



DOSSIER DE PRESSE

CONSEIL DE LA CNSA DU 8 JUILLET 2014

| 9 juillet 2014

DOSSIER DE PRESSE
[CONSEIL DU 8 JUILLET 2014]

Sommaire

Communiqué : Premiers échanges entre Laurence Rossignol et le Conseil de la CNSA

Fiches

- Bilan des plans de création de places au 31 décembre 2013
- Favoriser l'insertion professionnelle des personnes en situation de handicap : généralisation d'une expérimentation permettant d'évaluer leur employabilité
- Point d'étape sur la mise en œuvre de la circulaire sur les situations critiques
- L'activité des maisons départementales des personnes handicapées en 2013 : premiers résultats

Communiqué de presse

Premiers échanges entre Laurence Rossignol et le Conseil de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

Laurence Rossignol, secrétaire d'État chargée de la Famille, des Personnes âgées et de l'Autonomie est venue présenter au Conseil de la CNSA, réuni hier, l'avancement du projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement. À l'issue de cette présentation, un échange a été engagé.

La secrétaire d'État, s'est dite très préoccupée de la situation des services d'aide à domicile, acteurs indispensables du maintien à domicile des personnes. Elle a rappelé les mesures relatives à l'augmentation du plafond de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) à domicile et l'objectif de réduction du reste à charge qui nécessiteront, pour être pleinement efficaces, d'apporter une réponse de qualité articulée entre le soin et l'aide à domicile. La secrétaire d'État s'est montrée déterminée à tirer rapidement les enseignements de l'expérimentation sur le financement et la tarification conduite par les fédérations et les départements. Elle leur a fixé rendez-vous à la mi-septembre pour réfléchir aux pistes d'actions. Les fédérations ont salué cette volonté de trouver des solutions pérennes, mais ont exprimé leur inquiétude pour l'exercice 2015.

En établissement, les axes prioritaires de la loi concernent la transparence des tarifs sur la base d'un socle de prestations identiques, ainsi que l'encadrement de leur évolution. Concernant la réduction du reste à charge en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), la secrétaire d'État a rappelé qu'elle restait un objectif à moyen terme du Gouvernement. Cette nouvelle étape pourra intervenir lorsque le redressement des finances publiques engagé par le Gouvernement aura produit ses effets. Poursuivant sur le sujet des établissements, Laurence Rossignol a indiqué vouloir travailler dès la rentrée sur la simplification de la tarification visant à renforcer la responsabilisation des gestionnaires et l'efficacité des structures.

Interpellée par le GR 31¹ et l'Assemblée des départements de France sur l'évolution des articles relatifs à la gouvernance locale dans le projet de loi, la secrétaire d'État a précisé que ces articles étaient réservés afin que ces thématiques puissent être débattues en cohérence avec les autres projets de lois², à la rentrée, au Parlement.

Le GR 31 a fait part à la ministre d'autres préoccupations. Il regrette vivement que le projet de loi ne propose aucune avancée déterminante pour mettre fin à la barrière d'âge annoncée dans la loi du 11 février 2005, jugeant ce projet de loi « discriminatoire ».

¹ Le GR 31 est composé des associations représentant les personnes âgées, les personnes handicapées et les professionnels qui sont à leur service (fédérations d'établissements et de services médico-sociaux)

² Réforme territoriale, Loi de santé

DOSSIER DE PRESSE

[CONSEIL DU 8 JUILLET 2014]

Il s'inquiète, tout comme la CFDT, du calendrier de mise en œuvre du projet de loi et de l'utilisation des recettes de la contribution additionnelle solidarité autonomie (CASA). Laurence Rossignol a précisé que la CASA financerait, dès l'entrée en vigueur de la loi, les dépenses prévues par la loi (allocation personnalisée d'autonomie, aides techniques et actions de prévention, droit au répit ...). Le GR 31 propose d'utiliser ces crédits « dès le début 2015 pour améliorer l'APA, réduire les restes à charge, etc. ».

Suivi du développement de l'offre d'établissements et services médico-sociaux

Le Conseil a pris connaissance d'un nouveau bilan intermédiaire des plans de création de places en établissements et services médico-sociaux : plan Solidarité grand âge (PSGA) 2007-2012, plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012 et programme pluriannuel pour les personnes handicapées 2008-2012.

La CNSA a notifié aux agences régionales de santé l'ensemble des crédits qui leur sont nécessaires pour autoriser le lancement des projets, c'est-à-dire 1,2 milliard d'euros pour 39 540 places dans le secteur du handicap³ et 843,4 millions d'euros pour 85 383 places dans le secteur du grand âge.

Au 31 décembre 2013, on comptabilisait, grâce à ces différents plans, 23 867 nouvelles places en établissements et services pour enfants et adultes handicapés, 60 705 places pour les personnes âgées – dont la moitié pour de l'accueil permanent en établissement et 36 % pour de l'accompagnement à domicile (SSIAD) – et 17 721 places pour les malades Alzheimer (pôles d'activités et de soins adaptés, plateformes de répit, SSIAD spécialisés et unités d'hébergement renforcé).

Des désaccords budgétaires

Le GR 31 a réagi à l'annulation de 43 millions d'euros du volet médico-social de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie, prévue dans le projet de loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2014. Il juge que « cela revient à faire contribuer plus particulièrement les personnes âgées à la résolution des difficultés de la sécurité sociale ».

L'ADF s'est exprimée plus généralement, estimant que « l'État impose des charges à la CNSA⁴ qui ne sont pas prélevées sur des crédits de l'assurance maladie, mais sur ceux destinés à la compensation par les départements de l'allocation personnalisée d'autonomie et de la prestation de compensation du handicap. »

Fonds de soutien exceptionnel aux départements

La Direction générale des collectivités locales a présenté au Conseil un bilan du fonds de soutien exceptionnel aux départements décidé par la loi de finances rectificative 2012, financé par un prélèvement de 170 millions d'euros sur les réserves de la CNSA.

³ exception faite des places dédiées à des projets spécifiques handicaps rares qui seront notifiées en 2015.

⁴ financement des centres régionaux de l'enfance et de l'adolescence inadaptée (CREAI), des agences nationales de l'État (ANESM, ANAP, ATIH), du programme handicap 157, de cinq équivalents temps plein pour conduire la réforme de la tarification des établissements médico-sociaux.

DOSSIER DE PRESSE [CONSEIL DU 8 JUILLET 2014]

Une première tranche de 85 millions d'euros a été versée par la CNSA, en juillet 2013, aux cinquante-cinq départements et collectivités éligibles. Vingt-trois départements ont bénéficié, début 2014, de subventions au titre de la seconde tranche de 85 millions d'euros après avoir signé une convention. Cette convention, conclue entre le préfet et le président du conseil général, précise les mesures mises en œuvre par le département pour améliorer sa situation financière et dégager des marges de manœuvre lui permettant de poursuivre ses actions en faveur des personnes bénéficiaires des allocations individuelles de solidarité. Soucieux de suivre la bonne utilisation des réserves de la CNSA, le Conseil a demandé à prendre connaissance de ces conventions.

À propos de la CNSA

Créée en 2004, la CNSA est un établissement public administratif dont les missions sont les suivantes :

- ∞ Participer au financement de l'aide à l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées : contribution au financement de l'allocation personnalisée d'autonomie et de la prestation de compensation du handicap, concours au financement des maisons départementales des personnes handicapées, affectation des crédits destinés aux établissements et services médico-sociaux.
- ∞ Garantir l'égalité de traitement sur tout le territoire quel que soit l'âge ou le type de handicap, en veillant à une répartition équitable des ressources.
- ∞ Assurer une mission d'expertise, d'information et d'animation : échange d'informations, mise en commun des bonnes pratiques entre les départements, soutien d'actions innovantes, développement d'outils d'évaluation, appui aux services de l'État dans l'identification des priorités et l'adaptation de l'offre.
- ∞ Enfin, la CNSA a un rôle d'expertise et de recherche sur toutes les questions liées à l'accès à l'autonomie, quels que soient l'âge et l'origine du handicap.

En 2014, la CNSA gère un budget de 21,7 milliards d'euros (11,6 milliards destinés aux personnes âgées et 10,1 milliards destinés aux personnes handicapées).

Contact presse

Aurore Anotin – CNSA

Tél. : 01 53 91 21 75 – 06 62 47 04 68

aurore.anotin@cnsa.fr



DOSSIER DE PRESSE
[CONSEIL DU 8 JUILLET 2014]

DOSSIER DE PRESSE
[CONSEIL DU 8 JUILLET 2014]

Bilan des plans de création de places au 31 décembre 2013

Depuis 2008, la CNSA est chargée de suivre l'exécution des plans nationaux de création de places nouvelles en établissements et services médico-sociaux, à destination des personnes âgées et des personnes handicapées, financés par l'assurance maladie. Elle propose à son Conseil un bilan annuel des places créées grâce aux crédits qu'elle a notifiés aux agences régionales de santé (ARS) en fonction des besoins locaux et des objectifs des plans nationaux : plan Solidarité grand âge (PSGA) 2007-2012, plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012 et programme pluriannuel pour les personnes handicapées 2008-2012.

Le programme pluriannuel de création de places pour un accompagnement tout au long de la vie des personnes handicapées et le plan Solidarité grand âge couvrent la période 2007-2012, mais ils se poursuivront jusqu'en 2016. En effet, compte tenu du temps requis pour les travaux, les financements sont étalés jusqu'en 2016.

Pour les deux plans, la CNSA a notifié aux ARS l'ensemble des crédits qui leur sont nécessaires pour autoriser le lancement des projets, c'est-à-dire 1,2 milliard d'euros pour 39 540 places dans le secteur du handicap⁵ et 843,4 millions d'euros pour 85 383 places dans le secteur du grand âge. Depuis 2013 et jusqu'en 2016, elle leur délègue uniquement les crédits qui permettent l'ouverture de ces nouvelles places. Le bilan définitif pourra donc être dressé après 2016. Toutefois, ce bilan intermédiaire permet de constater que le nombre de places qui seront créées à l'issue des plans sera proche de l'objectif. En effet, le coût estimé d'une place nouvelle au moment de la définition des plans, quel que soit le type de service ou d'établissement, a été réévalué entre 2008 et 2012 pour tenir compte de l'actualisation annuelle des coûts de fonctionnement.

1. Plan Solidarité grand âge (PSGA) et plan Alzheimer

Le PSGA poursuit l'effort de création de places en établissement. Il prévoit parallèlement de développer l'offre de services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), de structures d'accueil de jour et d'hébergement temporaire pour offrir des solutions de répit aux aidants. Il est complété par le plan Alzheimer qui permet de déployer des plateformes d'accompagnement et de répit, des équipes spécialisées Alzheimer en SSIAD, des pôles d'activité et de soins adaptés (PASA) et des unités d'hébergement renforcé (UHR).

Le bilan confirme le déséquilibre constaté les années précédentes entre places d'hébergement permanent et places de services (SSIAD + accueil temporaire): les places d'EHPAD⁶ ont été privilégiées au détriment des autres structures. Les différentes initiatives mises en œuvre pour y remédier n'ont pas suffi.

⁵ exception faite des places dédiées à des projets spécifiques handicaps rares qui seront notifiées en 2015

⁶ EHPAD : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

DOSSIER DE PRESSE
[CONSEIL DU 8 JUILLET 2014]

Au 31 décembre 2013, 60 700 places étaient installées. La moitié de ces places est destinée à l'accueil permanent des personnes âgées, 36 % à l'accompagnement à domicile (SSIAD).

Durant l'année 2013, plus de 5 400 places d'EHPAD et plus de 1 400 places de SSIAD ont ouvert. Trois fois sur quatre, les places d'EHPAD sont créées ex-nihilo. Et, puisqu'il s'écoule en moyenne 5 ans et 3 mois entre la date de dépôt du dossier et l'ouverture de l'établissement, les places ayant ouvert en 2013 avaient été autorisées entre 2008 et 2010. Pour les SSIAD en revanche, la grande majorité des places nouvelles autorisées l'est par extension des structures existantes, les délais d'installation sont donc plus courts (moins de deux ans en moyenne).

Réalisation du PSGA - chiffres au 31 décembre 2013

	Places notifiées (2007-2014)	Places autorisées (enveloppe 2007-2014)	Places installées (enveloppe 2007-2013)
Accueil de jour	10 679	7 177	5 285
EHPAD	44 131	42 790	30 251
Hébergement temporaire	6 471	4 293	3 111
SSIAD	24 103	22 592	22 059
Total	85 383	76 852	60 705

PSGA : réalisations de l'année 2013 - chiffres au 31 décembre 2013

	Places autorisées en 2013	Places installées en 2013
Accueil de jour	346	754
EHPAD	673	5 422
Hébergement temporaire	202	572
SSIAD	937	1 427
Total	2 158	8 175

L'offre Alzheimer et maladies apparentées

Fin 2013, la CNSA avait délégué aux ARS la quasi-totalité des crédits destinés à la création d'UHR, au financement des places de PASA et d'équipes spécialisées en SSIAD, ce qui représente le financement de 10 000 places supplémentaires depuis 2012. Les agences régionales de santé ont autorisé plus de 3 000 places et, une fois l'autorisation accordée, les structures se sont rapidement installées. Le décalage constaté concernant les autorisations s'explique par les exigences du cahier des charges des PASA, les contraintes foncières et architecturales dans les zones urbaines ou encore les difficultés de recrutement d'ergothérapeutes et de psychomotriciens.

DOSSIER DE PRESSE
[CONSEIL DU 8 JUILLET 2014]

L'année 2013 a permis de concrétiser les projets financés depuis 2010 et d'ouvrir 4 206 places supplémentaires en PASA, plateformes de répit, SSIAD spécialisés et UHR, pour atteindre un total de **17 721 places installées depuis le début du plan Alzheimer**.

Par ailleurs, fin 2013, **six communes françaises sur dix étaient couvertes par un dispositif MAIA**. Autrement dit, sur ces communes, les acteurs (mairie, centres locaux d'information et de coordination, hôpital, réseau de santé, conseil général...) travaillent selon la méthode de l'intégration⁷, afin de simplifier le parcours des personnes âgées de plus de 60 ans qui s'adressent à eux.

Réalisation du plan Alzheimer - chiffres au 31 décembre 2013				
	Places programmées par le plan Alzheimer (volet médico-social)	Places notifiées	Places autorisées	Places installées
PASA	25 000	24 565	14 742	12 432
SSIAD spécialisé	500 (équipes)	3 988	4 244	4 154
UHR	1 660	1 660	1 211	1 135
Total		31 213	20 197	17 721

Plan Alzheimer : réalisations de l'année 2013 - chiffres au 31 décembre 2013		
	Places autorisées en 2013	Places installées en 2013
PASA	2 550	3 359
SSIAD spécialisé	410	670
UHR	112	177
Total	3 072	4 206

2. Programme pluriannuel de création de places pour un accompagnement tout au long de la vie des personnes handicapées

La répartition des places en cours de création diffère quelque peu des objectifs prévus - on créera plus de places pour enfants et moins pour adultes -, mais les écarts constatés lors des premiers bilans se sont partiellement réduits puisque la CNSA a fléchi plus précisément les financements alloués aux agences régionales de santé (ARS) en 2011 et 2012.

Entre 2008 et 2013, 30 076 places nouvelles ont été autorisées, soit 76% du programme.

⁷ L'intégration va plus loin que la coopération qui repose seulement sur un principe de coordination. L'intégration conduit tous les acteurs à co-construire leurs moyens d'action, leurs outils collaboratifs, et *in fine* à partager les actions elles-mêmes et la responsabilité de leur conduite. Cette approche permet d'apporter une réponse décloisonnée, harmonisée, complète et adaptée aux besoins de la personne âgée (accueil, information, orientation et mise en place de soins, de services ou de prestations), quelle que soit la structure à laquelle elle s'adresse.

DOSSIER DE PRESSE [CONSEIL DU 8 JUILLET 2014]

Une fois autorisés, les services, qu'ils soient pour enfants ou pour adultes, s'installent sans difficulté particulière (1 an et 4 mois en moyenne). Les places d'établissements demandent un peu plus de temps (1 an et 10 mois en moyenne dans le secteur de l'enfance, 3 ans et 7 mois dans le secteur des adultes). **Au 31 décembre 2013, on comptabilisait 23 867 places nouvelles en établissements et services pour enfants et adultes handicapés installées depuis le début du programme. Parmi elles, 6 320 ont été créées par transformation de structures existantes.**

En effet, l'évolution de l'offre ne se réduit pas à la création de places nouvelles. Elle s'appuie sur la transformation des établissements, qui peut intervenir de deux manières :

- soit en convertissant des places d'établissement en places de service : d'IME⁸ en SESSAD⁹ pour soutenir la scolarisation et la socialisation des enfants en milieu ordinaire ;
- soit en requalifiant des places pour accueillir des publics ayant besoin de plus d'accompagnement : un IME pour déficients intellectuels peut se spécialiser pour un public autiste.

En moyenne, un quart des places destinées aux enfants est créé par transformation. Fin 2013, on totalisait par exemple 1 995 places de SESSAD ouvertes suite à une transformation. Du côté des adultes, moins d'une place sur dix est créée de cette manière. Il s'agit principalement de places de FAM¹⁰ créées grâce à la médicalisation de foyers de vie.

L'offre pour enfants

Le programme prévoit de développer l'action précoce et de soutenir l'accompagnement en milieu ordinaire. Il accorde une attention particulière à des handicaps spécifiques, comme l'autisme et le handicap psychique. Pour atteindre ces objectifs, **6 300 places de SESSAD et 3 750 places en établissements ont déjà été créées sur la période 2008-2013, dont 1047 places de SESSAD et 571 places en établissements sur la seule année 2013.**

Les places de SESSAD sont principalement destinées aux enfants présentant une déficience intellectuelle, des troubles de la conduite et du comportement, des troubles autistiques. Le nombre total de places de SESSAD créées devrait dépasser l'objectif (7 354 au lieu de 7 250) et le mode de création diffèrera de celui prévu par le programme : sur les 5 000 places qui doivent ouvrir suite à une transformation, on en comptabilisait seulement 1 995, fin 2013.

Concernant les établissements, les prévisions d'installation d'établissements pour les enfants autistes et déficients intellectuels vont elles aussi au-delà des objectifs, confirmant la forte implication des ARS envers ces publics.

L'offre pour adultes

Le programme prévoit d'accompagner l'avancée en âge des adultes les plus lourdement handicapés et accorde une attention particulière à des handicaps spécifiques, comme le handicap psychique et les conséquences de traumatismes crâniens. **Pour atteindre ces**

⁸ IME : Institut médico-éducatif

⁹ SESSAD : Service d'accompagnement et de soins à domicile

¹⁰ FAM : Foyer d'accueil médicalisé

DOSSIER DE PRESSE
[CONSEIL DU 8 JUILLET 2014]

objectifs 5 048 places en services et 8 769 en établissements ont déjà été créées sur la période 2008-2013, dont 443 places de services et 1700 places en établissements sur la seule année 2013.

Les places en établissements sont principalement dédiées aux adultes polyhandicapés, aux adultes présentant des déficiences psychiques et aux personnes handicapées vieillissantes ; celles de SAMSAH¹¹ sont destinées en priorité aux personnes handicapées psychiques, motrices et intellectuelles ; celles de SSIAD sont majoritairement agréées pour toutes les déficiences.

Fin 2013, ARS et conseils généraux avaient conjointement autorisé la création de 94% des places de MAS¹² et 74 % de celles de FAM. La proportion est moins importante pour les services, seulement 43% des places de SAMSAH et de SSIAD, soit 53% des places notifiées par la CNSA. Une fois autorisées, les places s'installent en revanche rapidement.

Réalisation du programme pluriannuel handicap (places nouvelles et transformation) - chiffres au 31 décembre 2013		
	Places autorisées (2008-2016)	Places installées (2008-2013)
ITEP	1 159	900
SESSAD	7 354	6 300
Ets. pour polyhandicapés	452	326
Ets. pour autistes	1 554	1 248
Ets. pour déficients intellectuels	1 004	726
Accueil temporaire	94	73
Centre de ressources ou autres	523	477
Total enfants	12 140	10 050
MAS	4 271	3 035
FAM	6 212	4 216
Médicalisation FAM/FV/FO ¹³	538	474
Accueil temporaire	604	481
SAMSAH-SSIAD	5 617	5 048
Expérimentation/innovation ou autres	694	563
Total adultes	17 936	13 817
Total enfants et adultes	30 076	23 867

¹¹ SAMSAH : Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés

¹² MAS : Maison d'accueil spécialisée

¹³ FV : Foyer de vie / FO : Foyer occupationnel

DOSSIER DE PRESSE
[CONSEIL DU 8 JUILLET 2014]

Faciliter l'insertion professionnelle des personnes en situation de handicap : généralisation d'une expérimentation permettant d'évaluer leur employabilité.

Le pacte national pour l'emploi, lancé lors de la Conférence nationale du handicap le 10 juin 2008, a prévu de permettre aux maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) de mieux évaluer les capacités de travail des personnes handicapées afin de faciliter leur accès à un emploi. En effet, la moitié des demandes concernant les adultes qui sont formulées aux MDPH ont trait à la vie professionnelle.

Entre l'automne 2011 et l'automne 2012, dix MDPH¹⁴ ont expérimenté, avec le soutien de la CNSA, la DGCS et la DGEFP, une évaluation dynamique de l'employabilité de personnes handicapées. Ce bilan associe recueil d'informations, accompagnement et mise en situation pour favoriser leur insertion professionnelle. Il peut notamment être proposé dès lors que la personne sans emploi, formule une demande d'allocation aux adultes handicapés auprès de la MDPH. Pour une personne, le bilan dure environ trois mois.

Les objectifs attendus de ce processus d'évaluation expérimental étaient les suivants :

- améliorer l'appréciation de la capacité d'une personne à travailler compte tenu de son handicap ;
- mieux identifier l'accompagnement socioprofessionnel répondant aux besoins de cette personne et les ajustements à apporter aux évolutions de sa situation ;
- repérer les bonnes pratiques de coopération entre le service public de l'emploi (Pôle emploi + Cap emploi) et les MDPH, au sein des équipes pluridisciplinaires et lors du passage de relais de la MDPH au service public de l'emploi.

Les dix MDPH bénéficiaient de l'appui d'un prestataire pour les aider à faire le point sur les motivations et le souhait de la personne d'engager un projet professionnel ou sur sa capacité à envisager une activité professionnelle, les aider à identifier les principaux obstacles psycho-médico-sociaux que la personne rencontre avant d'engager ou de réengager son parcours d'insertion professionnelle en milieu ordinaire de travail, et les actions à mettre en œuvre pour les lever. Le prestataire apportait aussi à la MDPH toute information utile à la prise de décision en matière d'insertion professionnelle de la personne.

746 personnes ont participé à l'expérimentation. Parmi elles, 574 ont bénéficié d'une analyse approfondie des difficultés rencontrées, 379 ont poursuivi la démarche pour évaluer leur capacité à s'engager dans un projet professionnel et 181 ont clôturé le bilan par une mise en situation professionnelle.

Interrogés six mois après la fin du processus, 83% des bénéficiaires avouaient être satisfaits de ce bilan approfondi dont ils partageaient les conclusions. Les professionnels étaient eux aussi très globalement satisfaits de cette démarche d'évaluation au long cours.

¹⁴ Allier, Hautes-Alpes, Hérault, Loire, Loiret, Maine-et-Loire, Morbihan, Pas-de-Calais, Hautes-Pyrénées, Val d'Oise

DOSSIER DE PRESSE
[CONSEIL DU 8 JUILLET 2014]

Sur la base d'une [évaluation de l'expérimentation](#), le plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale, annoncé en janvier 2013 et le Comité interministériel du handicap du 25 septembre 2013 ont prévu d'élargir l'expérimentation.

Ainsi dix-neuf MDPH supplémentaires vont rejoindre l'expérimentation¹⁵. À partir de septembre prochain, ces MDPH seront accompagnées par le pilote national retenu par la CNSA, puis elles sélectionneront les prestataires qui les épauleront dans l'évaluation des situations des personnes prévue tout au long de l'année 2015.

¹⁵ Ariège, Aube, Charente-Maritime, Corrèze, Deux-Sèvres, Ille et Vilaine, Jura, Meuse, Moselle, Nord, Paris, Sarthe, Savoie, Seine-et-Marne, Seine-Maritime, Somme, Vaucluse, Yonne, Yvelines



DOSSIER DE PRESSE
[CONSEIL DU 8 JUILLET 2014]

DOSSIER DE PRESSE
[CONSEIL DU 8 JUILLET 2014]

Point d'étape sur la mise en œuvre de la circulaire sur les situations critiques

Alors que le rapport « Zéro sans solution » de Denis Piveteau a été rendu public fin juin, la CNSA a présenté à son Conseil¹⁶ un bilan d'étape sur la mise en œuvre de la circulaire du 22 novembre 2013 permettant d'accompagner les situations « critiques » d'enfants et d'adultes en situation de handicap.

La circulaire prévoyait que la CNSA appuie les acteurs locaux (MDPH, ARS) confrontés à des situations de rupture de prise en charge, analyse les bonnes pratiques, en lien avec les administrations centrales, et les diffuse après accord de son Conseil. Une adresse e-mail a donc été créée pour que les agences régionales de santé saisissent la CNSA des situations concernées. La direction de la compensation et la direction des établissements et services médico-sociaux ont mis en commun leurs ressources pour assurer un suivi de chacune des situations signalées. Elles se réunissent lorsque cela est nécessaire pour identifier les solutions à proposer aux familles.

Entre novembre 2013 et mai 2014, la CNSA a eu connaissance d'environ soixante-dix situations pour lesquelles l'admission effective en établissement ou en service médico-social butait sur l'absence de disponibilité, mais seule une quinzaine pouvait être qualifiée de « critiques » au sens de la circulaire. Une dizaine a nécessité une intervention de la CNSA (demande d'informations complémentaires, saisine d'un centre national de ressources handicap rare ou d'un centre de ressources autisme...).

Les situations rencontrées se situent sur deux registres:

- soit les besoins de la personne pourraient être satisfaits par une place dans un type d'établissement ou de service médico-social bien identifié, mais il n'y a pas de place dans la région de résidence de la famille. Dans ce cas, la CNSA engage un échange avec les ARS limitrophes pour trouver une place dans un établissement ou un service d'un territoire voisin.
- soit la réponse aux besoins de la personne est multiforme et il n'existe pas de prise en charge adaptée. La CNSA peut mobiliser des acteurs spécifiques (type centre national de ressource dédié à un type de handicap) ou soutenir des modalités de prises en charge complémentaires (accueil en établissement médico-social et relai en hôpital de jour par exemple) pour construire une réponse sur-mesure et modulable.

Parmi les bonnes pratiques recensées par la CNSA, on constate dans certaines régions des collaborations entre le secteur médico-social et le secteur sanitaire (formation d'équipes d'établissements ou de services médico-sociaux à la psychiatrie, création d'équipes mobiles d'intervention...); la mobilisation de moyens spécifiques, tels que du renforcement du personnel d'accueil, pour résoudre certaines situations; la rédaction de protocoles ou de conventions entre acteurs pour collaborer...

¹⁶ A l'occasion de la commission aide à la personne du 25 juin 2014.

DOSSIER DE PRESSE
[CONSEIL DU 8 JUILLET 2014]

L'activité des maisons départementales des personnes handicapées en 2013 : premiers résultats

Les demandes

En 2013, encore plus que les années précédentes, les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) ont été fortement sollicitées.

En 2013, 57 demandes pour 1 000 habitants¹⁷ ont été déposées en moyenne, dont 20 % ont concerné les enfants. La pression de la demande s'est fait sentir à la fois chez les enfants et chez les adultes avec une plus forte augmentation pour les demandes dites « adultes » : 88 demandes pour 1000 habitants âgés entre 20 et 59 ans en 2013 (80 demandes en 2012). Les personnes déposent entre deux et trois demandes (2,4 en moyenne chez le public adultes et 2,1 chez le public enfant). Depuis 2011, on constate une diminution de la part des premières demandes. Ce constat s'est confirmé en 2013.

Chez les adultes, les questions de l'employabilité, de l'accompagnement vers et dans l'emploi demeurent prégnantes : 28% des demandes concernent l'orientation et la formation professionnelle ou la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé. Par ailleurs, 18 % des demandes déposées par les adultes à la MDPH concernent l'allocation pour adultes handicapés. Autre chiffre significatif : 11% des sollicitations formulées aux MDPH sont des demandes de cartes (stationnement, invalidité ou priorité) de la part des personnes âgées de 60 ans et plus.

Chez les enfants, les demandes sont principalement concentrées autour de l'allocation d'éducation pour enfant handicapé (28 %) et des orientations en établissement ou en service, y compris les orientations scolaires (28 %). Viennent ensuite les demandes d'auxiliaire de vie scolaire (15 %) et de cartes - d'invalidité, de priorité ou de cartes de stationnement – (12.5%).

Les demandes adultes sont traitées en moyenne après 4,4 mois, celles des enfants après 3,2 mois. Ce délai varie d'un département à l'autre.

Les décisions

Le taux d'accord moyen pour ces différentes prestations diffère de l'une à l'autre. Par exemple :

- Une prestation de compensation du handicap a été accordée une fois sur deux en moyenne en 2013 (49% chez les adultes, 50% chez les enfants).
- 93% des demandes de reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé ont été satisfaites.
- Les demandes d'orientation en établissement ou en service ont été accordées au moins 9 fois sur 10 chez les adultes comme chez les enfants.

¹⁷ 51 demandes pour 1000 habitants en 2012

DOSSIER DE PRESSE

[CONSEIL DU 8 JUILLET 2014]

- Les demandes d'auxiliaire de vie scolaire trouvent une réponse positive dans 83% des cas.

Ces proportions peuvent varier fortement d'un département à l'autre.

La mise en œuvre et le respect des droits des usagers

Pour mieux comprendre leurs droits, faire valoir leurs droits ou contester une décision, les personnes handicapées peuvent recourir à des modes de règlements amiables ou non des litiges: la médiation, la conciliation, le recours gracieux ou le recours contentieux.

Soucieux de gérer au mieux les litiges avec leurs usagers, la majeure partie des départements a mis en place un dispositif de conciliation (91%) et dans une moindre mesure, un dispositif de médiation (63%). Les recours (gracieux ou contentieux) demeurent peu fréquents, puisque 67% des MDPH enregistrent moins de 3% de recours. Pour 86% des MDPH, la décision initiale rendue par la CDAPH est confirmée au moins une fois sur deux. Dans près de 30% des cas, le taux de confirmation est supérieur ou égal à 75%.

Les conventions avec les partenaires extérieurs

Au total 2 460 conventions sont déjà signées dans 78 MDPH.

Certaines MDPH signent des conventions permettant de bénéficier d'un appui pour plusieurs activités : l'accueil, l'aide à l'élaboration du projet de vie, l'évaluation et le suivi des décisions. L'accueil et l'évaluation sont les deux activités les plus souvent concernées par ces conventions. Certaines MDPH conventionnent uniquement pour l'évaluation, (une MDPH, par exemple, ne dispose pas toujours en son sein de tous les spécialistes permettant d'évaluer les situations –ergothérapeute, psychiatre, neurologue-...).

L'ensemble de ces données fera l'objet de travaux complémentaires au cours des prochains mois.