

Indicateur n° 2-2 : Mode de prise en charge des personnes handicapées

Sous-indicateur n°2-2-1 : part des services dans les structures médico-sociales pour personnes handicapées

Finalité : cet indicateur vise à mesurer la diversification des prises en charge, en repérant la part des places dédiées à l'accompagnement de personnes handicapées par les services exerçant à domicile ou, plus largement, en milieu ouvert.

Précisions sur le dispositif : cet indicateur vise à quantifier la diversification de l'offre de structures accueillant des personnes handicapées depuis la mise en œuvre en 2006 des programmes inter-départementaux d'accompagnement des personnes âgées et handicapées (PRIAC).

Résultats : la proportion de places dédiées aux enfants et adultes handicapés dans l'offre totale des établissements et services médico-sociaux est présentée ci-après.

	Enfants (part des places de SESSAD, en %)						Objectif
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	
Moyenne France entière	22,1	23,0	25,3	26,8	28,5	29,6	Augmentation de la part des services
Médiane des régions	21,8	23,2	25,4	27,4	28,4	29,5	
Médiane des départements	22,8	24,2	26,6	27,9	29,3	30,2	
<i>Ecart inter-départemental</i>	31,4%	31,5%	27,4%	26,9%	25,0%	24,0%	
<i>Ecart inter-régional</i>	25,8%	27,5%	21,2%	19,5%	18,5%	16,7%	

SESSAD : services d'éducation spéciale et de soins à domicile

	Adultes (part des places de SSIAD-SAMSAH, en %)						Objectif
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	
Moyenne France entière	2,5	11,5	15,8	17,0	18,4	18,9	Augmentation de la part des services
Médiane des régions	1,5	11,9	16,5	18,2	19,2	19,2	
Médiane des départements	0,0	10,0	16,1	18,0	17,2	18,8	
<i>Ecart inter-départemental</i>	175,7%	84,1%	66,1%	59,9%	55,1%	48,4%	
<i>Ecart inter-régional</i>	105,0%	58,4%	46,6%	44,0%	41,3%	39,4%	

Source : Données DREES pour 2006 et CNSA pour 2007-2011.

SSIAD : services de soins infirmiers à domicile ; SAMSAH : service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés.

Lecture : en moyenne, 29,6% de l'offre totale est dédiée aux enfants handicapés en 2011. La moitié des régions dispose d'au moins 29,5% de places en services. On observe, pour les régions, une dispersion de la part des places en services de 16,7% autour de la moyenne nationale en 2011 (elle était de 25,8% en 2006). Plus l'écart type relatif est élevé plus les valeurs sont dispersées autour de la moyenne - une diminution de l'écart type signifie donc une réduction des écarts territoriaux.

L'objectif de diversification de l'offre de services inscrit dans les plans nationaux connaît une traduction réelle sur l'ensemble du territoire depuis 2006. La part des services est toujours plus élevée dans le secteur des enfants handicapés, même si l'offre de services pour adultes progresse de façon importante.

Ainsi, dans le secteur de l'enfance, 29,6% des places installées concernent la prise en charge à domicile ou en milieu scolaire (SESSAD). L'augmentation depuis 2006 de la proportion de places dédiées aux enfants illustre la priorité gouvernementale de développement de leur scolarisation. D'une manière générale, on observe une tendance à la réduction des écarts territoriaux tant au niveau inter-régional qu'inter-départemental depuis 2006.

Pour le secteur des adultes, le poids relatif des SAMSAH (services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés) et des SSIAD (services de soins infirmiers à domicile) dans l'offre globale augmente en 2011 pour s'établir à 18,9%. Cette part moyenne, en nette progression depuis 2006, recouvre toujours une hétérogénéité importante sur l'ensemble du territoire entre régions et départements, même si elle tend à se réduire depuis 2006. Cette disparité d'équipement s'explique pour une large part par la montée en charge relativement récente et disparate de ce type d'accompagnement sur le territoire.

Construction de l'indicateur : les écarts inter-départementaux et inter-régionaux sont mesurés par le biais de coefficients de variation (cf. indicateur « objectifs/résultats » n° 2-1 pour plus de détails).

Précisions méthodologiques : les structures accueillant les enfants et adultes handicapés sont celles définies à l'indicateur de cadrage n° 6 (cf. précisions méthodologiques).

Sous-indicateur n°2-2-2 : délai moyen de réalisation des décisions d'orientation en établissements et services médico-sociaux

Finalité : la qualité de la prise en charge des personnes handicapées peut être appréciée par la capacité des prestations sociales et de l'offre de services et d'établissements à répondre aux besoins, tels qu'ils se reflètent dans les décisions des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH). Il est proposé en particulier de suivre le délai d'exécution des décisions d'orientation des personnes handicapées en établissements et services médico-sociaux.

Précisions sur le rôle des CDAPH : la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) est l'instance décisionnaire au sein de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH). Elle est composée notamment de représentants du département, des services de l'Etat, des organismes de protection sociale, des organisations syndicales, des associations de parents d'élèves, de représentants de personnes handicapées et de leur famille désignés par les associations représentatives et d'un membre du conseil départemental consultatif des personnes handicapées. Les représentants des organismes gestionnaires d'établissements ou services siègent en commission avec voix consultative.

La CDAPH se réunit régulièrement et prend, sur la base des souhaits exprimés par la personne dans son projet de vie, de l'évaluation des besoins de compensation réalisée par l'équipe pluridisciplinaire et des préconisations proposées dans le plan personnalisé de compensation, les décisions relatives à l'ensemble des droits de la personne handicapée. Les décisions d'orientation en établissements et services médico-sociaux des personnes sont de la compétence de la CDAPH.

Les orientations prononcées par la CDAPH sont de plusieurs nature : il peut s'agir d'une orientation en établissement - établissements pour adultes handicapés, pour enfants ou adolescents handicapés -, en service - services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS), services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH), services d'éducation spéciale et de soins à domicile SESSAD) ou d'une orientation professionnelle.

Résultats : l'indicateur n'est pas disponible à ce stade au niveau national bien que différentes expérimentations et initiatives aient été prises par les MDPH. Dans le souci de gérer les listes d'attente et plus généralement d'assurer leur mission de suivi des décisions, les MDPH ont mis en place un système d'échanges - dématérialisés ou non - entre elles et les établissements ou services qui accueillent ou accompagnent les personnes en situation de handicap. Ceci leur permet de connaître les suites réservées aux décisions d'orientation prononcées par la CDAPH et les délais d'exécution des décisions d'orientation. Cet échange peut se matérialiser :

- par une plateforme extranet dans laquelle les établissements ou services du département mettent à jour leurs listes d'attente et les noms des personnes accueillies ;
- par un système de fiches d'entrées à retourner à la MDPH quand une personne est accueillie dans un établissement ou service ;
- par une actualisation des listes réalisée à fréquence variable (trimestrielle, semestrielle) par la MDPH via une campagne téléphonique ou postale auprès des établissements ou services du département ;
- par l'invitation des établissements et services en commission d'affectation.

En général, ce travail s'accompagne d'une réflexion sur les règles d'admission des personnes en établissements ou en services.

Actuellement, le suivi des décisions consiste essentiellement à assurer une gestion optimisée du suivi des listes d'attente pour réaliser « au mieux » les admissions des personnes en établissements ou services et satisfaire « au mieux » les usagers. L'indicateur du délai moyen de réalisation des décisions d'orientation résultera de la performance des outils mis en place pour la gestion des listes d'attente. Ces outils sont encore souvent des tableaux Excel renseignés suite à des échanges papier ou téléphonique entre les établissements et les MDPH. Seules quelques MDPH ont commencé à

élaborer des outils un peu plus performants qui exigent souvent des re-saisies et qui ne sont pas encore connectés au système d'information des MDPH.

Construction de l'indicateur : conformément à la loi, il est prévu que l'information relative aux suites réservées aux décisions prononcées par la CDAPH apparaisse dans le système d'information partagée entre les MDPH et la CNSA (système d'information pour l'autonomie des personnes handicapées - SipaPH). La disponibilité de cette information ne sera pas immédiate puisqu'elle doit obligatoirement lier les systèmes d'information des MDPH aux systèmes (ou au retour d'information) des établissements et services.

Durant cette phase transitoire de construction du SipaPH et des échanges d'informations entre les établissements et services et les MDPH, la CNSA prend des dispositions afin d'obtenir divers renseignements. Trois premières actions ont été mises en œuvre :

- d'une part, un recensement des initiatives développées dans les MDPH, qui a débuté par une réunion d'échange de pratiques en mai 2008 et s'est poursuivi en 2009 puis en 2010 par un partage d'expériences. L'objectif est de faire connaître à l'ensemble des MDPH les actions et projets développés pour le suivi des décisions dans certains départements.
- les entretiens menés avec les 100 départements en 2012 ont permis de repérer les travaux engagés pour le suivi des orientations et de classer les départements les plus avancés en quatre catégories :
 - a. 7 départements ont une véritable plate forme d'échange avec les ESMS déjà opérationnelle ou à venir à court terme.
 - b. 10 départements ont mis en place une procédure d'échange périodique avec les ESMS.
 - c. 7 départements ont une démarche, en cours de construction.
 - d. 19 départements ont l'intention de lancer un projet.
- d'autre part, le soutien à la mise en place d'une action locale structurée dans le cadre de la politique de soutien aux études et actions innovantes de la Caisse.

La CNSA lancera en novembre 2012 un groupe de travail pour accompagner les MDPH dans leur mission de suivi des décisions d'orientation, en vue d'harmoniser les échanges de données indispensables entre elles et les établissements et services médico-sociaux. L'objectif est de définir avec l'ensemble des acteurs impliqués le dispositif à mettre en place pour se doter d'outils partagés permettant le suivi des décisions et la connaissance des besoins en places en ESMS. A partir d'une définition partagée des concepts et des attentes des acteurs (MDPH, CGx, ARS, ESMS), les bonnes pratiques recensées (méthodes, process, outils, concepts et notions) seront analysées et modélisées. Le groupe de travail proposera un processus optimisé de suivi des décisions d'orientation prises par les CDAPH jusqu'à l'entrée effective en ESMS et rédigera le cahier des charges d'un système d'information partagé sur cette base.

Ce travail s'inscrit dans un champ plus large de connaissance des besoins des personnes en situation de handicap requérant une orientation en établissements ou services sociaux et médico-sociaux et du niveau d'adéquation aux besoins de la réponse apportée par l'offre existante.

Remarque : la question du suivi des orientations ne se pose pas uniquement en termes de délai. En réalité, il serait plus intéressant de savoir si oui ou non une décision est effective pour connaître l'adéquation de l'offre collective aux demandes individuelles. Par exemple, concernant les enfants il est plus important de savoir si une décision est effective en septembre que de savoir combien de temps il a fallu entre la décision de la CDA et l'entrée en établissement. Pour les décisions non effectives en septembre, il est plus pertinent d'analyser les raisons qui conduisent certains enfants à rester « sans solution ».

S'agissant des adultes, des pratiques diverses existent dans les MDPH. Certaines d'entre elles prononcent, sous contrainte, de l'offre des décisions qui peuvent se réaliser plus rapidement que celles rendues par d'autres MDPH sans contrainte d'offre. Certaines MDPH choisissent de prendre plusieurs décisions simultanées pour faciliter la réalisation d'au moins une d'entre elles. Dans ce cas, certaines décisions resteront de fait sans effet. Pour toutes ces raisons, la référence à un seul indicateur de délai moyen de réalisation des décisions perd de son intérêt.