



DOSSIER DE PRESSE

CONSEIL DU 9 JUILLET 2013

| 10 juillet 2013

DOSSIER DE PRESSE
[CONSEIL DU 9 JUILLET 2013]

Sommaire

Communiqué de presse : Conseil de la CNSA : échange avec Mme Marie-Arlette Carlotti et élection des vice-présidents

- Liste des nouveaux membres et vice-présidents du Conseil de la CNSA.
- Bilan des plans de création de places au 31 décembre 2012.
- Premier bilan des SROMS.

DOSSIER DE PRESSE
[CONSEIL DU 9 JUILLET 2013]

Communiqué de presse

Conseil de la CNSA : échange avec Mme Marie-Arlette Carlotti et élection des vice-présidents

Le Conseil de la CNSA a accueilli hier Mme Marie-Arlette Carlotti, ministre déléguée chargée des Personnes handicapées et de la Lutte contre l'exclusion et les trois rapporteurs missionnés par le Premier ministre et la ministre déléguée chargée des Personnes âgées et de l'Autonomie pour préparer la future loi d'adaptation de la société au vieillissement, Mme Martine Pinville, M. Jean-Pierre Aquino et M. Luc Broussy.

De nouveaux représentants aux collèges personnes âgées et personnes handicapées

Les collèges des représentants d'associations de personnes âgées et d'associations de personnes handicapées ont été renouvelés le 15 mai 2013. Le Conseil siégeait dans sa nouvelle configuration pour la première fois hier. (La nouvelle composition des deux collèges est détaillée dans les pages suivantes.)

Deux nouveaux vice-présidents

Les quarante-huit membres ont voté pour élire, au sein de chacun des collèges d'associations représentatives des personnes âgées et des personnes handicapées, leurs deux nouveaux vice-présidents. M. Jean-Louis Garcia, président de l'Association pour adultes et jeunes handicapés (APAJH – collège personnes handicapées), et M. Sylvain Denis, président de la Fédération nationale des associations de retraités et préretraités (FNAR - collège personnes âgées), succèdent respectivement à M. Jean-Marie Barbier et Mme Janine Dujay-Blaret pour un mandat de quatre années.

Échanges avec la ministre déléguée

Venue présenter les grands axes du 3^e plan autisme, Mme Marie-Arlette Carlotti a insisté sur les principes qui ont prévalu à son élaboration : la concertation avec un ensemble d'acteurs associatifs, locaux et nationaux et la prise en compte des recommandations de la Haute autorité de santé et de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Elle a réaffirmé sa volonté de conduire le plan dans un climat d'apaisement, mais avec détermination. Elle a également dit savoir pouvoir compter sur la CNSA et sur les différentes organisations siégeant à son Conseil pour mettre en œuvre ce plan.

Interrogée sur l'inclusion scolaire des enfants handicapés, elle a indiqué que la question de la professionnalisation des auxiliaires de vie scolaire serait abordée lors du prochain comité interministériel du handicap.

DOSSIER DE PRESSE
[CONSEIL DU 9 JUILLET 2013]

Discussions pour adapter la société aux besoins des personnes en perte d'autonomie

Les trois rapporteurs missionnés par Mme Michèle Delaunay et M. Jean-Marc Ayrault pour préparer la future loi d'adaptation de la société au vieillissement ont présenté la synthèse de leurs rapports au Conseil. Mme Martine Pinville, députée de la Charente, a identifié des bonnes pratiques de prévention et d'adaptation de la société au vieillissement dans les pays de l'OCDE, en s'intéressant plus particulièrement au Québec, à la Suède et à l'Espagne dont les approches sont différentes. M. Jean-Pierre Aquino, président du comité « avancée en âge », propose de développer une culture de prévention et de mieux dépister et traiter les fragilités. Ses conclusions doivent alimenter le volet « Anticipation-prévention » du projet de loi à venir. M. Luc Broussy, conseiller général du Val d'Oise et maire de Goussainville, suggère différentes pistes d'adaptation au vieillissement de la population pour les logements, les villes et les territoires. Il propose aussi de développer les technologies au service des plus âgés. Il insiste sur la nécessité de mieux affirmer et de protéger les droits des âgés. Ses conclusions doivent alimenter le volet « Adaptation de notre société au vieillissement ».

Les trois rapporteurs concluent de façon commune que la future loi d'adaptation de la société au vieillissement doit être transversale, de nombreux ministères étant concernés par la prévention de la perte d'autonomie et l'adaptation de la société au vieillissement (santé, travail, justice, sports, logement...). De la même façon, ils soulignent que d'autres chantiers en cours, tels que la stratégie nationale de santé, la loi de décentralisation ou la réforme des retraites, devront prendre en compte ces nouveaux enjeux, y compris celui de la gouvernance locale évoqué dans le rapport de M. Luc Broussy.

Se félicitant de la perspective d'une loi d'adaptation de la société au vieillissement, le Conseil voit dans ces présentations l'occasion de réaffirmer son attachement d'une part à la création d'un droit universel de compensation de la perte d'autonomie et d'autre part au mode de gouvernance novateur de la Caisse qui associe les associations de personnes âgées et handicapées.

Certains membres du Conseil ont également réagi à la proposition de création des maisons départementales de l'autonomie (MDA). Le GR 31¹ a fait remarquer que la création des MDA devrait respecter les principes de la loi du 11 février 2005, ajoutant que « le rapprochement formel des structures sans perspective d'instauration d'un droit universel à l'autonomie ne pouvait être considéré comme un réel progrès ».

Un représentant des conseils généraux a pour sa part soutenu la transposition du modèle de gouvernance de la CNSA à l'échelle locale dans des conseils départementaux de la solidarité et de l'autonomie.

L'Union nationale des centres communaux ou intercommunaux d'action sociale (UNCCAS), quant à elle, a mis en garde face au risque d'empilement des dispositifs et a attiré l'attention sur l'expérience des CCAS.

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).

DOSSIER DE PRESSE [CONSEIL DU 9 JUILLET 2013]

Développement de l'offre médico-sociale : nouveaux bilans

Comme chaque année à cette période, la CNSA a présenté à son Conseil un bilan de la mise en œuvre des plans de création de places en établissements et en 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 quasi-totalité des financements a été allouée à ce jour aux agences régionales de santé, responsables de la mise en œuvre opérationnelle. Les objectifs devraient être atteints à l'horizon 2016, à quelques ajustements près : on créera plus de places pour enfants et moins de places pour adultes que prévu dans le programme pluriannuel de création de places pour personnes handicapées, et plus de places en établissements que prévu par le plan Solidarité grand âge.

Par ailleurs, le Conseil a examiné le premier état des lieux du contenu des schémas régionaux d'organisation médico-sociale (SROMS). (Pour plus de détails sur ces deux sujets, consulter les pages suivantes du dossier de presse.)

Enfin, les membres du Conseil ont salué l'action, l'engagement et la liberté de parole du président Francis Idrac au cours de ses quatre années de mandat. Ce dernier a remercié les élus, le GR 31, les services de l'État, les personnalités qualifiées et les équipes de la CNSA pour leur collaboration.

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 2013, la CNSA gère un budget de 21,1 milliards d'euros (11,3 milliards destinés aux personnes âgées et 9,8 milliards destinés aux personnes handicapées).

Contact presse

Aurore Anotin – CNSA

Tél. : 01 53 91 21 75

aurore.anotin@cnsa.fr

DOSSIER DE PRESSE
[CONSEIL DU 9 JUILLET 2013]

Liste des nouveaux membres et vice-présidents du Conseil

Le Conseil de la CNSA rassemble les partenaires sociaux, confédérations syndicales de salariés et organisations d'employeurs représentatives, ainsi que des représentants des associations de personnes âgées et de personnes handicapées et des institutions intervenant dans les domaines de compétence de la Caisse. L'État, les conseils généraux et les deux assemblées parlementaires sont également représentés. Enfin, trois personnalités qualifiées désignées par le gouvernement portent à quarante-huit le nombre de ses membres.

Le 15 mai 2013, le collège des associations agissant au niveau national pour les personnes handicapées et celui des associations agissant au niveau national pour les personnes âgées ont élu leurs nouveaux représentants. Ce vote a été avalisé par [l'arrêté du 26 juin 2013](#) publié au Journal officiel du 29 juin 2013.

La ministre des Affaires sociales et de la Santé a ensuite nommé les membres suivants ([arrêté du 26 juin 2013](#) publié au Journal officiel du 29 juin 2013) :

Six représentants des associations œuvrant au niveau national pour les personnes handicapées ainsi que leurs six suppléants :

Arnaud de Broca (Fédération nationale des accidentés de la vie - FNATH), avec pour suppléant **Didier Voïta** (Union nationale pour l'insertion sociale du déficient auditif - UNIS-DA)

Philippe Charrier (Union nationale des familles et amis de malades mentaux - UNAFAM), avec pour suppléant **Jacques Ravaut** (Fédération des associations, groupements et établissements pour la réadaptation des personnes en situations de handicap - FAGERH).

Christophe Duguet (Association française contre les myopathies - AFM), avec pour suppléant **Vincent Michel** (Confédération française pour la promotion sociale des aveugles et amblyopes - CFPSAA).

Jean-Louis Garcia (Association pour adultes et jeunes handicapés - APAJH), avec pour suppléante **Régine Clément** (Trisomie 21 France : fédération des associations d'étude pour l'insertion sociale des personnes porteuses d'une trisomie 21).

Christel Prado (Union nationale des associations de parents, de personnes handicapées mentales et de leurs amis - UNAPEI), avec pour suppléante **Danièle Langlois** (Autisme France).

Alain Rochon (Association des paralysés de France - APF), avec pour suppléante **Mathilde Fuchs** (Coordination handicap et autonomie).

Six représentants des associations œuvrant au niveau national pour les personnes âgées ainsi que leurs six suppléants :

Pascal Champvert (Association des directeurs au service des personnes âgées - ADPA),

DOSSIER DE PRESSE
[CONSEIL DU 9 JUILLET 2013]

avec pour suppléant **Didier Sapy** (Fédération nationale avenir et qualité de vie des personnes âgées - FNAQPA).

Francis Contis (Union nationale de l'aide, des soins et des services aux domiciles - UNAS-SAD), avec pour suppléant **Thierry d'Aboville** (association d'aide à domicile en milieu rural - ADMR).

Sylvain Denis (Fédération nationale des associations de retraités et préretraités - FNAR), avec pour suppléant **Pierre Erbs** (Génération mouvement).

Marie-Odile Desana (Union nationale des associations France-Alzheimer et maladies apparentées), avec pour suppléant **Jean de Gaullier** (ADESSA –A domicile-Fédération nationale).

Benoit Jayez (Union confédérale des retraités et des préretraités-Force ouvrière), avec pour suppléant **François Ferraguti** (Fédération nationale des associations de retraités de l'artisanat - FENARA).

Dr. Serge Reingewirtz (Syndicat national de gérontologie clinique - SNGC), avec pour suppléant **Claudy Jarry** (Fédération nationale des associations de directeurs d'établissements et services pour personnes âgées - FNADEPA).

Ce 9 juillet 2013, l'ensemble des membres du Conseil a élu deux nouveaux vice-présidents parmi les représentants d'associations de personnes âgées et de personnes handicapées. Sylvain Denis (FNAR) et Jean-Louis Garcia (APAJH) succèdent à Janine Dujay-Blaret, collègue des personnes âgées, et Jean-Marie Barbier, collèges des personnes handicapées. Ils sont élus pour quatre ans.

DOSSIER DE PRESSE
[CONSEIL DU 9 JUILLET 2013]

Bilan des plans de création de places au 31 décembre 2012

Depuis 2008, la CNSA est chargée de suivre l'exécution des plans nationaux de créations de places nouvelles en établissements et services médico-sociaux, à destination des personnes âgées et des personnes handicapées, financées par l'assurance maladie. Elle propose à son Conseil un bilan annuel des places créées grâce aux crédits qu'elle a notifiés aux 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. **Pour les deux plans, la CNSA a notifié aux ARS l'ensemble des crédits qui leur sont nécessaires pour autoriser le lancement des projets², c'est-à-dire 1,2 milliard d'euros pour 39 540 places dans le secteur du handicap et 842 millions d'euros pour 85 276 places dans le secteur du grand âge.** Puis elle leur délèguera, jusqu'en 2016, les crédits qui permettront l'ouverture de ces nouvelles places. Le bilan présenté est donc intermédiaire.

1. Programme pluriannuel de création de places pour un accompagnement tout au long de la vie des personnes handicapées : vue d'ensemble

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 orienté plus fortement les financements alloués aux agences régionales de santé (ARS) en 2011 et 2012.

En cinq ans, **27 413 places nouvelles ont été autorisées**, soit 69% du programme.

Une fois autorisés, les services, qu'ils soient pour enfants ou pour adultes, s'installent sans difficulté particulière. Les places d'établissements demandent logiquement un peu plus de temps, mais cela progresse depuis fin 2011 : 98 % des places pour enfants notifiées sur l'exercice 2008-2012 étaient installées en décembre 2012 et 82 % des places pour adultes étaient ouvertes, soit un total de **20 791 places installées à fin 2012 depuis le début du programme. Parmi elles, 5 644 ont été créées par transformation de structures existantes.**

² exception faite des places dédiées à des projets spécifiques handicaps rares qui seront notifiées au second semestre 2013

DOSSIER DE PRESSE [CONSEIL DU 9 JUILLET 2013]

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'IME³ en SESSAD⁴ 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, une place sur quatre destinée aux enfants est créée par transformation. Fin 2012, on totalisait 1 709 places de SESSAD ouvertes suite à une transformation, sur un objectif de 5 000 places.

Du côté des adultes, une place sur dix est créée de cette manière.

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, 5 329 places de SESSAD et 3 225 places en établissements ont déjà été créées.

Les places de SESSAD sont principalement destinées aux enfants présentant une déficience intellectuelle, des troubles de la conduite et du comportement, des troubles autistiques.

Concernant les établissements, on constate une forte implication des ARS sur l'autisme. Avec 2 049 places financées (au lieu de 1 500), les objectifs devraient être dépassés. L'installation est un peu plus longue -1 111 places étaient ouvertes fin 2012-. Cela s'explique par le temps nécessaire pour mettre en œuvre la procédure d'autorisation par appel à projets et pour intégrer les recommandations de l'ANESM et de la HAS aux projets des établissements.

L'objectif de création de places pour déficients intellectuels est en bonne voie également, puisque 931 places ont été autorisées sur les 1 000 prévues. Pour cela, les ARS ont mobilisés d'autres financements que ceux délégués dans le cadre du programme de création de places. Enfin, l'objectif concernant les ITEP⁵ devrait être dépassé d'une trentaine de places (1 583 places ont été financées au lieu des 1 550 prévues).

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 objectifs 4 638 places ont déjà été créées en services et 6 603 en établissements.

³ IME : Institut médico-éducatif

⁴ SESSAD : Service d'accompagnement et de soins à domicile

⁵ ITEP : Institut éducatif, thérapeutique, éducatif et pédagogique

DOSSIER DE PRESSE
[CONSEIL DU 9 JUILLET 2013]

Les places en établissement seront finalement plus nombreuses que prévu, puisque les objectifs ont été dépassés. Les ARS, conjointement avec les conseils généraux, ont en effet financé 4 794 places de MAS⁶ (au lieu de 4 550) et 9 334 places de FAM⁷ (pour 8 450 prévues initialement), dédiées principalement aux adultes polyhandicapés, aux adultes présentant des déficiences psychiques et aux personnes handicapées vieillissantes.

Les 3 205 places de SAMSAH⁸ sont destinées en priorité aux personnes handicapées psychiques, motrices et intellectuelles. Les 1 433 places de SSIAD⁹ sont majoritairement agréées pour toutes les déficiences.

Réalisation du programme pluriannuel handicap (places nouvelles et transformation) - chiffres au 31 décembre 2012			
	Places programmées (2008-2014)	Places autorisées (2008-2016)	Places installées (2008-2012)
ITEP	1 550	1 133	679
SESSAD	7 250	6 361	5 329
Ets. pour polyhandicapés	700	426	328
Ets. pour autistes	1 500	1 454	1 111
Ets. pour déficients intellectuels	1 000	931	659
Accueil temporaire	250	82	60
Centre de ressources ou autres	-	451	388
Total enfants	12 250	10 838	8 554
MAS	4 550	3 836	2 476
FAM	8 450	5 800	3 721
Médicalisation FAM/FV/FO ¹⁰	2 500	519	406
Accueil temporaire	800	592	441
SAMSAH-SSIAD	12 900	5 152	4 638
Expérimentation/innovation ou autres	-	676	555
Total adultes	29 200	16 574	12 236
Total enfants et adultes	41 450	27 413	20 791

⁶ MAS : Maison d'accueil spécialisée

⁷ FAM : Foyer d'accueil médicalisé

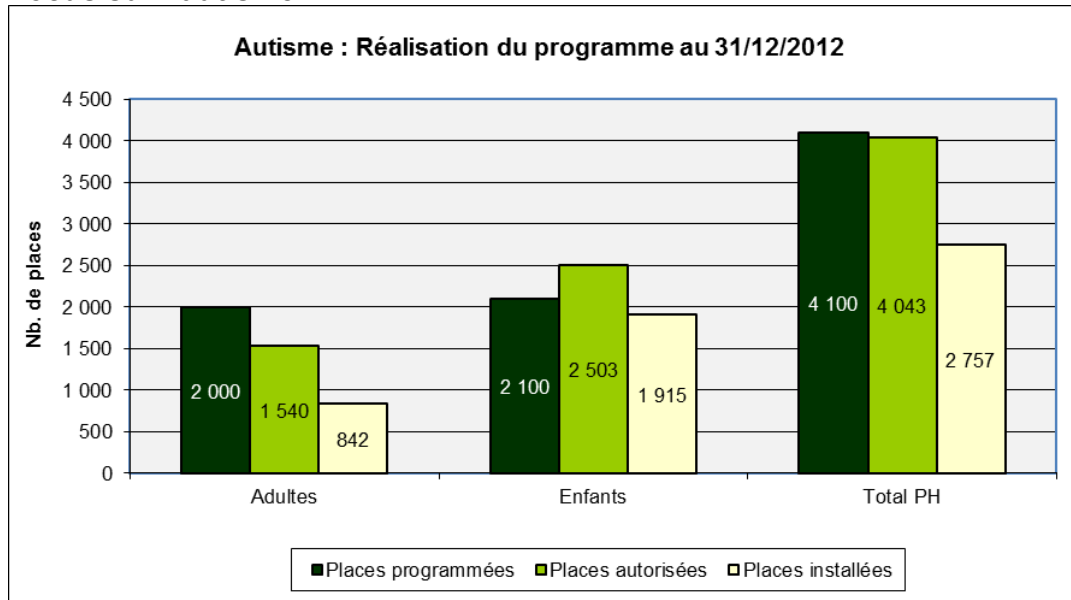
⁸ SAMSAH : Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés

⁹ SSIAD : Service de soins infirmiers à domicile

¹⁰ FV : Foyer de vie / FO : Foyer occupationnel

DOSSIER DE PRESSE
[CONSEIL DU 9 JUILLET 2013]

Focus sur l'autisme



2. Plan Solidarité grand âge (PSGA) et plan Alzheimer : vue d'ensemble

Le PSGA poursuit l'effort de création de places en établissement. Il prévoit parallèlement de développer l'offre de 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 doit permettre de déployer des plateformes d'accompagnement et de répit, des équipes spécialisées 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'EHPAD¹¹ ont été privilégiées au détriment des autres structures. Les différentes initiatives mises en œuvre pour y remédier n'ont pas suffi.

75 017 places nouvelles ont été autorisées depuis le début du plan, soit 88 % du programme. Et en 2012, la majeure partie des places nouvelles autorisées étaient des dispositifs Alzheimer.

Les places d'EHPAD sont autorisées sans difficulté compte-tenu du nombre de porteurs de projets.

En revanche, le rythme est moins soutenu pour les places d'hébergement temporaire et d'accueil de jour pour lesquels les projets sont moins nombreux. En outre, les délais nécessaires à la mise en œuvre du décret n°2011-1211 sur les capacités minimales des accueils de jour ont pu constituer un facteur de ralentissement des autorisations.

¹¹ EHPAD : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

DOSSIER DE PRESSE
[CONSEIL DU 9 JUILLET 2013]

Le taux d'autorisation des SSIAD a progressé significativement l'an dernier, néanmoins, l'objectif du plan semble difficile à réaliser. Plusieurs explications peuvent être avancées : la prudence des gestionnaires dans un contexte de réforme de la tarification, la difficulté à recruter des personnels soignants dans certaines régions, la faible mobilisation des gestionnaires pour développer une offre au-delà de certains seuils, etc.

À noter également que, 80 % des places créées en SSIAD le sont pour augmenter la capacité d'une structure existante. C'est beaucoup moins le cas pour l'offre en accueil de jour, en EHPAD ou en hébergement temporaire, développée ex nihilo.

En cinq ans, **51 884 places nouvelles ont été installées.**

Réalisation du PSGA - chiffres au 31 décembre 2012				
	Places programmées par le PSGA	Places notifiées (2007-2014)	Places autorisées (enveloppe 2007-2014)	Places installées (enveloppe 2007-2012)
Accueil de jour	10 900	10 679	6 842	4 441
EHPAD	37 500	44 024	42 503	24 356
Hébergement temporaire	6 100	6 471	4 043	2 511
SSIAD	36 000	24 103	21 629	20 576
Total	90 500	85 276	75 017	51 884

PSGA : réalisations de l'année 2012 - chiffres au 31 décembre 2012		
	Places autorisées en 2012	Places installées en 2012
Accueil de jour	575	1 032
EHPAD	1 039	6 901
Hébergement temporaire	220	649
SSIAD	1 464	1 799
Total	3 298	10 381

L'offre Alzheimer et maladies apparentées

Fin 2012, la CNSA avait délégué aux ARS la totalité des crédits destinés à la création d'UHR, ainsi que les montants nécessaires au financement des places de PASA et d'équipes spécialisées en SSIAD qui s'ouvraient dans l'année.

L'année 2012 a permis de concrétiser les projets financés depuis 2010 et d'ouvrir 5 653 places supplémentaires en PASA, plateformes de répit, SSIAD spécialisés et UHR, pour atteindre un total de **13 076 places installées depuis le début du plan.**

DOSSIER DE PRESSE
[CONSEIL DU 9 JUILLET 2013]

Réalisation du plan Alzheimer - chiffres au 31 décembre 2012			
	Places programmées par le plan Alzheimer	Places notifiées	Places installées
PASA	25 000	16 449	8 721
Plateforme de répit	150 (nb de plateformes)		87
SSIAD spécialisé	500 (équipes)	3 614	3 324
UHR	5 000	1 660	944
Total		21 723	13 076

Plan Alzheimer : réalisations de l'année 2012 - chiffres au 31 décembre 2012		
	Places autorisées en 2012	Places installées en 2012
PASA	5 418	3 840
Plateforme de répit	54 (nb de plateformes)	53
SSIAD spécialisé	1 674	1 478
UHR	245	282
Total	7 391	5 653

3. Perspectives

Le PSGA, le plan Alzheimer et maladies apparentées et le programme pluriannuel pour les personnes handicapées continueront de produire des effets jusqu'en 2016, puisque comme indiqué précédemment, la CNSA délèguera des crédits de paiement aux ARS pendant trois années pour financer le fonctionnement des nouvelles places.

Côté handicap, près de 19 000 places d'ores et déjà financées doivent s'ouvrir sur cette période, en plus des 20 791 déjà ouvertes. Côté grand âge, près de 31 000 places financées s'installeront en plus des 51 884 ouvertes sur les crédits du plan.

DOSSIER DE PRESSE
[CONSEIL DU 9 JUILLET 2013]

Premier bilan des SROMS

À la demande du Secrétariat général des ministères chargés des Affaires sociales, la CNSA a réalisé, avec l'appui d'un consultant, un état des lieux des schémas régionaux d'organisation médico-sociale (SROMS) adoptés par les agences régionales de santé (ARS). Ces travaux alimenteront les réflexions pour les prochains plans nationaux. Ils ont été présentés au Conseil ce 9 juillet 2013

Le SROMS en quelques mots

Issu de la loi « Hôpital, patients, santé et territoires », le schéma régional d'organisation médico-sociale est l'un des trois schémas opérationnels qui composent un projet régional de santé (PRS). Il vise à restructurer l'offre médico-sociale d'une région, pour qu'elle soit accessible et adaptée aux besoins des personnes.

Il doit veiller à une articulation de l'offre sanitaire et médico-sociale pour améliorer l'organisation et la coordination de l'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie et des personnes handicapées. Il est établi et actualisé sur la base d'un diagnostic, au regard des schémas départementaux arrêtés par les conseils généraux de la région et en transversalité avec les autres schémas que l'agence régionale de santé doit élaborer.

Le SROMS fixe, pour cinq ans, des objectifs opérationnels à l'agence régionale de santé et aux acteurs concernés.

L'agence régionale de santé arrête son SROMS après concertation avec les acteurs institutionnels, les représentants d'usagers, etc...

Les vingt-six SROMS ont été publiés entre juin 2011 et décembre 2012. La moitié distingue les orientations relatives aux personnes en situation de handicap, de celles relatives aux personnes en perte d'autonomie, mais dans certains, des thématiques sont traitées en commun. De manière générale, on retrouve pour les deux catégories de publics des orientations en matière de fluidification des parcours, d'efficacité, de recomposition et d'adaptation de l'offre médico-sociale.

L'élaboration des SROMS

Deux constats ressortent de cette première analyse:

- Les ARS étant libres de choisir la méthode de concertation et d'élaboration de leurs documents régionaux de planification, les SROMS n'ont pas été élaborés de manière homogène, qu'il s'agisse de la méthode ou des contenus. Cela rend la comparaison des schémas plus difficile. À noter que plus la concertation a été large, plus le schéma semble ouvert aux problématiques médico-sociales et sociales - les problématiques sociales étant extérieures aux compétences strictes de l'ARS.
- La méthodologie de diagnostic croisé des besoins et des ressources pour identifier et prioriser les actions d'amélioration de l'organisation médico-sociale ne peut, le plus souvent, compte-tenu de l'insuffisance de données objectivables en termes de description des besoins des personnes, s'appuyer sur des informations partagées entre

DOSSIER DE PRESSE [CONSEIL DU 9 JUILLET 2013]

les acteurs. Les objectifs des SROMS sont également très liés aux particularités des contextes locaux. Ces diagnostics devront être approfondis dans un second temps.

Les enseignements relatifs au contenu

Six grandes dimensions sont présentes dans quasiment la moitié des schémas :

- 1) L'observation du secteur médico-social grâce à des outils partagés et l'amélioration de la connaissance des publics et de leurs besoins.
Dans le secteur du handicap, les ARS veulent prioritairement approfondir leur connaissance des personnes (profil des enfants scolarisés et conditions de leur scolarisation ; modalités et conséquences du vieillissement des personnes handicapées ; recensement et description des besoins des personnes avec autisme, notamment des adultes ; connaissance des personnes longuement hospitalisées en psychiatrie). Pour celui de la perte d'autonomie, il s'agit plutôt d'analyser les réponses apportées (périmètre géographique d'intervention des SSIAD¹², coopération entre services, accessibilité financière des structures...). Toutes se préoccupent aussi des besoins en professionnels (lieux d'implantation, évolution des effectifs...).
- 2) Le développement du dépistage et de la prise en charge précoce des handicaps et de la perte d'autonomie, via une structuration de l'activité des CAMSP et de leur réseau.
- 3) La prise en charge des besoins de soins des personnes handicapées.
Cela nécessite notamment que les équipements soient adaptés aux spécificités du handicap, que les établissements prennent en compte cette dimension dans leur projet de service, que les professionnels soient formés.
- 4) La fluidification des parcours de vie et de soins des personnes en situation de perte d'autonomie à tous les âges de la vie et quel que soit leur besoin.
Cet objectif nécessite un renforcement de la coordination des intervenants sanitaires et médico-sociaux.
- 5) Le développement du soutien apporté à leurs aidants.
- 6) L'adaptation de l'offre médico-sociale aux multiples besoins des personnes âgées et des personnes handicapées, de façon à mieux prendre en compte leurs droits, en mettant en œuvre les recommandations de bonnes pratiques de l'Anesm ou en faisant évoluer l'offre sur le territoire (transformation d'établissements, travaux d'investissement...).

Les aspects financiers sont également présents dans les schémas. Ainsi, plusieurs ARS se fixent pour objectif de réduire les inégalités de ressources entre les établissements médico-sociaux offrant des prestations comparables.

Ces orientations font écho au caractère multidimensionnel et évolutif des handicaps et de la perte d'autonomie pris en compte par les schémas :

- Les parcours de vie et de soins (impliquant à la fois la prise en compte des projets de vie, la coordination des acteurs, la complémentarité des interventions, l'évitement de

¹² Développer tous les sigles en note de bas de page

DOSSIER DE PRESSE
[CONSEIL DU 9 JUILLET 2013]

certaines ruptures comme les hospitalisations non programmées, les segments de parcours comme le dépistage et le diagnostic, le vieillissement, la fin de vie).

- Le milieu ordinaire et le maintien à domicile : scolarité, emploi, logement, accès aux soins.
- L'approche populationnelle du handicap et de la dépendance (autisme, handicap d'origine psychique, troubles « dys », handicaps rares et prévalence dépassant l'aire régionale, polyhandicap et situations complexes, maladie d'Alzheimer et autres maladies neurodégénératives) qui s'accompagne aussi de la prise en compte du besoin de soutien apporté aux aidants.
- L'approche qui met en avant les différents âges de la vie (enfance, adolescence, passage à l'âge adulte, vieillissement, personnes âgées).
- La prise en compte des organisations médico-sociales (leur adaptation aux besoins des personnes, et notamment la médicalisation, les conversions, la diversification, les alternatives à l'hébergement permanent), leur efficacité, la sécurité.
- La qualité des accompagnements, dont la bientraitance, l'accès aux droits des personnes.
- L'enjeu de la professionnalisation et de l'emploi.
- L'approche territoriale des organisations, l'équité d'accès, le rattrapage territorial.

Les SROMS prévoient de déployer de nombreuses actions sur le terrain. Cette grande diversité, assortie généralement de plusieurs indicateurs de réalisation mais d'une absence de chiffrage, rendra leur évaluation difficile à une échelle régionale et a fortiori nationale.