de ces derniers et plus particulièrement par les commissions des financeurs visent, d'une manière ou d'une autre, à circonscrire la population des bénéficiaires potentiels avec le souci de disposer de moyens financiers suffisants pour répondre à leurs demandes. Selon les modalités adoptées pour opérer cette restriction, la portée de celle-ci peut être plus ou moins significative. L'exigence d'une reconnaissance du handicap ou de la dépendance en amont, sans fixer de seuil particulier, limite probablement très peu la population des bénéficiaires potentiels et a donc certainement surtout une fonction symbolique de réassurance des financeurs qui disposeront non seulement de l'évaluation des ETEL mais aussi de la confirmation de l'existence d'une autre évaluation de type officielle en amont. Lorsqu'en outre, un seuil de gravité est fixé, le plus souvent en le combinant avec un critère d'âge, l'effet restrictif apparaît par contre évident. Dans les deux cas, la question de l'évaluation par les ETEL et celle de son positionnement par rapport à d'autres évaluations externes au dispositif se trouve posée.

Tableau 15. La qualification des bénéficiaires potentiels des dispositifs

| Département | Qualification des bénéficiaires potentiels |
|--------------------|---|
| Aisne | toute PSH |
| Bouches du Rhône | toute PSH |
| Calvados | Rec H : CDES, COTOREP, TH, PI, AT, pensionné de guerre, APA |
| Charente-Maritime | toute PSH ; après 60 ans : orientation APA préalable |
| Corrèze | Rec H : CDES, COTOREP, Invalidité et handicap avant 60 ans |
| Côte - d'Or | toute PSH |
| Côtes-d'Armor | Toute PSH, exception : Rec H pour les plus de 60 ans ou GIR de 1 à 4 |
| Doubs | Toute PSH |
| Drôme | Toute PSH, exception : au-delà de 65 ans CI avec taux $\geq 80\%$ sauf si H non lié à l'âge |
| Eure-et-Loir | Rec H : CDES, COTOREP, TH, PI, AT, pensionné de guerre, APA |
| Gard | toute PSH |
| Gironde | toute PSH |
| Hérault | toute PSH dont le handicap n'est pas lié au vieillissement |
| Indre-et-Loire | toute PSH |
| Isère | toute PSH, exception pour prothèse auditive : AES, CI ou taux d'invalidité $\geq 50\%$ ou TH |
| Loire | toute PSH |
| Haute-Loire | pas encore |
| Loire-Atlantique | Rec H : CDES, COTOREP, TH, PI, AT, pensionné de guerre, |
| Lot | toute PSH, exception pour prothèse auditive (non attribuée si première demande après 60 ans) |
| Meurthe-et-Moselle | toute PSH |
| Morbihan | Rec H : CDES, COTOREP, invalidité ou APA |
| Nièvre | toute PSH |
| Nord | Rec H : CDES, COTOREP ou Sécu |
| Puy-de-Dôme | toute PSH |
| Hautes-Pyrénées | Rec H : CDES COTOREP; TH, PI, pensionné de guerre ou assimilé, CI de 80% mini quel que soit l'âge , un de ces critères ; pour les plus 60 ans, intervention seulement si H avant 60 ans |
| Bas-Rhin | toute PSH |
| Haute-Saône | toute PSH |
| Saône-et-Loire | toute PSH |
| Sarthe | Rec H : à 50% |
| Deux-Sèvres | toute PSH |
| Somme | toute PSH |
| Tarn | toute PSH de moins de 60 ans, les plus de 60 ans sont admises si CI avant 65 ans |
| Var | toute PSH, exception prothèse auditive après 60 ans |
| Vaucluse | En cours |
| Yonne | Rec H : CDES, COTOREP, TH, PI, AT, pensionné de guerre, |
| Essonne | toute PSH |
| Hauts-de-Seine | pas encore fixé |
| Val-d'Oise | toute PSH |
| Guadeloupe | Rec H : CDES, COTOREP, TH, PI, AT, pensionné de guerre, |
| Réunion | toute PSH dans la limite des 60 ans |

2.5.2. Le champ des demandes

Le champ des demandes pouvant être prises en compte par les dispositifs départementaux pour la vie autonome inclut les aides techniques, les aménagements du cadre individuel de vie (logement, école, moyens de transports personnels, travail) et les aides animalières. Par contre, si le besoin en aides humaines est bien pris en compte dans le champ d'intervention des ETEL, son financement demeure, quant à lui et pour l'instant du moins, hors du champ d'intervention des Commissions des financeurs. Une exception : dans le département de l'Yonne, le financement d'aides humaines ponctuelles peut être sollicité.

Pour délimiter le champ de leur intervention, de nombreux sites font référence à la norme internationale ISO 9999 qui définit l'aide technique comme "tout produit, instrument, équipement ou système technique utilisé par une personne handicapée, fabriqué spécialement ou existant sur le marché, destiné à prévenir, compenser, soulager ou neutraliser la déficience, l'incapacité ou le handicap". Rappelons, ici, que la recommandation n° 92 (adoptée par le Conseil des Ministres du 9 avril 1992), le Conseil de l'Europe qui soulignait l'utilité, pour compenser les déficiences, les incapacités et leurs conséquences sociales, des aides techniques, incluait aussi, dans sa définition de celles-ci, non plus seulement les appareillages classiques mais aussi tout outil ou système technique susceptible de faciliter le déplacement, la manipulation, la communication, le contrôle de l'environnement, les activités simples ou complexes de la vie quotidienne, domestique, scolaire, professionnelle ou sociale. C'est une telle option extensive qui a été judicieusement adoptée par la plupart des dispositifs pour la vie autonome.

Sur ce plan toutefois, on aurait pu s'attendre à ce qu'une référence plus explicite soit faite au rapport « Lyazid » qui tout en reprenant les définitions précédentes les avait développées techniquement par la proposition du référentiel fonctionnel, repris, comme on le sait, par la circulaire du 19 juin 2001. Ce référentiel définit, en effet, de manière opérationnelle le champ de la compensation en listant les 25 activités de la vie quotidienne et sociale qui peuvent faire l'objet d'une préconisation tout en précisant que la liste n'est pas exhaustive et peut être complétée à la lumière de l'expérience des sites et, notamment, en fonction de l'évaluation des ETEL.

Par ailleurs, si la définition générale des aides techniques est généralement extensive, certaines restrictions ont été adoptées dans certains départements, concernant les prothèses auditives, par exemple. En ce qui concerne les aménagements du logement, les textes formels des dispositifs précisent, par ailleurs, que ne sont pris en compte que les demandes qui apparaissent directement liées à la compensation des incapacités. Se trouvent notamment exclus les choix personnels qui, au-delà de la stricte logique de la compensation, se traduisent par des surcoûts et une plus value évidente du logement (par exemple, choix de certains matériaux non indispensables plus coûteux que d'autres et sans effet particulier de réduction des incapacités).

Dans tous les cas, les demandes admissibles par les commissions des financeurs ne concernent que les projets qui ne sont pas encore réalisés. Elles n'interviennent pas, sauf exception, pour financer des aides techniques déjà acquises ou des projets d'aménagement déjà engagés ou réalisés. Les exceptions admises par certains sites recouvrent généralement des situations exigeant une mise en place immédiate des aides pour ne pas compromettre une

insertion ou un projet d'insertion. Ces situations d'urgence peuvent être considérées comme telles dans l'après coup et bénéficier dès lors d'un plan de financement.

2.5.3. Saisine et modalités d'instruction des demandes

La plupart des sites offrent la possibilité aux personnes handicapées de présenter une demande soit directement soit avec le concours d'une ETEL de leur choix. Dans le cas toutefois où elles s'adressent directement à l'équipe de coordination, celle-ci l'oriente vers une ETEL pour initier ou compléter la phase d'évaluation, de préconisation et d'élaboration du plan de financement. Toutefois, l'intervention d'une ETEL n'est pas toujours exigée, notamment lorsque l'évaluation proposée au dispositif répond à des critères de qualité.

Dans le processus d'instruction de la demande, l'ETEL, lors de son intervention, est appelée à constituer le dossier unique de financement et à le transmettre à l'équipe de coordination. Dans la plupart des sites, elle doit en outre solliciter les financeurs qui ne font pas partie de la Commission des financeurs. Si tel n'est pas le cas, c'est l'équipe de coordination qui transmettra le dossier non seulement aux membres de la Commission des financeurs mais aussi aux financeurs dont la participation a été envisagée mais qui ne font pas partie de la dite commission. Cette transmission est précédée par un examen attentif du dossier permettant de s'assurer qu'il contient bien toutes les informations et justificatifs nécessaires ainsi que, plus particulièrement, par une vérification de la pertinence du plan de financement envisagé. A ce stade, il peut s'avérer nécessaire de prendre contact avec l'ETEL et/ou la personne concernée pour compléter le dossier voire pour le rectifier sur le plan de son contenu administratif. C'est une étape délicate qui demande un travail minutieux car le dossier unique est, généralement, très complexe. Celui-ci doit, en effet, le plus souvent, intégrer la totalité des informations et des documents exigés par les divers financeurs qui continuent à se prononcer selon leurs propres critères d'appréciation.

Généralement, les dossiers à examiner, sont transmis, avant la date de la réunion de la Commission des financeurs, aux organismes concernés pour pré-instruction. Certains sites précisent qu'un délai minimum doit à cet égard être respecté. Lors de la Commission des financeurs, il est procédé à une synthèse des propositions en même temps qu'est déterminée la contribution éventuelle du Fonds de l'Etat. Des réajustements d'ensemble peuvent être opérés de manière à revoir si cela s'avère nécessaire le montant restant à charge pour les usagers concernés. Ainsi, est prise en définitive se que l'on appelle dans de nombreux sites « une option de financement partagée ». Encore celle-ci devra-t-elle, pour être confirmée, recevoir l'accord des instances habilitées de chacun des financeurs impliqués pour la part qui lui revient, à moins d'un engagement ferme avant la date de la réunion. L'équipe de coordination sera alors tenue informée de la décision finale de chacun des organismes concernés. Elle aura à charge de notifier un récapitulatif des ces décisions aux référents des ETEL et aux bénéficiaires eux-mêmes ainsi que dans certains sites aux fournisseurs des aides.

Si ce processus général est appliqué dans la plupart des dispositifs, quelques exceptions notables peuvent être signalées. Ainsi, dans l'Isère, l'instruction de la demande se déroule sans recourir à une réunion physique de la Commission des financeurs. La procédure définie dans la charte des financeurs prévoit une transmission écrite des éléments et un positionnement de chacun des financeurs dans un délai de 15 jours maximum. La synthèse est réalisée par le site. Dans les Bouches-du-Rhône, l'ETEL adresse elle-même le dossier qu'elle a établi à chaque financeur concerné signataire de la charte et s'assure de l'effectivité de la totalité du financement légal et extra-légal. Si le plan est incomplet, y compris en incluant la

participation de l'intéressé, c'est l'ETEL qui sollicite la réunion de la Commission des Financeurs et celle-ci devra se réunir dans un délai d'un mois, notamment pour décider de recourir au Fonds de l'Etat.

2.5.4. Intervention des financeurs et intervention du Fonds d'Intervention de l'Etat

En règle générale, chaque partenaire conserve ses critères d'intervention et sa procédure propre même si la participation à la commission le conduit à envisager avec les autres partenaires une option de financement partagé.

Les départements qui appliquent des critères de répartition entre eux pour financer les demandes sont une petite minorité. Dans le Calvados, le Conseil Général prend 15% sur toute facture (prothèses auditives exclues), le Conseil régional 15% sur les factures relatives à des aménagements de véhicules et à l'informatique, et aux fauteuil roulants (LPP), La CPAM, La MSA, et la CMR interviennent pour leurs ressortissants avec l'Etat (50%, 50%). Dans les Côtes-d'Armor, la part de l'Etat cumulée à celle du Conseil Général est appréciée globalement, puis une répartition intervient entre eux (20% CG et 80% Etat). Dans le Gard, la Répartition est faite au prorata des fonds versés à la Caisse pivot, avec des ajustements possibles au cas par cas. Par exemple, Un financeur peut participer davantage si certains des partenaires ne souhaitent pas s'engager sur un dossier particulier. En toute hypothèses, le demandeur recevra un chèque global. Dans le Morbihan, le financement des aides techniques est réparti comme suit : 20% CPAM, 45% CG, 35% Etat; Pour les aménagements de l'habitat, par contre, c'est au cas par cas. Dans les autres départements, même s'il existe certainement des règles plus ou moins implicites d'ajustement financements, elles ne sont pas explicitées en tant que règles de répartition.

En fait, la décision commune des membres des commissions des financeurs n'est pleinement commune qu'en ce qui concerne la mobilisation du Fonds de l'Etat.

Par ailleurs, les principes et critères adoptés par les commissions pour l'attribution de ce fonds varient très sensiblement d'un département à l'autre (cf. tableau suivant).

Quatre logiques différentes se manifestent dans les départements suffisamment avancés sur la dimension considéré ici et se trouvent d'ailleurs parfois combinées dans un certain nombre de départements :

- la logique consistant à fixer des taux de participation du Fonds par rapport au coût des projets ou/et des plafonds ;
- la logique consistant à fixer des taux de participation du Fonds par rapport au restant à charge ;
- la logique consistant à prendre en compte les ressources des intéressés pour déterminer, de manière proportionnée selon ce critère, la part qui leur restera à charge ;
- la logique consistant à privilégier l'analyse de la situation au cas par cas et à ne pas fixer de critères concernant les ressources ou le niveau d'intervention du fonds.

Tableau 16. Critères formalisés pour l'intervention du Fonds de l'Etat

| | Département | plafond formalisé | Critère spécial sur les ressources |
|-----|--------------------|--|------------------------------------|
| 02 | Aisne | non | non |
| 05 | Hautes-Alpes | non | non |
| 13 | Bouches du Rhône | 11% AT, 7% L et 366€AT, 640€L | non |
| 14 | Calvados | non | non |
| 17 | Charente-Maritime | non | non |
| 19 | Corrèze | non | QF pour AT |
| 21 | Côte - d'Or | non | QF pour AT |
| 22 | Côtes-d'Armor | 7 500 €par demande | oui, avec d'autres critères |
| 25 | Doubs | non | observé : oui |
| 26 | Drôme | 3550€AT, 2000€L | non |
| 28 | Eure-et-Loir | implicite : 3000€ | non |
| 30 | Gard | non | non |
| 33 | Gironde | non | oui, pas de RAC si minima social |
| 34 | Hérault | non | non |
| 37 | Indre-et-Loire | 20 à 30% du coût | oui, avec d'autres critères |
| 38 | Isère | 3050€par dossier individuel | non |
| 42 | Loire | 15% L, 3000€véhicule | non |
| 43 | Haute-Loire | 3000 €AT, 2000€logement | non |
| 44 | Loire-Atlantique | non | oui |
| 46 | Lot | non | non |
| 54 | Meurthe-et-Moselle | non | non |
| 56 | Morbihan | % du coût RAC modulable | oui, avec barème |
| 58 | Nièvre | 10% L | non |
| 59 | Nord | 20% du coût et 4578€ | non |
| 63 | Puy-de-Dôme | non | non |
| 65 | Hautes-Pyrénées | non | oui, critère important |
| 67 | Bas-Rhin | non | non |
| 70 | Haute-Saône | non | non |
| 71 | Saône-et-Loire | 3 000 €du coût AT ou L | non |
| 72 | Sarthe | non | non |
| 79 | Deux-Sèvres | non | observé : oui |
| 81 | Tarn | non | non |
| 83 | Var | 20% du coût et 3000 €pour AT | non |
| 89 | Yonne | non | non |
| 91 | Essonne | non, mais forfait de 750 €pour prothèse auditive | oui, pas de RAC si minima social |
| 95 | Val-d'Oise | non | non |
| 971 | Guadeloupe | 10% du RAC, 457,35€ évolution au cas par cas | non |
| 974 | Réunion | non | non |

CTNERHI, décembre 2003

La première logique répond au souci de disposer de ressources suffisantes, tout au long de l'année, pour pouvoir mobiliser le fonds de manière équitable pour les usagers indépendamment de la période à laquelle ils formulent leurs demandes. C'est l'objet des plafonds fixés en % du coût des aides ou/et des plafonds en valeur absolue. Lorsqu'ils sont utilisés seuls, ces derniers fixent une limite repérable pour les aides les plus coûteuses. Lorsqu'ils se trouvent associés aux précédents, ils introduisent une limite supplémentaire. Dans tous les cas, ils visent à contrôler les engagements financiers. Ce sont des critères de gestion. Mais ils soulèvent un problème d'égalité : pour les personnes en situation de handicap qui ont besoin de solutions de compensation au coût élevé, le restant à charge sera sensiblement plus élevé que pour les autres, en valeur absolue et en %, dans le cas de l'existence d'un plafond, en valeur absolue dans le cas d'une limite en % du coût du projet ; pour elles et pour toutes les autres, le fait qu'ils soient fixés, abstraction faite de la participation des autres financeurs, les rend inaptes à jouer un rôle d'égalisateur si nécessaire. Par ailleurs, comme critères de gestion, il n'est pas certain qu'ils reposent dès aujourd'hui sur des prévisions suffisamment fiables. En fonction de différents paramètres dont les flux des demandes et leur coût, ils seront susceptibles d'évoluer.

La détermination de limites en fonction du restant à charge répond à une logique différente, dans la mesure où la participation des autres financeurs se trouve bien ici prise en compte. Quelle que soit leur mobilisation, le Fonds de l'Etat interviendra en correcteur, intervenant davantage lorsque la participation des autres est plus faible et moins à l'inverse, de manière définitive à garantir les mêmes % pour la contribution des usagers. Cependant la question des aides les plus coûteuses n'est pas totalement résolue, le montant RAC en valeur absolue pouvant demeurer élevé. Si l'application de ce critère vise aussi à limiter les engagements financiers, il introduit, néanmoins, un élément incontestable d'équité.

La logique consistant à prendre en compte les ressources des intéressés pour déterminer le niveau de mobilisation du Fonds de l'Etat est de toute évidence une logique d'aide sociale qui intègre des préoccupations de gestion. Deux départements seulement l'ont clairement formalisée et 7 autres s'y réfèrent explicitement dans le cadre de leur démarche d'attribution du Fonds. On peut penser qu'elle n'est probablement pas absente des décisions d'intervention du Fonds prises dans d'autres départements mais elle n'est pas affichée.

La dernière logique qui concerne les départements les plus nombreux consiste à ne pas fixer de critères rigides a priori dans les termes empruntés par les logiques précédentes mais plutôt à considérer la globalité de la situation, le projet de la personne, la préconisation de l'ETEL et ses justifications, non sans intégrer aussi certainement la dimension des coûts et probablement dans certains cas des ressources.

La pertinence de ces diverses logiques appelle un examen approfondi à la lumière de l'élaboration en cours du nouveau droit à la compensation.

3. POPULATION , SOLUTIONS DE COMPENSATION ET FINANCEMENTS

Nous proposerons une exploitation des données relatives aux demandes des usagers qui ont été traitées, par les sites pour la vie autonome, avant et après le début de l'évaluation (50 au maximum par site, dans les deux cas), dans 28 départements. Sur les 15 départements qui n'ont pas participé à l'enquête sur le traitement des demandes des usagers, 14 n'étaient pas en position de le faire, leur dispositif n'étant devenu que très progressivement opérationnel au cours de l'année 2003. Tous les autres, donc, à une exception près, ont apporté une contribution à l'enquête. Vingt-deux départements nous ont fourni les tableaux rétrospectifs et les questionnaires relatifs aux nouvelles demandes traitées, quatre départements n'avaient pas traité de cas avant le début de l'évaluation mais ont été en mesure de participer au second volet de l'enquête, deux départements, enfin, n'ont, pour des raisons de disponibilité, rempli que les tableaux rétrospectifs.

Tableau 17. Les informations exploitables recueillies auprès des départements sur les cas traités avant et après l'évaluation

| | Nb de départements concernés | Nb de cas | Moyenne par département |
|---|------------------------------|-----------|-------------------------|
| Tableaux rétrospectifs sur les demandes traitées avant l'évaluation (1) | 24 | 953 | 39,7 |
| Questionnaires sur les demandes traitées après le début de l'évaluation (2) | 26 | 825 | 31,7 |
| Ensemble (1) et (2) | 28 | 1778 | 63,5 |

CTNERHI, décembre 2003

L'analyse de l'âge de la population, des préconisations, des coûts et financements pourra, au total, porter ici sur 1778 cas (fournis par 28 départements). Par contre l'étude des autres caractéristiques des usagers ne pourra être conduite que sur les 825 cas traités après le début de l'évaluation ¹². Par leur ampleur et la diversification des départements inclus, ces échantillons sont pertinents¹³ pour appréhender la population des SVA et le traitement des demandes, au cours de la phase actuelle qui se caractérise par un élargissement dynamique d'un dispositif non stabilisé.

¹² Rappelons que les informations demandées aux sites pour les cas traités avant le début de l'évaluation ont été limitées à l'âge, aux préconisations et aux financements (se reporter à la méthodologie).

¹³ Ces échantillons empiriques limitent le poids des départements les plus avancés (à 100 au maximum dont 50 au maximum avant et 50 au maximum après le début de l'évaluation) et intègrent tous les cas traités pour la période considérée par les départements qui sont devenus opérationnels plus tardivement. Ils fournissent ainsi une image qui intègre dans une certaine mesure l'évolution en cours des SVA, évolution qui rend par contre impossible ou vain l'application du critère de représentativité, au sens statistique mais aussi statique du terme.

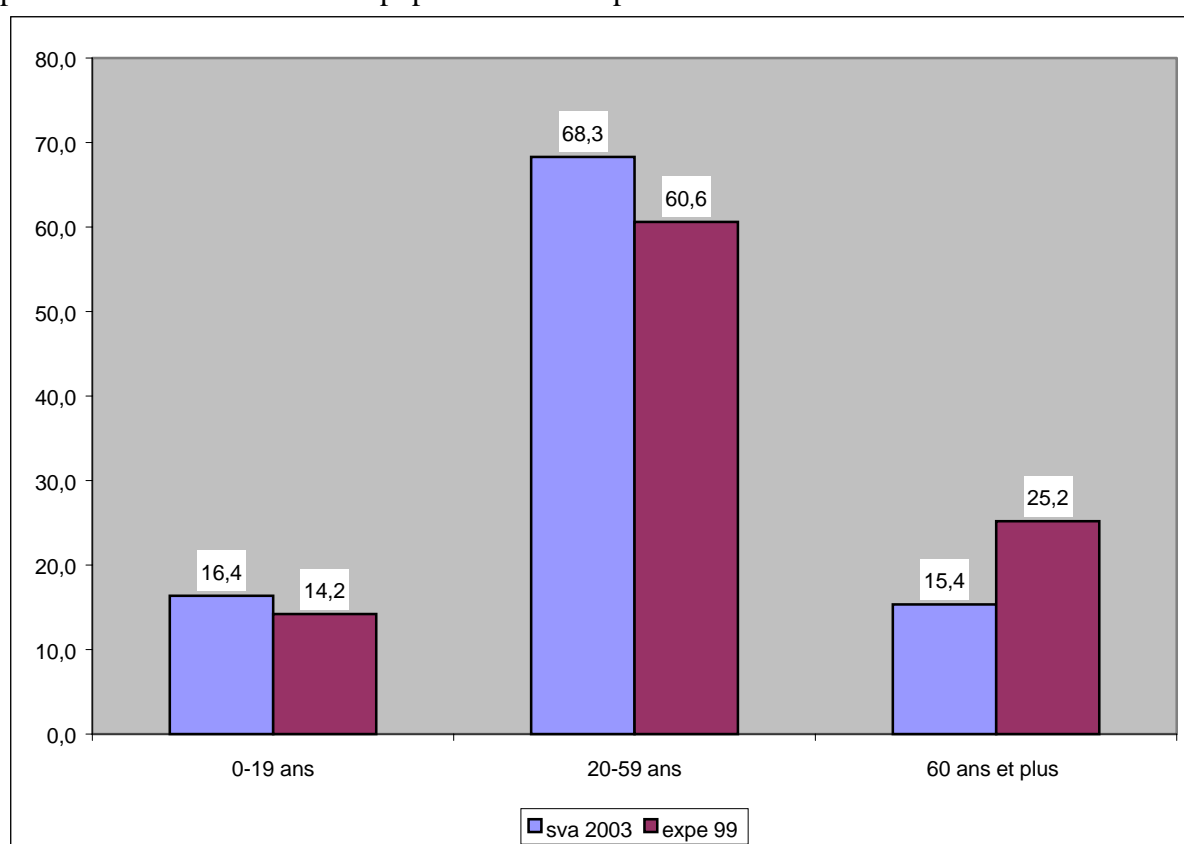
3.1. Principales caractéristiques de la population des SVA

Nous décrivons la population des SVA, en termes d'âge, de sexe, de situation familiale, de mode d'hébergement et de niveau des ressources mais aussi en fonction des types de déficiences et de leurs origines.

3.1.1. Age et sexe de la population des bénéficiaires

Au sein des 1778 personnes considérées, les jeunes et les personnes de moins de 60 ans se trouvent davantage représentées qu'elles ne l'étaient lors de l'expérimentation de 1997-1999, les 60 ans et plus étant relativement moins nombreux qu'à l'époque (cf. figure 3).

Figure 3. Répartition selon l'âge de la population des bénéficiaires des sites ou dispositifs pour la vie autonome et de la population de l'expérimentation de 1997-1999.



Champ : 2003 : population des 1778 bénéficiaires des dispositifs dans 28 départements ; 1999 : population des 1158 personnes incluses dans l'expérimentation dans 4 départements. CTNERHI, décembre 2003

Ce résultat renvoie certainement pour partie aux critères restrictifs introduits dans certains départements pour l'entrée dans le dispositif des plus âgés. Il faut aussi remarquer que les pratiques des dispositifs ont pu être marquées par la tradition des réseaux antérieurs, plus naturellement orientés vers les personnes de moins de 60 ans. L'extension des réseaux, souvent rapide au stade actuel, est susceptible de modifier les flux des divers groupes d'âge.

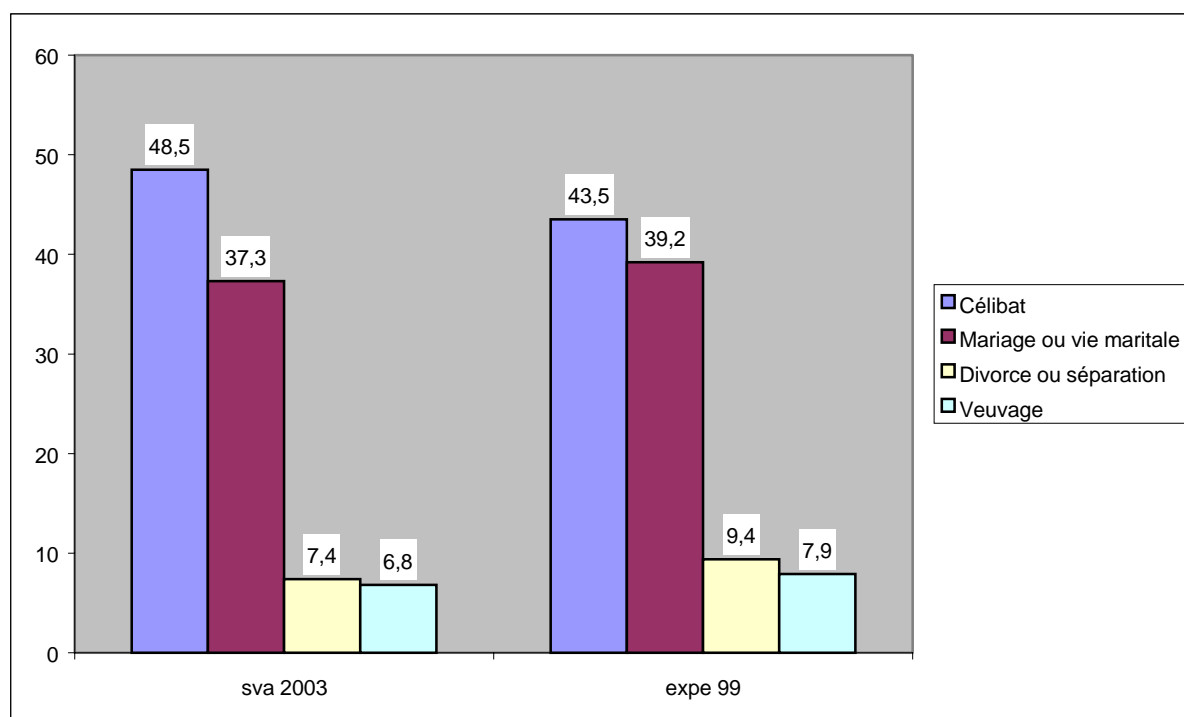
D'ailleurs, la proportion des plus de 60 ans a un peu augmenté, entre notre premier rapport portant sur 802 cas et celui-ci, passant de 14,2% à 15,4%. Cette proportion demeure toutefois très en dessous de son niveau¹⁴ au sein de la population des utilisateurs d'aides techniques ou/et d'aménagements. Ainsi, se confirme que le nouveau dispositif pour la vie autonome ne draine qu'assez faiblement la demande potentielle des plus âgés.

La population, tous âges confondus, se compose majoritairement de personnes de sexe masculin (52,1%), proportion assez proche de celle observée lors de l'expérimentation de 97-99 (53,7%). Mais, cette prédominance du sexe masculin ne concerne en fait que les moins de vingt ans (57,1% contre 42,9% pour le sexe féminin) et les 20-59 ans (54,8% contre 45,2%). Chez les plus de 60 ans, par contre et en conformité avec les connaissances épidémiologiques, c'est le sexe féminin qui est largement majoritaire (61,9% contre 38,1%).

3.1.2. Situation familiale et mode d'hébergement

La situation familiale des personnes en situation de handicap, bénéficiaires des dispositifs, se caractérise par une proportion plus élevée de célibataires (47,2%) que de personnes mariées ou vivant en couple (38,3%). La différence entre ces deux catégories est plus marquée que dans la population de l'expérimentation mais ceci renvoie pour partie au fait que les moins de vingt ans sont aussi relativement plus nombreux dans la population des SVA 2003. La structure d'ensemble est par ailleurs assez semblable dans les deux populations.

Figure 4. Répartition selon la situation familiale de la population des bénéficiaires des sites ou dispositifs pour la vie autonome et de la population de l'expérimentation de 1997-1999.



Champ : 2003 : population de 812 bénéficiaires des dispositifs dans 26 départements (tout âge) ; 1999 : population des 1158 personnes incluses dans l'expérimentation dans 4 départements (tout âge).
CTNERHI, décembre 2003

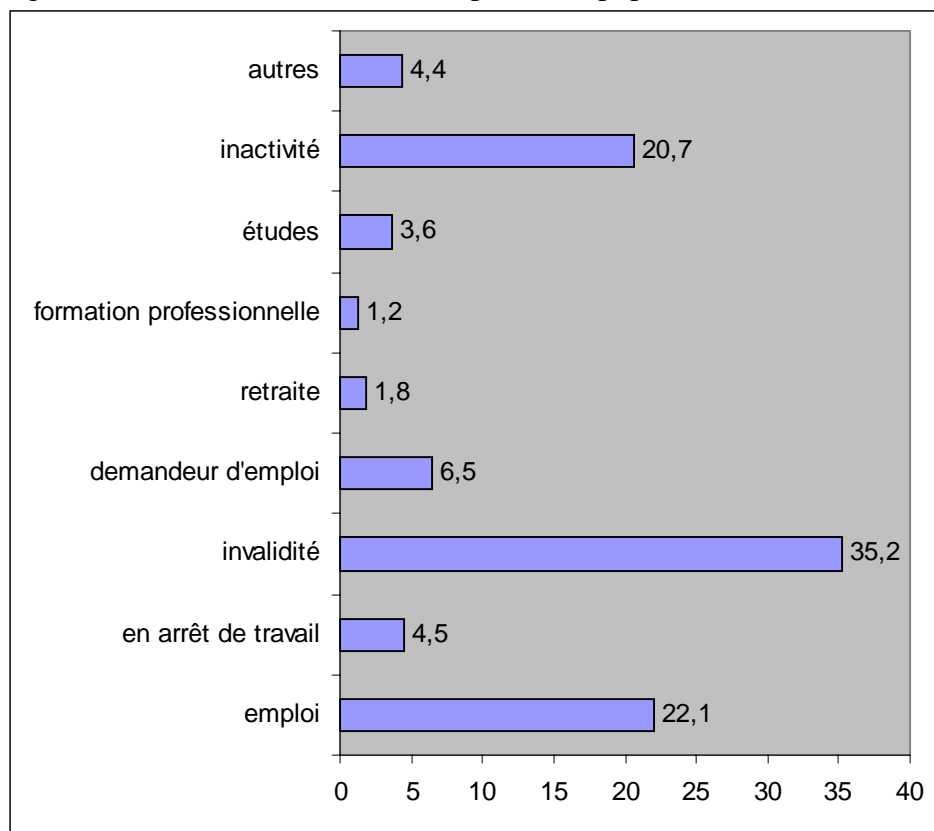
¹⁴ Rappelons qu'en termes de prévalence, les 60 ans et plus représentent environ 60% de la population des utilisateurs d'aides techniques ou/et d'aménagements.

Plus des neuf dixièmes de la population bénéficiaire des SVA vit à domicile, mais la population accueillie en institution se trouve aussi représentée et elle l'est sensiblement davantage que lors de l'expérimentation (6% vit en établissement contre 2% lors de l'expérimentation et 1% en maison de retraite contre 2%).

3.1.3. Situation vis-à-vis de l'emploi et ressources

Au sein de la population des 20-59 ans, l'occupation d'un emploi est une situation minoritaire : 22,1% ont une activité professionnelle effective au moment de l'enquête et 4,5% sont en arrêt de travail. La situation d'invalidité concerne plus du tiers des personnes et l'inactivité (hors invalidité) un cinquième.

Figure 5. Situation vis-à-vis de l'emploi de la population des 20-59 ans



Champ : 2003 : population de 494 bénéficiaires des dispositifs dans 26 départements (47 non répondants exclus)
CTNERHI, décembre 2003

Les ressources des ménages de la population sont en moyenne de 1150,55 € par unité de consommation (selon l'échelle de l'INSEE)¹⁵. Une image de ces ressources exprimées en termes de Quotient familial est fournie dans le tableau suivant qui propose une répartition en quatre grands groupes : deux extrêmes équilibrés en nombre et deux intermédiaires également équilibrés.

Tableau 18. Répartition de la population selon les ressources de ménages par unité de consommation (n=647 répondants, (NR=178))

| Tranches | N | % | Moyenne | Min | Max |
|-----------------|-----|----|---------|------|------|
| <569 €RUC | 64 | 10 | 396 | 106 | 566 |
| 569€≤ RUC <1067 | 259 | 40 | 827 | 569 | 1064 |
| 1067≤RUC<1795 | 259 | 40 | 1371 | 1067 | 1790 |
| 1795≤RUC | 65 | 10 | 2306 | 1795 | 4941 |

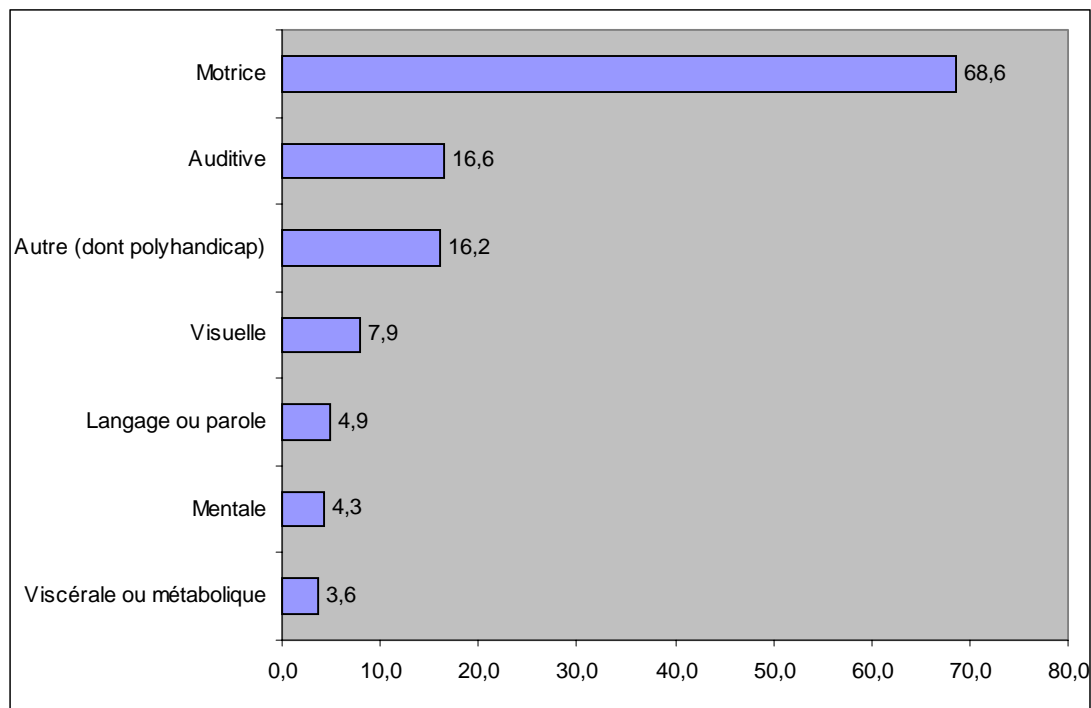
CTNERHI, décembre 2003

3.1.4. Types de déficiences

La population des bénéficiaires des SVA est diversifiée du point de vue des types de déficiences auxquelles elle se trouve confrontée. Lors de l'expérimentation, les déficiences motrices étaient déclarées par 90% des personnes en situation de handicap. Aujourd'hui, la proportion correspondante se situe à 68,6%, avec corrélativement une représentation plus forte des déficiences sensorielles (24,5%, contre 19,4% lors de l'expérimentation). En outre, les déficiences sensorielles se trouvaient alors fréquemment associées à des déficiences motrices. Or l'analyse par groupes exclusifs de déficiences montre que tel n'est plus le cas actuellement : la proportion de personnes qui sont exclusivement atteintes de déficiences auditives se situe à 15,7%, celle des personnes exclusivement atteintes de déficiences visuelles, sensiblement plus faible toutefois que la précédente, se situe à 6% (contre 6% lors de l'expérimentation pour les deux groupes réunis). Par contre, les déficiences mentales demeurent encore peu représentées.

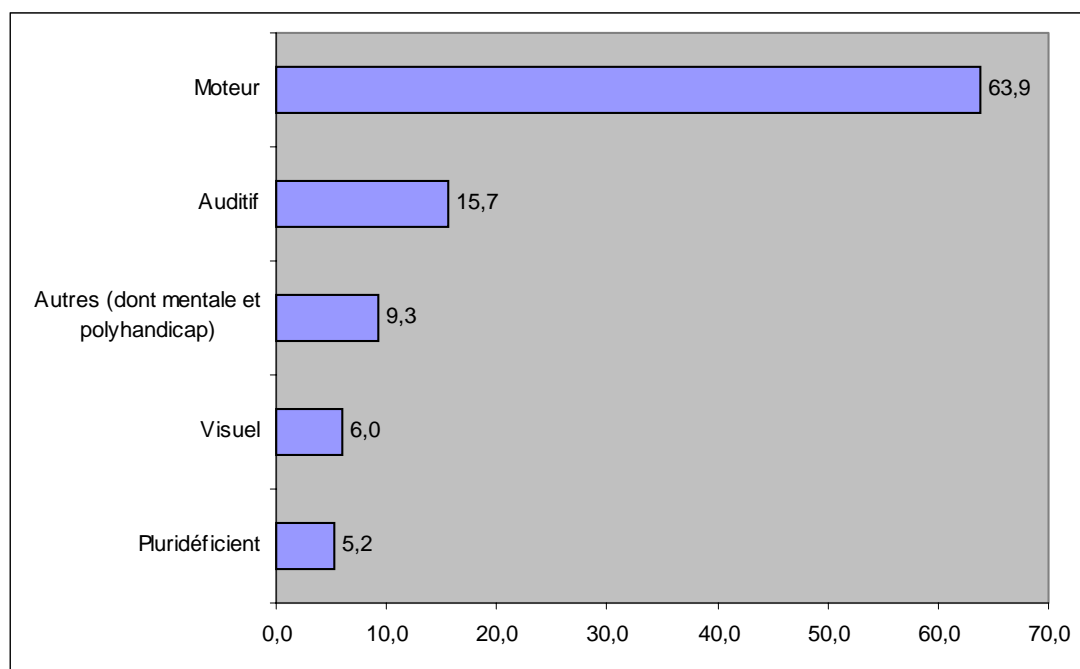
¹⁵ Dans cette échelle, la première personne d'un ménage, de plus de 14 ans, compte pour une unité, les suivantes pour 0,5 unité tandis que les enfants d'au plus 14 ans comptent chacun pour 0,3 quel que soit leur rang. Ainsi se calcule un coefficient par lequel sont divisées les ressources du ménage pour établir le Quotient familial.

Figure 6. Proportion de personnes affectées par un type de déficience (groupes non exclusifs)



Champ : 2003 : population de 825 bénéficiaires des dispositifs dans 26 départements , proportions calculées sur les répondants (n=773)
CTNERHI, décembre 2003

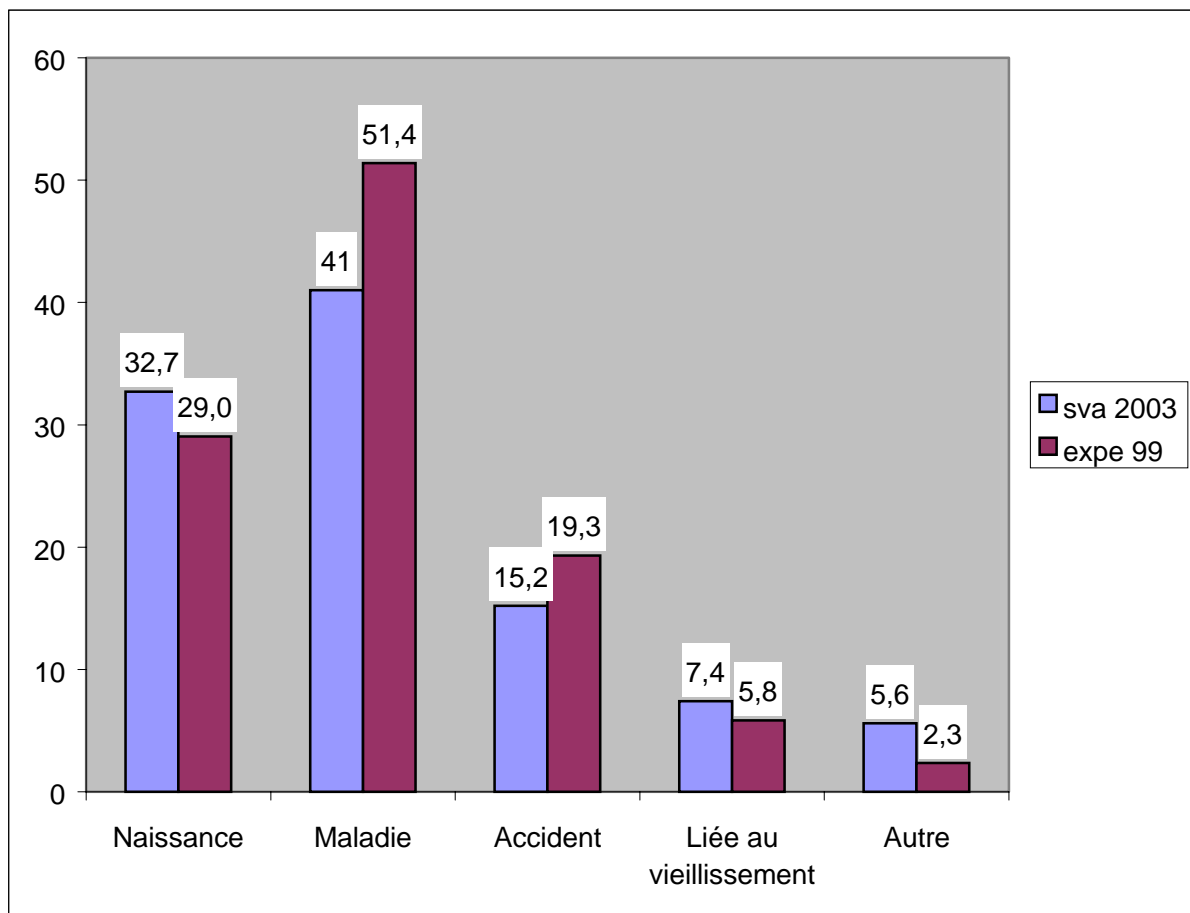
Figure 7. Répartition de la population des bénéficiaires en groupes exclusifs de déficiences



Champ : 2003 : population de 825 bénéficiaires des dispositifs dans 26 départements, proportions calculées sur les répondants (n=773)
CTNERHI, décembre 2003

Les origines des déficiences avaient été très sensiblement mieux renseignées lors de l'expérimentation que dans la présente enquête, les informations correspondantes ne nous ayant été transmises que pour 664 personnes (sur 825). On observe une plus forte prévalence aujourd'hui des origines congénitales ou néo-natales (32,7% contre 29%) et en même temps des origines liées au vieillissement (7,4% contre 5,8%). Corrélativement, apparaissent en baisse les origines liées aux maladies et aux accidents. Ces différences traduisent respectivement une pratique des SVA davantage orientée, d'une part vers les jeunes, mais aussi, d'autre part, vers les déficiences sensorielles.

Figure 8. Répartition selon les origines des déficiences de la population des bénéficiaires des sites ou dispositifs pour la vie autonome et de la population de l'expérimentation de 1997-1999.



Champ : 2003 : population de 825 bénéficiaires des dispositifs dans 26 départements ; 1999 : population des 1158 personnes incluses dans l'expérimentation dans 4 départements. Proportions calculées sur les répondants : 664 pour la première, 1151 pour la seconde CTNERHI, janvier 2004

3.2. Les solutions de compensation financées

Plus de 80% des personnes ont bénéficié d'une préconisation et d'un financement dans le domaine des aides techniques, 75% dans ce domaine seulement et 6,2% dans le domaine des aides techniques mais aussi dans le domaine des aménagements. Dans ce dernier domaine, les solutions de compensation ont concerné un peu moins du quart de la population (soit dans ce domaine seulement (18,8%), soit en combinaison avec celui des aides techniques (6,2%)). Celles-ci sont relativement moins nombreuses que dans l'expérimentation de 1997-1999 (cf. tableau 17) mais ceci peut simplement renvoyer au fait que les demandes d'aménagement aboutissant plus lentement que les demandes d'aides techniques, le flux de l'enregistrement de leurs financements se trouve décalé. D'ailleurs, depuis le précédent rapport, les proportions se sont rapprochées.

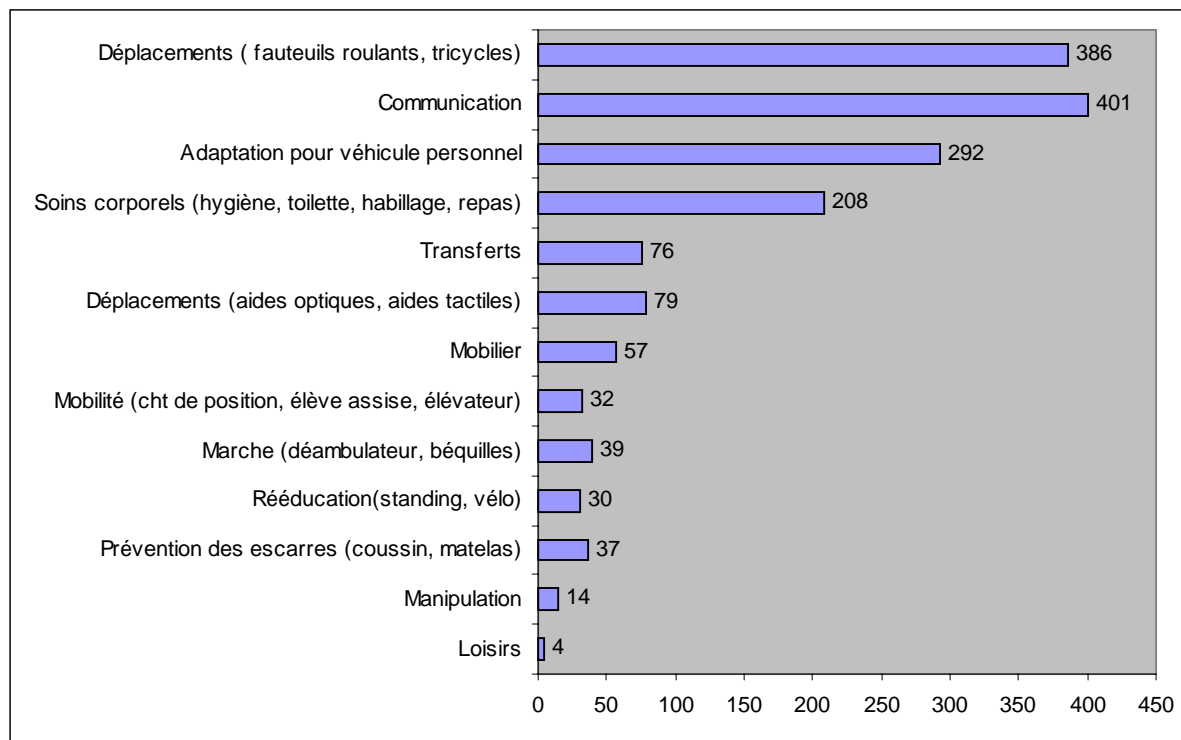
Tableau 19. Les solutions de compensation financées aux bénéficiaires des dispositifs pour la vie autonome

| Solutions de compensation | 2003 | | 1999 | |
|----------------------------------|------|------|------|------|
| | N | % | N | % |
| Aides techniques seulement | 1333 | 75 | 419 | 70,3 |
| Aménagements seulement | 334 | 18,8 | 121 | 20,3 |
| Aides techniques et aménagements | 111 | 6,2 | 56 | 9,4 |
| Ensemble | 1778 | 100 | 596 | 100 |

Champ : 2003: population des 1778 derniers bénéficiaires des dispositifs dans 21 départements ; 1999 : population de 596 bénéficiaires de financements lors de l'expérimentation dans 4 départements. CTNERHI, décembre 2003

Les types d'aides techniques qui sont largement les plus représentées, au sein de la population considérée ici, sont les aides à la communication, les fauteuils roulants, les adaptations pour véhicule personnel et celles qui peuvent être utilisée pour l'hygiène, la toilette, l'habillement et les repas (cf. figure suivante).

Figure 9. Nombre de personnes ayant bénéficié d'un type d'aide technique¹⁶



Champ : population de 1728 derniers bénéficiaires des dispositifs dans 25 départements.
CTNERHI, décembre 2003

Les aménagements ont concerné presque exclusivement le domicile avec pour :

- son intérieur : 328 cas recouvrant le plus souvent un mais parfois plusieurs des aménagements suivants :
 - . ouverture-fermeture des portes : 22 cas ; ouverture-fermeture des volets : 18 cas
 - . aire de circulation : 65 cas
 - . salle de bains : 148 cas
 - . wc : 29 cas
 - . plan incliné : 13 cas
 - . plateforme élévatrice : 15 cas
 - . chaise monte escalier : 28 cas
 - . chenillette : 2 cas
 - . aménagement de chambre : 11 cas
 - . aménagement de cuisine : 3 cas
 - . autres aménagements ou extensions : 53 cas
 - . domotique : 4 cas ; chauffage : 2 cas
- son accès et son environnement : 43 cas recouvrant un ou plusieurs des éléments suivants :
 - . porte principale ou portail : 11 cas
 - . aire de circulation : 3 cas
 - . plan incliné : 9 cas
 - . ascenseur : 7 cas ; autre matériel d'élévation 2 cas
 - . autres adaptations : 18 cas
- ses équipements : 11 cas

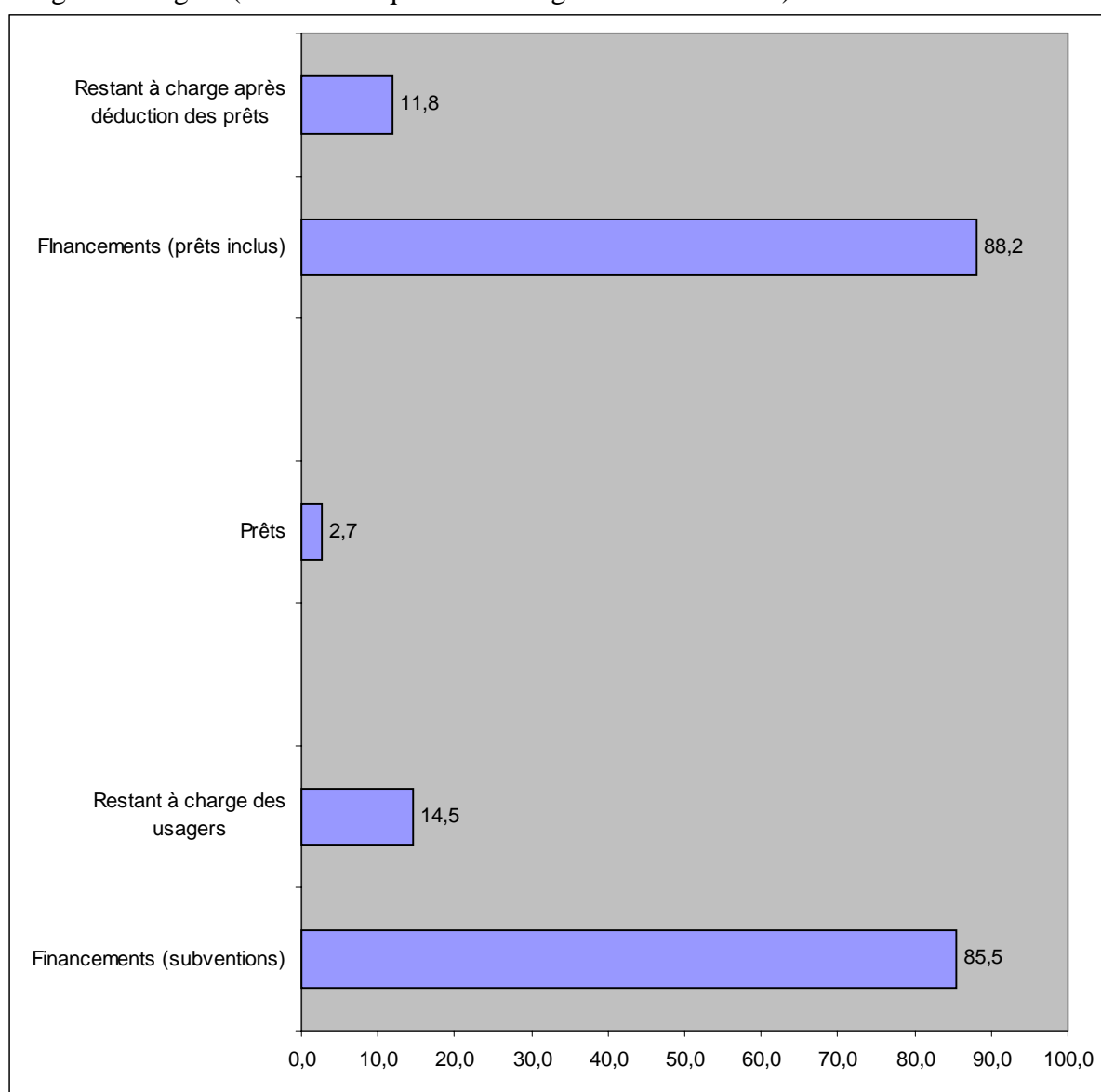
En ce qui concerne le domaine de l'emploi, un seul aménagement de poste a été enregistré.

¹⁶ Cf. liste détaillée des aides en annexe.

3.3. Coûts des solutions de compensation, financement global et restant à charge

Les solutions de compensation financées aux 1778 personnes, aides techniques et aménagements confondus, ont eu un coût global de 9. 841. 163 € et un coût moyen de 5534,96 € (soit, exprimé en francs de 36308F contre 35288F lors de l'expérimentation 1997-1999). Le restant à charge des usagers est passé de 22,5%, dans le cadre de l'expérimentation de 1997-1999, à 11,8% aujourd'hui si l'on intègre les prêts dans le financement et à 14,5% dans le cas contraire.

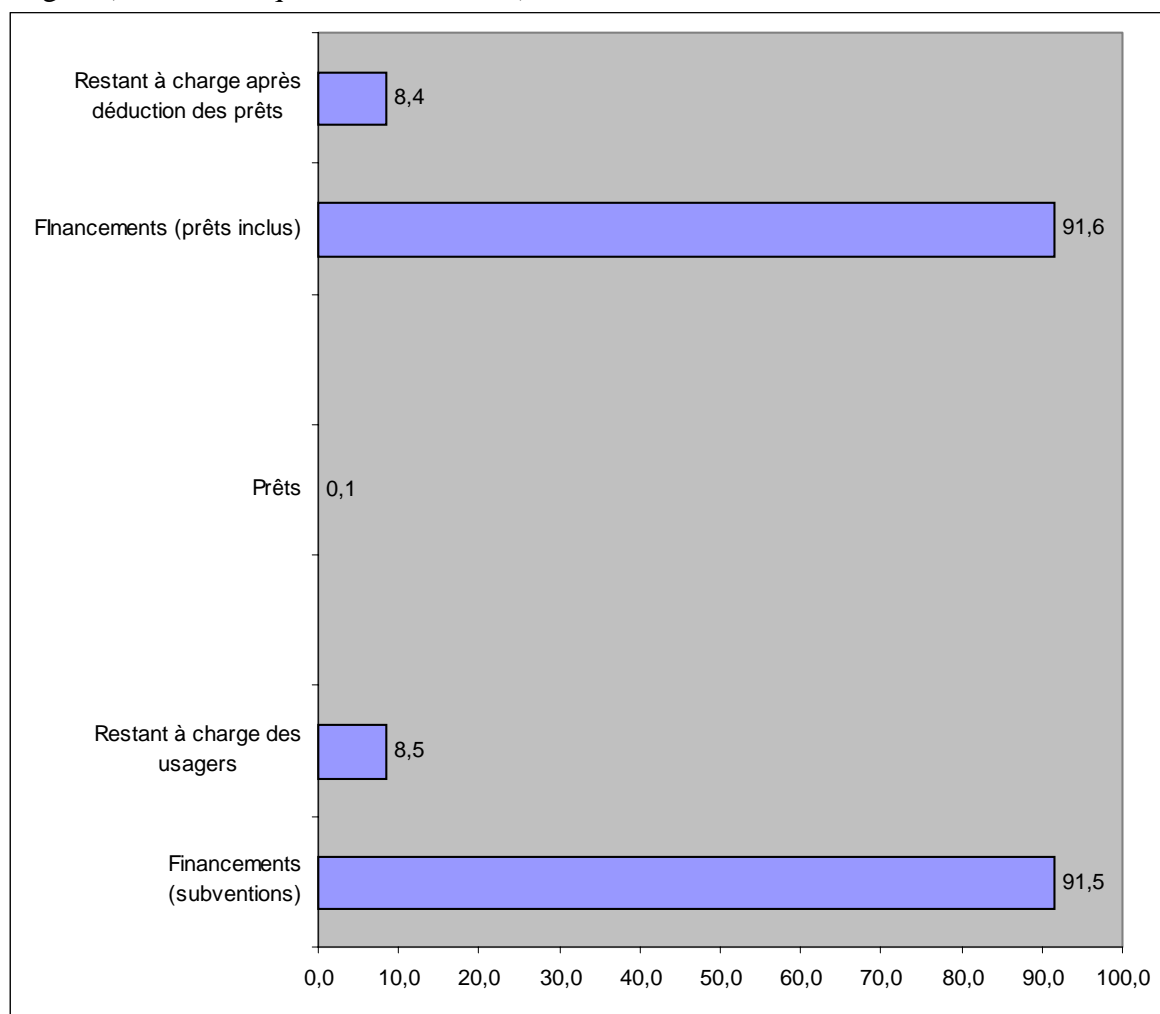
Figure 10. Financement des solutions de compensation dans le cadre des SVA et restant à charge des usagers (aides techniques et aménagements confondus)



Champ : 2003: population de 1778 bénéficiaires des dispositifs dans 28 départements ; CTNERHI, décembre 2003

Lorsque les solutions de compensation n'incluent que les aides techniques, ce qui a été le cas dans cette enquête pour 1333 bénéficiaires des dispositifs, le coût moyen est très sensiblement inférieur, exactement ici de 4279,87 € (28 075 F contre 21 723 F lors de l'expérimentation¹⁷). Le restant à charge des usagers est passé de 11,9%, dans le cadre de l'expérimentation de 1997-1999, à 8,4% aujourd'hui si l'on intègre les prêts dans le financement et à 8,5% dans le cas contraire, la différence entre ces deux options apparaissant pratiquement négligeables, compte tenu du fait que la pratique des prêts est très rare dans le domaine exclusif des aides techniques (0,1% du coût pour l'ensemble).

Figure 11. Financement des aides techniques dans le cadre des SVA et restant à charge des usagers (aides techniques exclusivement)



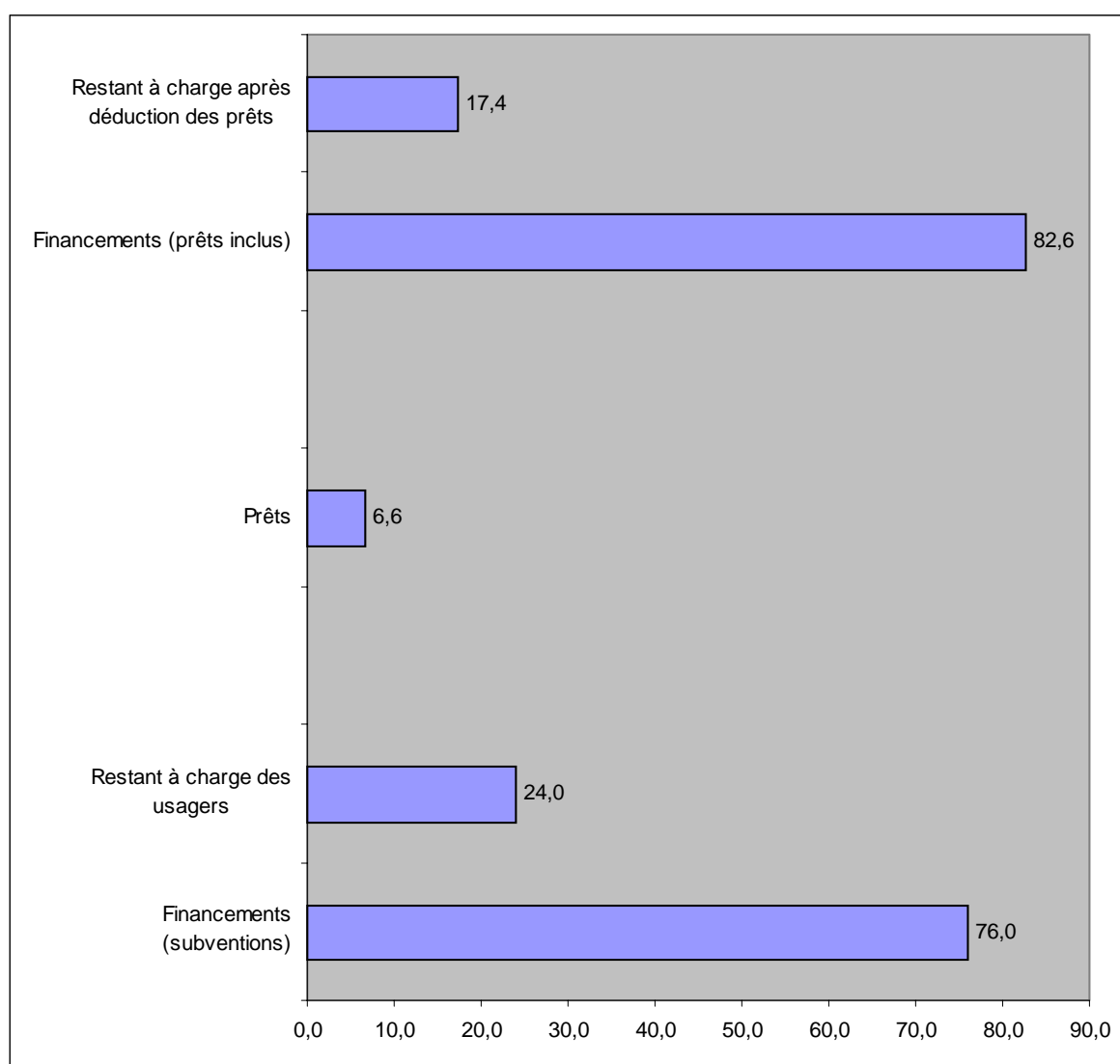
Champ : 2003: population des 1333 bénéficiaires d'aides techniques exclusivement au sein de la population des 1778 bénéficiaires des dispositifs dans 28 départements.

CTNERHI, décembre 2003

¹⁷ Le coût de 99 inclut les aides techniques prescrites seules et les aides techniques prescrites en même temps que des aménagements. Or ces dernières ont, semble-t-il, un coût moyen moins élevé (cf. le groupe correspondant de la présente enquête).

Lorsque les solutions de compensation n'incluent que les aménagements, ce qui a été le cas dans cette enquête pour 334 bénéficiaires des dispositifs, le coût moyen est très sensiblement supérieur, exactement ici de 9559,38 € (62 700 F contre 60 526 F lors de l'expérimentation¹⁸) Le restant à charge des usagers est passé de 32,7%, dans le cadre de l'expérimentation de 1997-1999, à 17,4% aujourd'hui si l'on intègre les prêts dans le financement et à 24% dans le cas contraire, la différence entre ces deux options apparaissant ici très significative, compte tenu du fait que la pratique des prêts, fréquente de la part, notamment, de l'ALGI apporte une contribution moyenne d'ensemble de 6,6% au financement.

Figure 12. Financement des aménagements dans le cadre des SVA et restant à charge des usagers (aménagements exclusivement)

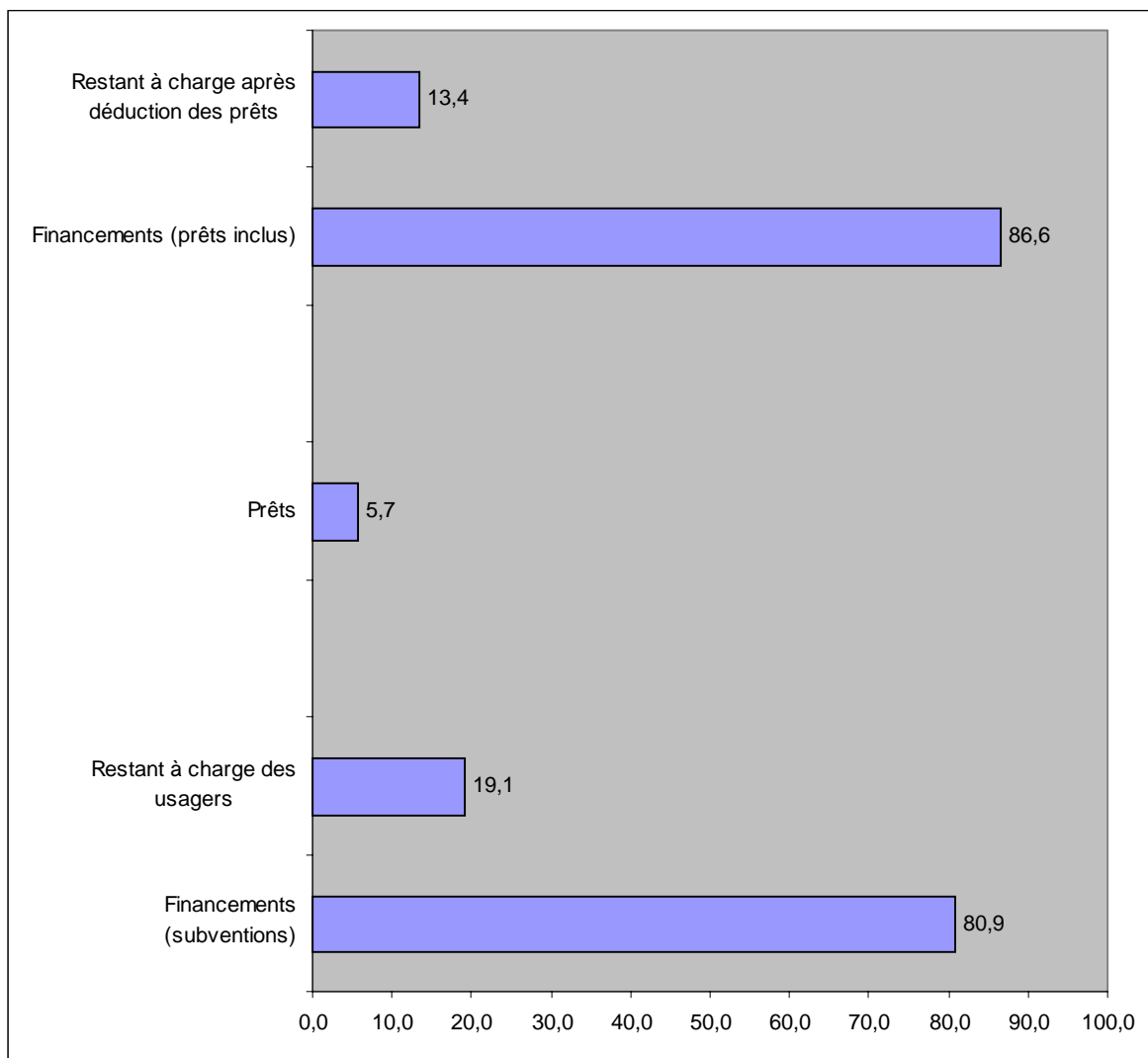


Champ : 2003: population des 334 bénéficiaires d'aménagements exclusivement au sein de la population des 1778 bénéficiaires des dispositifs dans 28 départements.
CTNERHI, décembre 2003

¹⁸ La remarque de la note précédente s'applique aussi aux aménagements.

Dans le cas où les solutions de compensation ont associé des aides techniques et des aménagements, leur coût moyen est en fait inférieur non seulement au cumul des deux coûts moyens correspondants mais aussi au coût moyen des aménagements. Ceci signifie que dans ce troisième groupe les préconisations de l'un et de l'autre type de solution ont, en moyenne, un coût sensiblement moins élevé¹⁹. Il tend toutefois à se rapprocher de celui des aménagements, se situant, ici, à hauteur de 8497,89 €. Le restant à charge est quant à lui davantage dans une position intermédiaire : 13,4%, si l'on intègre les prêts dans le financement, 19,1% dans le cas contraire.

Figure 13. Financement des aides techniques associées à des aménagements dans le cadre des SVA et restant à charge des usagers (association d'aides techniques et d'aménagements)



Champ : 2003: population des 111 bénéficiaires de solutions associant aides techniques et aménagements au sein de la population des 1778 bénéficiaires des dispositifs dans 28 départements.

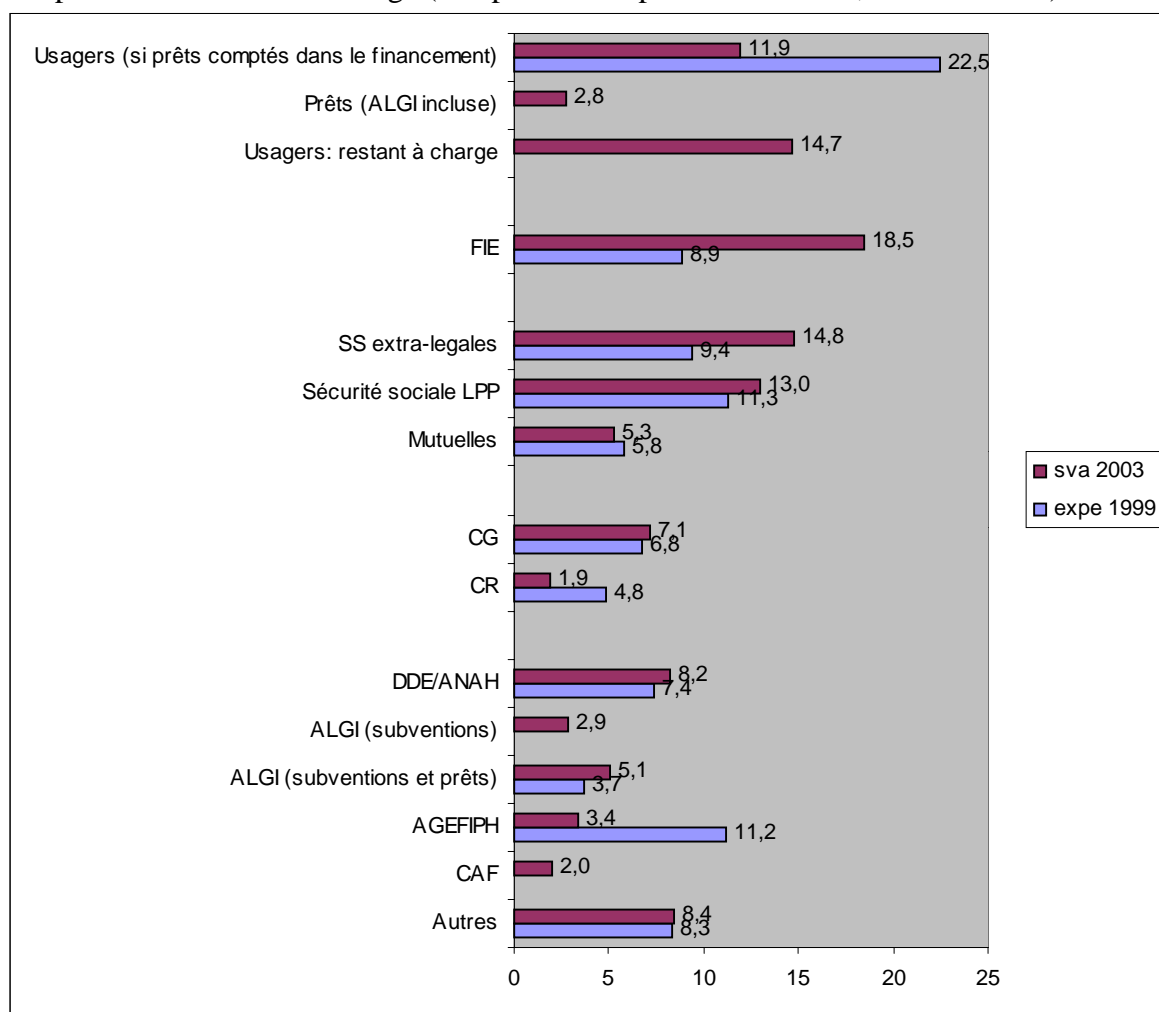
CTNERHI, décembre 2003

¹⁹ C'est bien toutefois dans ce troisième groupe que se situe la préconisation au coût le plus élevé : 56 960 € (contre un maximum de 56 146 € pour les aménagements et de 35 028 € pour les aides techniques).

3.4. Les financements : répartition globale et par domaine

Pour 1725 bénéficiaires²⁰, une information a pu être obtenue pour chacun des financeurs impliqués. C'est sur cette base très proche de la base globale considérée jusqu'ici, avec un coût moyen des aides et un restant à charge un peu plus élevés (coût moyen : 5575,9 € contre 5534,96 €; RAC : 11,9% contre 11,8%), que nous avons établi la répartition globale des financements (toutes solutions de compensation confondues) (cf. figure suivante), la répartition relative aux aides techniques et celle relative aux aménagements (cf. figures correspondantes, ci-après). Dans la mesure du possible, nous les avons comparées aux répartitions des financements observées lors de l'expérimentation.

Figure 14. Contributions relatives des divers partenaires au financement des solutions de compensation et restant à charge (comparaison expérimentation 99, données 2003)



Champ : 2003: population de 1725²¹ derniers bénéficiaires des dispositifs dans 27 départements ; 1999 : population de 596 bénéficiaires de financements lors de l'expérimentation dans 4 départements. CTNERHI, décembre 2003

²⁰ Un département qui ne distingue pas la part de chacun des financeurs principaux nous a fourni des informations globales incluses dans les 1778 cas mais non des informations par type de financeur et ne se trouve donc pas pris en compte dans les analyses correspondantes.

²¹ Ces 1725 bénéficiaires cumulent les 1 297 bénéficiaires d'aides techniques exclusivement considérés dans le cadre de la figure 15, les 320 bénéficiaires d'aménagements exclusivement considérés dans le cadre de la figure 16 ainsi que 108 bénéficiaires des deux types d'aides.

La mobilisation significativement beaucoup plus importante du Fonds de l'Etat qui a plus que doublé²² (18,5% contre 8,9%) ne s'est pas traduite par un désengagement des autres partenaires.

La Sécurité Sociale, par le biais de ses prestations extra-légales, a accru sa contribution de manière significative surtout dans le domaine des aides techniques (de 13,6% à 18,7%) mais aussi dans celui des aménagements (de 6,8% à 9,2%).

Dans ce dernier domaine, les contributions relatives de l'ANAH et de l'ALGI augmentent aussi sensiblement, passant pour la première de 14,5% à 20,9% et pour la seconde de 7,2% à 12,2% (prêts inclus).

Les Conseils Généraux se sont un peu mieux mobilisés qu'en 1999, surtout si l'on considère que leur contribution en 99 incluait celle des CCASS, alors que celle-ci est incluse dans la catégorie « autres » aujourd'hui.

La baisse relative de la contribution des Conseils Régionaux est liée à la représentation forte, lors de l'expérimentation, d'un Conseil Régional très mobilisé sur la question de la compensation.

La contribution des Mutuelles reste relativement stable, avec toutefois un léger recul dans le domaine des aides techniques. Mais outre que celui-ci est peu significatif, il peut recouvrir un biais d'imputation²³.

La contribution des autres financeurs, souvent qualifiés de secondaires apparaît très proche de celle qu'ils apportèrent lors de l'expérimentation²⁴ dans le cadre de la généralisation du dispositif, ils continuent donc à être sollicités. Les contributions respectives de ceux qui ont pu être identifiés au cours de la seconde enquête s'établissent comme suit : CRAM : 0,67% ; Caisses de retraite : 1,57%, Employeurs : 0,56%, CCAS : 1,27% ; Associations : 0,95%. Toutes ces contributions représentent, au total, 5% environ du coût des solutions. Les contributions de ceux qui n'ont pas été identifiés s'élèvent par ailleurs à 3,64%, donnant finalement à la catégorie des autres financeurs un poids relativement important (8,67% dans la seconde phase, 8,4% pour les deux phases réunies).

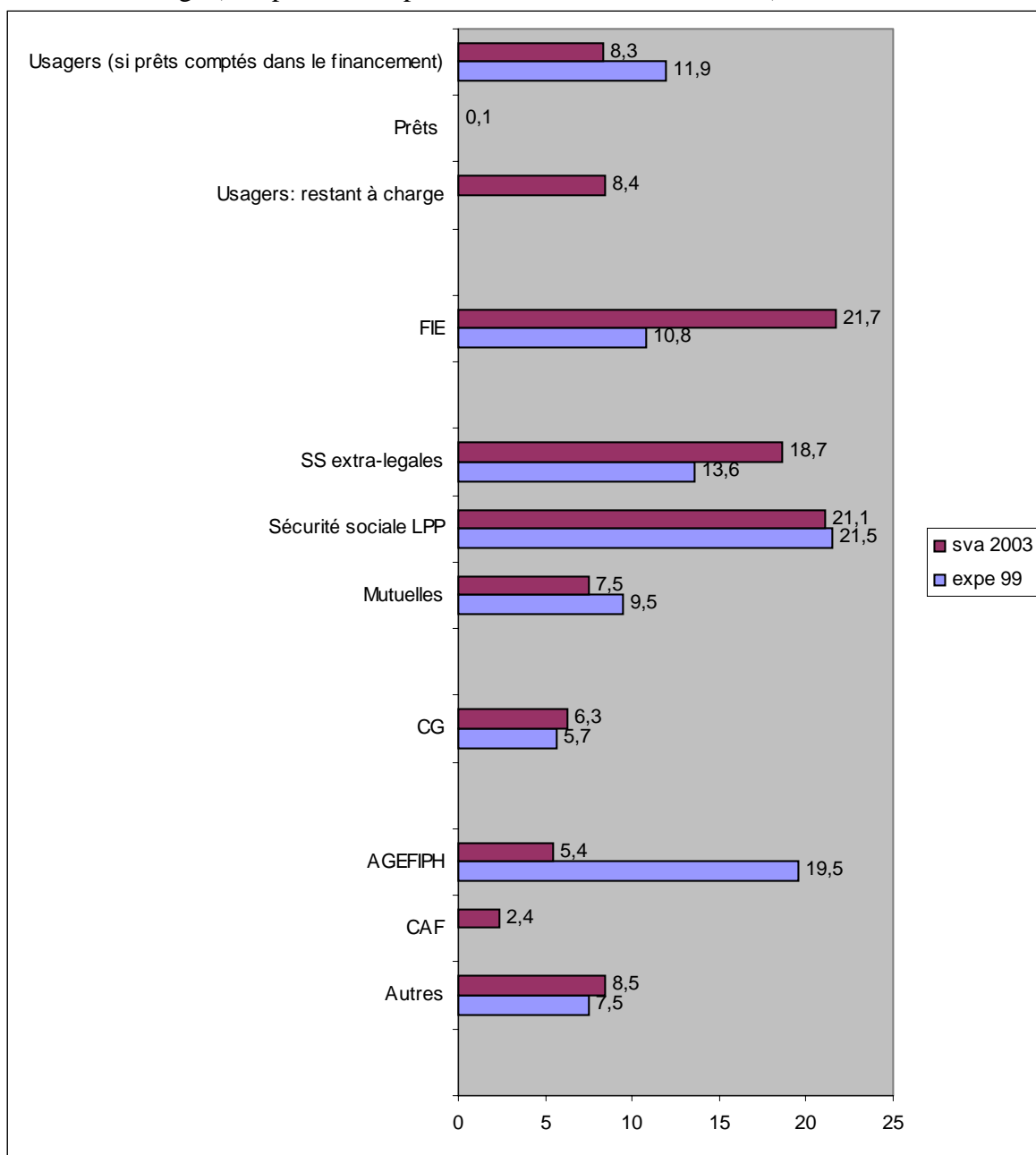
La contribution relative de l'AGEFIPH connaît une chute très sensible, dans les deux domaines, qui renvoie à une inclusion sensiblement plus faible, dans les dispositifs, des demandes concernant l'emploi.

²² la part du fonds consacrée aux aides est passée de 350 000F, lors de l'expérimentation, à 1.000.000F (150 000€), en moyenne par département.

²³ En 1999 les catégories « mutuelles » et « mutuelles extra-légales » étaient distinguées ; en 2003, dans les tableaux récapitulatifs très synthétiques, une seule catégorie a été prévue (« mutuelles »), les financements extra-légaux des mutuelles ont pu être classés dans la catégorie « autres » par les sites.

²⁴ La catégorie autres n'incluait pas les CCAS dans les données de 99 mais incluait par contre la CAF, aujourd'hui identifiée à part.

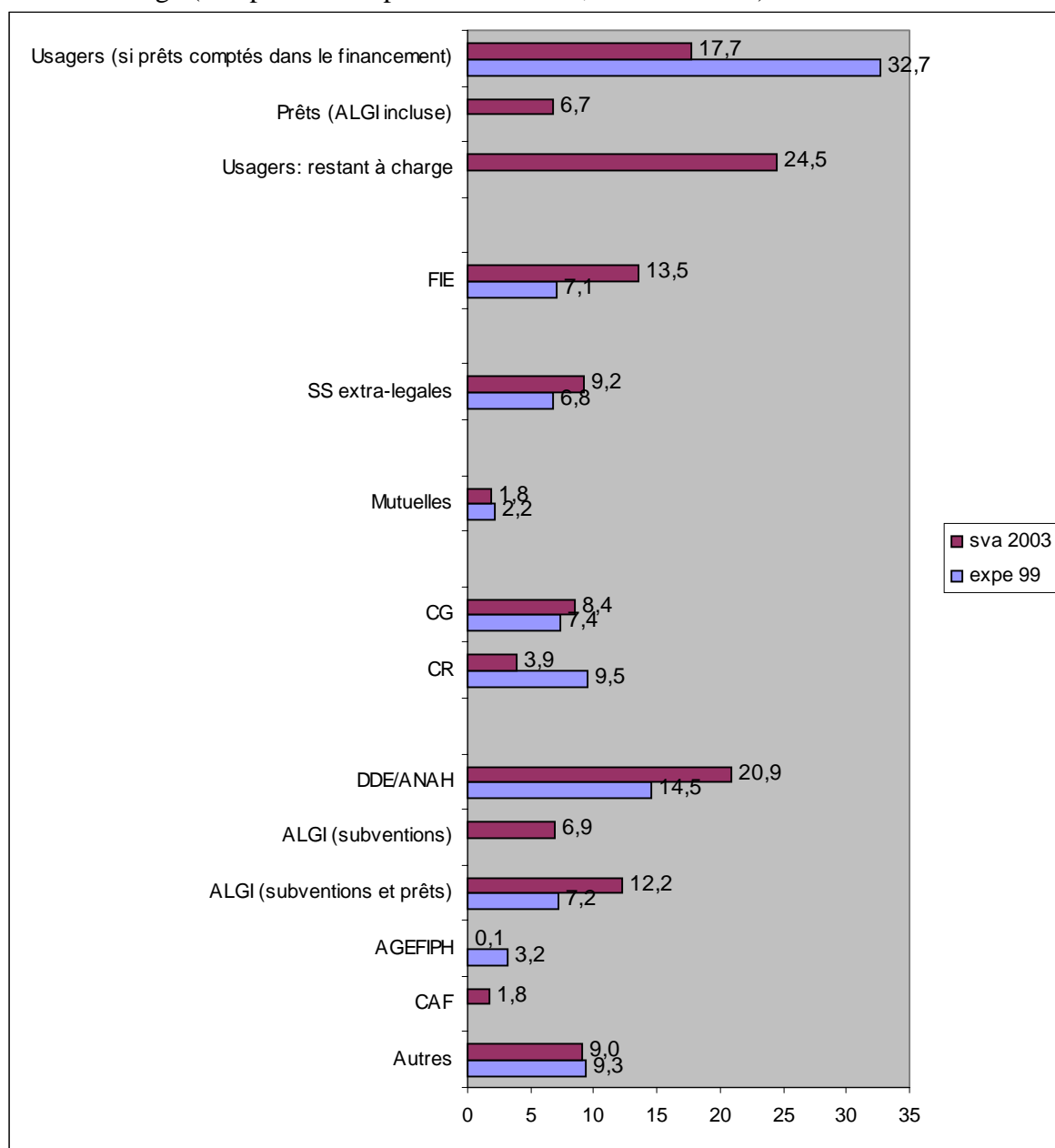
Figure 15. Contributions relatives des divers partenaires au financement des aides techniques et restant à charge (comparaison expérimentation 99, données 2003)



Champ : 2003: population de 1297 bénéficiaires d'aides techniques dans 27 départements (aides techniques seulement); 1999 : population de 475 bénéficiaires de financements lors de l'expérimentation dans 4 départements.

CTNERHI, décembre 2003

Figure 16. Contributions relatives des divers partenaires au financement des aménagements et restant à charge (comparaison expérimentation 99, données 2003)



Champ : 2003: population de 320 bénéficiaires des dispositifs dans 27 départements (aménagements seulement); 1999 : population de 177 bénéficiaires de financements lors de l'expérimentation dans 4 départements.

CTNERHI, décembre 2003

3.5. Variations des coûts et des financements

Nous analyserons successivement les variations des coûts et des financements selon l'âge, selon les ressources des ménages par unité de consommation et selon les principaux types d'aides techniques.

3. 5. 1. Variations selon l'âge

Le coût moyen des solutions de compensation (aides techniques et aménagements confondus) est plus élevé pour les moins de 20 ans (6749,69 €), que pour les 20-59 ans (5326,68 €) et que pour les 60 ans et plus (5168,49 €). Cet ordre s'observe quel que soit le type de solution de compensation considéré : aide(s) technique(s) seulement, aménagements seulement, ou aides techniques et aménagements. Toutes solutions confondues, c'est pour les 20-59 ans que le restant à charge moyen est le moins élevé, près de deux fois moins que pour les personnes de 60 ans et plus. Ces dernières apparaissent les plus mal loties dans le domaine des aides techniques avec un restant à charge de 20,3%, soit 4 fois plus que chez les 0-19 ans et près de 3 fois plus que chez les 20-59 ans. Dans le domaine des aménagements, c'est, par contre, pour les jeunes que les restants à charge apparaissent les plus élevés mais il est à noter que le coût moyen des aménagements dont ils ont bénéficié est près de deux fois plus élevé que ceux observés pour les deux autres tranches d'âge

Tableau 20. Coût moyen des solutions de compensation et restants à charge par tranche d'âge

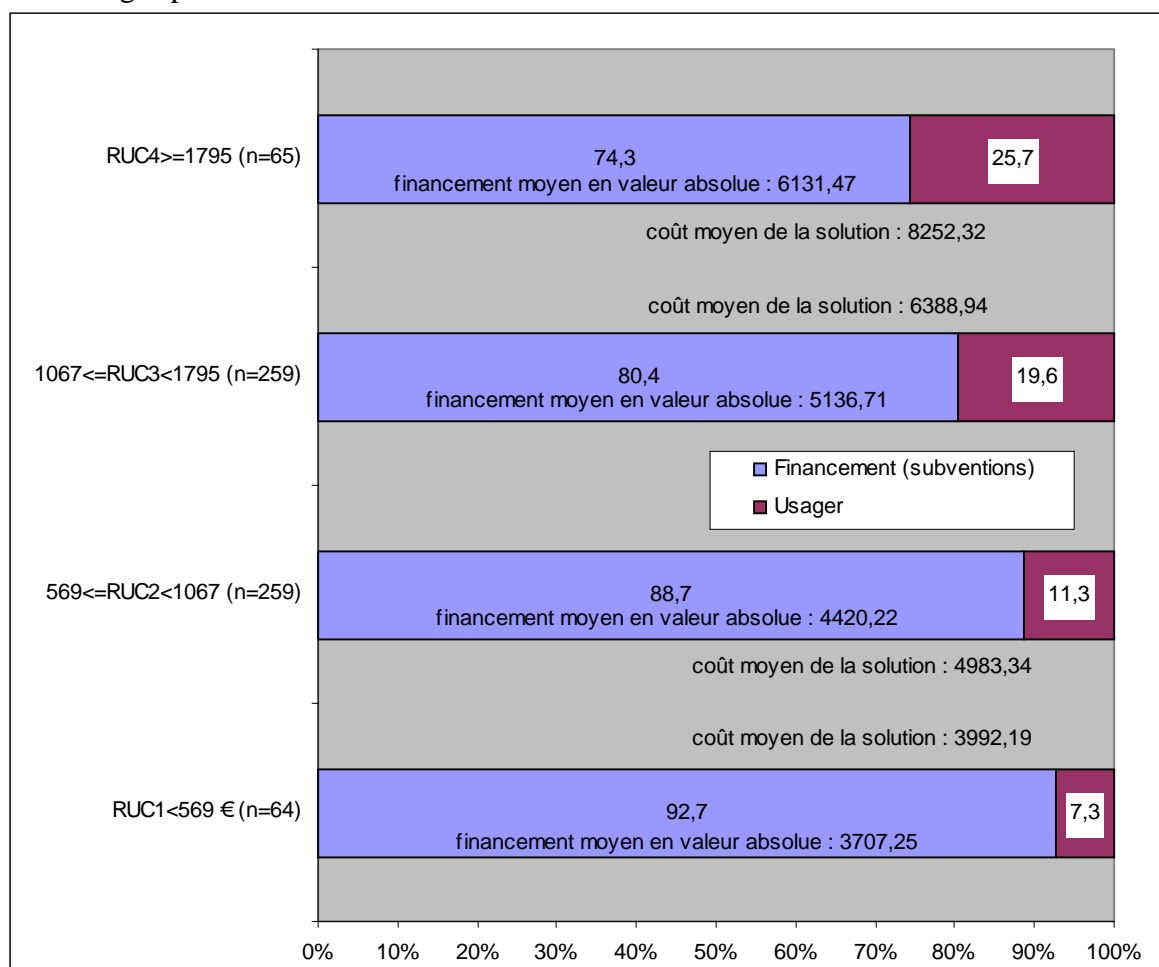
| Solutions de compensation | coût moyen en € | Restant à charge moyen (prêts non déduits) | Restant à charge moyen (prêts déduits) |
|--|-----------------|--|--|
| Aides techniques seules | | | |
| 0-19 ans (n=224) | 4603,84 | 5,9% | 5,9% |
| 20-59 ans (n=941) | 4347,6 | 7,5% | 7,3% |
| 60 ans et plus (n=168) | 3468,52 | 20,3% | 20,2% |
| Aménagements seuls | | | |
| 0-19 ans (n=45) | 15399,09 | 34,0% | 22,6% |
| 20-59 ans (n=203) | 8785,78 | 18,8% | 13,4% |
| 60 ans et plus (n=86) | 8329,79 | 27,0% | 22,2% |
| Aides techniques et aménagements | | | |
| 0-19 ans (n=22) | 10879,95 | 24,4% | 18,9% |
| 20-59 ans (n=70) | 8456,89 | 18,9% | 13,0% |
| 60 ans et plus (n=19) | 5890,79 | 8,4% | 3,6% |
| Aides techniques et/ou aménagements | | | |
| 0-19 ans (n=291) | 6749,69 | 18,0% | 13,4% |
| 20-59 ans (n=1214) | 5326,68 | 11,6% | 9,5% |
| 60 ans et plus (n=273) | 5168,49 | 22,8% | 19,9% |

Champ : 2003: population de 1778 bénéficiaires des dispositifs dans 28 départements (aménagements seulement). CTNERHI, décembre 2003

3.5.2. Variations selon les ressources par unité de consommation (RUC en €)

Le coût moyen des solutions de compensation, aides techniques et aménagements confondus, s'élève avec les tranches de ressources des ménages par unité de consommation²⁵. Il passe de 3992,19 € pour la première tranche (RUC<569 €) à 4983,34 € pour la seconde, puis à 6388,94 € pour la troisième et culmine à 8252,32 € pour la tranche la plus élevée ici (RUC>=1795 €). La proportion du restant à charge par rapport au coût augmente aussi en fonction des ressources des ménages par unité de consommation. Par ordre croissant, il passe de 7,3% à 11,3%, puis à 19,6% et enfin, pour la tranche la plus haute, à 25,7%. La proportion du coût qui se trouve financée diminue corrélativement (cf. figure 17). Mais compte tenu de l'élévation des coûts qui s'observe avec l'élévation des tranches de revenus, les montants financés en valeur absolue sont plus importants, en moyenne, pour les tranches les plus élevées. Ces montants passent, en effet, de 3700,76 € pour la tranche la plus basse, à 6131,47€ pour la tranche la plus haute, les montants moyens des tranches intermédiaires étant, dans l'ordre croissant des tranches, de 4420,22 € et de 5136,71 €. Ces différences sont accentuées si l'on prend en compte les prêts dans le financement, ceux-ci intervenant davantage pour les tranches les plus élevées (cf. figure 18).

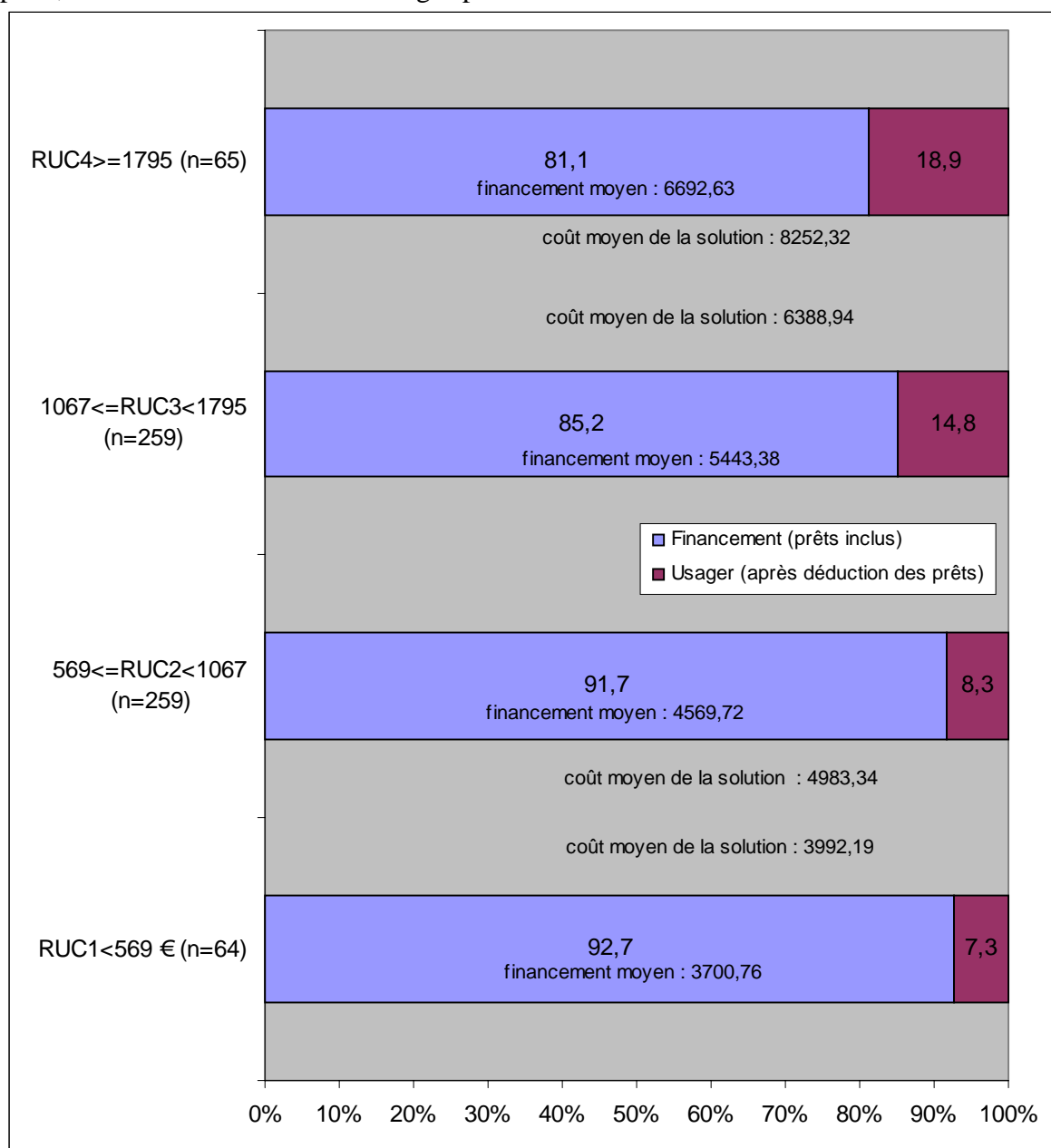
Figure 17. Coûts moyens et financement des solutions de compensation selon les ressources des ménages par unité de consommation.



Champ : 2003, 647 bénéficiaires des dispositifs, aides techniques et aménagements confondus CTNERHI, décembre 2003

²⁵ précisons que ces tranches ne varient pas en fonction des tranches d'âge de la population.

Figure 18. Coûts moyens et financement des solutions de compensation en incluant les prêts, selon les ressources des ménages par unité de consommation.

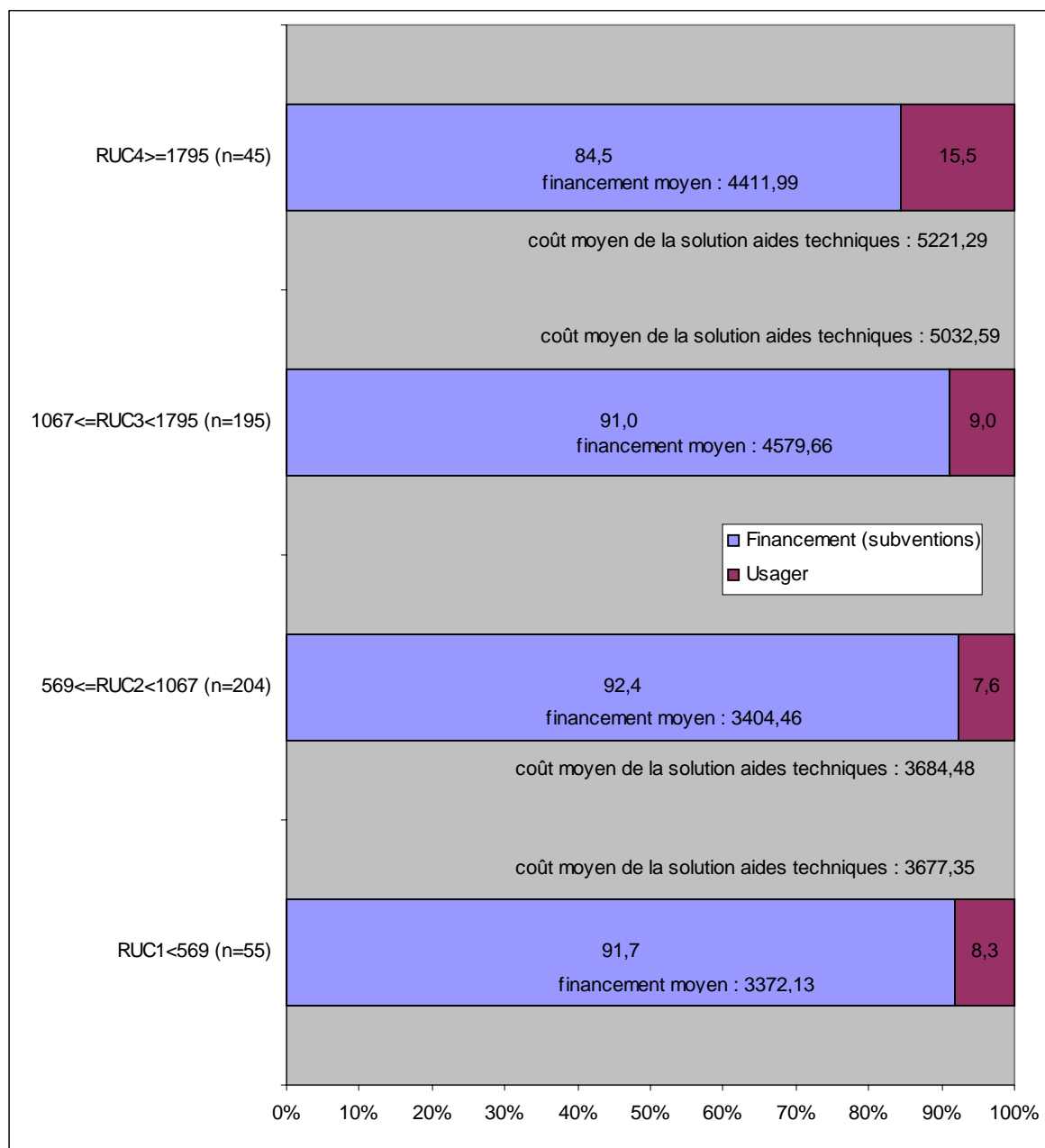


Champ : 2003, 647 bénéficiaires des dispositifs, aides techniques et aménagements confondus CTNERHI, décembre 2003

Les différences observées renvoient pour partie à une fréquence relative des aménagements plus importante dans les tranches les plus élevées, solutions qui sont, comme nous l'avons vu, en moyenne plus coûteuses que les solutions aides techniques, et qui mobilisent des financements plus élevés tout en laissant un restant à charge proportionnellement plus important. Elles se manifestent toutefois aussi dans le domaine des aides techniques, avec pour les deux tranches les plus hautes, une élévation des coûts, une élévation parallèle de la proportion des contributions demandées aux usagers et une élévation des financements

moyens accordés en valeur absolue (cf. figure 19). Mais, dans ce cas, les différences sont minimales entre les deux tranches les plus basses. Elles sont faibles également et surtout inversées entre les deux tranches les plus élevées.

Figure 19. Coûts moyens et financement des solutions de compensation dans le domaine des aides techniques selon les ressources des ménages par unité de consommation.

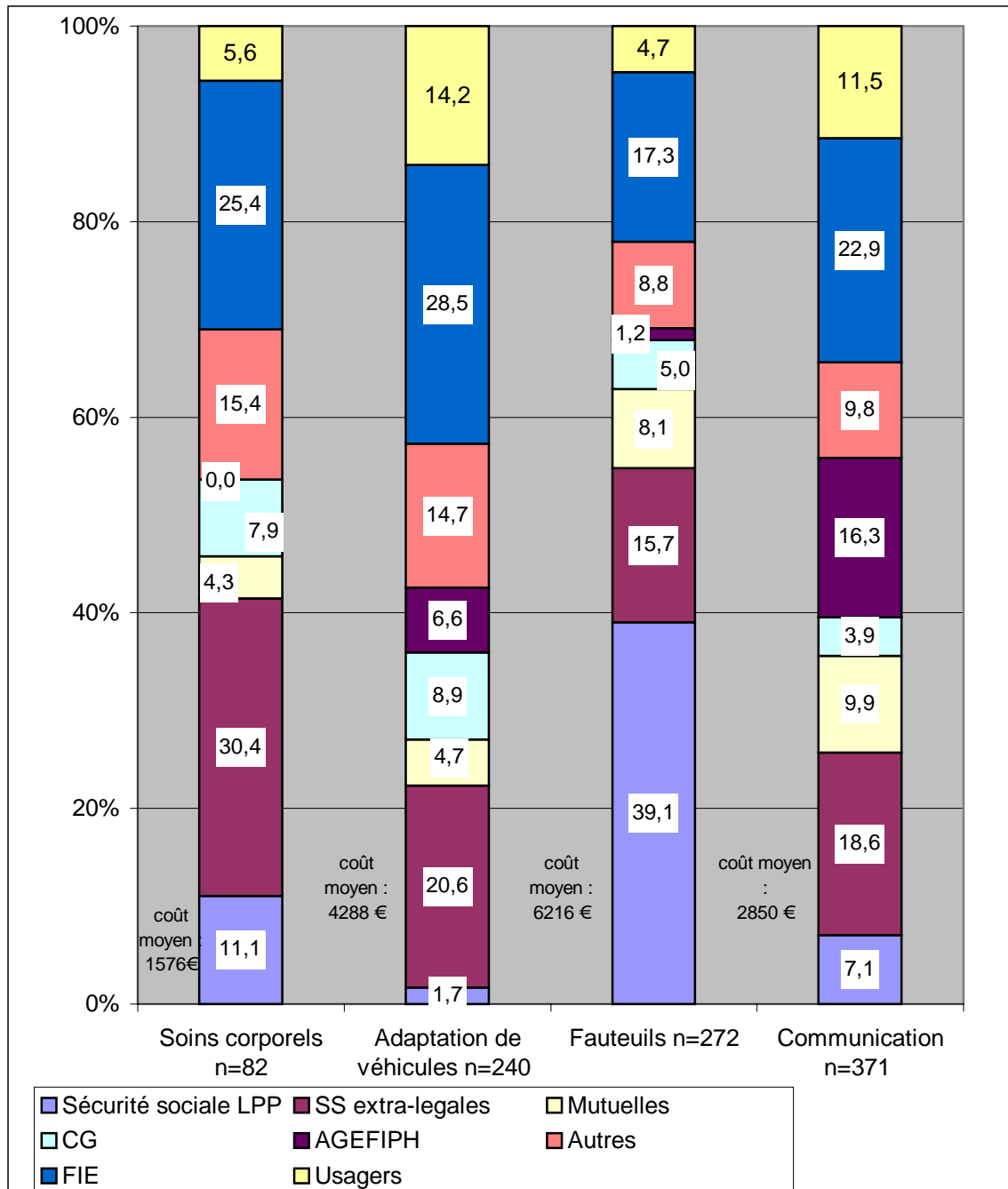


Champ : 2003, 499 bénéficiaires des dispositifs, aides techniques seulement
CTNERHI, décembre 2003

3.5.3. Variations selon les types d'aides techniques

Les types d'aides techniques les mieux financées sont les aides regroupées dans la catégorie « fauteuils » de la figure suivante (catégorie qui inclut les fauteuils roulants manuels, les fauteuils roulants électriques et les tricycles) ainsi que les aides techniques pour les soins corporels. Suivent les aides techniques pour la communication et les adaptations de véhicules.

Figure 20. Les contributions relatives des financeurs principaux pour les 4 types d'aides techniques les plus répandues

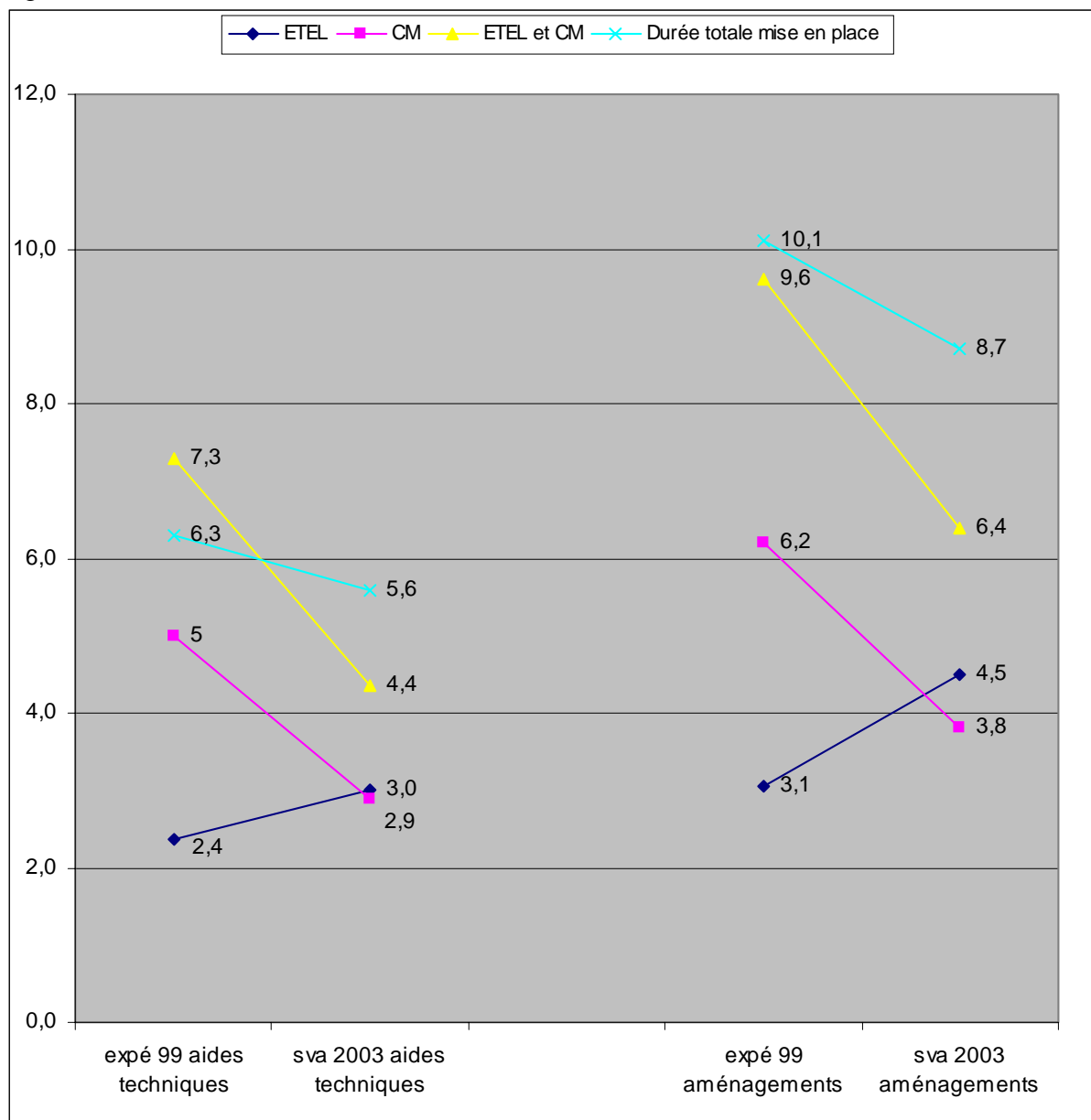


Si les principaux financeurs se trouvent impliqués dans le financement des divers types d'aides techniques, leurs contributions relatives varient d'un type à l'autre. Elles semblent devoir se comprendre les unes par rapport aux autres. La contribution de la LPP constitue l'élément clef. L'ordre des divers types d'aides selon le niveau de couverture financière globale est, en effet, le même que leur ordre selon le niveau de financement par la LPP ; celle-ci, autrement dit, paraît déterminer une hiérarchie dans l'attribution de l'importance respective des aides qui, au final, se trouve respectée. Toutefois, les écarts tendent à être atténués par l'intervention des autres financements et, en premier lieu, par les financements extra-légaux de la Sécurité Sociale elle-même. Ainsi celle-ci apporte-t-elle une contribution de 30,4 % pour les aides destinées aux soins corporels alors qu'elle n'est que de 15,7% pour les fauteuils roulants. Les Mutuelles et l'AGEFIPH contribuent à l'atténuation des écarts pour les aides à la communication, les Conseils Généraux et les autres financeurs pour les aides aux soins corporels et les adaptations de véhicules, adaptations sur lesquelles l'AGEFIPH intervient également de manière significative. Quant au FIE, il n'est pas sans jouer un rôle sensible dans une certaine harmonisation, tout en préservant toutefois la hiérarchie établie par la LPP. Sa contribution relative la plus importante est ainsi orientée sur les adaptations de véhicule c'est-à-dire, précisément, sur le type d'aides qui apparaissent les moins bien financées mais sans pour autant modifier leur rang relatif dans le cadre de la LPP.

3. 6. Repères sur la durée du traitement des demandes

Les durées des différentes phases du traitement des demandes semblent moins longues que celles enregistrées lors de l'expérimentation de 97-99, sauf en ce qui concerne l'évaluation des ETEL. Dans le domaine des aides techniques, la phase évaluative avait requis en moyenne 2,4 mois (n=604) alors qu'elle est de 3 mois en moyenne aujourd'hui (n=351). Pour cette même phase, dans le domaine des aménagements, la durée est passée de 3,1 mois (n=245) à 4,5 mois (n=123). Cet allongement résulte certainement de la surcharge des ETEL dans un certain nombre de départements, surcharge déjà mentionnée dans ce rapport. Les autres durées sont en baisse sensible qu'il s'agisse de l'intervention des CM (n=973 cas considérés pour les aides techniques en 2003, 456 en 99 ; n= 206 cas pour les aménagements en 2003, 206 en 99), de l'ensemble des interventions qui peuvent se chevaucher des ETEL et des CM ou des durées totales incluant la mise en place effective des aides ou la réalisation des aménagements (cf. figure suivante).

Figure 21. Durées du traitement des demandes en 99 et en 2003.



En ce qui concerne la durée des interventions des chargés de mission dans le traitement des demandes, la baisse enregistrée renvoie certainement à une meilleure organisation du dispositif. Celui-ci a bénéficié des enseignements de l'expérimentation avec le support du guide méthodologique qui fut proposé en janvier 2000 et des prescriptions de la circulaire du 19 juin 2002. Les relations avec les principaux financeurs sont, dans l'ensemble, facilitées par la mise en place des commissions des financeurs et des procédures codifiées pour traiter plus rapidement les demandes des usagers. Il en résulte, en moyenne, des gains de temps appréciables pour la phase administrative. L'explication alternative qui ferait référence à une sollicitation d'un nombre plus réduit de partenaires peut être écartée, compte tenu des observations faites sur les contributions de ces derniers au financement des aides techniques et des aménagements. Celles-ci, comme nous l'avons constaté plus haut, se maintiennent ou sont en progrès.

Si les durées d'intervention des chargés de mission sont moins longues que lors de l'expérimentation, ceci ne signifie pas, naturellement, qu'elles soient suffisamment courtes pour les usagers. Elles restent encore assez élevées : 2,9 mois en moyenne pour les aides techniques, 3,8 mois en moyenne, pour les aménagements.

Toutefois, ces durées ne se cumulent pas aux durées des ETEL, comme c'était le cas lors de l'expérimentation, les phases évaluatives et administratives se trouvant désormais mieux articulées. Il en résulte un gain de temps sensible, de 3 mois environ, dans les deux domaines considérés, pour ces deux phases confondues.

En ce qui concerne la mise en place proprement dite des aides techniques, celle-ci intervenait lors de l'expérimentation, pour les aides techniques, un mois environ avant la fin des phases évaluatives et administratives, ce qui permettait donc de récupérer un temps appréciable à la fin du processus. Cette récupération n'apparaît pas dans les données recueillies en 2003, mais ceci renvoie très probablement au fait qu'une partie des chargés de mission ne considèrent leur intervention terminée qu'après avoir eu connaissance de l'acquisition des aides techniques ou de la réalisation des aménagements.

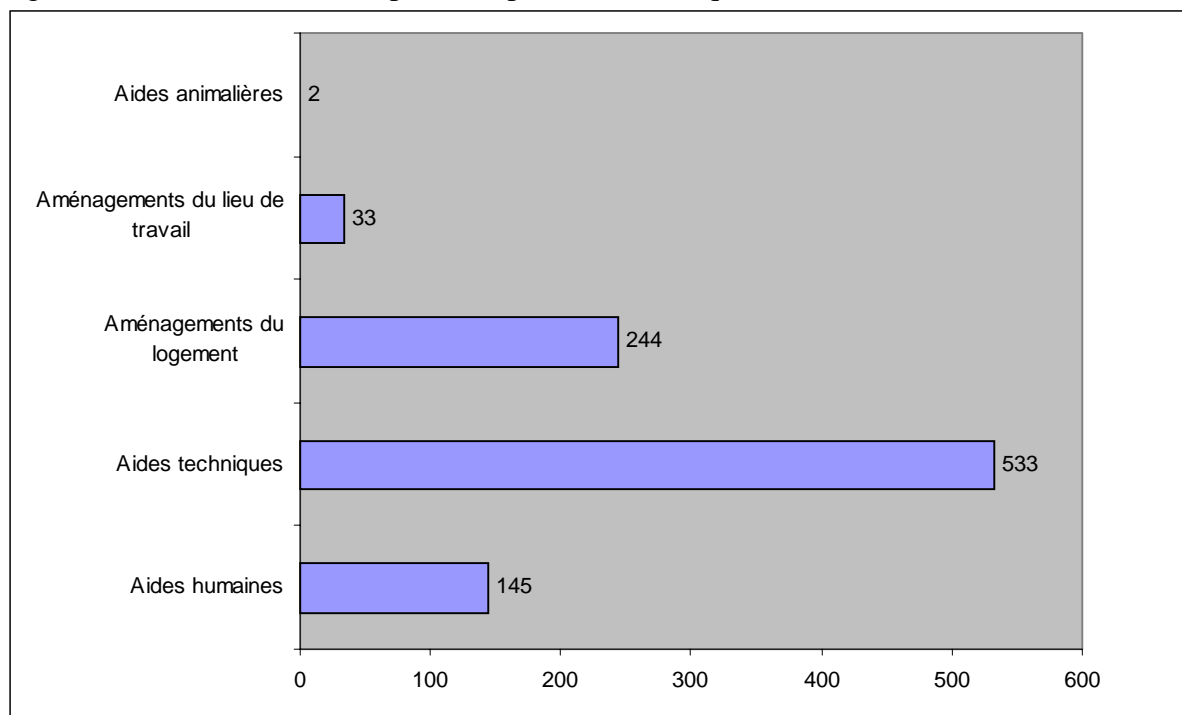
Au total, entre le moment où les usagers contactent les dispositifs pour une demande de compensation et le moment où cette compensation devient effective, le gain de temps est, en moyenne, de 0,7 mois pour les aides techniques et de 1,4 mois en moyenne pour les aménagements. Ce résultat positif ne doit pas masquer cependant, d'une part, le rallongement des délais des ETEL, lié à la surcharge d'une partie d'entre elles, et, d'autre part, le fait que les procédures administratives, comme nous l'avons déjà souligné, devraient encore être simplifiées et raccourcies.

4. APPRECIATION DU DIPOSITIF PAR LES USAGERS

Dans chaque département, l'enquête de satisfaction s'est adressée aux usagers dont les demandes ont été traitées soit avant le lancement de l'évaluation soit après ce lancement, dans une limite de 50 cas par département. Nous avons reçu 805 questionnaires remplis par les usagers de 34 départements différents, dont 742 correspondants aux 28 départements qui nous ont transmis des informations sur les cas traités et 63 en provenance de 6 autres départements²⁶. Le taux de réponse pour les premiers peut être estimé à 58% environ ($742/1274*100$)²⁷.

Les répondants ont bénéficié de préconisations et de financements dans le domaine des aides techniques (66,2%) ou/et pour l'aménagement de leur domicile (30,3%) ou/et de leur lieu de travail (4,1%) et 2 ont obtenu des aides animalières. Il est très intéressant de relever que 18% d'entre eux ont bénéficié d'aides humaines suite à l'intervention des dispositifs pour la vie autonome.

Figure 22. Les aides obtenues par les répondants à l'enquête de satisfaction



Champ : les 805 premiers répondants à l'enquête de satisfaction (34 départements) ; les aides ou aménagements ne sont pas exclusives les uns des autres.

CTNERHI, décembre 2003

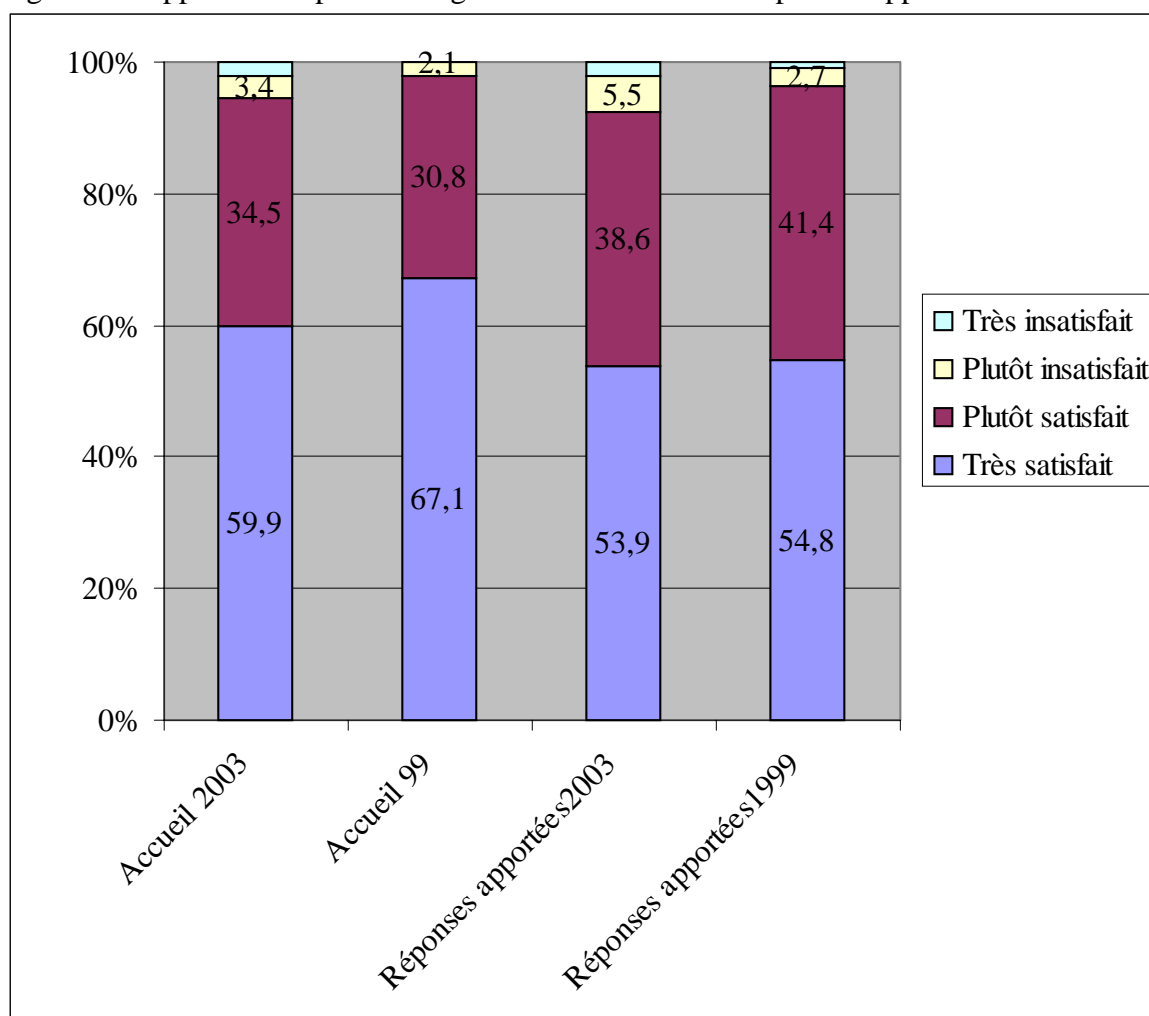
²⁶ pour ces départements, les premiers usagers des dispositifs ont répondu à l'enquête de satisfaction avant que les chargés de mission aient été en mesure de remplir les questionnaires de l'enquête sur le traitement des demandes.

²⁷ Le dénominateur pouvait être au maximum de $28*50$, soit 1400 cas, mais certains des 28 départements n'ayant pas encore 50 dossiers clos, nous avons pris en compte le nombre de dossiers qu'ils nous ont transmis, pour estimer les usagers en mesure de nous répondre dans le cadre de l'enquête de satisfaction.

Les aides humaines, nous l'avons vu, n'entrent pas en principe, sauf très marginalement, dans le champ d'intervention des commissions des financeurs. Par contre, la prise en compte du besoin d'aide humaine par les ETEL est généralement prévue dans les conventions de labellisation. Le résultat enregistré ici confirme que tel semble bien être le cas pour une partie significative de la population qui s'adresse aux SVA et qui par leur intermédiaire bénéficie sinon d'un financement du moins d'une orientation vers les services compétents.

La satisfaction exprimée par les usagers concernant l'accueil et les réponses apportées est massive, pratiquement aussi élevée que lors de l'expérimentation, résultat remarquable si l'on considère l'extension du dispositif à un grand nombre de départements. Elle est plus marquée pour l'accueil mais la différence entre l'appréciation de l'accueil et celle portant sur les réponses apportées apparaît moins sensible qu'en 1999.

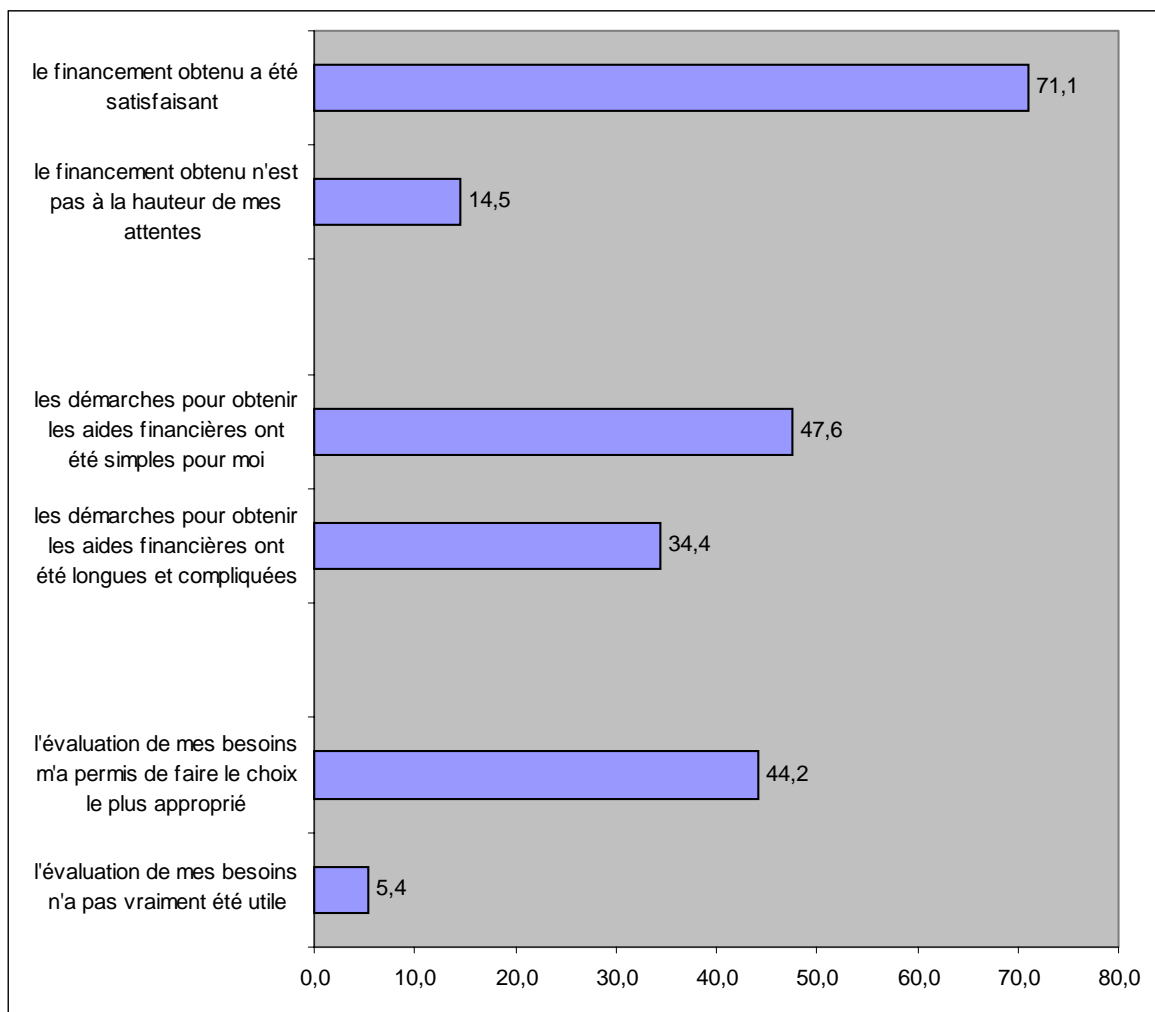
Figure 23. Appréciation par les usagers de l'accueil et des réponses apportées



Champ : 2003: 805 premiers répondants à l'enquête de satisfaction (34 départements); 1999 : population des 292 répondants à l'enquête de satisfaction. CTNERHI, décembre 2003

La qualification par les usagers des réponses qui leur ont été apportées dans le cadre du dispositif montre que leur satisfaction concerne largement le financement obtenu (71,1% de satisfaits). La satisfaction est bien moins souvent exprimée sur l'évaluation de leurs besoins mais elle domine très largement sur cette dimension l'expression de l'insatisfaction. Cette dernière atteint, par contre, un niveau élevé pour les démarches destinées à obtenir les aides financières qui sont qualifiées de longues et compliquées par un tiers des usagers. Le groupe de ceux qui expriment une opinion positive sur ces démarches est toutefois sensiblement plus important.

Figure 24. Qualification par les usagers des réponses qui leur ont été apportées dans le cadre du dispositif (en %).



Champ : 2003: 805 premiers répondants à l'enquête de satisfaction (34 départements)
CTNERHI, décembre 2003

CONCLUSION

La mise en place du dispositif pour la vie autonome est dans beaucoup de départements en phase intense d'organisation. De ce fait, le travail d'évaluation ne pouvait pas prétendre, fournir une image du dispositif sur le terrain suffisamment achevée. Il ne pouvait pas davantage, compte tenu de la période à laquelle il a été engagé, se donner pour objet d'analyser les processus d'organisation, pas à pas²⁸. Par contre, il était possible d'opérer une coupe transversale, de l'alimenter d'éléments rétrospectifs et d'enclencher de nouvelles prises d'informations, sur une durée un peu plus longue, pour donner à l'analyse le minimum de recul nécessaire. C'est l'option que nous avons adoptée, ici, en espérant ainsi apporter des éléments utiles aux réflexions en cours sur le nouveau dispositif pour la vie autonome et à sa modélisation.

Dans ce rapport global, nous avons proposé une description et une analyse des instances du dispositif mises en place ou en cours de l'être, dans les 43 départements concernés par le programme de généralisation dès 2001, ainsi que des données recueillies sur la population (n=1778 pour l'âge et n=825 pour les autres caractéristiques), les financements des aides (n=1778) ainsi que sur la satisfaction ou non de ces derniers (n=805).

Dans tous les départements, la mise en place des instances a demandé un travail d'organisation très important avec la nécessaire mobilisation des partenaires, un processus très ample d'information, de sensibilisation et de négociation, l'élaboration de multiples textes formels, l'organisation du fonctionnement concret. C'est pourquoi, la quasi-totalité des DDASS se sont appuyées sur des « structures porteuses » pour installer le nouveau dispositif pour la vie autonome et le faire fonctionner. Cette installation s'est avérée partout possible mais a requis en moyenne de un à deux ans, avec des écarts assez significatifs selon les départements, certains d'entre eux n'étant pas encore opérationnels.

L'installation des Comités Techniques de Suivi et des Commissions des Financeurs, l'organisation du réseau d'Equipes Techniques d'Evaluation Labellisées (ETEL) a impliqué et suscité à la fois de fortes dynamiques partenariales, dans la plupart des départements, se traduisant, en règle générale, par de fortes participations à ces instances.

Le fonctionnement des instances repose sur tout un ensemble de textes formels qu'il a fallu élaborer et négocier, entre partenaires, dans chaque département : chartes ou conventions ou règlements intérieurs ou protocoles d'organisation pour l'ensemble du dispositif, liant le plus souvent les membres des CTS ou approuvés par eux ; chartes ou/et conventions ou/et règlements intérieurs des Commissions des financeurs ; Règlement intérieur de l'éventuelle Caisse Pivot ; conventions de labellisation pour les ETEL ; conventions locales avec les Directions Interdépartementales des Anciens Combattants ; conventions avec les « structures porteuses » pour l'animation et la coordination du dispositif.

Si, au travers des négociations, les partenaires se sont appropriés le nouveau dispositif pour la vie autonome, celles-ci se traduisent toutefois par des variations sensibles dans le traitement des demandes de compensation. L'entrée du dispositif est, selon les cas, conditionnée ou non par une reconnaissance du handicap en amont de l'intervention des ETEL, avec des restrictions

²⁸ Pour adopter cette perspective, l'évaluation aurait dû accompagner la généralisation du nouveau dispositif dès le début.

en fonction de l'âge ou non. L'intervention du Fonds d'Intervention de l'Etat (qualifié, dans les départements, de Fonds de Compensation), généralement décidée par les Commissions des Financeurs est engagée selon des principes très différents, avec des critères sur le % du coût des aides ou non, avec des plafonds ou non, avec des critères sur le % du restant à charge ou non, avec prise en compte des ressources des demandeurs ou non. Ces variations qui créent, de fait, une inégalité de traitement, renvoient à des préoccupations différentes privilégiant tantôt la gestion, tantôt l'équité, ici la logique d'aide sociale, ailleurs la logique de solidarité nationale.

L'autre variation la plus significative se manifeste sur la question du soutien financier aux ETEL pour leurs contributions au dispositif. Un peu plus de la moitié des départements pratique ce soutien selon des modalités diverses (financement au dossier, financement de poste(s) aux ETEL, recrutement de professionnels sur le site pour mise à disposition des ETEL ou compléter leurs interventions). Les autres départements bénéficient du concours de ces équipes sans contrepartie financière. Les ETEL elles-mêmes semblent partagées quant à la position à prendre sur la question du soutien financier de leur concours. Mais, assez nombreuses sont celles, dans les réponses enregistrées qui demandent un tel soutien en mettant en avant leur manque de moyens pour assumer le traitement de demandes plus nombreuses ou le caractère plus complet des prestations qui leur sont demandées (évaluation à domicile, sollicitation des financeurs secondaires, constitution du dossier unique de demande de financement).

Du point de vue des ETEL, la simplification qu'est censée introduire le dispositif n'apparaît pas toujours évidente, en particulier parce que le dossier unique de demande de financement ne fait souvent que compiler les exigences des multiples financeurs concernés. Dans la plupart des départements, les financeurs ont conservé leurs propres critères d'intervention et donc leurs exigences spécifiques concernant les éléments d'information et justificatifs demandés. Il en résulte que le dossier commun est fort complexe et pas toujours accepté par l'ensemble des partenaires. De plus, les parties consacrées aux ressources des demandeurs sont particulièrement développées, en raison, notamment du caractère extra-légal des prestations sollicitées. Si le dispositif permet une meilleure coordination des différents intervenants et une meilleure articulation des phases évaluative et administrative et financière, les difficultés qui persistent ne permettent pas d'atteindre totalement les objectifs poursuivis.

Les progrès sont toutefois très sensibles en ce qui concerne la réduction du restant à charge des usagers tant pour l'acquisition d'aides techniques que pour la réalisation d'aménagements. Celui-ci est passé²⁹, en effet, de 22,5% dans le cadre de l'expérimentation de 1997-1999, à 11,8% aujourd'hui, toutes solutions de compensation confondues. Il est de 8,4% contre 11,9% pour les aides techniques et de 17,4% contre 32,7% pour les aménagements. L'augmentation du Fonds de l'Etat joue un rôle essentiel dans cette réduction du restant à charge mais d'autres partenaires semblent s'être aussi davantage mobilisés, notamment la Sécurité Sociale et l'ANAH ainsi que, dans une moindre mesure, l'ALGI et les Conseils Généraux.

L'analyse des variations des coûts et des financements montre que la compensation est plus faible pour les personnes de plus 60 ans et, en valeur relative, pour les personnes dont les ressources du ménage par unité de consommation sont les plus élevées. Par contre, c'est pour ces dernières que les financements en valeur absolue sont les plus importants ce qui de toute

²⁹ Rappelons que ces chiffres ont été établis sur 1778 demandes concernant 281 départements.

évidence devra faire l'objet d'un réexamen. Les variations relatives des financements selon les types d'aides que nous avons observées devront également faire l'objet d'une réflexion spécifique.

Un résultat globalement positif est enregistré, par ailleurs, sur les durées du traitement des demandes qui sont, dans l'ensemble, raccourcies par rapport aux durées observées lors de l'expérimentation de 97-99. Entre le moment où les usagers contactent les dispositifs pour une demande de compensation et le moment où cette compensation devient effective, le gain de temps est, en moyenne, de 0,7 mois pour les aides techniques et de 1,4 mois en moyenne pour les aménagements. Ce résultat traduit une organisation plus pertinente des dispositifs pour le traitement administratif des demandes avec l'installation des Commissions des financeurs et la codification des procédures. Par contre, le délai de la phase évaluative augmente, en moyenne, sensiblement ce qui renvoie à la surcharge d'une partie des ETEL, déjà évoquée.

Dans l'ensemble, néanmoins, les progrès sont largement dominants et ceci contribue certainement à expliquer l'appréciation très positive du dispositif par des usagers, telle qu'elle ressort nettement des 805 questionnaires que nous avons reçus dans le cadre de l'enquête de satisfaction.

Annexes

| | |
|--|---------|
| Tableau 21. Composition des ETEL (exploitation des premiers questionnaires reçus) | 117-125 |
| Tableau 22. Nombre de dossiers constitués en 2002 par les ETEL (exploitation des premiers questionnaires reçus) | 126-130 |
| Tableau 23. Les difficultés liées au financement et les difficultés relatives aux moyens exprimées par les ETEL (premières réponses) | 131-138 |
| Tableau 24. Critères d'intervention du Fonds de l'Etat pour le financement des aides | 139-141 |
| Guide de codage pour les aides techniques et les aménagements | 142-145 |

Tableau 21. Composition des ETEL (exploitation des questionnaires reçus)

| Dép | | resp | Médecin | Kiné | AS | Ergo | Secrétariat | Autre |
|-----------|---------------------------------|-----------|---------------------------------|------|-----------------|------|-----------------|--------------------------------------|
| 13 | Bouches du Rhône | | | | | | | |
| | ESVAD | 1 | Par convention | | | 3 | 2 | 1 |
| | UEROS-AFAH | | | 1 | 1 | 1 | vacation | 1 possible |
| | CRF VALMANTE | | | 1 | | 1 | 1 | |
| | CREEDAT | | | 1 | | 1 | 1 | 1 |
| | URAPEDA6PACA | | ORL phoniatre | | | | oui | ortho, audiopro de prox |
| | CCAS d'AIX | 1/4 temps | | | 1/2 temps | | 1/3 temps | |
| | ARRDV (visuels) | | ophtalmo | | | 1 | 1 | 1 orthoptiste |
| 14 | Calvados | | | | | | | |
| | IEM et CRF | | | 1 | | 1 | 3 | |
| | CAMSP Pays d'Auge | | 1 (directeur) | | | 1 | | psy, psychomot |
| | Service rééducation neurologie | | | 1 | | 1 | 1 | |
| | UEROS-Ladapt | | | 1 | | 1 | plusieurs | animateur, moniteur |
| | SRR, CHU Côte de Nacre | | 1 MPR, 1 neuro et rééduc | | CHU et CRAM | | 4 | |
| | CRF du Val d'Auge | | 1 MPR | | | 1 | 2 | |
| | Foyer Odyssee | 1 | généraliste | | Cram du secteur | | 1 | |
| | LATRA-APAJH | | | | | | | 7 professionnels et 7 emplois jeunes |
| | Centre Esquirol | | Pluridisciplinarité psychiatrie | | | | | |
| 17 | Charente-Maritime | | | | | | | |
| | ESVAD APF | 0,8 | | | | 2,1 | 0,5 | 0,8 |
| | CRF villa richelieu Croix Rouge | | 3 MPR | 6,5 | | 0,5 | 1,75 | infirmières |
| | Centre Hélio-Marin | | | 1 | | 1 | plusieurs | |
| | SSESD APF | | | 1 | | 1 | 1 | |
| | Centre Hospitalier de Saintes | | | 1 | | 1 | 1,5 | |
| | RVH | | réfèrent ville | | | 1 | | |
| | URAPEDA | | ORL | | | 1 | | ortho, audiopro, psy |
| | Valentin HAUY | | | | AS de la DDASS | | | psy du site |
| | Service de réadaptation CH | | oui | | | 1 | avec ergo esvad | |

Tableau 21. Composition des ETEL (exploitation des questionnaires reçus) (suite)

| Dép | Intitulé département | resp | Médecin | Kiné | AS | Ergo | Secrétariat | Autre |
|-----------|---------------------------------|-----------|--------------------------|------|----------------------|------------------------|-------------|---|
| 22 | Cotes d'Armor | | | | | | | |
| | ESVAD | 0,8 | | | 2,6 | 2 | 1,3 | |
| | Service social CRAM de Bretagne | | | | AS de la CRAM | | | |
| | CRF de Trestel | | | | 2 | service ergo | | |
| | Centre hélio marin | | MPR | 1 | 1 | 1 | | ortho, orthop, psymot |
| 25 | Doubs | | | | | | | |
| | CICAT Handi info | | 1 + Médecin appareillage | | As CRAM, MSA et DIFS | 0.8 ETP + 0.1 vacation | 0.5 ETP | |
| | CICAT Handi doc | | MPR | | Conv CRAM MSA | 1 | 1 | |
| 26 | Drôme | | | | | | | |
| | ADAPEI | | psychiatre | | 1 | | 1 | éduc |
| | CAMSP de Montélimar | 1 | | 1 | 1 | 1 | | ortho, psy |
| | IME Maubec | | pédiatre | | | plusieurs | | éducs |
| | FIDEV (dpt 69 - labellisée 26) | | Ophthalmo | | | | | |
| | SESSAD APAJH | | | | | | | Ergonome, Orthoptiste, Psy, ETS, Opticien Informaticien, Chargé d'insertion |
| | SESSAD de Montélimar | Directeur | MPR | 3 | | 1 | | |
| | ESVAD de l'APF | | 0,10 ETP MPR | | 1,6 ETP AS | 0,85 ETP Ergo | | Orthophoniste, Psy, Edus |
| | Service MPR CH ST vallier | | | | | | | |
| | CAMSP de valence | | | | | | | |
| | CAMSP de Romans | | | | | | | |
| | EPS Romans / St Vallier | | 3 médecins rééducateurs | | Oui | 2 ergo | Oui | |
| | CMPR les Baumes | | 3 MPR | | 1 | Equipe | 1 | |
| | | | | | | | | |

Tableau 21. Composition des ETEL (exploitation des questionnaires reçus) (suite)

| Dép | Intitulé département | resp | Médecin | Kiné | AS | Ergo | Secrétariat | Autre |
|-----------|---|------|-----------------------------|------|------------|-------------------|-------------|--|
| 28 | Eure-et-Loir | | | | | | | |
| | Institut André Beulé | 1 | phoniatre | | | 1 | | psy, infirm, codeur LPC |
| | APF | | rééducateur tps très limité | | | 1 tps très réduit | | |
| 30 | Gard | | 1 MRP | | | 2 | 2 | 2 |
| | ESVAD | 1 | | 1 | | | | éduc |
| | GEIST 21(équipe du SESSAD) | 1 | | | | 1 | | ortho, psychomot, éduc |
| | UAHVMPR (visuels) | 1 | | | | 1 | 1 | orthop, instruct infor |
| | EECF "La cigale" | | 1 MRP | | | | 1 | trav soc |
| | AFM | | Médecins | | | | oui | techniciens d'insertion |
| | CRAM | | | | de la CRAM | 1 de la CRAM | | |
| | ARIEDA | 1 | 2 ORL | | | | 1 | psy, conseillère technique |
| 33 | Gironde | | | | | | | |
| | GIHP | | MPR et ophtalmo | | | 1 plusieurs | 1 | psychomot, doc |
| | SESSAD/IEM | | MPR | | 1 ETP | 4,25 ETP | 1 | |
| | Centre de soins et d'éducation spé | | Ophtalmologique, psychiatre | | 1 | | 1 | techniciens, orthoptistes, avégistes, documentalistes |
| | ESVAD | | 2 MPR | | 3 | 5 | 2 | |
| 34 | Hérault | | | | | | | |
| | EQUIPE ESVAD 34 (équip spécialisée pour une vie autonome à domicile) | 1 | MPR prestataire de service | | | 3 2+ prestataires | | Psy, animateur, chargé d'insertion professionnelle |
| | Union des Aveugles et Handicapés de la Vue de Montpellier et de la Région | 1 | | | | 1 | 1 | Orthoptiste, instructeur informatique, instructeur vie quotidienne |
| | ARIEDA - Association régionale pour l'intégration et l'éducation | 1 | 2 ORL | | | | 1 | Psy |
| | Centre hospitalier Paul Coste Floret | | Médecins | | | Plusieurs | | |
| | CMEE FONTCAUDE | | MPR | | | oui | | |

Tableau 21. Composition des ETEL (exploitation des questionnaires reçus) (suite)

| Dép | resp | Médecin | Kiné | AS | Ergo | Secrétariat | Autre |
|-----------|--|-------------------------|---------------|----------------------|-----------------|------------------|---|
| 37 | Indre-et-Loire | | | | | | |
| | Réadapt Fonct Neuro | MPR plusieurs | plusieurs | 1 | plusieurs | oui | |
| | Fédération MPR | MPR plusieurs | plusieurs | réseau (APF AFM) | 1 | | |
| | CRF | MPR plusieurs | | | plusieurs | | |
| | IEM Charlemagne | MPR | plusieurs | 1 | | oui | ortho, éduc |
| | CICAT IDARH | MRP anciens combattants | kiné-ergonome | | plusieurs | oui | doc |
| | Centre d'appareillage | MPR | | | ergonome | | |
| | SIAADV | | | | | 1 | autres |
| | Service Social de l'ARAIR | | | 1 | | | |
| | Service social APF | | | 2 | | temps partiel | |
| | Etablissement médico-éducatif | MPR | | 1 | 1 | | |
| | Service social CRAM (en réseau) | | | 12 AS | | | |
| | Centre de formation (autonomie et insertion) | MPR | | | 3 | | Conseil en économie s et f |
| 38 | Isère | | | | | | |
| | Centre medico univ. Social Arcades | MPR | Oui | | Oui | Oui | Psychomot |
| | Mas "La charminelle" | MPR | | Oui | Oui | | |
| | Service social CRAM | 2 médecins conseil | | 25 AS | | | |
| | Foyer "la Maison des Isles" | MPR | Oui | Oui | Oui | | |
| | FIDEV (formation et insertion pour déficients visuels) | Médecin ophtalmologue | | | | | Orthoptiste, Psy du travail, Chargé d'étude insertion, informaticien, ETS |
| | Délégation APF 38 | | | 4 AS | en réseau | 2 | |
| | IEM/FP | 1 MPR | | Oui | Oui | Secrét direction | |
| | APF (IEM & SESSAD) | MPR | Oui | Oui | Oui | | orthophoniste |
| | CMC Les petites Roches - CHV de Grenoble | MPR | Equipe | Service AS | Equipe | | |
| | SCAPH 38 | 1 Médecins MPR | | Travailleurs sociaux | Ergothérapeutes | Oui | documentalistes et interprètes LSF |
| | CASMP APAJH | 1 MPR | Oui | Oui | Oui | | Psychologues, ortho |

Tableau 21. Composition des ETEL (exploitation des questionnaires reçus) (suite)

| Dép | Isère (suite) | resp | Médecin | Kiné | AS | Ergo | Secrétariat | Autre |
|-----------|---|------|-------------------------|---------|-----------|---------|-----------------|----------------------------|
| | ESTI | | MPR | | Oui | 2 | Oui | |
| | IMP Ninon Vallin | | MPR | 5 kinés | 1 as | 3 ergos | Oui | |
| | ADPA (association pour l'aide à domicile aux personnes âgées) | | | | En réseau | 1 ergo | | 4 infirmières |
| | | | | | | | | |
| 42 | Loire | | | | | | | |
| | FIDEV | | ophtalmologue | | | | | orthop, psy du trav, éduc, |
| | | | | | | | | opticiens, ch. d'insertion |
| | Service de gérontologie clinique | | rééducateur gériatre | équipe | 2,75(ETP) | 2 ETP | | |
| | CHU service de consult pédiatrique | | MPR | | | 1 | 1 | |
| | Institut de jeunes sourds plein vent | | ORL phoniatre | | | 1 | oui | orthop, psymot, éduc |
| | IME les petits princes ADAPEI | | de rééduc | | | 1 | 1 | |
| | ESVAD | | 1,5 jour/mois | | | 3,1 | 0,8 et ergo DVA | |
| | Equipe inter-ét de l'association IMC | | MPR | | | 0,1 | 0,35 | |
| | Equipe inter-ét de l'association IMC | | 0," | | | 0,5 | 0,35 | |
| | Equipe inter-ét de l'association IMC | | | | | | 1,5 | |
| | Service social CRAM | | échelon local du s. méd | | | 24 | 1 par le SVA | |

Tableau 21. Composition des ETEL (exploitation des questionnaires reçus) (suite)

| Dép | Isère (suite) | resp | Médecin | Kiné | AS | Ergo | Secrétariat | |
|-----------|--------------------------------------|------|--------------------------------|------|----------------|-----------|-------------|----------------------------|
| 43 | Haute-Loire | | | | | | | |
| | CAMSP | | 1 MPR, consult pédopsy et phon | 1 | 1 | 1 | 1 | ortho, psy, psymot, éduc |
| | SSESD | 1 | 0,3 Méd phys et sport | 2,5 | | 1 | 1 | ortho, psy, psymot, éduc |
| | | | | | | | | |
| 54 | Meurthe-et-Moselle | | | | | | | |
| | Service Mission Relais | | conseil (Centre Appareillage) | | CRAM | plusieurs | | |
| | Centre d'Education (Déf Visuels) | | ophtalmologue | | 1 | | | orthoptiste |
| | SSESD de l'AEIM | | MPR | | 1 | 3 | | |
| | AISPAS (IJS° | | oui | | | | | ortho, audio, ch.insertion |
| | Service de maintien des Ha à Dom | | | | | 4 | 1 | techniciens du bât |
| | ESVAD | 1 | neurologue | | 1,9 | 1 | 1,6 | psy, chargé d'insertion |
| | InsRégional de Réadaptation (réseau) | | 1 | | 1 | 1 | | |
| | MAS ALAGH | | MPR | oui | Service social | oui | | |
| 56 | Morbihan | | | | | | | |
| | CICAT ALCAT 56 | | 0,1 MPR | | | 3 | 1 | |
| | SESSAD "A DENN ASKELL" | | 1 Pédiatre er de RRF | 1 | 1 | 1 | | ortho, psy,éduc |
| | Service de gérontologie CHBA Vannes | | 1 | | 1 | 1 | | |
| | Foyer de vie APF Vannes | | 1 | | 1 | 1 | | |
| | Les enfants de kervihan | | 2 généralistes | | | 2 | | |
| | Service de moyen séjour CH | | 1 | | 1 | 1 | | |
| | AAH VB | | | | | 1 | | moni de loc |
| | Assoc Gabriel Deshayes | 2 | Orl, Ophtalmologiste | | 1 | | | audiomé, audio, orthop |
| | | | | | | | | conseillers d'insertion |
| | Service accomp ADAPEI | 1 | psychiatre | | | | | psy |

Tableau 21. Composition des ETEL (exploitation des questionnaires reçus) (suite)

| Dép | Isère (suite) | resp | Médecin | Kiné | AS | Ergo | Secrétariat | Dép |
|-----------|--|------|-----------------------------|--------------|--------------------|-------------|-------------|--------------------------------------|
| 58 | Nièvre | | | | | | | |
| | CH Henri Dunant | | gériatre | 2 | 1 | 1 | 1 | psy, psychomot |
| | Centre médico-éducatif | | pédiatre | 1 | avec As du secteur | 1 | | |
| | SESALIS de Nevers | | ORL, pédiatre et psychiatre | | 1 | | | ortho, psy, psymot, éduc |
| | CRF le Bourbonnais | | | 1 | 1 | 1 | 1 | |
| | Foyer les Marizys | 1 | TPS partiel | 2 en libéral | | partiel | 0,5 | infirmière, éduc, |
| | CH RF | | plusieurs | plusieurs | plusieurs | | | |
| | ESVAD | 1 | | 0,1 | 0,7 | 0,5 | 0,5 | psy, |
| | Réseau de Santé du Pays nivernais | 1 | gériatre | | | 1 | 2 | ingénieur qual |
| 59 | Nord | | | | | | | |
| | APAHM | | 1 MPR | | | 2 | 2 | éduc, technicien du bât |
| | ESVAD | 1 | Vacations de médecin | | | | 2 | Conseiller en éco. s et f |
| | REMORA (croisade des aveugles) | | Plateaux médico-sociaux | | | | | |
| | Service de rééd enfants-adolescents - Hôpital Maritime Zuydcoote | 1 | MPR | | | | | Ortho |
| | HACAVIE | | Convention avec MPR | | | | | |
| | Hôpital maritime de Zuydcoote | | Plusieurs médecins | | | plusieurs | | |
| | IJA centre d'éducation sensorielle pour déficients visuels | 1 | Ophtalmo | | | | | transcripteur |
| | Synergie - métropole lilloise | | 1 | | 0,75 ETP | 3 ETP | | Instructeur en locomotion, psychomot |
| 67 | Bas-Rhin | | | | | | | |
| | Sonnenhaf | | | 1 | | 1 | 1 | |
| | ARAHM (réseau 2 IEM, 1 SSES) | | | 3 | 3 | 1 | | |
| | CH départemental de Bischwiller | | | 2 | | 3 | | |
| | Hopital de la Robertsau (NR) | | | | | | | |
| | ESAP Bas RHIN (CRF Clémenceau) | | | | 0,25 | 1,55 et 0,5 | 0,5 | psy |
| | CEP | | 1 par convention | | As de la CRAM | 2 | 1 | technicien du bât |

Tableau 21. Composition des ETEL (exploitation des questionnaires reçus) (suite)

| Dép | | resp | Médecin | Kiné | AS | Ergo | Secrétariat | Autre |
|-----------|-------------------------------------|------|-------------------|------|---------------------|-----------|--------------|--------------------------|
| 71 | Saône-et-Loire | | | | | | | |
| | CRF le Bourbonnais | | 1 | | 1 | 1 | 1 | |
| | Les Villandières | | 1 | | 1 | 1 | 1 | |
| | CMPR Mardor | 1 | 2 MPR | | 1 | 5 | | chargé d'insertion |
| | CITEVAM | | Tps partiel MRP | | avec CRAM, MSA, APF | 3 | 0,75 | Doc |
| | SSESD APF | | 1 | | 1 | 2 | | |
| 72 | Sarthe | | | | | | | |
| | Service social CRAM | 1 | | | toutes les AS | | | |
| | Service MPR CH du Mans | | 4 | | avec CRAM | 2 | 1 | |
| | IME l'Astrolab | 2 | | | 1 | | | |
| | service enfants déficients visuels | | ophtalmo | | | | | ortho, psy, psymot, éduc |
| | service enfants déficients auditifs | | ORL | | | | | ortho, psy, psymot, éduc |
| | IME Vausouze | | | | 1 | | | psy, éduc |
| | Centre Gallouedec | | médecine physique | | plusieurs | plusieurs | | |
| | CAMSP | | pédiatre et MPR | | 1 | 1 | 1 | |
| | Centre de l'Arche | | MPR | | 1 | 1 | | |
| | Centre de l'Arche Sessad | | MPR | | 1 | Plusieurs | | ortho |
| | CH du Mans Service ophtalmo | | 2 ophtalmo | | | | | orthoptiste |
| | CH du Mans Service ORL | | 2 | | | | | |
| 79 | Deux-Sèvres | | | | | | | |
| | CRF le Grand Feu | | 6 MPR | | 1 | 5 | | |
| | ADAPEI 79 (avec SAAD) | | psychiatre | | 1 | 1 | 1 | trav soc |
| | APF 79 (Esvad, SEESD, Foyer) | | 3 MPR | | 1,75 ETP | 3 ETP | 2,8 ETP | |
| | URAPEDA | | ORL | | 1 | | orth, audio, | |

Tableau 21. Composition des ETEL (exploitation des questionnaires reçus) (fin)

| Dép | Isère (suite) | resp | Médecin | Kiné | AS | Ergo | Secrétariat | Dép | |
|-----------|---|-------|---|-----------|----|---|--|---------------|--|
| 80 | Somme | | | | | | | | |
| | IEM d'Amiens | | 1 MRP | | | 1 | 3 | | |
| 83 | Var | | | | | | | | |
| 89 | URAPEDA-PACA Yonne APF CLIC MSA Centre d'appareillage CRF CLIC Hôpital | | ORL phoniatries de proximité MPR MPR MPR | | | 1 travailleur social Plusieurs 1 | Ergo du site Ergo du site Ergo du site Ergo du site | oui | Ortho, audioprothésiste, interface de communication |
| 95 | Val d'Oise Equipe labellisée expérimentale enfants CAMSP SCAPH 95 | 1 ETP | MPR MPR 0.25 ETP | Plusieurs | | 1 1 2 ETP | 1 1 ETP | Puéricultrice | |

Tableau 22. Nombre de dossiers constitués en 2002 par les ETEL
(exploitation des questionnaires reçus)

| Dép | Intitulé du département | Dossiers 2002 |
|-----------|---------------------------------|----------------------------------|
| 13 | Bouches du Rhône | |
| | ESVAD | 18 |
| | UEROS-AFAH | 3 |
| | CRF VALMANTE | 2 |
| | CREEDAT | 40 |
| | URAPEDA6PACA | 4 |
| | ARRDV (visuels) | 13 (d'octobre à décembre) |
| 14 | Calvados | |
| | LATRA-APAJH (non précisé) | 7 |
| | Centre Esquirol (pluripsy) | 0 |
| | IEM et CRF | 4 |
| | CAMSP Pays d'Auge | 3 |
| | Service rééducation neurologie | 4 |
| | APEDAL | 2 |
| | UEROS-Ladapt | 0 |
| | SRR, CHU Côte de Nacre | 24 |
| | CRF du Val d'Auge | 5 |
| | Foyer Odyssée | 2 en projet |
| 17 | Charente-Maritime | |
| | ESVAD APF | 15 |
| | CRF villa richelieu Croix Rouge | 7 |
| | Centre Hélio-Marin | 4 |
| | SSESD APF | 5 |
| | Centre Hospitalier de Saintes | 3 |
| | RVH | 0 |
| | URAPEDA | 10 |
| | Valentin HAUY | 0 |
| | Service de réadaptation CH | 2 |
| 22 | Cotes d'Armor | |
| | ESVAD | 28 d'oct 2002 à mars 2003 |
| | Service social CRAM de Bretagne | de sep à dec : 22 |
| | CRF de Trestel | 5 |
| | Centre hélio marin | 6 |
| 25 | Doubs | |
| | CICAT Handi Info | 9 |
| | CICAT Handi doc | 30 (hors conv CRAM et MSA : 120) |
| 26 | Drome | |
| | CMPR | 0 |
| 28 | Eure-et-Loir | |
| | Institut André Beulé | (ouverture du SVA fin 2002) |
| | APF | 0 |
| 30 | Gard | 2002 |
| | ESVAD | 52 |
| | GEIST 21(équipe du SESSAD) | 2 |
| | UAHVMPR (visuels) | 8 |
| | EECF "La cigale" | 9 |
| | AFM | 27 |
| | CRAM | 80 |

Tableau 22. Nombre de dossiers constitués en 2002 par les ETEL (suite)
(exploitation des questionnaires reçus)

| Dép | Intitulé du département | Dossiers 2002 |
|-----------|---|---------------------|
| 30 | Gard | |
| | ARIEDA | 08 (2000-2001-2002) |
| 33 | Gironde | |
| | GIHP | 6 |
| | SESSAD/IEM (labellisée) | 5 |
| | CSES | 1 |
| | ESVAD | 33 |
| 34 | Hérault | |
| | Esvad | 52 |
| | Union des aveugles | 2 |
| | ARIEDA | 18 |
| | Centre Hospitalier | 3 |
| 37 | Indre-et-Loire | |
| | Réadapt Fonct Neuro | 8 |
| | MPR | 6 |
| | CRF | 2 |
| | IEM Charlemagne | 2 |
| | CICAT IDARH | 16 |
| | Centre d'appareillage | 7 |
| | SIAADV | 3 |
| | Service Social de l'ARAIR | 9 |
| | Service social APF | 4 |
| | Etablissement médico-éducatif | 1 |
| | Service social CRAM (en réseau) | 11 |
| | Résidence du Hai | 4 |
| 38 | Isère | |
| | Centre médico universitaire Social Arcades | 4 |
| | Mas "La charminelle" | 1 |
| | Service social CRAM | 94 |
| | Foyer "la Maison des Isles" | 2 |
| | FIDEV (formation et insertion pour déficients visuels) | |
| | Délégation APF 38 | 41 |
| | IEM/FP | 1 |
| | APF (IEM & SESSAD) | 2 |
| | CMC Les petites Roches - CHV de Grenoble | 3 |
| | ESTI | 1 |
| | IMP Ninon Vallin | 1 |
| | ADPA (association pour l'aide à domicile aux personnes âgées) | |
| | SCAPH 38 | 129 |
| | CAMSP APAJH 38 | 1 |

Tableau 22. Nombre de dossiers constitués en 2002 par les ETEL (suite)
(exploitation des questionnaires reçus)

| Dép | Intitulé du département | Dossiers 2002 |
|-----------|---------------------------------------|---------------|
| 42 | Loire | |
| | FIDEV | 12 |
| | Service de gérontologie clinique | 1 |
| | CHU service de consult rééd | 5 |
| | Institut de jeunes sourds plein vent | 2 |
| | IME les petits princes ADAPEI | 5 |
| | ESVAD | 73 |
| | Equipe inter-ét de l'association IMC | 25 |
| | Service social CRAM | 57 |
| 43 | Haute-Loire | |
| | CAMSP | 0 |
| | SSESD | Aucun encore |
| 46 | Lot | |
| | APF Délégation du Lot | 12 |
| 54 | Meurthe-et-Moselle | |
| | Service Mission Relais | 170 |
| | Centre d'Education (Déf Visuels) | 16 |
| | SSESD de l'AEIM | 0 |
| | AISPAS (IJS°) | 2 |
| | Service de maintien des Ha à Dom | 9 |
| | ESVAD | 36 |
| | Ins Régional de Réadaptation (réseau) | 156 |
| 56 | Morbihan | |
| | CICAT ALCAT 56 | 0 |
| | SESSAD "A DENN ASKELL" | 2 |
| | Service de gérontologie CHBA Vannes | 1 |
| | Foyer de vie APF Vannes | 0 |
| | Les enfants de kervihan | 1 |
| | Service de moyen séjour CH | 0 |
| | AAH VB | 5 |
| | Association Gabriel Deshayes | 6 |
| 58 | Nièvre | |
| | Service accompagnement ADAPEI | 0 |
| | CH Henri Dunant | 0 |
| | Centre médico-éducatif | 0 |
| | SESALIS de Nevers | 0 |
| | CRF le Bourbonnais | 0 |
| | Foyer les Marizys | 0 |
| | CH RF | 0 |
| | ESVAD | 1 |
| | Réseau de Santé du Pays nivernais | 0 |

Tableau 22. Nombre de dossiers constitués en 2002 par les ETEL (suite)
(exploitation des questionnaires reçus)

| Dép | Intitulé du département | Dossiers 2002 |
|-----|---|--------------------|
| 59 | Nord | |
| | APAHM | 21 |
| | ESVAD | 12 |
| | REMORA (croisade des aveugles) | 31 |
| | Service de rééducation enfants-adolescents - Hôpital Maritime Zuydcoote | 0 |
| | HACAVIE | 59 |
| | Hôpital maritime de Zuydcoote | 2 |
| | IJA centre d'éducation sensorielle pour déficients visuels | |
| | Synergie - métropole lilloise | 15 |
| 67 | Bas-Rhin | |
| | Sonnenhaf | 9 |
| | ARAHM (réseau 2 IEM, 1 SSESD) | 24 |
| | CH départemental de Bischwiller | 6 |
| | Hopital de la Robertsau (NR) | |
| | ESAP Bas RHIN (CRF Clémenceau) | 0 |
| | CEP | |
| 71 | Saône-et-Loire | |
| | CRF le Bourbonnais | 3 |
| | Les Villandières | 1 |
| | CMPR Mardor | 3 |
| | CITEVAM | 31 |
| | SSESD APF | 0 |
| 72 | Sarthe | |
| | Service social CRAM | 43 |
| | Service MPR CH du Mans | 24 |
| | IME l'Astrolab | 0 |
| | service enfants déficients visuels | 0 |
| | service enfants déficients auditifs | 0 |
| | IME vausouze | 0 |
| | Centre Gallouedec | 12 |
| | CAMSP | 0 |
| | Centre de l'Arche | 50 |
| | Centre de l'Arche Sessad | 5 |
| | CH du Mans Service ophtalmo | 7 |
| | CH du Mans Service orl | 7 |
| 79 | Deux-Sèvres | |
| | CRF le Grand Feu | 9 |
| | ADAPEI 79 (avec SAAD) | 4 |
| | APF 79 (Esvad, SEESD, Foyer) | 67 (dont 59 ESVAD) |
| 79 | Deux-Sèvres | |
| | URAPEDA | 5 |

Tableau 22. Nombre de dossiers constitués en 2002 par les ETEL (fin)
(exploitation des questionnaires reçus)

| | | |
|-----------|-----------------------|----|
| 89 | Yonne | |
| | SVA (ergo) | 23 |
| | APF | 14 |
| | CLIC | 0 |
| | MSA | 0 |
| | Centre d'appareillage | 0 |
| | CRF | 0 |
| | Hôpital | 0 |
| 95 | Val d'Oise | |
| | Equipe enfants | 8 |
| | CAMSP | 0 |
| | SCAPH 95 | 26 |

Tableau 23. Les difficultés liées au financement et les difficultés relatives aux moyens exprimées par les ETEL (premières réponses)

| Dép | Intitulé département | difficultés liées au financement | difficultés relatives aux moyens |
|-----------|---------------------------------|---|--|
| 13 | Bouches du Rhône | | travail plus important : afflux de dossiers, plus de tps/dossier |
| | ESVAD | | 6 mois d'attente actuellement |
| | UEROS-AFAH | | |
| | CRF VALMANTE | budget reconductible? | si les demandes augmentent, manque de moyens |
| | CREEDAT | souhait : subvention de base et paiement à la prestation | manque de temps |
| | URAPEDA-PACA | | temps par dossier très important |
| | CCAS d'AIX | financement cas, la subvention DDASS couvre partiellement les frais | manque d'intervenants techniques pour l'habitat |
| | ARRDV (visuels) | budget trop limité par rapport au nombre de demandes | |
| 14 | Calvados | | |
| | LATRA-APAJH (non précisé) | | non |
| | Centre Esquirol (pluripsy) | | |
| | IEM et CRF | | |
| | CAMSP Pays d'Auge | | |
| | Service rééducation neurologie | | |
| | APEDAL | | |
| | UEROS-Ladapt | | pas assez d'expérience |
| | SRR, CHU Côte de Nacre | | |
| | CRF du Val d'Auge | | pas de personnel spécifique, temps de secrétariat nécessaire |
| | Foyer Odyssee | augmentation du temps des professionnels | manque de médecins de rééducation et d'AS, |
| 17 | Charente-Maritime | | |
| | ESVAD APF | pas de financement spécifique de la prestation SVA | manque de temps |
| | CRF villa richelieu Croix Rouge | | manque de temps |
| | Centre Hélio-Marin | | manque de temps |
| | SSESD APF | | |
| | Centre Hospitalier de Saintes | pas de financement pour la prestation =pb | manque de temps |
| | RVH | | |
| | URAPEDA | aucun financement | temps passé très important |
| | Valentin HAUY | bénévolat total | |
| | Service de réadaptation CH | | manque de temps |

Tableau 23. Les difficultés liées au financement et les difficultés relatives aux moyens exprimées par les ETEL (premières réponses) (suite)

| Dép | Intitulé département | difficultés liées au financement | difficultés relatives aux moyens |
|-----|---|--|---|
| 22 | Cotes d'Armor | | |
| | ESVAD | service financé à 95% par le CG mais refus d'une extension par celui-ci | manque 1 ergo (délais d'attente de 8 à 9 mois) |
| | Service social CRAM de Bretagne | | pas d'équipe à proprement parler, dif si ph hors CRF APF |
| | CRF de Trestel | | |
| | Centre hélio marin | financement sur budget CHU | oui en l'absence de moyens supplémentaires |
| 25 | Doubs | | |
| | Handi Info | financement au dossier | Manque de moyens en personnel pour répondre aux demandes plus nombr. |
| | Handi Doc | | Manque de personnel |
| 26 | Drôme | | |
| | ADAPEI | | |
| | CAMSP de Montélimar | | |
| | IME Maubec | Pas encore retours significatifs - Notre intervention est entièrement bénévole - | Pas de service social sur structure - L'orthophoniste est toujours en attente recrutement |
| | FIDEV (département 69 - labellisée pour 26) | aucun soutien financier | Phase de rédaction du compte rendu, d'élaboration, de recherche de devis... prend du temps |
| | SESSAD APAJH | | |
| | SESSAD de Montélimar | | |
| | ESVAD de l'APF | | A partir réception de la demande, 6 mois d'attente actuellement avant intervention du service |
| | Service de médecine physique et de réadaptation CH ST vallier | | |
| | CAMSP de valence | | |
| | CAMSP de Romans | | |
| | EPS Romans / St Vallier | | |
| | IME Maubec | | |
| | CNPR | | Temps long sur les dossiers |
| 28 | Eure-et-Loir | | |
| | Institut André Beulé | besoins de financement en fonction des besoins du site | oui |
| | APF | financement d'une équipe complète en cours de négociation avec le cg | l'ergo n'est disponible que pour les gens du foyer |

Tableau 23. Les difficultés liées au financement et les difficultés relatives aux moyens exprimées par les ETEL (premières réponses) (suite)

| Dép | Intitulé département | difficultés liées au financement | difficultés relatives aux moyens |
|-----|---|--|--|
| 30 | Gard | | |
| | ESVAD | demande de dotation globale | insuffisance moyens financiers/montée en charge des demandes |
| | GEIST 21(équipe du SESSAD) | aucune | non |
| | UAHVMPR (visuels) | | tps d'étude demandé par nombre de dossiers dépasse moyens disponibles |
| | EECF "La cigale" | financ. au dossier trop aléatoire, nécessité dotation fixe et long terme | en liaison avec la gestion du temps de travail |
| | AFM | financement parfait de l'ETEL au dossier | |
| | CRAM | | |
| | ARIEDA | Financement forfaitaire au dossier (473 €) | |
| 33 | Gironde | | |
| | GIHP | | moyens insuffisants d'où délais d'attente très longs (6 à 8 mois) |
| | SESSAD/IEM (labellisée) | | charge de travail supp (pour dossiers provenant hors des services (IEM et SESSAD)) |
| | CSES | | |
| | ESVAD | Subvention du conseil général pour l'équipe ESVAD | Manque d'ergothérapeutes à domicile ainsi que postes de médecins |
| 34 | Hérault | | |
| | EQUIPE ESVAD 34 (équip spécialisée pour une vie autonome à domicile) | CG 34 (dotation globale) - DDASS 34 (prestations d'ergothérapie et d'AS mises à dispo de l'équipe) | Surcroît de demandes. Manque d'Assistante sociale. |
| | Union des Aveugles et Handicapés de la Vue de Montpellier et de la Région | | |
| | ARIEDA - Association régionale pour l'intégration et l'éducation | Pas de financement | |
| | Centre hospitalier Paul Coste Floret | | Souhait de voir le dossier unique se généraliser (ex : DDE, ALGI qui ne l'utilisent pas) |
| | CMEE FONTCAUDE | | |

Tableau 23. Les difficultés liées au financement et les difficultés relatives aux moyens exprimées par les ETEL (premières réponses) (suite)

| Dép | Intitulé département | difficultés liées au financement | difficultés relatives aux moyens |
|-----|---|---|---|
| 37 | Indre-et-Loire | | |
| | Réadapt Fonct Neuro | le problème de leurs prestations comme ETEL est posé | partenariat supplémentaire nécessaire pour recherche de financement |
| | MPR | | manque de temps |
| | CRF | pas de budget | partenariat supplémentaire nécessaire pour recherche de financement |
| | IEM Charlemagne | pour les usagers : lenteur | manque de temps |
| | CICAT IDARH | | manque d'intervenant social direct |
| | Centre d'appareillage | | absence d'une AS directement attachée au SIVA |
| | SIAADV | indemnité souhaitée | manque de temps et AS souhaitée |
| | Service Social de l'ARAIR | | pas de moyen en secrétariat supplémentaire |
| | Service social APF | manque de clarté des critères d'attribution du FIE | |
| | Etablissement médico-éducatif | pas de financement de la prestation au Site | |
| 38 | Isère | | |
| | Centre médico universitaire Social Arcades | | complexité du travail --> harmonisation des organisations souhaitée |
| | Mas "La charminelle" | | |
| | Service social CRAM | | |
| | Foyer "la Maison des Isles" | | |
| | FIDEV (formation et insertion pour déficients visuels) | | |
| | Délégation APF 38 | Sur le financement des équipes : meilleure répartition des postes à faire afin que chaque équipe dispose des mêmes moyens pour travailler | |
| | APF (IEM & SESSAD) | | |
| | CMC Les petites Roches - CHV de Grenoble | Fonctionnement sur le budget global CMC en 2002 --> augmentation du temps passé à budget constant | |
| | ESTI | | |
| | IMP Ninon Vallin | | |
| | ADPA (association pour l'aide à domicile aux personnes âgées) SCAPH 38 CAMSP APAJH 38 | Dotation financière globale du conseil général pour PH de 18 à 60 ans – Partie professionnelle AGEFIPH Pas de financement spécifique - Budget insuffisant | |

Tableau 23. Les difficultés liées au financement et les difficultés relatives aux moyens exprimées par les ETEL (premières réponses) (suite)

| Dép | Intitulé département | difficultés liées au financement | difficultés relatives aux moyens |
|-----------|---------------------------------------|--|---|
| 42 | Loire | | |
| | FIDEV | pas de financement | rédaction et recherche de devis prennent du temps |
| | Service de gérontologie clinique | non | non |
| | CHU service de consult péd | demande dossier unique; financement différent selon équipes | manque de temps |
| | Institut de jeunes sourds plein vent | pas de financement des prestations SVA | moyens limités au public du service |
| | IME les petits princes ADAPEI | aucun financement prestations SVA | manque de temps |
| | ESVAD | des prestations de l'équipe; pour les usagers limités et extra-légal | manque de temps |
| | Equipe inter-ét de l'association IMC | | manque de moyens |
| | Equipe inter-ét de l'association IMC | pour les usagers : financement insuffisant notamment des véhicules | manque de temps |
| | Equipe inter-ét de l'association IMC | | manque de temps |
| | Service social CRAM | | non avec l'intervention de l'ergo du site |
| 43 | Haute-Loire | | |
| | CAMSP | | en cours de labellisation |
| | SSESD | demande d'un financement spécifique | surcharge de travail et coût de l'extension des données |
| 46 | Lot | | |
| | APF Délégation du Lot | | manque de moyens, formation continue insuffisante |
| 54 | Meurthe-et-Moselle | | |
| | Service Mission Relais | usagers : pb de l'avance des frais | |
| | Centre d'Education (Déf Visuels) | | temps nécessaire important |
| | SSESD de l'AEIM | pas de financement spécifique | surcroît de travail sans compensation financière |
| | AISPAS (IJS° | | |
| | Service de maintien des Ha à Dom | financement spécifique souhaité | |
| | ESVAD | ESVAD financée à 75% par le CG, pas de financement spécifique SVA | activité en augmentation |
| | Ins Régional de Réadaptation (réseau) | pas de financement spécifique | fonctionne à moyens constants |

Tableau 23. Les difficultés liées au financement et les difficultés relatives aux moyens exprimées par les ETEL (premières réponses) (suite)

| Dép | Intitulé département | difficultés liées au financement | difficultés relatives aux moyens |
|-----------|---|--|---|
| 56 | Morbihan | | |
| | CICAT ALCAT 56 | | |
| | SESSAD "A DENN ASKELL" | | délai de traitement encore très long |
| | Service de gérontologie CHBA Vannes | | |
| | Foyer de vie APF Vannes | | manque de temps |
| | Les enfants de kervihan | ne possèdent pas la trame des financements possibles | |
| | Service de moyen séjour CH | | |
| | AAH VB | | |
| | Assoc Gabriel Deshayes | pas de financement spécifique | manque de temps parfois, n'interviennent que pour ceux qu'ils suivent |
| | Service accompagnement ADAPEI | pas de moyens pour les aides humaines | |
| 58 | Nièvre | | |
| | CH Henri Dunant | | |
| | Centre médico-éducatif | | |
| | SESALIS de Nevers | | |
| | CRF le Bourbonnais | | |
| | Foyer les Marizys | à l'avenir sollicitation d'une aide peut-être | maximum avec moyens du foyer |
| | CH RF | | |
| | ESVAD | aucun financement des ETEL | manque de moyens |
| | Réseau de Santé du Pays nivernais | convention avec cg, CRAM et MSA | |
| 59 | Nord | | |
| | APAHM | | |
| | ESVAD | | |
| | REMORA (croisade des aveugles) | Aucun financement spécifique | |
| | Service de rééducation enfants-adolescents - Hôpital Maritime Zuydcoote | | |
| | HACAVIE | Pas de financement spécifique supplémentaire | |
| | Hôpital maritime de Zuydcoote | | |
| | IJA centre d'éducation sensorielle pour déficients visuels | | |
| | Synergie - métropole lilloise | Néant - Activité devant s'inscrire dans les moyens antérieurs de fonctionnement du service | |

Tableau 23. Les difficultés liées au financement et les difficultés relatives aux moyens exprimées par les ETEL (premières réponses) (suite)

| Dép | Intitulé département | difficultés liées au financement | difficultés relatives aux moyens |
|-----------|-------------------------------------|--|--|
| 67 | Bas-Rhin | | |
| | Sonnenhaf | | non |
| | ARAHM (réseau 2 IEM, 1 SSES) | | |
| | CH départemental de Bischwiller | | |
| | Hopital de la Robertsau (NR) | | |
| | ESAP Bas RHIN (CRF Clémenceau) | | manque de moyens |
| | CEP | pas de financement spécifique | manque d'effectif |
| 71 | Saône-et-Loire | | |
| | CRF le Bourbonnais | | |
| | Les Villandières | | |
| | CMPR Mardor | | un emploi jeune non pérennisé (secrétariat) |
| | CITEVAM | convention avec cg, MSA, CRAM et CPAM, aide par le DVA | besoin d'un ergo supplémentaire |
| | SSES APF | | |
| 72 | Sarthe | | |
| | Service social CRAM | | nécessité technicien habitat pour les demandes logement |
| | Service MPR CH du Mans | | dossiers demandent énormément de temps et temps ergo insuffisant |
| | IME l'Astrolab | | |
| | service enfants déficients visuels | pas de financement particulier | manque de temps |
| | service enfants déficients auditifs | pas de financement particulier | manque de temps |
| | IME Vausouze | | |
| | Centre Gallouedec | pas de financement de l'EDEL au titre de son activité SIVA | L'activité EDEL au détriment de la prise en charge |
| | CAMSP | que dossiers internes au CAMSP donc pas de problème | non |
| | Centre de l'Arche | pas de financement spécifique EDEL | engorgement des équipes |
| | Centre de l'Arche Sessad | pas de financement spécifique de cette activité | activité vient s'ajouter au travail |
| | CH du Mans Service ophtalmo | | |
| | CH du Mans Service ORL | | |

Tableau 23. Les difficultés liées au financement et les difficultés relatives aux moyens exprimées par les ETEL (premières réponses) (fin)

| Dép | Intitulé département | difficultés liées au financement | difficultés relatives aux moyens |
|-----------|------------------------------|--|---|
| 79 | Deux-Sèvres | | |
| | CRF le Grand Feu | pas de financement spécifique | charge de travail importante pour constituer le dossier |
| | ADAPEI 79 (avec SAAD) | aucun financement spécifique | temps accordé au DVA est du temps supplémentaire |
| | APF 79 (Esvad, SEESD, Foyer) | pas de financement spécifique | augmentation des demandes d'où augmentation du temps d'attente |
| | URAPEDA | aucun financement spécifique | temps très important et non pris en charge financièrement |
| 80 | Somme | | |
| | IEM d'Amiens | heures sup payées par l'établissement qui reçoit les fonds équivalents | |
| | CH | | |
| 95 | Val d'Oise | | |
| | Equipe enfants | Financement par subvention annuelle de l'Etat | Equipes insuffisantes pour répondre à l'ensemble des demandes du département. |
| | CASMP | | |
| | SCAPH 95 | Equipe financée par CPAM, conseil général, DDASS 95, FSEF | |

Tableau 24. Critères d'intervention du Fonds de l'Etat pour le financement des aides

| | | |
|----|-------------------|---|
| 13 | Bouches du Rhône | le fonds intervient à hauteur de : 11% pour les aides techniques, 7% pour logement; sur une hyp de 470 dos/an dont 270 AT à 22 KF et 200 L à 60 KF, forfaits maximum 366€pour AT, 640€pour L |
| 14 | Calvados | le fonds intervient dans le cadre d'une répartition : CG:15% de la facture (tout sauf prothèses auditive) CR : 15% sur les factures concernant, les aménagements de véhicules et l'informatique, les FR avec TIPPS; AGEFIPH avant commission selon ses critères; CPAM pour ses assurés avec Etat; MSA et CMR avec Etat (50%, 50%) Mutuelles, Caisses de retraite, CCAS selon leurs modalités propres |
| 17 | Charente-Maritime | pas de critères formalisés |
| 19 | Corrèze | chaque financeur conserve ses propres critères, coefficient familial pour le fonds (AT seulement) |
| 21 | Côte-d'Or | barème: Quotient Familial=(Ressources - Charges)/ nb de parts nb de parts différent du nb de personnes 2personnes donnent 1,5 ; 3 donnent 1,8, 4donnent 2,1, plus 0,4 ensuite), QF <853 donne 0% à charge ensuite progressif jusqu'à 90% (si QF> 2256), Fonds plafonné à 5000 moins de 60 ans : barème appliqué à partir d'un quotient familial pour déterminer un montant de reste à charge maximum plus de 60 ans : barème APH 21 (dispo antérieur avec les partenaires de la coordination gérontologique) nomenclature des AT et travaux mais chaque situation est examinée |
| 22 | Côtes-d'Armor | qualité et coût du projet, situation sociale, ressources, plafond désormais formalisé (7500€) part Etat/CG appréciée globalement, ensuite 20% CG et 80% Etat |
| 25 | Doubs | Pas de critère sur la mobilisation du fonds mais principe d'équité |
| 26 | Drôme | plafonds : 3500€pour AT, 20% du coût de l'adaptation habitat, plafonné à 2000€ dérogations possibles |
| 28 | Eure-et-Loir | critères de FIE : étude au cas par cas, barème implicite : plafond : 3000€par intervention (982€en moyenne d'intervention FIE) |
| 30 | Gard | respect de la proposition de l'ETEL, équité dans la participation laissée à l'intéressé |
| 33 | Gironde | ressources prises en considération, prise en charge intégrale pour les personnes allocataires de minima sociaux |
| 34 | Hérault | pas de critères formalisés |
| 37 | Indre-et-Loire | attribution d'un montant théorique de 20 à 30 % du coût total de la compensation ; 4 types de critères : gain d'autonomie ou de sécurité confort, participation possible de la personne, présence de co-financeurs et coût de l'aide |

Tableau 24. Critères d'intervention du Fonds de l'Etat pour le financement des aides (suite)

| | | | | | | | |
|----|--------------------|--|--|--|--|--|--|
| 38 | Isère | Intervention du FCE après les aides légales et autres aides possibles | | | | | |
| | | Intervention rapide du FCE : pour AT, si somme restant à charge ≤ 500€ | | | | | |
| | | Pour amen, si somme restant à charge ≤ 1000€ | | | | | |
| | | Participation possible de la personne : examinée avec elle | | | | | |
| | | Demandes de compensation des incapacités : AT, amen, ah par contre exclues | | | | | |
| 42 | Loire | pour les AT, le FIE complète les autres financements et la part de la famille | | | | | |
| | | pour les aménagements de log, l'intervention du FIE est plafonnée à 15% du coût, | | | | | |
| | | si dossier avec reste de moins de 600€ sollicitation uniquement du FIE, forfait pour l'acquisition du véhicule à aménager accordé à hauteur de 3000€ sur FIE | | | | | |
| 43 | Haute-Loire | 3000 € AT, 2000 € logement | | | | | |
| 44 | Loire-Atlantique | La participation de l'usager est définie en CF au vu de l'évaluation sociale de l'intéressé | | | | | |
| 46 | Lot | le fonds complète dans la limite de 90% du RAC | | | | | |
| 54 | Meurthe-et-Moselle | le projet ne doit pas être engagé, pas d'étude sur prothèses auditives, lunettes et consommables, sinon toute demande | | | | | |
| 56 | Morbihan | prise en compte des ressources, barème avec un % du coût laissé à charge (modulable au vu du rapport soc) | | | | | |
| 58 | Nièvre | pas de plafonds pour AT; logement : 10% maxi du coût d'aménagement | | | | | |
| 59 | Nord | dans la limite de 20% de la dépense ; plafond : 4578€ | | | | | |
| 63 | Puy-de-Dôme | pas de critères formalisés | | | | | |
| 65 | Hautes Pyrénées | attribution en fonction des ressources et des charges liées au handicap | | | | | |
| 67 | Bas-Rhin | pas de critères formalisés pour l'instant | | | | | |
| 70 | Haute-Saône | pas de critères formalisés | | | | | |

Tableau 24. Critères d'intervention du Fonds de l'Etat pour le financement des aides (fin)

| | | | | | | | | |
|-----|----------------|--|--|--|--|--|--|--|
| 71 | Saône-et-Loire | plafond de 3000€par demande et solde plancher 10% AT ou 75€ 20% Log ou 150€ | | | | | | |
| | | pour 2003 : suppression du % à charge dans la limite d'un plafond de 3000€pour at ou log | | | | | | |
| | | pas de critères de prise en compte des revenus | | | | | | |
| 72 | Sarthe | pas de critères formalisés | | | | | | |
| 79 | Deux-Sèvres | critères : observés (impact du projet, utilisation de la MTP et de l'ACTP, coût du projet, enveloppe disponible, revenus de la personne) mais pas de barème, | | | | | | |
| 80 | Somme | CF en cours | | | | | | |
| 81 | Tarn | pas de critères formalisés | | | | | | |
| 83 | Var | 20% du coût et 3000 € pour AT | | | | | | |
| 84 | Vaucluse | CF en cours | | | | | | |
| 89 | Yonne | pas de critères formalisés | | | | | | |
| 91 | Essonne | Attribution : au cas par cas | Informel : Moyenne journalière prise en compte pour restant à charge | | | | | |
| | | Rien si minima sociaux Forfait de 750 €pour prothèse auditive | | | | | | |
| | | Quelque chose : Si m> 35€/jour | | | | | | |
| 92 | Hauts-de-Seine | site non mis en place | | | | | | |
| 95 | Val-d'Oise | pas de critères formalisés | | | | | | |
| 971 | Guadeloupe | 10% du montant restant à charge de l'usager plafonné à 457,35€ | | | | | | |
| 974 | Réunion | pas de critères formalisés | | | | | | |

Guide de Codage pour les aides techniques et les aménagements

D – AIDES TECHNIQUES AU MOMENT DE LA DEMANDE ET AIDES TECHNIQUES PRECONISEES

1- Equipements pour le traitement et la rééducation

Pour la prévention des escarres

Coussin

Matelas

Autres

Pour la rééducation

Standing

Vélo d'appartement

Autres

2- Aides pour les soins corporels

Aides à l'hygiène

Chaise garde-robe

Adaptation WC

Matériel pour incontinence

Robinetterie

Autres

Aides pour la toilette

Fauteuil douche

Siège bain

Autres

Aides pour s'habiller

Vestiaire

Autres

Aides pour le repas

3- Aides au transport et à la locomotion

Aides pour la marche

Déambulateur

Béquilles

Autres

Adaptation pour véhicule

Aménagements conduite

Soulève personne

Siège voiture adapté

Autres

Déplacements

Fauteuil roulant manuel
Fauteuil roulant électrique
Fauteuil multipositions
Tricycle
Aides optiques
Aides tactiles
Autres

Mobilité

Système d'assise à changement de position
Elévateur d'assise
Verticalisateur

Transferts

Soulève malade
Planche
Disque
Potence
Barre d'appui
Autres

4- Mobilier

Fauteuil de repos
Bureau, table
Chaise
Lit
Meuble de rangement
Autres

5- Aides à la communication

Prothèse auditive
Synthèse vocale
Amplificateur de sons
Avertisseur lumineux ou vibrant
Matériel optique
Matériel braille
Machine à écrire
Matériel informatique
Interface spécifique
CD ROM et base de données
Scanner
Système d'alarme et de surveillance
Interphone
Téléphone et accessoire
Magnétophone et bloc-note électronique
Autres

6- Aides à la manipulation

Contrôle d'environnement
Bras télescopique
Tourne page
Pince long manche
Feeder
Autres

7- Aides aux loisirs

E – AMENAGEMENTS AU MOMENT DE LA DEMANDE ET AMENAGEMENTS PRECONISES ET REALISES APRES L'INTERVENTION

1 – Adaptations du logement ou lieu de travail (ou formation)

Ouverture-fermeture

Portes
Fenêtres
Volets

Aire circulation

Aménagement sanitaire

Salle de bains
W.C.

Plan incliné

Terrasse

Matériel d'élévation

Plateforme élévatrice
Chaise monte-escalier
Chenillette

Création/aménagement pièce

Chambre
Cuisine
Autres

Domotique

Chauffage

2- Adaptation environnement

Porte principale, portail
Aire circulation
Plan incliné
Parking

Ascenseur
Autres matériel d'élévation
Autres

3- Equipements

Aide à la manutention
Système de mise à hauteur
Adaptation des outillages ou des machines
Modification de l'ambiance lumineuse ou sonore
Autres