MARS 2013

23 La Lettre CNSA

La Lettre d'information de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

Interview

« La situation professionnelle des personnes handicapées reste difficile, même depuis la loi de 2005. »

Emmanuelle Wargon
Déléguée générale à l'emploi et à la formation professionnelle

Lire page **6**

Parcours

Généralisation du dispositif MAIA

Page **3**

Repère

3 000

C'est le nombre d'enfants et d'adultes suivis par les centres de ressources nationaux handicaps rares.

Dossier

Handicaps rares : des dynamiques de territoire à encourager

L'institut médico-éducatif La Pépinière (Loos) accueille des enfants de 6 à 20 ans déficients visuels multihandicapés.

La création de places en service ou en établissement n'est pas l'unique réponse aux besoins des personnes en situation de handicap rare et de leur famille. Pour ces situations complexes et évolutives, la collaboration entre acteurs est essentielle. C'est l'un des enseignements de l'état des lieux prévu dans le Schéma national d'organisation sociale et médico-sociale pour les handicaps rares et réalisé sous le pilotage de la CNSA et du Groupement national de coopération handicaps rares.

Les réflexions qui ont conduit à la rédaction du Schéma national d'organisation sociale et médico-sociale pour les handicaps rares ont fait apparaître de fortes disparités dans les ressources disponibles sur notre territoire. Le Schéma vise donc à structurer les expertises et les accompagnements médico-sociaux pour les rendre accessibles aux personnes en alliant technicité et proximité.

Dans cette perspective de maillage du territoire et de meilleure connaissance des acteurs, il prévoit « d'établir un état quantitatif et qualitatif des ressources existantes mobilisables, incluant les

suite pages 4/5

Sommaire

DOSSIER 1/4/5
Handicaps rares : des dynamiques de territoire à encourager

PANORAMA 2/3
- Généralisation du dispositif MAIA
- Qualité de l'accompagnement et continuité des parcours parmi les objectifs des ARS pour les prochaines années

INTERVIEW 6/7
Emmanuelle Wargon, déléguée générale à l'emploi et à la formation professionnelle

EN BREF 8

AGENDA 8

CNSA
Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

Parcours

Généralisation du dispositif MAIA

Cent quarante-huit dispositifs MAIA étaient installés en métropole et dans les DOM fin 2012. Cinquante sites supplémentaires devraient voir le jour cette année. Point d'étape sur ce dispositif intégré qui accompagne désormais toutes les personnes âgées en perte d'autonomie.

La circulaire du 10 janvier dernier permet aux agences régionales de santé (ARS) de lancer l'appel à candidatures MAIA de l'année 2013 portant sur le déploiement de cinquante nouveaux dispositifs. Gageons que cette nouvelle campagne remportera le succès des précédentes.

Au terme de la généralisation, ces dispositifs devraient ainsi couvrir le territoire national pour répondre aux difficultés rencontrées par les personnes âgées et leur famille face à la multitude des ressources existantes et les aider dans l'accès aux différents services d'aide et de soins.

Loin de superposer un dispositif à un autre, les MAIA décloisonnent les secteurs sanitaire, social et médico-social en identifiant l'ensemble des ressources gérontologiques et en organisant leur coopération selon une méthode définie afin que l'ensemble des partenaires d'un territoire partage des référentiels et des pratiques, renforçant la dynamique locale.

Pour les partenaires d'une MAIA, tout l'enjeu consiste à repérer les signes de fragilité de la personne âgée afin de l'orienter avec efficacité vers la ressource la plus adaptée, quelle que soit la porte d'entrée choisie au départ. Cette mission, qui engage l'ensemble des opérateurs et décideurs, est animée par un pilote avec le soutien de l'ARS et l'appui de l'équipe projet nationale de la CNSA.

Les premiers pas

Le scénario est le même à l'issue de chaque appel à candidatures. Tout commence par une convention entre l'ARS et le porteur de projet sélectionné et par le recrutement du pilote puis des gestionnaires de cas. Pilotes, porteurs de projet et référents Alzheimer des ARS sont ensuite réunis pour une semaine de formation afin de les aider à s'approprier le cahier des charges et les outils nationaux en prenant en compte les spécificités de leur territoire. À ce jour, près de 200 personnes ont été formées.

Quelques mois après cette formation, le travail d'intégration est lancé. Il commence par un diagnostic territorial approfondi, par la concertation des décideurs et celle des opérateurs. S'ensuit la construction des mécanismes et outils du guichet intégré. Alors seulement, les gestionnaires de cas peuvent accompagner les personnes en situation complexe de perte d'autonomie. Ils étaient près de trois cents en poste fin 2012.

Une évaluation régulière

Conformément au cahier des charges, les MAIA doivent faire l'objet d'une validation par leur ARS. Elle permet d'ajuster le dispositif et conditionne la poursuite du financement du dispositif intégré. Pour les premières validations qui sont prévues au premier trimestre 2013, l'équipe projet nationale viendra en appui des ARS.

L'expérimentation à la généralisation : les grandes étapes

- 2008 : sélection des 17 sites expérimentaux à l'issue d'un appel à projets lancé par la CNSA (mesure n° 4 du plan Alzheimer).
- Février 2009 / novembre 2010 : expérimentation pilotée par l'équipe projet nationale.
- Novembre 2010 : validation de 15 sites expérimentaux qui poursuivent leur progression vers l'intégration en 2011.
- L' article L. 113-3 du Code de l'action sociale et des familles donne une base légale aux MAIA et généralise le dispositif pour accompagner l'ensemble des personnes âgées en perte d'autonomie, selon un cahier des charges approuvé par le décret n° 2011-1210 du 29 septembre 2011.
- 2011 : une circulaire prévoit les modalités de déploiement de 40 nouveaux dispositifs sur l'année (appel à candidatures lancé dans chaque région par les ARS selon un cahier des charges national).
- 2012 : installation, selon les mêmes modalités, de 100 sites supplémentaires.
- L'arrêté du 16 novembre 2012 fixe les référentiels d'activités et des compétences du gestionnaire de cas.
- 2013 : déploiement prévu de 50 nouveaux dispositifs MAIA, toujours selon les mêmes modalités.

Territoires

Qualité de l'accompagnement et continuité des parcours parmi les objectifs des ARS pour les prochaines années

À la demande du Secrétariat général des ministères chargés des Affaires sociales, la CNSA va réaliser un état des lieux du contenu des schémas régionaux d'organisation médico-sociale (SROMS). Ces travaux alimenteront les réflexions pour les prochains plans nationaux, à l'heure où ils arrivent à échéance. Premières tendances.

Une analyse rapide de quelques SROMS (neuf chapitres « personnes âgées » et quatorze chapitres « personnes handicapées ») permet déjà de mesurer comment les agences régionales de santé (ARS) se sont approprié cet exercice de planification, totalement nouveau pour elles.

L'enjeu des parcours

Dans le domaine du handicap, trois sujets figurent en tête de leurs préoccupations : l'amélioration de la fluidité des parcours, la qualité et l'efficience des prises en charge. Puis viennent l'adaptation et l'évolution de l'offre médico-sociale, l'équité territoriale ou la qualité de vie des personnes... Ces axes stratégiques sont ensuite déclinés en objectifs opérationnels et en actions. Par exemple, le développement de formules nouvelles et plus souples d'accompagnement ou la coordination sont prévus pour faciliter le parcours des personnes handicapées. Pour les personnes âgées, il s'agit souvent d'éviter les hospitalisations non programmées, dont on sait l'effet délétère sur l'état de santé général, en améliorant l'intégration des services.

Le projet régional de santé repose sur une approche intégrée entre la prévention, le soin et l'accompagnement médico-social - approche que l'on retrouve dans les SROMS. Ces derniers accordent en effet une place particulière à l'accès à la prévention et aux soins : la promotion de l'éducation thérapeutique, le dépistage ou l'accès à des consultations spécialisées grâce à des actions innovantes pour les personnes handicapées ; la télémédecine, le développement des coordinations avec les équipes sanitaires ou la coresponsabilité des acteurs dans le repérage de l'entrée en perte d'autonomie chez les personnes âgées.

L'état des besoins et de l'offre disponible

On constate aussi la volonté des ARS de développer une meilleure observation de l'offre et des besoins pour le public des personnes handicapées - mission peu investie jusqu'alors, puisqu'il s'agissait en priorité de développer l'offre en créant des places.

Les données épidémiologiques sur le handicap étant peu nombreuses par ailleurs, rares sont les ARS qui ont pu réaliser de véritables diagnostics exhaustifs et partagés, préalables à la rédaction de leur schéma.

À contrario, les diagnostics sont plus faciles à établir dans le secteur du grand âge. Les besoins sont mieux connus, même si la précision des analyses est variable d'une région à l'autre. Les SROMS proposent donc très souvent une analyse croisée des atouts et faiblesses de l'offre au regard des caractéristiques de la population âgée de la région.

Sur le champ des personnes âgées toujours, les objectifs mentionnés dans les SROMS renvoient très nettement à deux logiques principales : l'amélioration des dispositifs existants et leur pilotage. Ils concernent les aidants, l'évolution des établissements et services ou encore le maintien à domicile.

Cette vision partielle des actions que les ARS développeront durant les cinq prochaines années reste à confirmer par l'étude plus approfondie de la totalité des schémas que la CNSA engage.

Le SROMS en quelques mots

Le schéma régional d'organisation médico-sociale (SROMS) 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 au regard des schémas départementaux arrêtés par les conseils généraux de la région.
Il fixe, pour cinq ans, des objectifs opérationnels à l'ARS et aux acteurs concernés.
L'ARS arrête son SROMS après concertation avec les acteurs institutionnels, les représentants d'usagers, etc...

suite de la une

Handicaps rares : des dynamiques de territoires à encourager

professionnels de soins, les établissements de santé et les établissements médico-sociaux ». Sous le pilotage de la CNSA, l'Association nationale des centres régionaux pour l'enfance et l'adolescence inadaptées (ANCREAI), IPSO FACTO et Alcimed ont dressé courant 2012 un état des lieux des ressources dans six interrégions (Nord-Ouest, Ouest, Sud-Ouest, Sud-Est, Sud-Méditerranée, Ile-de-France), comme l'avait fait l'ANCREAI en 2011 dans l'interrégion Est.

La majorité des professionnels interrogés converge vers un même besoin : une aide à la structuration et à la permanence d'un dispositif sanitaire et médico-social intégré. De nombreux acteurs interviennent aujourd'hui pour accompagner les personnes en situation de handicap rare et leur famille. Et s'il est vrai qu'il manque encore, comme pour d'autres situations de handicap, des structures d'accueil, il est tout aussi vrai que les professionnels, particulièrement face aux situations les plus complexes, ne travaillent pas suffisamment conjointement et ne questionnent pas assez leurs propres limites : « *Face à cette situation qui m'était inconnue jusqu'alors, où s'arrêtent mes compétences ? À partir du moment où les solutions proposées ne sont pas satisfaisantes, quand dois-je recourir à l'avis de confrères ?* » C'est pourtant un principe de base dans le champ de la rareté. Ces différentes insuffisances spécifiques aux handicaps rares peuvent conduire à l'échec des prises en charge.

La question est donc celle des leviers à disposition des acteurs du handicap et du handicap rare pour accroître les compétences et améliorer les ressources.

Actuellement, les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), les établissements ou les services sociaux et médico-sociaux confrontés à des situations complexes de handicap s'adressent directement aux trois centres nationaux de ressources (*cf. encadré*). Ces derniers les épaulent dans l'évaluation de la situation individuelle présentée et les aident dans la recherche d'un accompagnement adapté pour la personne.

Les professionnels du Centre national de ressources Robert

L'état des lieux confirme l'intérêt que présenterait une organisation capable à la fois de créer du lien entre les acteurs locaux, d'augmenter leurs compétences et de faciliter la mobilisation des ressources aux échelons territoriaux de proximité, avec l'appui organisé des centres nationaux de ressources. Cette organisation plus intégrée suppose que les centres nationaux de ressources puissent jouer un rôle d'appui auprès d'un certain nombre d'acteurs que sont les établissements médico-sociaux, les MDPH, les centres de ressources autisme... en améliorant leurs compétences collectives et en se positionnant progressivement comme un échelon de 2e ou de 3e recours,

Publication d'une expertise collective de l'Inserm

L'Inserm publie ce mois-ci les résultats d'une expertise collective sur le handicap rare. Réalisée à partir de la synthèse et de l'analyse critique de la littérature grise, scientifique, nationale et internationale sur le handicap rare, elle doit éclairer les pouvoirs publics dans leurs prises de décisions. L'exercice s'est révélé plus complexe qu'à l'habitude pour les onze experts concernés, puisque l'expression « handicap rare » n'existe pas dans la littérature étrangère. Elle sera disponible sur les sites internet de la CNSA et de l'Inserm.

Laplane accompagnent les établissements et les MDPH confrontés à des situations individuelles complexes.

Un quatrième centre national de ressources

Un quatrième centre national de ressources vient d'être autorisé (*Journal officiel* du 15 février 2013). Il appuiera les équipes sociales et médico-sociales qui repèrent et accompagnent des personnes présentant une combinaison rare de handicaps avec épilepsie sévère. Ce besoin identifié lors de l'élaboration du Schéma national avait été confirmé par l'étude conduite par Alcimed en 2011 à la demande de la CNSA.

Les trois premiers avaient été créés en 1998. Ils accompagnent des enfants et adultes présentant une combinaison de déficits sensoriels ou un handicap sensoriel associé à d'autres déficiences : déficience visuelle avec déficience associée, surdité associée à d'autres déficiences ou pathologies, trouble complexe de langage associé à d'autres déficiences ou pathologies, surdicécité.

conformément à un principe de subsidiarité qui deviendra applicable grâce à la montée en compétence au niveau local. Cette organisation implique une mobilisation de ces acteurs locaux comme relais, pour appuyer la mise en œuvre des missions des centres de ressources sur tout le territoire national.

Une fois encore, les situations rares et complexes de handicap justifient la mise en place d'une organisation dédiée et particulière. Cette organisation renvoie toutefois à des méthodes de travail applicables beaucoup plus largement, quel que soit le type de handicap ou de perte d'autonomie.

L'état des lieux approfondi des interventions et des dynamiques d'acteurs relatives aux situations de handicaps rares par interrégions en France métropolitaine est consultable sur le site du Groupement national de coopération handicaps rares (GNCHR) (www.gnchr.fr/etat-des-lieux).

Objectifs & moyens

Le Schéma national pour les handicaps rares

Le handicap rare est la conséquence d'une association rare et simultanée de déficits sensoriels, moteurs, cognitifs ou de troubles psychiques. Il se caractérise par la rareté des publics et des combinaisons de déficiences ainsi que par la rareté et la complexité des technicités requises des professionnels.

Valorisé à trente-cinq millions d'euros, le Schéma national détermine les priorités et les conditions d'évolution à cinq ans (2009-2013) de l'offre disponible pour accompagner cette population peu nombreuse, qui nécessite une expertise particulière.
Il vise à :
- développer la connaissance de ces populations, de leurs besoins d'expertises, des capacités d'intervention ;
- organiser, renforcer et mettre en réseau les expertises très spécialisées qui ne peuvent pas être présentes partout.

Ces démarches ont pour but d'améliorer la détection, l'orientation et la prise en charge des personnes sur le territoire français.

Emmanuelle Wargon

Déléguée générale à l'emploi et à la formation professionnelle

Emmanuelle Wargon siège au Conseil de la CNSA depuis 2010, de 2010 à 2012 en tant que secrétaire générale des ministères chargés des Affaires sociales, et depuis le 3 octobre 2012 comme déléguée générale à l'emploi et à la formation professionnelle (DGEFP).

« La situation professionnelle des personnes handicapées reste difficile, même depuis la loi de 2005 »

Comment la situation des travailleurs handicapés a-t-elle évolué depuis l'entrée en vigueur de la loi de 2005 ?
Huit ans après la loi du 11 février 2005, l'impact positif de la loi se fait sentir en matière de mobilisation des employeurs (alourdissement des sanctions financières à verser par les employeurs qui ne respectent pas le quota légal des 6 %) et de mobilisation du droit commun (contrats aidés notamment).

Ainsi, le nombre de travailleurs handicapés employés physiquement dans les établissements privés assujettis à l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés (OETH) est passé de 225 700 en 2006 à 307 800 en 2009[1]. De plus, la part des établissements remplissant uniquement leur obligation d'emploi par une contribution financière à l'Association de gestion du Fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées (Agefiph) a fortement diminué passant de 29 % en 2006 à 8 % en 2010. L'obligation légale fixe un quota d'emploi des travailleurs handicapés égal à 6 % des effectifs employés. En pratique, cet objectif ambitieux est encore loin d'être atteint.

En matière de contrats aidés, l'ouverture de la prescription aux Cap emploi au 1er janvier 2012 a été un important levier d'action au bénéfice du public handicapé qui représente plus de 9 % du total des contrats enregistrés en 2012. L'emploi d'avenir, mis en œuvre depuis le 1er novembre 2012, constitue un nouveau dispositif que les Cap emploi peuvent mobiliser pour les jeunes travailleurs handicapés âgés de moins de 30 ans.

Ces éléments positifs ne doivent toutefois pas masquer la situation difficile dans

1. Le nombre de travailleurs handicapés employés est légèrement sous-estimé, car les établissements couverts par un accord relatif à l'emploi de travailleurs handicapés ne déclarent pas exhaustivement la liste de tous les bénéficiaires qu'ils emploient. De plus, les données de 2009 ne sont pas strictement comparables aux données des années antérieures, car la loi du 1er décembre 2008 a modifié le mode de décompte des bénéficiaires (suppression de la règle des six mois de présence minimum pour prise en compte des bénéficiaires en CDI ou CDD notamment et élargissement de la liste des stagiaires pouvant en bénéficier).

laquelle se trouvent les personnes handicapées au regard du marché du travail, la crise accentuant leurs difficultés. Leur taux de chômage est de 22 % (soit plus de deux fois celui des personnes valides), et elles forment une population plus âgée, avec un niveau de formation moindre par rapport à l'ensemble de la population en âge de travailler.

Fin septembre 2012, les demandeurs d'emploi bénéficiaires de l'OETH inscrits à Pôle emploi représentaient 7,4 % du total des inscrits, soit une hausse de 18 % sur sept ans.

Le secteur médico-social est l'un des secteurs identifiés pour la création des emplois d'avenir en 2013 et 2014. Quelles sont les perspectives possibles concrètement ?

Les emplois d'avenir ont pour ambition d'améliorer l'insertion professionnelle et l'accès à la qualification des jeunes de 16 à 25 ans, jusqu'à 30 ans pour les jeunes handicapés, pas ou peu qualifiés et confrontés à des difficultés particulières d'accès à l'emploi. Leur objectif est de permettre une première expérience professionnelle réussie, pour que les jeunes puissent acquérir des compétences et accéder à un poste stable. Mille cinq cents emplois d'avenir sont envisagés dans les établissements médico-sociaux du secteur non marchand.

Une circulaire de la ministre des Affaires sociales et de la Santé est en préparation. Elle doit préciser les modalités pratiques de mise en œuvre du dispositif dans les secteurs sanitaire, social et médico-social afin de faciliter les recrutements par les établissements. Elle proposera des exemples de fiches de poste pour les métiers que pourraient exercer les jeunes en emploi d'avenir, les parcours de formation qui pourraient leur être proposés ainsi que les perspectives d'évolution dans le secteur à l'issue d'un tel emploi.

Le recrutement des jeunes, le choix des parcours de formation et l'adéquation à leur profil doivent permettre, dans la mesure du possible, leur pérennisation dans l'emploi à l'issue du contrat, dans l'établissement ou à l'extérieur. Aussi les métiers choisis doivent-ils être ciblés sur toutes les filières, avec en priorité les métiers à forts débouchés, par exemple aide médico-administratif, aide au service logistique, aides-ouvrier polyvalent, aides-animateur, aide au service de recherche clinique, aides-archiviste, aide au service d'accueil, d'admission et d'accompagnement du patient…
Par exemple, un jeune en emploi d'avenir sur un poste d'aide au service hospitalier peut être responsable de la propreté de locaux, participer à la distribution des repas, apporter en cas de besoin son concours à l'aide-soignant. Il peut suivre une formation de remise à niveau en vue d'obtenir le bac pro « accompagnement, soins et services à la personne » et/ou préparer le concours d'aide-soignant ou d'aide médico-psychologique.

« La future Convention nationale multipartite facilitera le parcours professionnel des personnes handicapées »

Dans le secteur sanitaire et médico-social, l'État, en sus de la prise en charge de l'aide à l'insertion professionnelle liée à l'embauche, s'engage à financer les formations des jeunes en emploi d'avenir ainsi que leur accompagnement par le biais du tutorat, dans le but de les engager dans un parcours professionnel déterminé en lien avec leurs aspirations et les perspectives d'évolution identifiées. Le montant des crédits réservés à cet effet sur l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) 2013 s'élève à 13 millions d'euros.

Comment envisagez-vous la collaboration entre la CNSA et la DGEFP ? Quels sont les chantiers en cours ?

La DGEFP entretient des relations étroites avec la CNSA depuis sa création, en 2005, dans l'objectif d'accompagner et de suivre au mieux les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) dans leur mission d'insertion professionnelle des personnes handicapées. La création d'un référent insertion professionnelle au sein de la MDPH et le couplage systématique dès 2009 des demandes d'allocation adulte handicapé (AAH), de reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) et d'orientation professionnelle ont largement favorisé la prise en compte de cette dimension au sein des MDPH.

Le partenariat entre les MDPH et les acteurs du service public emploi étant essentiel, la DGEFP et ses services y sont particulièrement investis avec le suivi des négociations des nouvelles conventions de partenariat signées au niveau local.

S'agissant de l'évaluation de l'employabilité des personnes handicapées, un chantier d'importance est également mené depuis 2011, conjointement avec la Direction générale de la cohésion sociale et la CNSA, afin de développer un processus dynamique d'évaluation au sein des MDPH. Ce projet mené sous forme expérimentale est actuellement en cours d'évaluation, ce qui permettra courant 2013 d'envisager les conditions d'une possible généralisation.

Enfin, la CNSA a participé activement à la négociation de la future Convention nationale multipartite pour l'emploi des travailleurs handicapés, qui doit être signée au cours du premier semestre 2013 ; convention par laquelle l'Etat, Pôle emploi, l'Agefiph, les Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique, l'ARF, la CNAMTS, la CCMSA et la CNSA s'engagent à conjuguer leurs actions afin de sécuriser les parcours d'accès à l'emploi durable des travailleurs handicapés. Dans ce cadre sera mis en œuvre un ensemble de mesures permettant entre autres de faciliter la construction de parcours professionnels et d'optimiser les échanges de données entre les MDPH et les acteurs de la sphère emploi.

Retrouvez *La lettre* sous son format électronique

Inscrivez-vous pour la recevoir par e-mail à chaque parution :

www.lalettre.cnsa.fr

Retour sur la professionnalisation et la modernisation des services d'aide à domicile

Évaluation - Depuis 2006, la CNSA soutient les départements qui veulent renforcer et déployer leur politique de maintien à domicile. Par le biais de conventions (plus de soixante-dix signées à ce jour), elle contribue au financement de leur programme d'actions (professionnalisation et modernisation des services) afin de concourir à une meilleure organisation territoriale de l'offre de services.
La Caisse souhaite à présent mesurer les effets de son action et capitaliser les connaissances issues de ces programmes locaux. À cette fin, durant dix-huit mois, le cabinet Enéis Conseil analysera les informations qu'il aura recueillies auprès de soixante-six conseils généraux engagés avec la CNSA et de quelques départements qui n'ont pas conventionné. Il évaluera dans quelle mesure chaque programme départemental soutenu par la CNSA a contribué à améliorer la qualité des interventions à domicile, à fédérer les acteurs du département... Enfin, il sera chargé d'identifier les conditions de réussite de certaines actions prévues dans les conventions, comme par exemple la mutualisation des services ou la gestion des ressources humaines.

Une nouvelle convention avec le CNFPT

Formation - Le 8 janvier dernier, la CNSA et le Centre national de la fonction publique territoriale (CNFPT) ont signé une convention pour mettre en œuvre l'article de la loi Blanc de juillet 2011 qui missionne le CNFPT comme organisme compétent pour la formation des personnels des MDPH, quel que soit leur statut. Jusqu'à présent, leurs statuts très variés constituaient un obstacle à la formation de certains agents non territoriaux.

Ce nouveau partenariat permettra à tous les personnels des MDPH d'améliorer leurs connaissances, en individuel ou lors de sessions collectives, soit en fonction de l'offre existante dans le catalogue national du CNFPT (l'itinéraire du directeur de MDPH, l'encadrement des équipes pluridisciplinaires, la gestion du contentieux, l'accueil d'un usager en situation de handicap...), soit grâce à des formations pluridisciplinaires sur mesure organisées par les délégations territoriales du CNFPT (formations au guide barème, au GEVA...). Un comité technique installé le 17 janvier dernier définira pour 2014 une offre encore plus adaptée aux MDPH.

Sensibilisation à la loi de 2005

Partenariat - En ce début d'année, la CNSA poursuit la sensibilisation des membres des tribunaux du contentieux et de l'incapacité (TCI) à la loi du 11 février 2005. Ce travail s'était amorcé en 2008 avec un colloque co-organisé entre la CNSA, la Direction de la Sécurité sociale et la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification des accidents du travail. Puis, en 2010 et 2011, la CNSA, avec l'appui de son réseau de formateurs relais, a dispensé des formations de deux jours pour répondre aux besoins des membres des TCI d'approfondir leurs connaissances sur le fonctionnement des MDPH, les prestations et leurs critères d'éligibilité, le processus d'évaluation... Une démarche nécessaire puisqu'en 2011 plus de 14 000 décisions, prises par les TCI concernaient les MDPH (décisions relatives à l'attribution d'une prestation, d'un auxiliaire de vie scolaire, aux orientations en établissement ou en service médico-social...). Compte tenu des évolutions législatives et réglementaires intervenues ces derniers mois, la CNSA et ses formateurs relais ont entamé début 2013 un nouveau cycle de formation qui s'échelonnera durant les prochains mois.

Agenda

- **27 MARS** Conseil scientifique de la CNSA.
- **27 MARS** Réunion des médecins valideurs des coupes Pathos.
- **28 ET 29 MARS** Rencontres nationales des référents pour l'insertion professionnelle.
- **3 AVRIL** Commission spécialisée du Conseil scientifique sur le processus d'évaluation et d'élaboration des réponses.
- **4 AVRIL** Jury du Prix CNSA Lieux de vie collectifs & autonomie.
- **11 ET 12 AVRIL** Journée des correspondants scolarisation.
- **23 AVRIL** Conseil de la CNSA.
- **MAI** Remise du prix du concours d'idées du Prix CNSA Lieux de vie collectifs & autonomie.
- **22 MAI** Comité de suivi du plan d'action pour l'appropriation du GEVA.
- **31 MAI** Réunion de l'Observatoire du marché et des prix des aides techniques.
- **17 ET 18 JUIN** Réunion des directeurs de MDPH.
- **27 ET 28 JUIN** 13e Journées d'échange de pratiques des coordonnateurs d'équipes pluridisciplinaires des MDPH.
- **9 JUILLET** Conseil de la CNSA.

La Lettre CNSA
Lettre à diffusion limitée
Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
66, avenue du Maine - 75682 Paris Cedex 14
Directeur de la publication : Luc Allaire
Rédaction : Aurore Anotin, Florence Condroyer avec l'équipe de la CNSA
Maquette et réalisation : Comfluence
Crédits photo : O. Jobard - Sipa Press ; C. Poiron, pour la CNSA
Impression : La Centrale - 62302 Lens Cedex
Dépôt légal : mars 2013
Courriel : contact@cnsa.fr
www.cnsa.fr

CNSA
Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie