



Handicap : comment transformer l'offre sociale et médico-sociale pour mieux répondre aux attentes des personnes ?

JANVIER 2025

2024-017R

RAPPORT

**Magali
Guegan**

**Yannick
Le Guillou**

**Franck
Le Morvan**

Membres de l'Inspection générale
des affaires sociales

Avec le concours de Juliette Berthe et Haoyue Yuan Even,
Membres du Pôle DATA de l'Igas



Suivez-nous sur LinkedIn

SYNTHESE

[1] La conférence nationale du handicap (CNH) du 26 avril 2023 a prévu que d'ici 2030, tous les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) dédiés aux personnes en situation de handicap (PSH) devraient « *passer d'une logique de place* (c'est-à-dire de structures segmentées par type d'accompagnement) à une *logique d'offre de services coordonnés* (*hébergement, appui à la vie sociale, soins, ...*) », démarche à engager dans le cadre du plan national dit des « 50 000 solutions » et appuyée par un plan d'aide à l'investissement de 500 M€. Sans préciser de calendrier intermédiaire, la CNH a prévu que cette démarche s'imposerait d'abord aux ESSMS dédiés aux enfants.

[2] Par lettre de mission en date du 21 février 2024, la ministre déléguée chargée des personnes âgées et des personnes handicapées a demandé à l'Inspection générale des affaires sociales de conduire une mission tendant à proposer un cadrage opérationnel de cette transformation sur l'ensemble du territoire, à partir d'un grand nombre d'initiatives existantes, souvent locales et à caractère expérimental.

[3] La transformation de l'offre médico-sociale pour les personnes en situation de handicap (PSH) repose sur un double enjeu de respect de l'égalité des droits des personnes et de la diversité de leurs parcours de vie. Elle vise à leur permettre de « *vivre dans la société, avec la même liberté de choix que les autres personnes* » conformément à la Convention internationale relative aux droits des personnes handicapées. La transformation de l'offre est ainsi l'une des conditions de l'autodétermination ; le libre choix des personnes n'est possible que par la diversité des prestations proposées et de leurs modalités de réalisation, y compris en accompagnement des acteurs du milieu ordinaire.

[4] L'autodétermination est à la fois un axe central et un levier de la transformation : lorsque les personnes concernées expriment, quelle qu'en soit la manière, leurs attentes, elles créent une dynamique positive qui transforme à la fois les pratiques professionnelles et les politiques d'accompagnement.

[5] L'autodétermination ne peut se traduire dans l'accompagnement que si la structure qui accompagne est en capacité de proposer une offre modulaire, qui séquence plusieurs modes d'intervention professionnelle (hébergement, accueil de jour, interventions en milieu ordinaire) et adapte leur intensité dans le temps aux besoins et attentes de la personne. Traduite notamment par les notions d'établissement intégré ou de dispositif depuis une dizaine d'années, cette modularité ne concerne encore que 25 % des établissements pour jeunes et 3 % des établissements pour adultes (ESSMS fonctionnant en dispositif intégré ou pouvant assurer à la fois un accueil dans leurs murs et un accompagnement en milieu ordinaire).

[6] Mais cette situation est le fruit d'une construction progressive des autorisations cloisonnées par les différentes catégories d'ESSMS. Avec l'appui du pôle data de l'IGAS, la mission a examiné dans quelle mesure les PSH peuvent accéder aujourd'hui à une distance raisonnable de leur domicile, auprès d'un même établissement, à la palette complète des différents modes d'accueil et d'accompagnement et dans quelle mesure elles pourraient y accéder auprès d'un même

organisme gestionnaire (dans l'optique d'un regroupement des ESSMS relevant de cette personne morale). Il a ainsi pu être mis en évidence que les organismes gestionnaires disposent de structures capables d'assurer la modularité recherchée, si elles sont regroupées avec un projet commun, pour 59 % à 67 % des communes.

[7] **Un premier axe de réponse consiste, dans un premier temps, à mettre en extinction les différentes catégories d'ESSMS dédiés aux PSH d'ici 2030, au profit d'une catégorie transversale unique, dont les principes de fonctionnement seront les suivants, sans préjudice des spécialisations nécessaires :**

- Une entrée évaluative, en lien avec les évaluations réalisées antérieurement, visant à recueillir la demande des personnes en situation de handicap et évaluer ses besoins, et un soutien à l'autodétermination tout au long de l'accompagnement ;
- Une diversité des modalités d'accompagnement : hébergement ou logement accompagné, accueil de jour et accompagnement en milieu ordinaire et l'engagement de les faire fonctionner en dispositif intégré, c'est-à-dire sans nécessité d'un nouvel examen du dossier par la MDPH pour modifier la modalité d'accompagnement ;
- La description de ces modalités d'accompagnement suivant la nomenclature détaillée des besoins et des prestations.

[8] Ce sont donc les prestations proposées et les compétences d'accompagnement au regard des différents types de handicap qui constitueront l'identité de la structure et non sa catégorie juridique.

[9] Pour parvenir à cette transformation, plusieurs modalités pourront être mises en œuvre : la modification du projet d'établissement, le regroupement entre ESSMS, soit par un droit au regroupement des structures relevant d'un même organisme gestionnaire, soit par constitution de GCSMS délégataires sur un territoire pertinent.

[10] **Dans un second temps, ces structures exerceraient cette compétence dans le cadre d'une responsabilité populationnelle territorialisée (autorisation exprimée en zone d'intervention à couvrir) assortie d'une fonction « ressources » auprès des acteurs du droit commun, c'est-à-dire un soutien à ces derniers pour adapter leurs organisations et pratiques pour mieux inclure les personnes en situation de handicap.**

[11] En parallèle de la création de la catégorie unifiée, il convient de généraliser sans délai l'orientation vers des ESSMS intégrés en explicitant les prestations nécessaires en première intention, à partir des différentes rubriques de la nomenclature simplifiée des ESSMS, qui figurent dans les autorisations.

[12] **La trajectoire vers des structures moins cloisonnées, y compris pour accompagner des périodes charnières (par exemple les 16-25 ans), comme la territorialisation des interventions impliquent de tendre vers une gouvernance publique coordonnée à l'échelle départementale, avec un schéma unique reposant sur un diagnostic partagé des besoins dont les acteurs rencontrés ont souligné combien il faisait aujourd'hui défaut.**

[13] **Un second axe consiste à mobiliser des leviers financiers et numériques pour cette transformation.**

[14] **La réforme du financement envisagée dans le cadre du projet SERAFIN-PH doit converger avec les objectifs de la transformation.** Cela suppose, pour la première étape prévue pour 2026 dans le secteur enfants, que l'équation tarifaire prenne mieux en compte l'existence de structures aujourd'hui intégrées (avec ou sans reconnaissance juridique du caractère intégré) et l'objectif de développement de ce type de structures, et puisse faire levier sur des objectifs de transformation par l'attribution de dotations complémentaires. Cela suppose aussi d'**anticiper un second temps où la tarification sera fonction des besoins et attentes des personnes, tels que précisés dans les orientations MDPH suivant la nomenclature simplifiée des besoins et des prestations devenue juridiquement opposable.**

[15] Les systèmes d'information utilisés dans le champ du handicap doivent être en cohérence alimentés et rendus interopérables et accessibles aux usagers, en permettant notamment la **connaissance publique des prestations offertes par les ESSMS et l'utilisation du dossier usager informatisé (DUI)** pour le bon déroulement des parcours. Si les systèmes d'information des MDPH nécessitent encore un travail très important, la dynamique est assez avancée sur le système d'information ViaTrajectoire (interface entre MDPH et les ESSMS avec accès des personnes concernées) et sur le dossier usager informatisé dans les ESSMS PSH grâce au Sûr numérique. Il reste cependant à adapter les systèmes d'information à la nouvelle structuration de l'offre transformée.

[16] **Un troisième axe consiste à fournir les outils nécessaires aux acteurs de la transformation** – qu'il s'agisse des ESSMS eux-mêmes ou des autorités publiques (ARS et départements).

[17] **En termes d'appui extérieur, la construction de ces outils incombe d'abord, au plan national, à l'ANAP et à la CNSA qu'il s'agisse d'appui à la conduite du projet de transformation dans sa dimension organisationnelle ou d'appui sur l'adaptation des implantations immobilières.** Au plan local, pour l'appui en proximité des ESSMS, **chaque autorité publique doit pouvoir s'appuyer sur les acteurs les plus pertinents**, y compris le cas échéant les CREAI, dont le statut de centre de ressources doit être clarifié, et sous réserve d'un référentiel national sur les attendus de l'appui à la transformation applicable à tout organismes intervenant en appui.

[18] **La transformation nécessite aussi une dynamique interne aux ESSMS** : d'une part, les pratiques des établissements médico-sociaux doivent évoluer, ce qui nécessite de **repenser le projet d'établissement**, autour des notions d'autodétermination et de modularité des parcours, avec la participation **des personnes accompagnées (à partir de leur projet individualisé et de leurs attentes), en y associant des pairs-aidants et les professionnels** ; d'autre part, l'évolution de l'accompagnement implique de nouvelles approches, qui nécessitent un **renforcement immédiat de la formation continue et un recours accru aux experts d'usage** ; la publication des résultats de l'évaluation externe doit permettre de rendre compte de ces évolutions.

[19] **Un quatrième axe** réside dans un soutien à l'exercice des droits individuels des PSH, en amont de l'accompagnement par un ESSMS, et une fois que cet accompagnement a commencé.

[20] En amont, il convient de **généraliser l'accès de toute personne à des facilitateurs (professionnels venant en soutien des personnes en situation de handicap pour s'orienter et construire leur projet) dotés de compétences communes et d'une indépendance garantie à l'égard de tous les autres acteurs, publics comme privés.**

[21] Une fois l'accompagnement engagé, les droits individuels des personnes accueillies en établissement doivent être renforcés, notamment par **l'instauration d'un véritable droit d'absence, l'assouplissement de l'accueil temporaire, plus encore, d'un double droit à l'essai et au retour**, permettant de tester sans risque des modes de vie plus inclusifs.

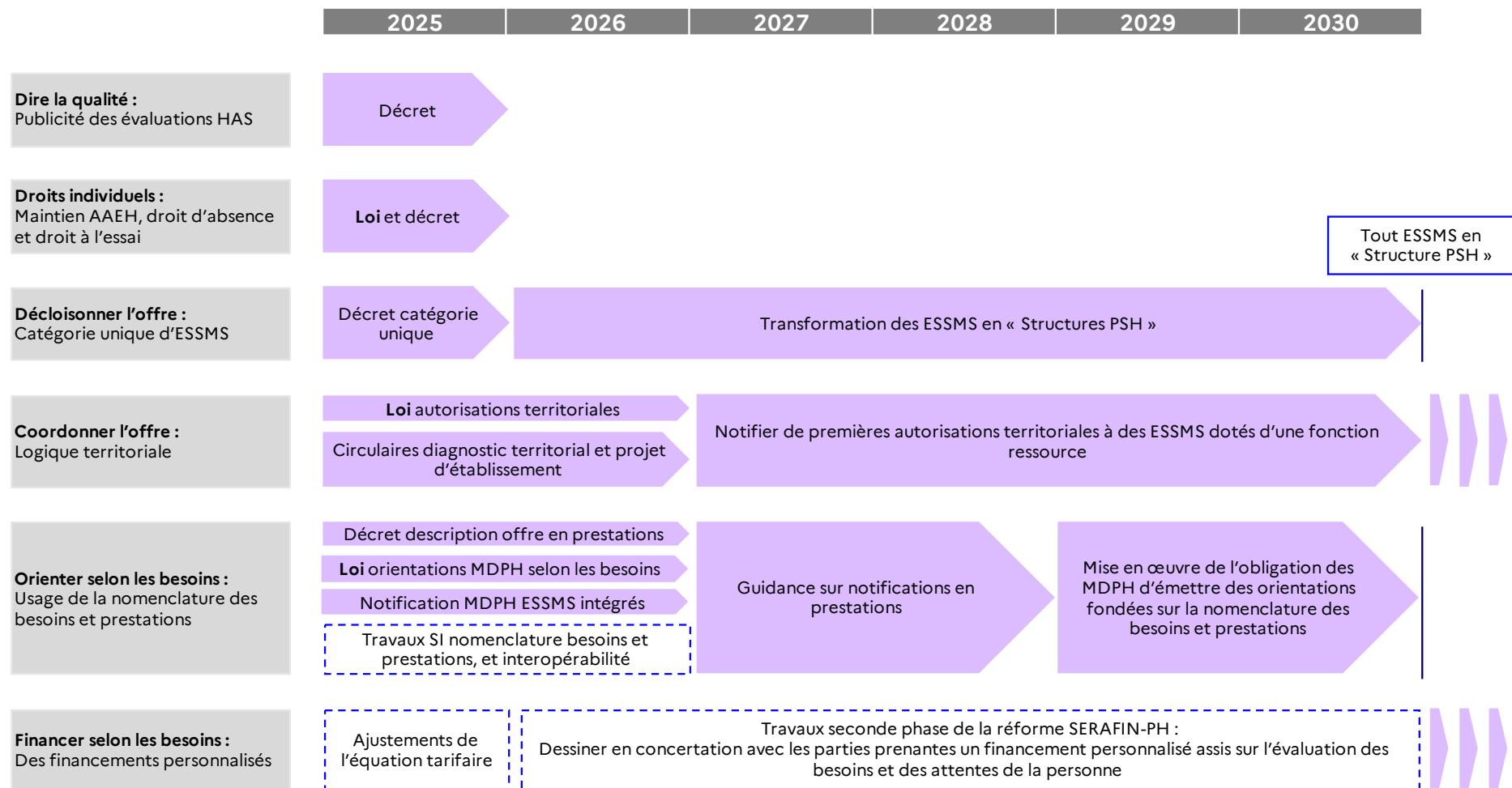
[22] L'exercice de l'autodétermination dans le choix de son mode de vie suppose aussi **la solvabilisation systématique des prestations nécessaires de soins de rééducation, de réadaptation fonctionnelle et de soutien psychologique fournies par des professionnels paramédicaux**, que la personne soit ou non accompagnée par un ESSMS. Ainsi, il est nécessaire de garantir la prise en charge de soins de ville pour les personnes accompagnées par un ESSMS qui ont des besoins complémentaires (en période à domicile par exemple) et de solvabiliser par les prestations individuelles l'accès aux professionnels médico-sociaux de ville non conventionnés avec l'assurance maladie (par exemple les psychomotriciens et ergothérapeutes).

[23] Enfin, **les prestations individualisées, au premier chef l'AEEH et son complément, doivent être repensées** pour éviter que la modularité des parcours ne dissuade ou pénalise les choix des personnes, **une mesure d'effet immédiat consistant à garantir les montants déjà attribués pendant un délai de six mois après un changement dans les modalités d'accompagnement**.

[24] Ces recommandations agissent et rétroagissent les unes sur les autres dans un mouvement de transformation d'ensemble du système. Il est essentiel de penser leur articulation et de tracer une feuille de route cohérente : gage de lisibilité des orientations retenues et de réussite de leur mise en œuvre. Un plan d'action est ainsi proposé ci-après.

[25] **Une telle transformation systémique nécessite un accompagnement financier et le plan d'aide à l'investissement de 500 M€ déjà annoncé ne pourra seul y pourvoir**, même si beaucoup de mesures n'impliquent pas par elle-même un financement spécifique. La mission a d'ores et déjà établi des fiches d'impact détaillées dont le coût cumulé s'élève à 370 M€. La réforme de la tarification ne peut elle-même être envisagée à coût constant, les structures potentiellement perdantes devant être au moins transitoirement soutenues pour atteindre la cible.

Graphique 1 : Articulation des recommandations



RECOMMANDATIONS DE LA MISSION

1 RECOMMANDATIONS PRINCIPALES

n°	Recommandations principales	Priorité	Autorité responsable	Échéance
Cadre de la transformation				
1	Créer une catégorie unifiée des structures d'accueil et d'accompagnement pour les personnes en situation de handicap dont les conditions minimales d'organisation et de fonctionnement traduirait les attendus de la transformation de l'offre et reprendraient le cas échéant les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de la HAS, sans préjudice des spécialisations nécessaires.	1	DGCS (décret)	2025
4	Transformer tous les établissements et services existants en « Structures PSH » avec une échéance déterminée d'extinction des catégories préexistantes d'ici à 2030.	2	DGCS (loi)	texte en 2025 (pour échéance 2030)
5	Inscrire dans la partie législative du CASF la possibilité de délivrer une autorisation territorialisée non quantifiée à toute « Structure PSH », le cas échéant dans le cadre d'un GCSMS délégataire lorsqu'elle implique plusieurs personnes morales, sous réserve de la conclusion d'un CPOM en encadrant les effets financiers. Au-delà d'une simple possibilité, l'objectif fixé par la CNH implique de poser la question de la généralisation à terme de ce type d'autorisation, après évaluation des démarches existantes.	2	DGCS (loi)	2025
6	Généraliser les orientations modulaires en explicitant les prestations nécessaires en première intention, à partir des différentes rubriques de la nomenclature simplifiée des ESSMS, dans l'attente de l'utilisation systématique de la nomenclature détaillée des besoins et prestations.	1	DGCS (décret)	2025
8	Remplacer à terme le PRIAC et le schéma départemental autonomie par un seul schéma départemental relatif à l'accompagnement des personnes en situation de handicap, fixé conjointement par le DGARS et le PCD concomitamment au Projet régional de santé. Dans	2	DGCS (Loi)	2028

n°	Recommandations principales	Priorité	Autorité responsable	Échéance
	l'attente, élaborer une feuille de route conjointe ARS-CD relative à la transformation de l'offre.			
Financement et systèmes d'information				
12	Adapter l'équation tarifaire du premier temps de SERAFIN-PH pour prendre pleinement en compte les ESSMS fonctionnant déjà de manière modulaire et faire de la dotation complémentaire allouée par les ARS un levier de la transformation.	1	DGCS-CNSA (décret)	2025
13	Définir, en concertation avec les parties prenantes, une perspective d'évolution du modèle de financement après 2030 afin d'y intégrer un budget personnalisé en cohérence avec un accompagnement modulaire et évolutif.	2	DGCS-CNSA (loi)	2026 (pour mise en œuvre post 2030)
17	Exiger des ESSMS qu'ils décrivent leur offre par les prestations qu'ils proposent au sens de la nomenclature détaillée des besoins et des prestations et fixer à cette fin, par arrêté, cette nomenclature.	1	DGCS (décret et arrêté)	2026
20	Poursuivre le déploiement du DUI, en garantissant des crédits après 2025, et adapter les fonctionnalités du DUI aux enjeux de transformation de l'offre et de mesure d'activité des ESSMS transformés, fonctionnalités permettant des exports en vue du suivi d'activité (voir fiche d'impact détaillée en annexe 1).	1	DGCS-ANS (circulaires budgétaires)	2025--2028
21	Obligation pour les ESSMS de remplir les systèmes d'information, en particulier ViaTrajectoire pour le suivi des décisions, associé à un modulateur financier à définir dans le cadre de l'équation tarifaire SERAFIN-PH.	1	DGCS (décret)	2026
Appui à la transformation				
30	Adapter les projets d'établissements et services pour y intégrer les enjeux d'autodétermination, de modularité des accompagnements et d'accompagnement des transitions (enfant/adulte, sortie de structure), prévoir l'intervention systématique de pairs-aidant et généraliser les contrats d'accompagnement dans le champ du handicap.	2	DGCS (loi + décret)	2027
31	Déployer une offre de formation continue dédiée à la transformation de l'offre et à l'autodétermination dans le champ du handicap, et prévoyant systématiquement l'intervention d'experts d'usage et une initiation aux méthodes de communication alternative améliorée (voir fiche d'impact détaillée en annexe 1).	2	DGCS-CNSA (circulaires budgétaires)	2025-2028

n°	Recommandations principales	Priorité	Autorité responsable	Échéance
Droits individuels				
34	A moyen terme, déterminer une cible en nombre de facilitateurs par territoire au regard d'un bilan de leur activité à établir et poursuivre le déploiement des facilitateurs jusqu'à la cible fixée en publiant un décret fixant les principales garanties d'indépendance et d'accès ; systématiser la formation des facilitateurs à la communication alternative améliorée et mener une réflexion sur la convergence des différentes catégories de facilitateurs dans le secteur du handicap sous une même appellation et sous un même mode de financement.	2	DGCS (décret)	2026-2028
35	Publier les résultats des évaluations quinquennales externes pour assurer la transparence vis-à-vis des personnes concernées et de leurs proches, adapter le référentiel des évaluations de la HAS en intégrant des critères sur le soutien à l'autodétermination dans la partie relative aux professionnels d'une part et sur la modularité des parcours dans la partie relative à l'ESSMS d'autre part ; exiger une évaluation commune pour les ESSMS fonctionnant en dispositif par convention.	2	DGCS – HAS (décret)	2025-2026
36	En combinaison avec le développement de l'accueil temporaire qui serait accessible sans orientation spécifique sous un plafond annuel porté à 180 jours, inscrire dans la loi un droit d'absence en dispense de frais d'hébergement, dès lors que l'absence est programmée, en particulier en cas d'essai en milieu ordinaire, ou intervient en situation d'urgence, ainsi qu'un droit au retour.	1	DGCS (loi + décret)	2025
37	Dans l'attente de nouveaux travaux sur le financement des prestations de soins, supprimer l'interdiction de double prise en charge pour les personnes accompagnées par un ESSMS.	1	DSS-DGCS (décret)	2025
38	Garantir les montants attribués en termes d'AEEH (base et complément), de PCH et d'ASH pendant un délai de six mois en cas de modulation de l'accompagnement par une « Structure PSH ».	1	DSS-DGCS (loi)	2025
39	Dans le cadre de la réforme des SAD, faire évoluer la tarification afin de pouvoir renforcer les équipes de ces services qui accompagnent des personnes en situation de handicap (exemple : ergothérapeute, travailleurs sociaux...).	2	DGCS (décret)	2026

2 Recommandations spécifiques

n°	Recommandations spécifiques	Priorité	Autorité responsable	Échéance
Cadre de la transformation				
2	Prévoir à l'article L. 313-1-1 du CASF que l'ensemble des ESSMS dédiés aux PSH constituent un seul et même ensemble au sein duquel aucun regroupement ou transformation ne nécessite un appel à projet.	3	DGCS (loi)	2025
3	Reconnaitre à tout organisme gestionnaire le droit de regrouper dans une « Structure PSH » les établissements et services qu'il gère par département, reconnaître le même droit aux dispositifs intégrés associant plusieurs personnes morales et définir une démarche simplifiée permettant l'exercice de ce droit.	3	DGCS (Loi)	2025
7	Sans préjudice des organisations pour les réponses aux situations individuelles, dans le cadre du futur SPDA, déterminer l'une des instances existantes comme instance unique à l'échelle départementale avec un agenda fixe pour mener les réflexions stratégiques territoriales autour de chacune des thématiques de besoins des personnes en situation de handicap.	4	ARS-CD	2026
9	Confier à la DREES et la CNSA la mise en place d'une méthodologie pour alimenter les observatoires territoriaux des besoins et la production des données socles nécessaires au diagnostic et à l'analyse des besoins des personnes en situation de handicap, et mener une réflexion sur la faisabilité de projections dans le temps (voir fiche d'impact détaillée en annexe 1).	3	DREES CNSA	2025
10	Expérimenter sur un territoire donné une méthodologie de diagnostic territorial avec réévaluation des files actives et des listes d'attente de chaque ESSMS.	4	DGCS (loi)	2026
Financement et systèmes d'information				
11	Abroger les dispositions qui font obstacle à la prise en compte de la modularité des accompagnements dans le financement des ESSMS.	3	DGCS (loi)	2026
14	Reprendre rapidement les travaux sur les transports des personnes en situation de handicap accompagnées par un ESSMS pour redéfinir les périmètres de responsabilité de chaque acteur au regard des évolutions de l'accompagnement médico-	4	DGCS	2025

n°	Recommandations spécifiques	Priorité	Autorité responsable	Échéance
	social et, sans attendre, considérer tous les trajets domicile/école comme relevant bien de la compétence départementale au titre du transport scolaire, y compris pour les enfants accompagnés par un ESSMS au sein de l'école (UE, IME dans l'école, SESSAD dans l'école...) (voir fiche d'impact détaillée en annexe 1).			
15	Par voie réglementaire, intégrer dans tout CPOM d'un établissement accompagnant les personnes en situation de handicap un axe relatif à la transformation et conditionner les mesures nouvelles à un projet de transformation.	4	DGCS (décret et circulaire budgétaire)	2025 (pour tout CPOM signé ou amendé après cette date)
16	Poursuivre le défléchage des crédits dans les instructions budgétaires pour adapter l'offre aux besoins territoriaux et autoriser une fongibilité partielle entre OGD du champ médico-social.	3	DGCS (circulaires budgétaires)	2025
18	Mesures opérationnelles FINESS - ROR et SI-SDO (ViaTrajectoire PH) : - Actualiser le SI FINESS au regard des mesures préconisées dans le présent rapport et assurer l'actualisation du FINESS ; - Adapter la nomenclature ROR en « mode de fonctionnement » (par interopérabilité FINESS) et en « prestations » par complétude par les ESSMS ; - Réception dans ViaTrajectoire PH des informations du ROR, avec possibilité de préciser les prestations.	3	CNSA-ANS	2026
19	Assurer l'interopérabilité entre le SI commun MDPH et le SI ViaTrajectoire PH (flux dans les deux sens), quelle que soit la stratégie arbitrée pour le SI MDPH.	3	CNSA	2026
22	Actualiser tous les SI de suivi des autorités de tutelle aux nouvelles modalités applicables aux dispositifs intégrés et offres de services coordonnés.	3	CNSA-ATIH	2026
Appui à la transformation				
23	Confirmer l'ANAP dans son rôle d'appui à la transformation de l'offre pour outiller les ARS et les ESSMS, en articulant ses missions avec celles de l'ANCREAI par convention de partenariat CNSA/ANAP/ANCREAI sur l'appui à la transformation de l'offre.	3	DGCS-CNSA	2025
24	Inscrire au programme de travail de la HAS une recommandation transversale (tout type de handicap)	3	DGCS - HAS	2025

n°	Recommandations spécifiques	Priorité	Autorité responsable	Échéance
	sur les pratiques des professionnels des ESSMS PSH en contexte de modularité des parcours avec un volet sur les attendus formels des projets individualisés d'accompagnement.			
25	Garantir dans la durée l'appui à l'ingénierie en ARS pour coordonner la démarche de transformation, pérenniser les effectifs du Ségur en matière d'investissement immobilier et soutenir les ARS dans leur mission d'inspection.	4	CNSA-SGMAS	sans délai
26	Assortir la délégation de crédits du fonds d'appui à la transformation dédiée aux prestations intellectuelles d'un référentiel à destination des organismes financés dans ce cadre explicitant les missions attendues quant à l'appui à la transformation, sans présumer des opérateurs qui seront désignés par les ARS.	3	DGCS	2025
27	Donner aux CREAI le statut de service médico-social de type « centres de ressources » au titre du CASF avec fixation d'un cahier des charges inspiré de celui de 2014, renforcé sur la participation au conseil d'administration de personnes concernées et sur l'appui à la transformation du droit commun (environnements capacitants).	4	DGCS (décret)	2026
28	Elaborer un référentiel sur les enjeux immobiliers de la transformation pour accompagner les délégations de crédits du fonds d'appui à l'investissement, dès 2025 pour la prochaine délégation de crédits, à compléter ensuite pour les années suivantes d'un référentiel technique basé sur les travaux à mener par l'ANAP et mener une réflexion sur l'élargissement du périmètre du plan d'aide à l'investissement du fonds d'appui pour des projets de transformation relevant des conseils départementaux, dans une logique de co-financement des investissements sur le secteur adultes.	3	DGCS-ANAP-CNSA	2025
29	Réaliser, à partir de l'inventaire immobilier, une étude spécialisée permettant de définir les besoins financiers pour les travaux d'adaptation des établissements médico-sociaux PSH et de prioriser les investissements ; sur cette base, préparer pour 2030 un plan pluriannuel des investissements des ESSMS PSH (à articuler avec les investissements liés à la transition écologique).	4	DGCS	2030

Droits individuels

n°	Recommandations spécifiques	Priorité	Autorité responsable	Échéance
32	Systématiser un lien CCAS et MDPH, par désignation d'un référent MDPH pour les CCAS afin de faciliter les dossiers de demande et le suivi de ces derniers.	4	CNSA	2026
33	Lancer une étude pluridisciplinaire sur le non-recours aux droits pour les personnes en situation de handicap.	4	DGCS-DREES	2026

SOMMAIRE

SYNTHESE.....	2
RECOMMANDATIONS DE LA MISSION.....	7
1 RECOMMANDATIONS PRINCIPALES	7
2 RECOMMANDATIONS SPECIFIQUES.....	10
SOMMAIRE	14
RAPPORT	16
1 LA TRANSFORMATION DE L'OFFRE MEDICO-SOCIALE POUR LES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP : ENJEUX ET CONSTATS	17
1.1 TRANSFORMER L'OFFRE MEDICO-SOCIALE POUR LES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP : EGALITE DES DROITS ET DIVERSITE DES PARCOURS DE VIE.....	17
1.1.1 <i>L ' autodétermination : du concept à la mise en action.....</i>	18
1.1.2 <i>Proposer une offre modulaire et évolutive adaptée aux attentes et besoins des personnes concernées.....</i>	18
1.1.3 <i>S ' inscrire dans le territoire</i>	22
1.2 LA DIVERSITE DES ESSMS ENGAGES DANS UNE DYNAMIQUE DE TRANSFORMATION	23
1.2.1 <i>Des initiatives d ' une grande diversité</i>	23
1.2.2 <i>Des autorisations formulées de manière variable.....</i>	26
1.3 UNE TRANSFORMATION EN DEVENIR.....	27
1.3.1 <i>Un processus très graduel</i>	27
1.3.2 <i>D ' importantes potentialités de regroupement</i>	30
2 TENDRE VERS DES AUTORISATIONS MODULAIRES ET TERRITORIALISEES	32
2.1 DONNER UN CADRE A LA TRANSFORMATION	32
2.1.1 <i>Décloisonner l ' offre : créer une catégorie unique d ' ESSMS dans le champ du handicap.....</i>	32
2.1.2 <i>Vers une responsabilité populationnelle territorialisée</i>	36
2.1.3 <i>Articuler transformation et orientation</i>	38
2.2 ADAPTER LA GOUVERNANCE DE L ' OFFRE MEDICO-SOCIALE AUX ENJEUX DE TRANSFORMATION	42
2.2.1 <i>Réponse Accompagnée Pour Tous et Service Public Département de l ' Autonomie .</i>	43
2.2.2 <i>Adapter les outils de gouvernance de l ' offre médico-sociale</i>	44
2.2.3 <i>Programmer la transformation de l ' offre au plus près des besoins.....</i>	47
3 LES LEVIERS FINANCIERS ET NUMERIQUES DE LA TRANSFORMATION	49
3.1 LA TRANSFORMATION DE L ' OFFRE NECESSITE LA TRANSFORMATION DES MODALITES DE FINANCEMENT	
49	
3.1.1 <i>Abroger les dispositions qui font obstacle à la prise en compte de la modularité des accompagnements dans le financement des ESSMS.....</i>	49
3.1.2 <i>Mieux prendre en compte la modularité des accompagnements dans le premier étage de la réforme SERAFIN-PH.....</i>	51
3.1.3 <i>Faire vivre le modèle de financement pour en faire un levier d ' autodétermination..</i>	56
3.1.4 <i>Clarifier rapidement les compétences des financeurs en matière de transport</i>	58
3.2 DES LEVIERS COMPLEMENTAIRES DOIVENT ETRE MOBILISES EN TERMES DE FINANCEMENT	61
3.2.1 <i>Faire des CPOM un levier de la transformation</i>	61

3.2.2	<i>Répondre aux besoins territoriaux</i>	62
3.3	FAIRE D' UNE PLURALITE DE SYSTEMES D' INFORMATION UN ECOSYSTEME NUMERIQUE FLUIDE ET LISIBLE 62	
3.3.1	<i>Un enjeu de lisibilité de l' offre</i>	63
3.3.2	<i>Un enjeu d' outillage numérique du parcours.....</i>	64
4	OUTILLER LES ACTEURS DE LA TRANSFORMATION	66
4.1	SOUTENIR LA TRANSFORMATION PAR L' APPUI AUX ACTEURS.....	67
4.1.1	<i>Au niveau national, renforcer l' appui aux ARS et aux établissements</i>	67
4.1.2	<i>Au niveau territorial, avoir la capacité de mieux accompagner les établissements dans leur projet de transformation.....</i>	69
4.1.3	<i>Outiller les stratégies immobilières</i>	72
4.2	REPENSER L' ACCOMPAGNEMENT PAR UNE DYNAMIQUE INTERNE EN ESSMS	73
4.2.1	<i>Pour de nouveaux projets d' établissements et services.....</i>	74
4.2.2	<i>Les enjeux de la formation et des pratiques.....</i>	79
5	AFFIRMER LES DROITS INDIVIDUELS	81
5.1	SOUTENIR L' ACCES AUX DROITS, DEVELOPPER LES AIDES A L' AUTODETERMINATION	81
5.1.1	<i>Soutenir l' accès aux droits</i>	81
5.1.2	<i>Développer les ressources d' aide à l' autodétermination</i>	82
5.2	MIEUX INDIVIDUALISER LES PRESTATIONS.....	85
5.2.1	<i>Reconnaitre les droits individuels en établissement.....</i>	85
5.2.2	<i>Mieux articuler accompagnement médico-social et prestations individualisées.....</i>	87
	LISTE DES ANNEXES.....	92
	LISTE DES PERSONNES RENCONTREES	93

RAPPORT

[1] Par lettre de mission en date du 21 février 2024, la ministre déléguée chargée des personnes âgées et des personnes handicapées a demandé à l'Inspection générale des affaires sociales de conduire une mission d'évaluation « visant à transformer le modèle de l'accompagnement médico-social [des personnes en situation de handicap] afin qu'il réponde mieux aux besoins et aux attentes des personnes et de leurs familles, en particulier liés à l'école, l'emploi, le logement, les soins et la vie quotidienne à domicile ».

[2] La mission s'inscrit dans la suite de la conférence nationale du handicap (CNH) du 26 avril 2023, qui a défini les objectifs de cette transformation : d'ici 2030, tous les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) dédiés aux personnes en situation de handicap (PSH) devront « passer d'une logique de place à une logique d'offre de services coordonnés (hébergement, appui à la vie sociale, soins, ...) » et « se transformer en plateformes de services », cette démarche s'imposant dans un premier temps aux ESSMS dédiés aux enfants. Un plan d'aide à l'investissement de 500 M€ doit appuyer cette démarche, en particulier pour développer « des unités de vie plus petites », soutenir « le rapprochement des structures » et poursuivre « le développement de l'habitat inclusif ». 250 M€ ont été prévus par instruction de juillet 2024 pour la création du fonds d'appui à la transformation¹.

[3] Plus qu'une évaluation, les échanges avec le cabinet de la ministre commanditaire ont montré le besoin d'un cadrage opérationnel permettant la mise en œuvre sur tout le territoire de la transformation projetée, à partir d'un grand nombre d'initiatives, souvent locales et à caractère expérimental, dont le recensement avait déjà été engagé.

[4] La notion de transformation de l'offre a pu être définie de manière très diverse par les acteurs de ces initiatives, certains l'entendant comme conduisant à la disparition pure et simple de la notion même d'établissement. Ce n'est pas l'approche retenue par la CNH, qui prévoit de conserver, tout en le simplifiant, le cadre légal et réglementaire des ESSMS, et de renforcer leur contrôle. Il s'agit surtout d'abandonner, là où il existe encore, un fonctionnement uniquement « entre les murs » et d'offrir à toute personne accueillie, de manière intégrée ou en partenariat avec d'autres structures, des possibilités d'accompagnement² modulables dans le temps selon ses besoins (par exemple, pour un enfant, en classe ordinaire ou en unité d'enseignement externe, avec un temps possible de repli en milieu protégé).

[5] Même ainsi conçue, la transformation des ESSMS dédiés au handicap doit être articulée avec plusieurs autres politiques publiques (santé, logement, éducation nationale, emploi). Une

¹ Instruction n° DGCS/SD5DIR/CNSA/DAPO/2024/104 du 8 juillet 2024 relative à la création d'un Fonds d'appui à la transformation des établissements et services pour personnes en situation de handicap pour la période 2024-2027.

² La notion d'accompagnement peut être entendue – et sera généralement employée dans le rapport – de manière générique, comme désignant tout type d'action par lequel un ESSMS participe à la compensation d'un handicap. La notion d'accueil est généralement réservée aux actions impliquant la présence physique de la personne en situation de handicap dans des locaux relevant de l'ESSMS, quelle qu'en soit la durée et la fréquence, avec ou sans hébergement. Il est toutefois possible, comme le fait le CASF lui-même (articles L311-3, D312-0-1, R313-4-1, D313-7-2 ...) d'employer la formule « accueil et accompagnement », notamment pour signifier que l'on désigne bien ces différents types d'actions, sans employer de périphrase plus longue (comme dans la formule « tous modes d'accueil et d'accompagnement » pour désigner le fonctionnement complètement modulaire déjà mis en œuvre par certains ESSMS).

approche centrée sur la transformation de l'offre médico-sociale est par nature une approche tronquée de l'accompagnement des personnes en situation de handicap, qui doit reposer en première intention sur les acteurs de droit commun.

[6] Leurs interactions avec les ESSMS ne pouvaient être envisagées de manière exhaustive, d'autant que certaines faisaient en parallèle l'objet de travaux spécifiques. La mission a ainsi été confrontée à la nécessité d'opérer des choix. De même, l'attractivité des métiers et l'amélioration des conditions de travail font parallèlement l'objet d'un rapport spécifique³.

[7] Après avoir précisé les enjeux et dressé l'état des lieux de la transformation en cours (1) le rapport s'est donc concentré sur quatre thématiques transversales à partir des freins identifiés par les acteurs du secteur, et mis en exergue à travers les auditions menées par la mission et des enquêtes auprès des ARS et des ESSMS :

- Les conditions d'une gouvernance territorialisée de structures modulaires et de l'orientation des personnes accompagnées (2),
- Les leviers financiers et numériques de la transformation (3),
- L'appui externe et les outils internes de la transformation (4),
- L'affirmation concomitante des droits individuels au sein des établissements et par les prestations de compensation (5).

1 La transformation de l'offre médico-sociale pour les personnes en situation de handicap : enjeux et constats

1.1 Transformer l'offre médico-sociale pour les personnes en situation de handicap : égalité des droits et diversité des parcours de vie

[8] L'ambition de la transformation est de garantir le droit des personnes en situation de handicap à agir librement sur leur vie tout en bénéficiant d'un accompagnement personnalisé adapté à leurs souhaits et à leurs besoins. C'est une démarche d'autodétermination fondée sur la reconnaissance, par la ratification de la Convention relative aux droits des personnes handicapées⁴, du droit de toute personne en situation de handicap de « vivre dans la société, avec la même liberté de choix que les autres personnes ». Dans ce contexte, les services médico-sociaux doivent offrir des prestations d'accompagnement fondées sur un projet individuel et qui soient suffisamment modulaires et évolutives dans le temps pour s'adapter aux parcours des personnes, mais aussi être inscrits pleinement dans leur territoire pour contribuer hors de leurs murs à façonner des environnements capacitants favorables au pouvoir d'agir des individus.

³ Lettre de mission à l'IGAS signée le 3 juillet 2024 par la ministre du travail, de la santé et des solidarités.

⁴ Décret n° 2010-356 du 1er avril 2010 portant publication de la convention relative aux droits des personnes handicapées (ensemble un protocole facultatif), signée à New York le 30 mars 2007, article 19 de ladite convention.

1.1.1 L'autodétermination : du concept à la mise en action

[9] L'autodétermination désigne la capacité pour une personne à faire ses propres choix et à exercer un contrôle sur sa vie. Dans le secteur du handicap, il signifie que les personnes concernées construisent leur parcours de vie, selon leurs besoins, leurs aspirations et leurs objectifs. L'autodétermination est un concept incontournable de la transformation de l'offre sociale et médico-sociale dans le secteur du handicap à deux titres : c'est un axe central de la transformation de l'offre et c'est également un levier de transformation.

[10] D'une part, en tant qu'axe central de la transformation de l'offre, le principe d'autodétermination implique que l'accompagnement médico-social soit bien fondé sur les libertés, les droits et les attentes des personnes concernées. Cela suppose que leurs compétences soient reconnues et développées par les services sociaux et médico-sociaux. Ainsi, « *la transformation de l'offre commence par la reconnaissance d'une présomption de compétences chez les personnes et non une reconnaissance de leur incapacité.* »⁵

[11] La personne en situation de handicap doit être au centre du processus décisionnel avec un accompagnement adapté qui lui permette d'exprimer ses choix de manière libre et éclairée. Non seulement les structures et les professionnels doivent être en mesure de recueillir et de respecter ces attentes, mais ils doivent également s'engager dans un processus de développement des capacités individuelles à l'autodétermination. Ces capacités seront développées par le soutien apporté à la personne, y compris dans ses apprentissages, et par les opportunités offertes par des environnements transformés.

[12] D'autre part, l'autodétermination est également en elle-même un levier de transformation. En renforçant les capacités d'agir et d'expression des personnes en situation de handicap, elle leur permet de devenir des acteurs du changement, d'être en demande de transformation auprès des acteurs de l'accompagnement. Lorsque les personnes concernées sont en mesure de s'exprimer librement et de faire des choix éclairés, elles créent une dynamique positive qui transforme à la fois les pratiques professionnelles et les politiques d'accompagnement.

1.1.2 Proposer une offre modulaire et évolutive adaptée aux attentes et besoins des personnes concernées

[13] Selon D. Piveteau, « *L'offre modulaire est d'abord une offre « multi-modale », qui permet d'articuler plusieurs interventions professionnelles en les séquençant dans le temps (par exemple, un accueil en FAM avec quelques journées par semaine ou par mois en ESAT, ou en hôpital de jour). L'offre modulaire est également une offre « d'intensité adaptable », qui permet l'accompagnement renforcé – temporairement ou durablement - par une densification des interventions (par exemple, l'intervention de HAD en MAS, ou d'un orthophoniste libéral en IME, etc) »*⁶. La mission propose ici de retenir, au vu des échanges avec toutes les parties prenantes du secteur, une définition plus large de la modularité qui englobe celle de D. Piveteau. L'offre modulaire est une offre qui permet :

⁵ Francois Bernard, 100 idées pour transformer l'offre de service dans le secteur du handicap, Tom Pousse, septembre 2023. François Bernard est le directeur général du Gapas (Groupement des associations partenaires d'action sociale).

⁶ Zéro sans solution : le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches, 2014, rapport de Denis Piveteau, conseiller d'État, p. 68.

- De proposer une diversité des modalités d'accompagnements : hébergement ou logement accompagné (de type logement foyer ou intermédiation locative)⁷, accueil de jour en site ESSMS et hors site ESSMS (les unités externalisées au sein de l'école par exemple), accompagnement en milieu ordinaire avec diversité des lieux d'interventions (à domicile, à l'école, sur lieu de loisirs...) ;
- De proposer des accompagnements permanents comme séquentiels en fonction des souhaits et besoins ;
- De proposer une offre qui puisse être complémentaire à d'autres interventions professionnelles, en particulier pour répondre à des besoins spécifiques ou pour les périodes de transition ;
- De proposer une offre d'accompagnement dont l'intensité peut varier au cours du temps et des besoins, avec le cas échéant l'intervention d'autres partenaires ;
- De faire des allers-retours avec un droit à l'essai et donc un droit au retour.

[14] **Sous cette ambition d'offre modulaire peu réglementée sinon par addition de dispositifs répondant à des objectifs précis (DAR, UEE, UEEA, PCPE...⁸), un mode de fonctionnement considéré comme transformatif a été encadré par les textes : le fonctionnement « en dispositif intégré ».**

[15] En application de la loi de modernisation de notre système de santé de 2016⁹, un premier décret est venu préciser les règles de fonctionnement des instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP) et les services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) en dispositif intégré¹⁰. Le principe était de faire fonctionner un ITEP et un SESSAD ensemble, avec une souplesse introduite quant aux notifications de la MDPH, celle-ci n'étant plus requise en cas de changement de modalité d'accompagnement (notamment passage de l'enseignement au sein de l'ITEP à l'enseignement à l'école, étayée par une équipe médico-sociale et inversement) avec l'accord de toutes les parties concernées.

Ce cadre a récemment été élargi par un décret de juillet 2024¹¹ à tous les ESSMS du champ enfants, par convention entre un établissement et un service ou en élargissant les modalités d'accompagnement d'un établissement, en cohérence avec la nomenclature simplifiée des

⁷ La notion d'hébergement, prévalente dans le champ de l'autorisation, n'est pas précisément définie par le CASF, où elle n'est pas exclusive de la disposition d'un logement privatif – comme en atteste, depuis la loi de 1975, l'inclusion dans le champ de l'autorisation comme établissements d'hébergement des logements-foyers accueillant des personnes âgées ou handicapées (voir infra partie 4.2.1). Rien ne s'oppose à ce que l'hébergement assuré par un ESSMS puisse prendre la forme d'un logement stable, caractérisé par l'existence d'un contrat de location au sens de l'article 3 de la loi n° 89-462 du 6 juillet 1989, d'un contrat de sous-location régi par l'article L. 442-8-2 du CCH ou d'un contrat d'occupation au sens de l'article L. 633-2 du CCH relatif aux logements-foyers.

⁸ DAR : dispositif d'autorégulation ; UEE : unité d'enseignement externalisée ; UEEA : unité d'enseignement externalisé autisme ; PCPE : pôle de coordination et de prestations externalisée.

⁹ Codifiée à l'article L. 312-7-1 du CASF.

¹⁰ Décret n° 2017-620 du 24 avril 2017 relatif au fonctionnement des établissements et services médico-sociaux en dispositif intégré prévu à l'article 91 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 relative à la modernisation de notre système de santé.

¹¹ Décret du 5 juillet 2024 relatif aux modalités de fonctionnement en dispositif intégré des établissements et services médico-sociaux.

autorisations qui permet depuis 2017 à tout ESSMS dédié aux personnes en situation de handicap de leur offrir toutes les modalités possibles d'accueil et d'accompagnement¹².

La nomenclature des ESSMS accompagnant des personnes en situation de handicap

Un ESSMS peut être - et est souvent en pratique¹³ – autorisé pour plusieurs unités distinctes, selon le type de publics et/ou de prestations mises en œuvre. Outre la catégorie dont l'ESSMS relève à titre principal, l'autorisation précise cette spécialisation sous formes de « triplets » (« disciplines » – correspondant aux catégories ou à leurs subdivisions, notamment selon l'âge ; « public » – c'est-à-dire type de handicap ; « mode d'accueil ou d'accompagnement » - accueil de jour, accompagnement en milieu ordinaire, etc ...).

Jusqu'en 2017, cette spécialisation n'était pas encadrée juridiquement¹⁴, ce qui donnait lieu à une très forte segmentation (en particulier une trentaine de types de handicap et une grande variété de tranches d'âge dans les établissements pour enfants)¹⁵.

La nomenclature simplifiée a pour objet d'éviter cette hyperspecialisation, tout en reconnaissant la spécificité de certains accompagnements. Elle réduit à une dizaine le nombre de publics cibles¹⁶, supprime la plupart des tranches d'âge au profit de quatre grands types de projets éducatifs, pédagogiques et thérapeutiques¹⁷ et permet la reconnaissance d'accompagnements modulaires¹⁸. Sans le supprimer complètement, elle atténue le seuil d'âge de 20 ans entre jeunes et adultes en permettant par exemple de créer des unités dédiées à des jeunes de 16 à 25 ans sans avoir à recourir à des formules expérimentales¹⁹.

Elle s'applique à toute autorisation délivrée depuis sa publication, y compris pour la modification d'autorisations préexistantes.

[16] Depuis, aux côtés des dispositifs intégrés sont apparues d'autre appellations accolées à la transformation de l'offre - « plateforme de services coordonnée », « offre de services coordonnés », « offre de services intégrés » - qui ne sont pas encadrées par les textes.

[17] La Conférence nationale du handicap 2023 a affiché comme objectif²⁰ de « Passer d'une logique de place à une logique d'offre de services coordonnés » décrit comme suit : « Tous les

¹² Décret n°2017-982 du 9 mai 2017 relatif à la nomenclature des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) accompagnant des personnes handicapées et malades chroniques codifié aux articles D. 312-0-1 à 3 du CASF ; guide d'application annexé à une instruction DGCS/2018/18 du 22 janvier 2018 pour les ARS et transmis pour information aux PCD.

¹³ 40 % des ESSMS dédiés aux PSH (hors SAD) ont au moins deux unités distinctes, ce chiffre ne prenant pas en compte les ESSMS diversifiés sur des sites distincts (à travers des « établissements secondaires »). Ainsi, près des deux tiers des IME comportent au moins une unité dédiée à un public présentant un autre handicap que la déficience intellectuelle (source FINESS – extraction au 01/03/2024).

¹⁴ Les nomenclatures du répertoire FINESS étaient couramment utilisées comme référence, mais elles n'étaient pas juridiquement opposables.

¹⁵ Le rapport Igas de 2021 recensait 3 487 « spécialités », dont 1 426 hors bornes d'âge.

¹⁶ Hors spécialité rare justifiant des fonctions de centre de ressources.

¹⁷ Accompagnement précoce, dans la scolarisation ou dans l'enseignement supérieur et préparation à la vie professionnelle.

¹⁸ Combinant hébergement et accueil de jour, accueil de jour et accompagnement en milieu ordinaire, voire tous modes d'accueil et d'accompagnement, etc...

¹⁹ Dans le cadre d'ESSMS pour jeunes dont la limite d'âge est repoussée à 25 ans. Symétriquement, les établissements principalement dédiés aux adultes doivent pouvoir accueillir des jeunes non soumis à l'obligation scolaire, donc à partir de 16 ans.

²⁰ Dossier de presse CNH 2023.

établissements et services pour enfants devront passer d'une logique de places encore trop souvent fermées à une logique de services : hébergement, appui à la vie sociale, soins, ... Les établissements pour adultes volontaires pourront, sur la base du volontariat, s'engager dans cette dynamique qui, d'ici 2030, concertera l'ensemble du secteur médico-social. Les droits des personnes accompagnées seront respectés, elles pourront exercer une activité professionnelle dans tous les lieux d'accompagnement et s'absenter quand elles le souhaitent ».

[18] De nombreux interlocuteurs de la mission ont retenu la notion de « plateforme » pour traduire cet objectif « d'offre de services coordonnés », avec des attentes quant à une définition précise de ce que doit être une plateforme.

[19] La mission, après le très grand nombre d'auditions menées, a choisi de ne pas reprendre à son compte le terme de « plateforme » qui fait débat et est source de confusion (une plateforme n'est ni un dispositif numérique, ni une organisation d'intermédiation entre la personne concernée et des ESSMS ou autres services, ni un dispositif de services en milieu ordinaire uniquement) et lui préfère le terme plus général de la CNH « d'offre de services coordonnés ».

L'offre de services coordonnés

Selon la mission, l'offre de services coordonnés est un type d'organisation interne d'un ou plusieurs gestionnaires (dans un groupement de coopération) pour un fonctionnement modulaire :

- Elle repose sur une entrée par la demande de prestations (et non par catégorie d'ESSMS), ce qui signifie que son organisation est pensée autour d'une porte d'entrée unique d'évaluation/coordination et des prestations proposées (construits suivant la nomenclature détaillée des besoins et prestations)²¹ ;
- Elle propose toutes les modalités d'accompagnement ;
- Elle fonctionne avec la souplesse du changement des modalités d'accompagnement sans nécessité de nouvelle notification MDPH, la MDPH pouvant être saisie en cas de désaccord de la personne concernée ou de ses représentants légaux (ce qui n'est pas encore possible dans le champ adultes) ;
- Elle est inscrite sur son territoire par des partenariats formalisés et par une fonction de coordination de parcours ;
- Elle a une mission dite « ressource » forte pour faire monter en compétence les partenaires de droit commun de son territoire pour favoriser des environnements capacitants.

L'offre de services coordonnés peut intégrer des services non médico-sociaux, financés selon leurs propres règles (habitat inclusif, plateforme emploi adapté...).

Un dispositif intégré au sens du CASF est une offre de service coordonnés sous réserve qu'il utilise la nomenclature détaillée des besoins et des prestations.

²¹ Nomenclature élaborée dans le cadre de la concertation menée courant 2015 pour le projet de réforme de la tarification SERAFIN-PH.

1.1.3 S'inscrire dans le territoire

[20] Afin d'assurer une réponse aux attentes et besoins des personnes concernées et de favoriser l'inclusion, l'offre sociale et médico-sociale doit se penser comme complémentaire de ce qui peut être proposé en droit commun.

[21] En lien avec les politiques inclusives et d'accessibilité développées par différents ministères (éducation nationale, culture, environnement, accès universels aux services publics...), et la feuille de route de la délégation interministérielle à l'accessibilité, les partenariats sont amenés à se multiplier pour inclure, dans les parcours des personnes, des prestations dans le droit commun, le cas échéant étayées par les ESSMS.

[22] Les partenariats entre ESSMS et acteurs de droit commun doivent permettre de croiser des approches et de faire évoluer les pratiques des uns et des autres.

[23] Plus spécifiquement, par leur expertise, les ESSMS sont amenés à jouer un nouveau rôle, celui de ressource pour le droit commun. L'offre médico-sociale ne doit plus se limiter à des espaces spécialisés, mais s'intégrer et soutenir activement l'ensemble des secteurs de droit commun dans leur capacité à accueillir et accompagner les personnes en situation de handicap. Cela inclut donc l'appui et le conseil aux acteurs de la santé, de l'éducation, de l'emploi ou encore des services publics pour qu'ils puissent mieux comprendre et répondre aux besoins spécifiques des personnes en situation de handicap. L'objectif est de favoriser l'inclusion et l'accès à la pleine citoyenneté, en accompagnant les structures ordinaires à faire évoluer leurs représentations et à adapter leurs pratiques ; on parle alors de favoriser des environnements capacitants.

[24] S'il n'y a pas de définition normative des attendus de cette fonction ressource, la recherche action du Centre National de Ressources Handicaps Rares Épilepsies Sévères - NEXTHEP Fonction ressources en épilepsie²² a mené à l'élaboration d'un référentiel utilisé par des ESSMS et par certaines ARS comme base de leur réflexion générale sur la fonction ressource. Cette fonction y est présentée comme intégrant l'information et la documentation, la sensibilisation, la formation, l'appui aux pratiques et l'appui-conseil.

[25] Cette fonction ressource de première ligne doit s'articuler avec les divers centres de ressources plus spécialisés. Par ailleurs, la mission principale des ESSMS restant bien d'accompagner les personnes en situation de handicap dans leur projet personnel, leur fonction ressource doit être conçue comme un levier pour que les environnements deviennent capacitants de manière structurelle. Il faut donc une montée en compétence dans chaque secteur du droit commun, et accepter de modifier ses propres organisations pour qu'elles deviennent à terme accessibles et inclusives.

²² Rapport NEXTHEP juin 2022.

1.2 La diversité des ESSMS engagés dans une dynamique de transformation

1.2.1 Des initiatives d'une grande diversité

[26] La mission ne s'est pas livrée à un exercice de recensement des offres médico-sociales transformées dans la mesure où l'ANAP effectue un travail de recensement des dispositifs et des « plateformes ».

[27] Ces travaux sont en cours de finalisation à date de rédaction du présent rapport mais il peut être indiqué le nombre de dispositifs et d'offres de services coordonnés recensés par 15 des 17 ARS.

Tableau 1 : Recensement des dispositifs et plateformes

Dispositifs intégrés ²³	Offre de services coordonnés ²⁴	Autres plateformes ²⁵
435	36	96

Source : Données ARS, fournies par l'ANAP.

[28] Lors de cette phase de recensement, des « plateformes » qui ne sont pas des offres de services coordonnés au sens de la CNH 2023 ont été indiquées par certaines ARS, ce qui montre le besoin de réaffirmer ce qu'est une offre de service coordonnés et de ne pas retenir le terme de « plateforme » (cf. plus haut).

[29] La majeure partie des dispositifs et offres de services coordonnés recensée concerne le secteur enfants, notamment grâce au cadre juridique des dispositifs intégrés, applicable uniquement dans le champ enfants à ce jour.

[30] Cet engagement sur le secteur enfants se retrouve dans l'enquête menée par la mission auprès de toutes les ARS à qui il était demandé de présenter un à trois projets par région (cf. annexe 4) : 23 projets sur les 36 présentés sont dédiés au champ enfants (dont la problématique des adultes maintenus en structure enfant et enfants à double vulnérabilité ASE/PSH). Cette enquête, pour laquelle toutes les données sur les prestations proposées par les ESSMS concernés n'ont pas été systématiquement renseignées, est, de ce fait, difficilement exploitable dans toute sa granularité mais elle fait apparaître une appréciation hétérogène de la transformation de l'offre, concordante avec les auditions menées par la mission. Ainsi, moins de la moitié des projets présentés comportent deux des caractéristiques importantes de la transformation de l'offre : l'autodétermination à travers la prestation « exercice de droits » qui comporte la co-construction du projet de vie et le fonctionnement en toutes modalités d'accueil et d'accompagnement.

²³ Les ARS ont généralement listé les différents sites attachés à un même dispositif, ce qui amène à une probable surestimation du nombre de dispositifs recensés.

²⁴ Cet item correspond aux « plateformes de services coordonnés » critérisés par l'ANAP pour les distinguer des autres plateformes existantes.

²⁵ Ne sont pas comptabilisés les PCPE, Communauté 360, PCO, centres de ressources, équipes mobiles, Dispositif d'Accompagnement et de Soins en Milieu Ordinaire (DASMO) et GEM recensés par les ARS.

[31] Par ailleurs, les programmations des offres territoriales 2024-2030 remontées par les ARS à la CNSA dans le cadre du plan de création des 50 000 solutions 2024-2030²⁶ ne permettent pas de donner une image de la transformation telle que soutenue par les ARS puisqu'il s'agit principalement de données administratives, qui ne donnent pas systématiquement d'indication sur la transformation de l'ESSMS existant, et quantitatives avec des informations sur le capacitaire (cf. annexe 2). On y retrouve cependant les enjeux d'ouverture vers le milieu ordinaire par les dispositifs ou modalités d'accompagnement identifiées : unités externalisées, prestations en milieu ordinaire, dispositif intégré, dispositif d'autorégulation à l'école, accueil séquentiel ou temporaire...

[32] C'est donc lors de ses déplacements et des différentes auditions menées que la mission a pu constater la diversité des organisations des ESSMS engagés dans une démarche transformative, sans que cette démarche soit pleinement aboutie.

Exemples d'ESSMS engagés dans un projet de transformation de leur offre

IME A : fusion IME et SESSAD / Public TSA / accueil de jour et prestation milieu ordinaire (dont des UEMA). Se présente comme dispositif intégré (DAME) mais non reconnu par arrêté (décret non paru à date de la rencontre) : une dynamique d'autonomisation des enfants accompagnés et de participation à la vie sociale et d'inclusion notamment par le sport et la culture. Malgré un site unique commun, constat d'une équipe IME et d'une équipe SESSAD distinctes sans collectif de travail commun et sans passerelles entre accueil de jour et accompagnement en milieu ordinaire.

IME B : fusion IME et SESSAD / Public TSA / « toutes modalités d'accueil et d'accompagnement » (dont des UEMA et UEEA). Se présente comme plateforme, ce qui est reconnu par l'ARS dans l'arrêté d'autorisation : une dynamique d'autonomisation avec des ateliers professionnalisants. Des équipes distinctes mais qui travaillent ensemble, des activités proposées à des enfants accompagnés par l'équipe dédiée au milieu ordinaire sur le site d'accueil de jour.

MAS D : tout type de déficience / toute modalité d'accueil et d'accompagnement. Se présente en plateforme, sans que le terme soit cité dans l'arrêté mais volonté de l'ARS de maillage territorial par des plateformes : dynamique d'inclusion pour les activités sociales mais aussi d'inclusion inversée pour partager par exemple des équipements de l'ESSMS. A date, l'extension avec des places de prestations en milieu ordinaire dites « hors les murs » n'est pas une modalité d'accompagnement pour permettre le maintien en milieu ordinaire mais une passerelle vers l'établissement car il n'y a pas de demande pour une passerelle de l'établissement vers le milieu ordinaire. Le gestionnaire explique cette absence de demande par des situations de handicap importantes et une recherche prioritaire d'hébergement et d'accueil de jour par les personnes et leur famille. L'ESSMS a une démarche forte d'accueil temporaire pour le répit/relai des aidants et le soutien au retrait/repli des personnes en situation de handicap (besoin de quelques jours hors famille).

²⁶ Circulaire n° DGCS/3B/DSS/1A/CNSA/DFO/2023/176 du 7 décembre 2023 relative à la mise en œuvre du plan de création de 50 000 nouvelles solutions et de transformation de l'offre médico-sociale à destination des personnes en situation de handicap 2024-2030, issu de la Conférence nationale du handicap 2023.

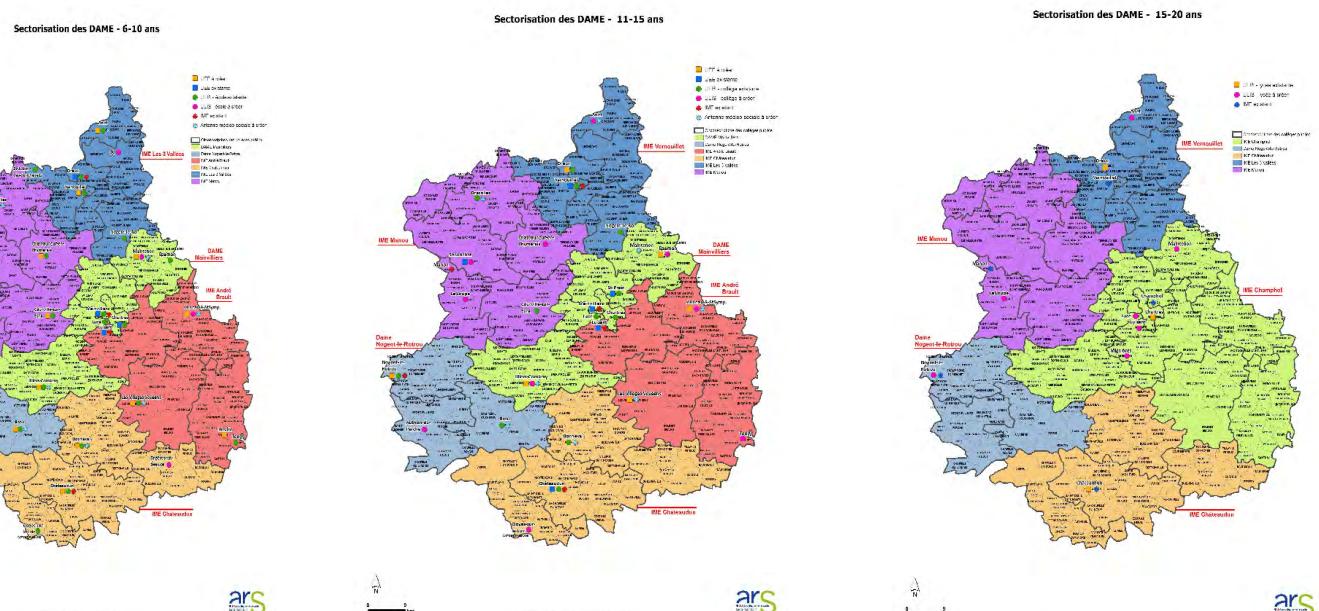
FAM C : déficience du psychisme / accueil de jour, hébergement permanent. Ne se présente pas en plateforme mais a une démarche transformative : dynamique d'autonomisation de personnes accompagnées avec une logique de tremplin vers le milieu ordinaire (hébergement collectif, semi collectif en maison et en appartement de colocation avec un appartement individuel par partenariat). Démarque de soutien au retrait/repli temporaire (quelques jours en hébergement pour éviter risques de réhospitalisations). Enfin, une démarche inclusive par les activités sociales au cœur du projet. Par ailleurs, sans avoir la prestation en milieu ordinaire en tant que tel, le FAM intervient au domicile des personnes fréquentant l'accueil de jour si besoin.

[33] La mission a pu constater que si la possibilité de graduer dans le temps les accompagnements au vu des besoins, capacités et progrès, en modifiant les modalités d'accompagnement par exemple, est bien présente dans les projets d'établissement, il n'y pas d'indicateur associé pour apprécier la réalité des mouvements internes.

[34] Enfin, sur certains territoires, l'ambition est déjà de territorialiser les interventions dans un objectif de « zéro sans solution ». Ainsi, pour les départements de Seine-et-Marne et d'Eure-et-Loir, un travail a été engagé par l'ARS sur la définition de zones d'interventions prioritaires pour chacune des structures. Cela a pour effet de faciliter l'orientation médico-sociale par la MDPH et ne pas laisser de « zones blanches » non couvertes, en commençant par le champ enfants dans un logique d'offre de services coordonnés.

[35] S'agissant des DAME²⁷ d'Eure-et-Loir, l'offre des IME et SESSAD dédiés aux mêmes publics. Le territoire a été scindé différemment selon la classe d'âge (6-10 ans, 11-15 ans, 15-20 ans) et chaque territoire est donc couvert par une offre proposant toutes les modalités d'accompagnement.

Carte 1 : Les DAME d'Eure-et-Loir



Source : ARS Centre-Val de Loire, 2024

²⁷ Dispositif d'accueil Médico-éducatif (acronyme non officiel).

[36] S'agissant des DITEP (ITEP/SESSAD) de Seine-et-Marne, l'offre a été repensée en zones prioritaires d'intervention sur la base de travaux avec les gestionnaires du territoire et des partenaires locaux. L'offre DITEP a été territorialisée au vu d'une répartition des gestionnaires présents avec prise en compte de la carte scolaire. L'offre TND (IME et SESSAD) fait l'objet de travaux en cours ; suivra l'offre polyhandicap et le handicap moteur, l'offre pour les personnes avec déficiences sensorielles étant travaillée plutôt par le prisme de l'offre de ressources complémentaires.

1.2.2 Des autorisations formulées de manière variable

[37] Tout ESSMS au sens du code de l'action sociale et des familles doit faire l'objet d'une autorisation prise par arrêté de l'autorité également compétente pour le financement.

[38] S'agissant des dispositifs intégrés, seuls les DITEP sont reconnus comme tels dans la mesure où le seul texte publié les concernait jusqu'en juillet 2024 (cf. *supra*).

[39] Ainsi les IME ou IEM par exemple pouvaient avoir un fonctionnement intégré mais sans bénéficier automatiquement de la souplesse induite en matière d'orientation par le statut de dispositif. C'est donc uniquement par le biais de démarches volontaires des ARS que ce statut pouvait être donné avec des enjeux de négociation locales avec la MDPH pour les orientations., certaine acceptant des orientations en dispositifs, d'autres la refusant.

[40] S'agissant des offres de services coordonnés, elles relèvent d'initiatives locales ou de démarche des autorités de tarification et de contrôle sans qu'un cadre ait été préconisé.

[41] Ainsi, ces offres de services coordonnés ont des formats juridiques très différents et suscitent le même type de négociation avec les MDPH au niveau local pour les orientations.

[42] Ainsi, après lecture de plus d'une cinquantaine d'arrêtés d'autorisation (autorisations ARS), la mission a pu recenser les configurations suivantes :

- Pour une plateforme d'un organisme gestionnaire (OG) couvrant les champ adultes et enfants sur un département, réorganisé en pôles « prestations » (dont hébergement), gommant toutes les catégories juridiques d'ESSMS et fonctionnant avec des professionnels intervenant sur plusieurs types d'ESSMS : maintien de toutes les autorisations initiales du gestionnaire (par catégorie juridique d'ESSMS et avec nombre de places) ;
- Pour une plateforme dite « ressources » présentée par l'OG comme structure à part entière au côté des IME : un arrêté qui porte extension d'un des IME de l'OG par une unité dite « plateforme » avec des places d'accueil de jour et des places de répit, avec une précision sur la souplesse accordée entre les places d'accueil de jour et les places de répit ;
- Pour une plateforme enfant d'un OG sur un territoire : fusion d'autorisations pour une unique autorisation de catégorie IME fonctionnant en « toute modalité d'accueil et d'accompagnement » avec utilisation de l'appellation « plateforme » et mention du nombre global de places (sans notion de prestations) ;
- Pour une plateforme enfant qui fonctionne en prestations : une autorisation à caractère expérimental qui affiche une zone territoriale, qui ne fait plus référence aux catégories réglementaires d'ESSMS mais prévoit les prestations proposées et un minimum de file active

– cette plateforme est cependant référencé uniquement en « prestation milieu ordinaire » dans la nomenclature FINESS qui lui est applicable.

[43] A noter que certaines autorisations utilisent les termes « dispositif » ou « plateforme » sans proposer toutes les modalités d'accompagnement (ex : pas d'hébergement même temporaire).

[44] Cette hétérogénéité montre la difficulté des autorités publiques à accompagner la mise en place d'offres de services diversifiés et coordonnés.

[45] Par ailleurs, l'un des aspects de la transformation de l'offre étant la capacité des établissements à offrir une pluralité d'accompagnements, cette diversité devrait se refléter, entre autres indicateurs de transformation, par une moindre segmentation de l'offre et un usage accru de la nomenclature simplifiée des établissements et services médico-sociaux.

1.3 Une transformation en devenir

1.3.1 Un processus très graduel

[46] Le recensement évoqué *supra* des quelques centaines de dispositifs et plateformes est à mettre en regard du nombre bien plus important d'ESSMS dédiés aux personnes en situation de handicap (13 000 établissements et services²⁸, dont 4 800 spécifiquement dédiés aux jeunes, auxquels il faut ajouter 9 400 services autonomie à domicile intervenant en général à la fois auprès de PSH et de personnes âgées²⁹).

[47] Le rapport IGAS de 2021 avait précisément étudié les facteurs de segmentation de l'offre sociale et médico-sociale dédiée aux PSH³⁰ en fonction du type de handicap, de l'âge et du mode d'accueil ou d'accompagnement, qui complexifient l'adaptation des établissements et services à l'évolution des souhaits et des besoins des personnes qu'ils accompagnent.

[48] Sans reprendre exhaustivement cette étude, la mission, en utilisant la même méthodologie d'exploitation des données du répertoire FINESS³¹, s'est intéressée à l'évolution de quelques indicateurs clefs de la transformation des ESSMS.

²⁸ Avec une capacité d'accueil et d'accompagnement d'environ 550 000 places – hors les services autonomie à domicile dont la capacité n'est pas quantitativement limitée mais exprimée uniquement en zones d'intervention - source : répertoire FINESS (Fichier national des établissements sanitaires et sociaux – données au 1er mars 2024).

²⁹ Seuls 3% de ces services interviennent uniquement auprès de personnes en situation de handicap ou de leurs aidants.

³⁰ Partie 2.1.1, pages 34 à 43.

³¹ Répertoire (anciennement Fichier) national des établissements sanitaires, médico-sociaux et sociaux – FINESS prévu par l'arrêté du 23 septembre 2022 NOR : SPRD2217471A, pris en application de l'article L.1470-4 du code de la santé publique.

**Tableau 2 : Evolution de quelques indicateurs clefs de la transformation depuis la mission IGAS
Mieux répondre aux attentes des personnes en situation de handicap - Des outils pour la transformation des ESSMS**

Indicateurs de la transformation	11/2020	03/2024
Conformité avec la nomenclature simplifiée hors bornes d'âge (en % des unités)	20%	57%
Conformité avec la nomenclature simplifiée des publics hors bornes d'âge (en % des unités)	59%	77% (94% implicites loi 3D)
Etablissements d'hébergement pour enfants ayant une activité hors les murs	11%	25%
part d'activité hors les murs (en % de la capacité totale)	8%	16%
Etablissements d'hébergement pour adultes ayant une activité hors les murs	2%	3%
part d'activité hors les murs (en % de la capacité totale)	1%	2%
Modularité complète de l'accueil et de l'accompagnement (en % des capacités)	1%	2%

Source : *Rapport IGAS 2021, mission d'après Répertoire FINESS*

[49] Les deux premiers indicateurs se fondent sur l'utilisation de la nomenclature simplifiée des ESSMS accompagnant des personnes handicapées et malades chronique, introduite dans le CASF en 2017³². Cette nomenclature des mentions pouvant figurer dans les arrêtés d'autorisation a notamment pour objectif de réduire la segmentation de l'offre, mais elle ne s'impose qu'aux autorisations nouvelles ou modifiées postérieurement après son édition. Au regard des objectifs fixés par la CNH de 2023, sa mise en œuvre complète ne constitue qu'une étape intermédiaire, puisqu'elle n'implique pas, par exemple, la pleine modularité des modes d'accueil et d'accompagnement. Sa mise en œuvre n'en reste pas moins indicative, en première intention, du volontarisme avec lequel les gestionnaires d'ESSMS et les autorités compétentes pour les autoriser ont abordé les sujets de transformation.

[50] Entre les deux photographies de l'existant, prises respectivement fin novembre 2020 et mars 2024, la proportion des unités³³ autorisées suivant la nomenclature simplifiée a pratiquement triplé et est désormais majoritaire, à 57 % du total³⁴.

[51] La nomenclature simplifiée est particulièrement bien prise en compte en ce qui concerne le type de handicap. En partant d'une base déjà majoritaire en 2020, le taux de conformité est désormais de 77 %.

³² cf. le décret n°2017-982 du 9 mai 2017 relatif à la nomenclature des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) accompagnant des personnes handicapées et malades chroniques - codifié aux articles D. 312-0-1 à 3 du CASF ; guide d'application annexé à une instruction DGCS/2018/18 du 22 janvier 2018 pour les ARS et transmis pour information aux PCD.

³³ Un ESSMS peut être - et est souvent en pratique – autorisé distinctement pour plusieurs types de handicap et/ou modes d'accueil ou d'accompagnement : comme dans le précédent rapport, on peut désigner par unité la part de l'autorisation correspondant à ces types distincts (par exemple : 8 places d'accueil temporaire avec hébergement pour personnes présentant des TSA et 4 places d'accueil de jour pour personnes connaissant un handicap psychique).

³⁴ Ces chiffres ne prennent pas en compte les services autonomie à domicile dont les interventions sont ciblées par construction sur le domicile et sont très rarement spécialisées selon le type de handicap. Ils ne prennent pas non plus en compte les bornes d'âge atypiques, fréquentes dans le secteur enfants (7-13 ans, 8-12 ans, etc ...). Dès lors que la nomenclature de 2017 prévoit de formuler globalement les arrêtés d'autorisation en termes de projet éducatif, pédagogique et thérapeutique, ces bornes d'âge disparaissent en général avec son application.

[52] Il faut ajouter sur ce point l'impact de l'article 135 de la loi dite 3DS³⁵ qui rend directement applicables aux autorisations préexistantes certains aspects de la nomenclature de 2017³⁶. En particulier³⁷ :

- il supprime les restrictions liées à l'existence de « troubles associés » : pour près de 30 % des capacités d'accueil et d'accompagnement, les spécialités « sans trouble associé », conduisaient en effet à interdire en principe l'accueil ou l'accompagnement d'une personne présentant plusieurs handicaps – par exemple un handicap mental et un handicap sensoriel ;
- il supprime également les restrictions liées à la gravité du handicap, qui concernaient quelque 10% des capacités existantes : il s'agit de faciliter l'adaptation des réponses en fonction de l'évolution de la situation de la personne.

[53] Si l'on prend en compte ces modifications automatiques, qui ne nécessitent pas la réécriture des arrêtés d'autorisations et n'apparaissent pas encore dans Finess, le taux de conformité à la nomenclature des publics atteint désormais 94 %. **Il serait d'ailleurs souhaitable que Finess soit mis à jour sur ce point, ainsi que l'ensemble des systèmes d'information dont il constitue la base (ViaTrajectoire, ROR), afin d'assurer une bonne information des PSH et de leurs proches et plus généralement de l'ensemble des acteurs publics et privés concernés, qui n'ont pas forcément connaissance de l'impact des dispositions de l'article 135 de la loi 3DS, comme la mission a pu le constater (voir *infra* partie 3.2.2).**

[54] La modularité des modes d'accueil et d'accompagnement est en revanche loin d'être majoritaire, d'autant moins que la nomenclature simplifiée n'est pas en la matière impérative. La progression lente du nombre des établissements offrant un accompagnement « hors les murs » est à cet égard révélatrice : la part des établissements pour enfants offrant un tel accompagnement a certes plus que doublé mais elle reste limitée à 25 % (et 16 % de la capacité autorisée) ; la part correspondante des établissements pour adultes reste très faible (3 % des établissements, 2 % de leur capacité totale)³⁸. Le nombre des autorisations données pour « tous modes d'accueil et d'accompagnement » a progressé mais reste marginal (en passant de 1 à 2 % des capacités totales tous établissements confondus).

³⁵ Loi n° 2022-217 du 21 février 2022 relative à la différenciation, la décentralisation, la déconcentration et portant diverses mesures de simplification de l'action publique locale.

³⁶ Ces dispositions étaient applicables deux ans après la promulgation de la loi, soit à partir du 21 février 2024.

³⁷ L'article 135 relève également à 20 ans, dans les structures dédiées aux jeunes, toutes les bornes d'âge plafonds comprises entre 16 et 20 ans, qui concernent 11 % des capacités : ces plafonds, qui ne peuvent être justifiés par un projet pédagogique particulier, créent une discontinuité entre le seuil de l'obligation scolaire et le seuil légal de 20 ans au-delà duquel le maintien dans la structure est à minima garanti par la loi dans l'attente d'une place disponible dans un ESSMS principalement dédié aux adultes (« amendement Creton »).

³⁸ Comme l'avait observé le rapport de 2021, ces chiffres peuvent être augmentés de quelques points de pourcentage, notamment pour les enfants, si on tient compte des établissements dits secondaires, c'est-à-dire d'implantations physiquement distinctes mais rattachées juridiquement à un même ESSMS (mais la proportion totale des établissements secondaires n'a pas substantiellement changé depuis 2020) ; on pourrait également tenir compte des -rares - dispositifs ITEP gérés par des personnes morales distinctes, pour lesquels aucun lien n'est directement fait dans les autorisations entre les activités « entre les murs » et « hors les murs » ; on a également évoqué des cas de plateformes dont l'autorisation est restée formellement strictement segmentée entre des ESSMS distincts ; mais rien de tout cela ne conduit à renverser le constat global d'une progression lente de la modularité des modes d'accueil et d'accompagnement.

1.3.2 D'importantes potentialités de regroupement

[55] Pour autant, le rapport IGAS de 2021 avait déjà montré que cette segmentation des modes d'accueil et d'accompagnement était d'abord liée à l'architecture des autorisations et non à une spécialisation systématique des acteurs : 74 % des organismes gestionnaires d'un établissement pour jeunes et 41 % des organismes gestionnaires d'un établissement principalement dédié aux adultes géraient au moins un service intervenant en milieu ordinaire dans le même département³⁹.

[56] La mission a tenté de poursuivre cette analyse en examinant dans quelle mesure les PSH :

- peuvent accéder aujourd'hui à une distance raisonnable de leur domicile, auprès d'un même établissement, à la palette complète des différents modes d'accueil et d'accompagnement ;
- pourraient y accéder auprès d'un même organisme gestionnaire (dans l'optique d'un regroupement des ESSMS relevant de cette personne morale).

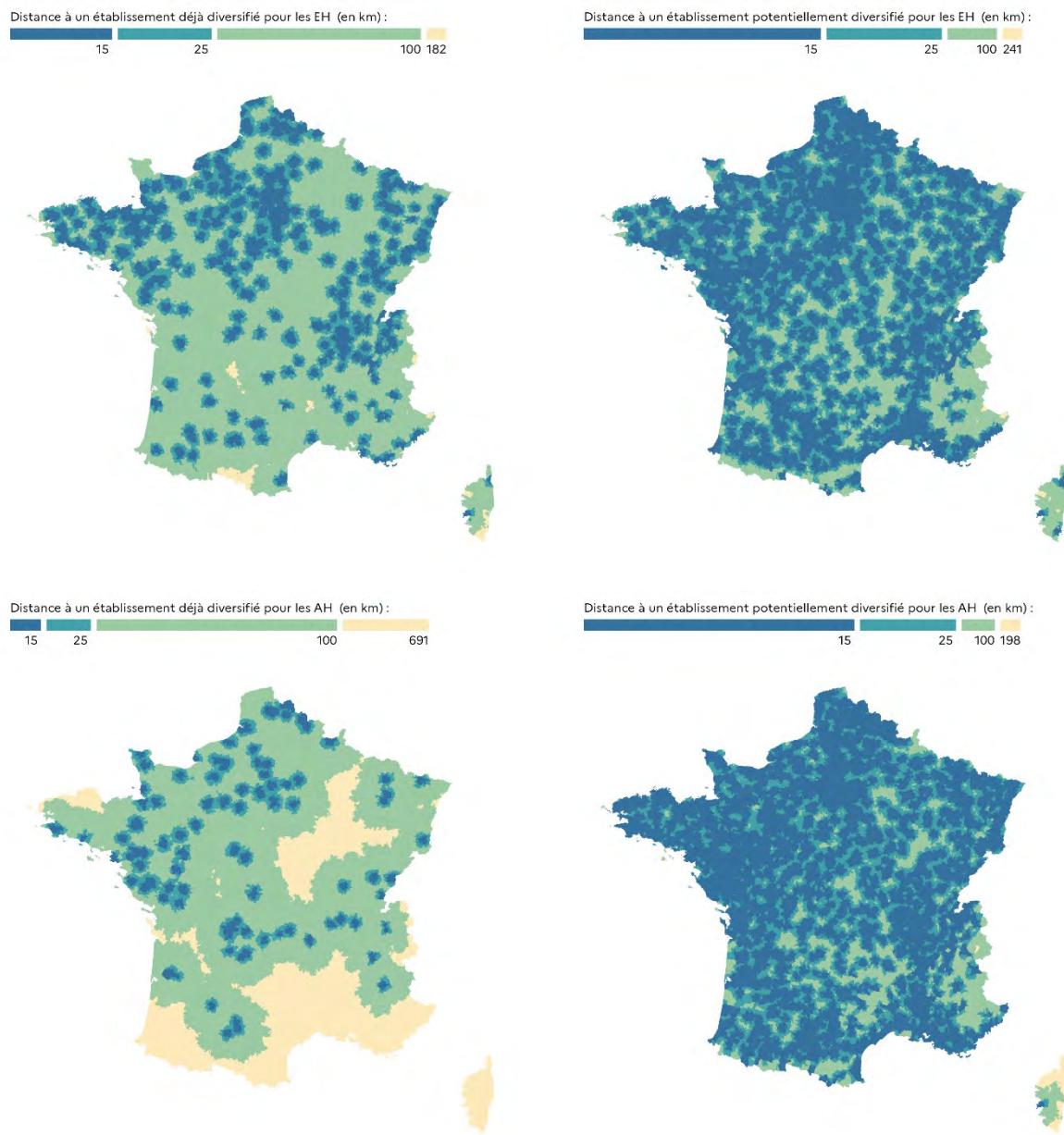
[57] Les deux séries de cartes qui suivent permettent de comparer les deux situations en distinguant les structures pour enfants et celles principalement dédiées aux adultes.

[58] En résumé, la part des communes métropolitaines situées à moins de 15 km d'un établissement regroupé passe de 25 % à 59 % pour les jeunes et de 8 % à 67 % pour les adultes.

[59] Ces résultats doivent bien entendu être pris avec précaution : ils ne tiennent pas compte du fait que tous les km ne se valent pas, selon que l'on est dans une zone urbaine dense, une zone rurale de montagne, ... De même, il peut arriver que les établissements et services relevant d'une même personne morale sur un territoire donné s'adressent à des publics très différents et ne puissent être immédiatement complémentaires. Il n'en reste pas moins que le potentiel de transformation des organismes gestionnaires d'ESSMS dédiés aux PSH est d'ores et déjà considérable, sans même envisager des rapprochements nécessairement plus complexes et délicats entre des structures relevant de personnes morales distinctes.

³⁹ Voir paragraphe 123 page 48 du rapport sur la méthodologie du calcul.

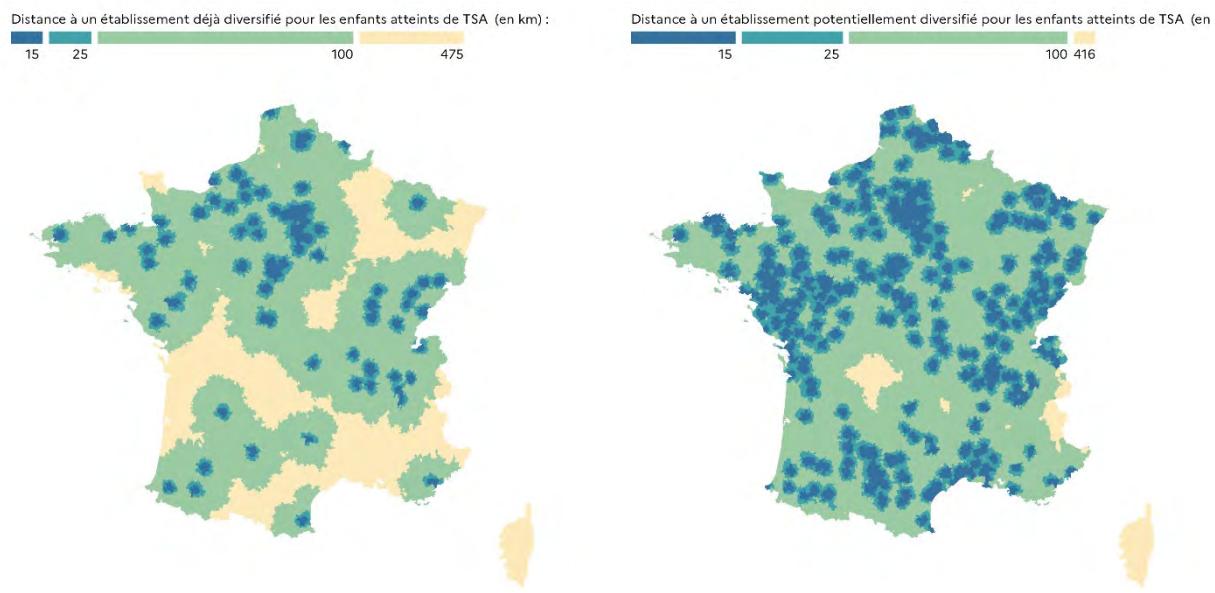
Carte 2 : Distances à un établissement proposant l'ensemble des modes d'accueil et d'accompagnement – tous établissements pour enfants et pour adultes



Source : Pôle DATA IGAS d'après répertoire Finess

[60] Pour prendre un seul exemple de structures dédiées à un public précis, il ressort de la même méthodologie appliquée aux ESSMS comportant des unités spécifiquement autorisées pour l'accompagnement d'enfants atteints de troubles du spectre de l'autisme (sans prendre en compte les unités « tous publics ») que la part des communes métropolitaines situées à moins de 15 km d'un établissement regroupé passerait de 7 % à 24 %.

Carte 3 : Distances à un établissement proposant l'ensemble des modes d'accueil et d'accompagnement – unités dédiées aux enfants atteints de troubles du spectre de l'autisme



Source : Pôle DATA IGAS d'après répertoire Finess

2 Tendre vers des autorisations modulaires et territorialisées

2.1 Donner un cadre à la transformation

2.1.1 Décloisonner l'offre : créer une catégorie unique d'ESSMS dans le champ du handicap

[61] Les diverses catégories d'ESSMS PSH **ont perdu leur homogénéité** originelle à la faveur des évolutions des accompagnements et de la diversification des publics accueillis par création d'unités distinctes (ex : une unité polyhandicap en IME, une unité MAS en FAM, une unité médicalisée en Foyer de vie ...), facilitées par la réforme de la nomenclature des ESSMS de 2017.

[62] Lors des auditions menées, la segmentation en catégorie d'ESSMS a été soulignée comme un frein de la transformation y compris vis-à-vis des familles. La notion même d'établissement peut prêter à confusion et semble donner à l'accompagnement en milieu ordinaire une vocation subsidiaire (ex : un IME, même proposant toutes les modalités d'accompagnement, y compris de l'accompagnement à domicile et à l'école, reste perçu par des familles comme un IME « historique sans ouverture »).

[63] Par ailleurs, au regard du potentiel évoqué au 1.3.2 supra, une première condition de la transformation annoncée par la CNH pour 2030 est de lever les obstacles que les organismes gestionnaires rencontrent pour regrouper leurs activités dans le champ du handicap.

[64] Le rapport IGAS de 2021 avait à cet égard proposé d'utiliser la catégorie des établissements d'accueil médicalisé en tout ou partie (EAM)⁴⁰, créée en 2017 pour couvrir de manière transversale l'ensemble du champ adultes.

[65] La mission considère qu'une telle démarche serait aujourd'hui trop progressive pour atteindre la cible. De nombreux acteurs ont exprimé à la mission le besoin d'une simplification radicale.

[66] La mission recommande donc de créer une catégorie unifiée de structures d'accueil et d'accompagnement pour les personnes en situation de handicap (« Structures PSH » dans la suite du rapport), pouvant accompagner des enfants et/ou des adultes, pour un ou plusieurs types de handicap qui resteront mentionnés dans l'autorisation.

[67] Un corollaire de la création de cette catégorie unifiée est la redéfinition des conditions minimales d'organisation et de fonctionnement des ESSMS - travail de longue haleine qui n'a pas encore été engagé, bien qu'il ait été formellement annoncé lors de la CNH de 2023. Le rapport de 2021 a montré à la fois l'obsolescence et l'incomplétude des dispositions existantes et la nécessité de leur refonte⁴¹ - obsolètes avant tout parce qu'elles sont conçues pour des établissements fonctionnant « entre des murs », incomplètes parce qu'elles ne traitent pas de questions aussi substantielles que l'accompagnement des personnes présentant des troubles du spectre de l'autisme.

[68] Il s'agit dès lors de construire un corpus de règles applicables à la nouvelle catégorie unifiée, comportant à la fois, comme le suggérait le rapport de 2021, un « socle transversal et d'éventuelles prescriptions complémentaires pour les handicaps qui le nécessitent » - l'existence d'une catégorie unique n'étant nullement contradictoire avec la spécialisation des accompagnements quand des compétences spécifiques sont nécessaires. Ces règles doivent traduire les objectifs généraux de la transformation en obligations normatives. Leur niveau d'exigence peut être modulé dans le temps. Un premier palier devrait comporter :

- Une entrée évaluative, en lien avec les évaluations réalisées antérieurement, visant à recueillir la demande des personnes en situation de handicap, évaluer leurs besoins et assurer un soutien à l'autodétermination tout au long de l'accompagnement ;
- Une diversité des modalités d'accompagnement : hébergement ou logement accompagné, accueil de jour et accompagnement en milieu ordinaire et l'engagement de les faire fonctionner en dispositif intégré ;
- La description de ces modalités d'accompagnement suivant la nomenclature détaillée des besoins et des prestations (voir *infra* recommandation n°22).

[69] Les « structures PSH » pourront rester dédiées à un type de handicap et à un public jeune et/ou adulte, y compris en classe d'âge comme les 16-25 ans, et relever à ce titre de la compétence de l'ARS, du CD ou conjointement de ces deux autorités⁴², même si le vieillissement des personnes

⁴⁰ Page 50.

⁴¹ Pages 53 à 55 et annexe 8.

⁴² Même si des modalités de financement globalisé existent déjà en cas de compétence conjointe, il est souhaitable d'accompagner cette unification des catégories par celle des modes de financement – voir *infra* partie 3.

en situation de handicap peut conduire à limiter le besoin en structures relevant uniquement des CD.

[70] Les prescriptions complémentaires pourraient reprendre les recommandations de bonnes pratiques professionnelles (RBPP) de la Haute autorité de santé (et de l'ANESM à qui elle a succédé pour cette compétence), qui couvrent désormais l'essentiel du champ d'activité des ESSMS dédiés au handicap.

[71] Si les RBPP ne sont pas opposables aux organismes gestionnaires dans les mêmes conditions que les dispositions du CASF – et ne sont d'ailleurs pas rédigées avec cette finalité, il serait loisible au pouvoir réglementaire de leur donner la même force contraignante quand leur formulation s'y prête par leur caractère généralisable, en reprenant directement tout ou partie du contenu dans un décret⁴³, le cas échéant pour une durée préfixe lorsque l'évolution des connaissances scientifiques nécessite une réactualisation périodique de la norme.

Recommandation n°1 Créer une catégorie unifiée des structures d'accueil et d'accompagnement pour les personnes en situation de handicap dont les conditions minimales d'organisation et de fonctionnement traduirait les attendus de la transformation de l'offre et reprendrait le cas échéant les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de la HAS, sans préjudice des spécialisations nécessaires.

[72] Un autre corollaire de la catégorie unifiée est la simplification radicale des procédures d'autorisation. Dès lors que les catégories préexistantes dédiées au handicap ont vocation à fusionner dans un même ensemble, il est logique d'exonérer spécifiquement d'appel à projets (AAP) tout regroupement allant dans le sens de cette fusion, sans préjudice du maintien des règles actuelles de l'AAP dans les autres secteurs.

Les appels à projets prévus à l'article L313-1-1 du CASF

Lorsque les projets des ESSMS nécessitent une autorisation et font appel, partiellement ou intégralement, à des financements publics, l'autorisation ne peut en principe être délivrée qu'après avis d'une commission d'information et de sélection d'appel à projet social ou médico-social, sous réserve d'exceptions, principalement :

- 1° Les projets d'extension inférieure à un seuil fixé par décret à 30 % de la capacité (ou des financements publics correspondant quand la capacité n'est pas exprimée en nombres de places) ;
- 2° Les opérations de regroupement si ces opérations entraînent des extensions inférieures au même seuil ;
- 3° Les projets de transformation ne comportant pas de modification de la catégorie des bénéficiaires de l'établissement ou du service, au sens de l'article L. 312-1 du CASF ;
- 4° Les projets de transformation avec modification de la catégorie des bénéficiaires, au sens de l'article L. 312-1, à la condition de donner lieu à la conclusion d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

⁴³ Ceci permettrait en particulier de répondre à une demande récurrente dans le champ de l'autisme. A terme, les Structures PSH devraient être le plus polyvalentes possible, ce qui impliquerait qu'elles disposent des compétences spécifiques nécessaires à l'accompagnement des différents types de handicap.

[73] Il faudrait d'abord considérer que l'ensemble des 4 groupes énumérés aux 2^o, 3^o, 5^o et 7^o de l'article L. 312-1 constituent une seule catégorie pour l'application de l'article L. 313-1-1⁴⁴, exonérant d'appel à projet les transformations impliquant de franchir une des frontières entre ces groupes. La quadripartition actuelle, qui est le fruit de la construction progressive du champ de l'autorisation, n'a pas à cet égard de pertinence – par comparaison le champ des ESSMS pour personnes âgées défini au 6^o du I de l'article L. 312-1 est unique. Elle est d'autant moins pertinente qu'elle a des effets très inégaux selon la taille du groupe considéré (335 CAMSP, qui ne peuvent évoluer facilement qu'au sein de leur catégorie, contre 6 604 ESSMS principalement dédiés aux adultes⁴⁵, avec une palette d'activités très variées)⁴⁶.

[74] Il convient en particulier d'exclure expressément toute appréciation du niveau d'extension sous-jacent, dès lors que le regroupement offre l'occasion d'une reconfiguration de l'offre, par exemple avec le choix de modes d'accueil et d'accompagnement modulaires, qui en rend complexe l'appréciation quantifiée. Un tel assouplissement serait d'ailleurs cohérent avec les dispositions du II de l'article 135 de la loi 3DS déjà cité, qui reconnaît d'ores et déjà aux ESSMS dédiés aux PSH un droit général à assurer aux personnes qu'ils accueillent habituellement un accompagnement en milieu de vie ordinaire.

Recommandation n°2 Prévoir à l'article L. 313-1-1 du CASF que l'ensemble des ESSMS dédiés aux PSH constituent un seul et même ensemble au sein duquel aucun regroupement ou transformation ne nécessite un appel à projet.

[75] Pour faciliter le déploiement de la nouvelle catégorie unifiée, tout organisme gestionnaire aurait d'ores et déjà le droit, toutes choses égales par ailleurs⁴⁷, de regrouper sous la forme d'une « Structure PSH » l'ensemble des établissements et services qu'il gère sur un territoire donné, au moins jusqu'au niveau départemental, dès lors que ce regroupement permet d'offrir l'ensemble des modes d'accueil et d'accompagnement à un même public⁴⁸.

[76] Le droit de regroupement ainsi créé s'exercerait par une démarche simplifiée⁴⁹ dont la seule finalité serait la vérification du respect des conditions minimales d'organisation et de fonctionnement préalablement définies. Ce droit devrait être étendu aux situations où des organismes gestionnaires distincts ont conclu des conventions de fonctionnement en dispositif, dès lors que de facto les ESSMS concernés fonctionnent déjà comme un établissement unique. Ce droit pourrait être exercé dans le cadre d'un GCSMS « déléataire », formule dont le rapport de 2021 avait déjà évoqué les potentialités⁵⁰.

⁴⁴ Une solution alternative consisterait à regrouper les quatre alinéas de l'article L. 312-1 en un alinéa unique, mais elle impliquerait un lourd travail de recodification tout à fait disproportionné au regard de la solution alternative proposée.

⁴⁵ Sans compter les services autonomie à domicile.

⁴⁶ Et on ne peut même pas la fonder sur des différences en termes d'autorités compétentes, les CAMSP n'étant pas les seules structures à relever de la double compétence des ARS et des PCD, on y reviendra *infra*.

⁴⁷ C'est-à-dire sans modification des capacités dédiées selon le public ou le mode d'accueil et d'accompagnement, le regroupement ne constituant alors qu'une première étape simplificatrice permettant déjà une évaluation externe unique.

⁴⁸ La description des modalités d'accueil et d'accompagnement suivant la nomenclature simplifiée des besoins et des prestations devant être disponible dans un délai de deux ans après le regroupement.

⁴⁹ Ce droit pouvant être matérialisé par l'attribution d'un numéro FINESS unique et de numéros FINESS secondaires pour les implantations géographiques distinctes, dans le cadre d'un simple rescrit adressé à l'ARS assurant la gestion du répertoire FINESS dans le département considéré.

⁵⁰ Prévu à l'article L. 312-7 3^o du CASF, un tel regroupement n'est ni le détenteur direct d'autorisations regroupées, ni un simple regroupement de moyens, mais est « autorisé, à la demande [de ses] membres, à exercer directement les missions et

Recommandation n°3 Reconnaître à tout organisme gestionnaire le droit de regrouper dans une « Structure PSH » les établissements et services qu'il gère par département, reconnaître le même droit aux dispositifs intégrés associant plusieurs personnes morales et définir une démarche simplifiée permettant l'exercice de ce droit.

[77] Pour l'avenir, aucun établissement ou service ne pourrait être créé, étendu ou transformé en-dehors de cette nouvelle catégorie⁵¹, la qualification comme « Structure PSH » constituant un objectif obligatoire de tout nouveau contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM). Ce projet devra être mis en œuvre avant 2030, date à laquelle les catégories préexistantes disparaîtraient. Comme le prévoyait la CNH, cette démarche pourrait être séquencée et concerner d'abord les structures pour enfants.

Recommandation n°4 Transformer tous les établissements et services existants en « Structures PSH » avec une échéance déterminée d'extinction des catégories préexistantes d'ici à 2030.

2.1.2 Vers une responsabilité populationnelle territorialisée

[78] Dès lors qu'une structure est capable d'offrir à un ou plusieurs publics cibles l'ensemble des modes d'accueil et d'accompagnement, rien ne s'oppose à ce qu'elle puisse exercer cette compétence de manière territorialisée sur un territoire pertinent, qui peut être différent selon les publics ou les types de handicap.

[79] Le rapport de 2021 avait déjà longuement évoqué cette « responsabilité populationnelle territorialisée »⁵², qui pouvait s'inspirer d'exemples tirés du champ de la santé (sectorisation psychiatrique, hospitalisation à domicile) et était même déjà à l'œuvre dans le secteur social et médico-social dédié au handicap⁵³. C'est la même logique qui inspire les expériences les plus innovantes évoquées au 1.2 supra.

[80] Avait également été envisagé le cas où cette responsabilité serait exercée de manière conjointe par plusieurs personnes morales, afin d'éviter qu'elle ne soit réservée aux plus grosses structures ou n'implique des « fusions absorptions » sans apport évident au regard de la diversité des expériences de transformation en cours. Il reste effectivement nécessaire de donner un cadre clair à des formules de coopération solides mais permettant de préserver l'identité des coopérateurs, suivant la formule du GCSMS délégataire déjà évoquée supra.

[81] La mission considère qu'aucun fait nouveau n'oblige à revenir sur cette analyse et même, tout au contraire, que les expériences en cours ont un besoin urgent de reconnaissance formelle dans un cadre légal explicite, assorti d'un conventionnement de type CPOM permettant d'en

prestations des établissements et services énoncés à l'article L. 312-1 et à assurer directement, à la demande de l'un ou plusieurs de ses membres, l'exploitation de l'autorisation après accord de l'autorité l'ayant délivrée ». Il permet donc une coopération renforcée (pour une durée préfixe renouvelable prévue par la convention constitutive) sans impliquer la disparition des personnes morales signataires.

⁵¹ Sans préjudice des projets déjà engagés, notamment pour la constitution de dispositifs dans le cadre du récent décret qui étend la possibilité du fonctionnement en dispositif à l'ensemble du champ de l'enfance.

⁵² Pages 75 à 80.

⁵³ SAAD habilités au titre de l'aide sociale départementale ou autorisés à intervenir auprès des bénéficiaires de la PCH, CMPP, CAMSP, BAPU et certains SAVS.

encadrer les effets financiers. Il convient d'en résérer l'application à la nouvelle catégorie des « Structures PSH ».

[82] A terme cette organisation territorialisée devrait devenir la règle. Elle constituerait le deuxième palier de construction de la nouvelle catégorie unifiée. Dans ce cadre, les « Structures PSH territorialisées » devraient remplir deux conditions supplémentaires :

- dès lors qu'une quantification de leurs activités selon le mode d'accueil ou d'accompagnement ne serait plus pertinente, leur description suivant la nomenclature simplifiée des besoins et prestations deviendrait juridiquement opposable et servirait notamment de base à leur tarification ;
- elles devraient assurer une fonction ressources, notamment pour tous les acteurs du droit commun confrontés à des situations de handicap intervenant dans leur champ de compétence territoriale (établissements de santé⁵⁴, établissements d'accueil du jeune enfant, établissements scolaires, structures d'intermédiation locative, structures de loisirs, etc...)⁵⁵ ; cela implique de tisser des liens conventionnels avec ces autres acteurs, avec des obligations réciproques de coopération pour ces acteurs, comme l'avait suggéré le rapport de 2021⁵⁶.

[83] Il n'est pas possible en revanche de fixer aujourd'hui une échéance à cette généralisation des structures territorialisées : il convient en effet d'évaluer les démarches existantes, notamment au regard de leur impact financier, et cette évaluation est tout juste engagée. Comme l'avait rappelé le rapport de 2021, la transformation des ESSMS ne peut être conçue comme un vecteur d'économies budgétaires. Certaines charges peuvent être réduites (par exemple en matière immobilière) mais d'autres (comme les frais de déplacement) seront nécessairement accrues - le développement de l'aller vers étant indispensable à un modèle inclusif, même si on peut d'autant mieux rationaliser les déplacements des professionnels que la structure qui les emploie est polyvalente et territorialisée. Il y a enfin à estimer les besoins non couverts (y compris ceux liés au non-recours), qui sont mal appréciés aujourd'hui (cf. *infra* 2.2.1).

Recommandation n°5 Incrire dans la partie législative du CASF la possibilité de délivrer une autorisation territorialisée non quantifiée à toute « Structure PSH », le cas échéant dans le cadre d'un GCSMS délégataire lorsqu'elle implique plusieurs personnes morales, sous réserve de la conclusion d'un CPOM en encadrant les effets financiers. Au-delà d'une simple possibilité, l'objectif fixé par la CNH implique de poser la question de la généralisation à terme de ce type d'autorisation, après évaluation des démarches existantes.

[84] Comme le signalait le rapport de 2021, « *un principe de responsabilité populationnelle emporte une obligation de résultats non seulement pour le gestionnaire autorisé, mais aussi, en dernier ressort, pour son financeur public qui ne peut lui refuser les moyens nécessaires sans s'exposer à voir mettre en cause sa responsabilité propre* ». Généraliser des autorisations

⁵⁴ La délégation ministérielle à la santé mentale et à la psychiatrie a notamment signalé à la mission les expériences d'intervention d'équipes médico-sociales en établissement psychiatrique permettant d'apprécier les besoins d'accompagnement et de logement pour favoriser le retour en milieu ordinaire.

⁵⁵ Plusieurs interlocuteurs de la mission ont d'ailleurs plaidé pour une harmonisation avec ces différents champs de compétence (par exemple pour le secteur pédopsychiatrique).

⁵⁶ Recommandation n°18 pages 73-74.

territorialisées présuppose de disposer de diagnostics territoriaux permettant d'évaluer les besoins auxquels la structure autorisée aura l'obligation de répondre.

[85] Cette généralisation implique aussi une coopération étroite entre les autorités publiques compétentes pour organiser l'offre et construire des outils de programmation territoriale adaptés.

[86] De fait une « Structure PSH » a toutes les chances de se trouver à cheval sur les champs de compétences respectifs des ARS et des Conseils départementaux. Même dans le champ de l'enfance, où les ESSMS dédiés au handicap relèvent des seules ARS, la compétence croisée doit être envisagée, ne serait-ce qu'au regard de l'intervention possible des services autonomie à domicile ou de la nécessaire articulation avec les structures de l'aide sociale à l'enfance⁵⁷. Le même raisonnement vaut pour les coopérations avec les structures accompagnant des personnes en difficultés sociales.

2.1.3 Articuler transformation et orientation

[87] La transformation des ESSMS ne peut avoir son plein effet que si elle est prise en compte dans le cadre des fonctions d'orientations des MDPH.

[88] La commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) dont la MDPH prépare les décisions a en effet pour rôle, dans le cadre de son pouvoir d'orientation, de « *Désigner les établissements, les services mentionnés à l'article L. 312-1 ou les dispositifs au sens de l'article L. 312-7-1 correspondant aux besoins de l'enfant ou de l'adolescent ou concourant à la rééducation, à l'éducation, au reclassement et à l'accueil de l'adulte handicapé et en mesure de l'accueillir* »⁵⁸. La décision de la commission peut avoir un caractère générique en visant une catégorie d'ESSMS, ce qui lui donne alors une portée nationale, ou désigner nommément un ou plusieurs d'entre eux.

[89] La majorité des ESSMS dédiés aux PSH sont, en cohérence, soumis à une double obligation :

- Les décisions de la CDAPH s'imposent « à tout établissement ou service dans la limite de la spécialité au titre de laquelle il a été autorisé ... », en vertu de la loi⁵⁹; seule exception, d'ailleurs implicite, les services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) sont régis par des dispositions spécifiques qui prévoient qu'ils ont l'obligation d'accueillir toute personne bénéficiaire de la PCH qui s'adresse à eux⁶⁰.
- De manière quasi symétrique, la majorité des catégories d'ESSMS dédiés aux PSH ne peuvent accueillir ou accompagner que des personnes qui ont été orientées vers eux par la CDAPH⁶¹; s'agissant spécifiquement des EAM et des EANM, cette limitation résulte non de

⁵⁷ Pour lesquelles l'IGAS a à plusieurs reprises signalé la nécessité de donner un cadre clair à des structures relevant conjointement de l'ASE et du handicap.

⁵⁸ Article L. 241-6 I 2^o du CASF.

⁵⁹ Article L. 241-6 III 2e alinéa.

⁶⁰ Article L. 313-1-2 du CASF ; l'article L. 313-8-1 est rédigé dans les mêmes termes pour toute structure habilitée à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale, mais cette disposition générale est nécessairement écartée par la disposition spéciale au champ du handicap de l'article L. 241-6.

⁶¹ Les dispositions règlementaires qui prévoient cette obligation relèvent pour partie des conditions minimales d'organisation et de fonctionnement (articles D. 312-35 et D. 312-59-14 du CASF pour les établissements et services

dispositions générales, mais de chaque règlement départemental d'aide sociale outre les SAAD, elle n'est pas applicable à certaines catégories de structures pour jeunes (CAMSP, CMPP, BAPU).

[90] Une première difficulté est que le référentiel des décisions d'orientation, tel qu'il est défini dans le cadre du SI MDPH (cf. tableau suivant), est loin de prendre en compte la transformation en cours des ESSMS. Si sa dernière version (applicable depuis 2021) mentionne désormais les DITEP, elle continue de raisonner comme si les autres établissements ne pouvaient avoir d'activité hors les murs et distingue en revanche d'anciennes subdivisions de la catégorie des SESSAD qui n'ont pas été reprises dans la nomenclature réglementaire simplifiée de 2017⁶².

[91] Plus généralement, ce référentiel traite de manière asymétrique la spécialisation en fonction du handicap : il distingue 13 types de SESSAD, mais un seul type d'IME, qui peut accueillir tout type de publics.

Tableau 3 : Nomenclature des décisions d'orientation en ESSMS dans le SI MDPH

Code	"Type de droit et prestation"	Code	"Précision de l'orientation"
Orientation ESMS enfant			
7.1	Orientation vers un Institut médico-éducatif (IME)		
7.2	Orientation vers un Institut d'éducation motrice (IEM)		
7.3	Orientation vers un institut pour déficients auditifs		
7.4	Orientation vers un institut pour déficients visuels		
7.5	Orientation vers un établissement pour enfants ou adolescents polyhandicapés		
7.6	Orientation vers un Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique (ITEP)		
7.7	Orientation vers le dispositif ITEP		
7.8	Orientation vers un Service d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD)	Orientation ESMS enfant - SESSAD	
		7.8.1	SESSAD polyvalent
		7.8.2	SESSAD pour déficience intellectuelle
		7.8.3	SESSAD pour déficience motrice
		7.8.4	SESSAD pour trouble du comportement
		7.8.5	SESSAD pour troubles autistiques et du neurodéveloppement
		7.8.6	SESSAD pour troubles du langage et des apprentissages
		7.8.99	Autre
7.9	Orientation vers un Service d'accompagnement familial et d'éducation précoce (SAFEP)	Orientation ESMS enfant - SAFEP	
		7.9.1	SAFEP déficience auditive
		7.9.2	SAFEP déficience visuelle
		7.9.99	Autre
7.10	Orientation vers un Service de soutien à l'éducation familiale et à la scolarisation (SSEFIS)		
7.11	Orientation vers un Service d'aide à l'acquisition de l'autonomie et à la scolarisation (SAAAS)		
7.12	Orientation vers Service de soins et d'aide à domicile (SSAD)		
7.13	Orientation vers un Institut d'éducation sensorielle (IES)		
7.99	Orientation vers un autre établissement ou service médico-social Enfants		
Formation & insertion professionnelle			
11.1	Orientation en Etablissement ou service de réadaptation professionnelle (ESRP)		
11.2	Orientati on en Etablissement ou service de pré-orientation (ESPO)		
11.3	Orientation vers l'unité d'évaluation, de réentrainement et d'orientation sociale et		
11.5	Orientation en Etablissement et service d'aide par le travail (ESAT)		
Orientation ESMS Adultes			
13.1	Orientation vers un Etablissement d'accueil non médicalisé	13.1.1	Foyer d'Hébergement (FH)
		13.1.2	Foyer de Vie (FV)
		13.1.3	Foyer d'accueil polyvalent
13.2	Orientation vers un Etablissement d'accueil médicalisé en tout ou partie	13.2.1	Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM)
13.3	Orientation vers un Maison d'accueil spécialisée (MAS)		
13.4	Orientation vers un Service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS)		
13.5	Orientation vers un Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH)		
13.99	Orientation vers un autre établissement ou service médico-social Adultes		

Source : Mission, d'après CNSA⁶³

d'éducation adaptée) et pour partie d'autres dispositions (article D. 312-10 pour l'accueil temporaire, article R. 344-1 pour les maisons d'accueil spécialisées, article R. 344-6 pour les ESAT).

⁶² Les SAFEP pour les très jeunes enfants souffrant de déficiences auditives ou visuelles, les SSEFIS et SAAAS pour les enfants d'âge scolaire présentant respectivement les mêmes déficiences, les SSAD pour les jeunes présentant des déficiences motrices.

⁶³ CNSA_SI-MDPH_RF_Echanges ESSMS_v2.1.3 ; la Mission a regroupé des rubriques réparties entre deux tableaux distincts, en ne conservant que celles concernant des ESSMS au sens du CASF.

[92] Beaucoup de MDPH contournent les insuffisances du référentiel en prononçant des orientations multiples du type « IME-SESSAD », qui permettent de prendre en compte l'existence d'ESSMS ayant un fonctionnement modulaire⁶⁴, mais rendent plus incertaine l'interprétation des décisions, voire leur compréhension par les personnes concernées ou leurs proches. Il faut ajouter que même si elles ont une validité nationale quand elles sont génériques, les orientations tiennent d'abord compte de l'offre existante dans le département, ce qui peut conduire à des différences difficilement explicables d'une MDPH à l'autre.

[93] Cette variabilité ressort nettement des données⁶⁵ recueillies par la CNSA dans le cadre de sa dernière étude sur ViaTrajectoire (non encore finalisée à la date de rédaction du présent rapport). Il en ressort en particulier⁶⁶ des écarts relatifs difficiles à expliquer par la seule diversité des besoins des personnes selon les territoires, confirmant ainsi le constat empirique exprimé à la mission par de nombreux professionnels et représentants d'associations :

- le rapport entre le nombre total d'orientations en ITEP et SESSAD dédié aux troubles du comportement d'une part, et en IME d'autre part, varie de 0,4 à 5 selon le département (ou de 1,1 à 2,8 entre le 1er et le 9ème décile), pour une médiane de 1,8 ;
- pour les adultes, le rapport entre le nombre total d'orientations vers des établissements (MAS, EAM, EANM) d'une part et des services (SAMSAH, SAVS) d'autres part varie de 0,5 à 4,6 selon le département (ou de 0,9 à 2,2 entre le 1er et le 9ème décile), pour une valeur médiane de 1,4.

[94] Le rapport IGAS de 2021 s'était déjà interrogé sur l'intérêt de conserver le dispositif de l'orientation vers les ESSMS dans sa forme actuelle, en pointant son caractère peu participatif et trop distancié des attentes et besoins des personnes⁶⁷. Il avait suggéré une démarche en deux temps :

- généraliser l'appui à l'élaboration du projet personnel et ouvrir la possibilité d'un accueil ou accompagnement temporaire sans orientation préalable aux personnes ayant déjà fait l'objet d'une orientation vers un ESSMS et, de manière inconditionnelle, en cas d'urgence⁶⁸ ; si le premier volet de cette recommandation est en cours de mise en œuvre (voir supra), le second est resté sans suite et doit être considéré au regard du droit à l'essai (qui sera examiné au 5.2.1 *infra*) ;

⁶⁴ Ceci est d'autant plus remarquable qu'elles n'y sont pas incitées par le mode de calcul de leurs dotations en provenance de la CNSA : comme l'a signalé l'ADMMPH, le nombre de décisions d'orientation vers des ESSMS est un des indicateurs d'activité pris en compte pour le calcul de ces dotations (cf. le f) du III de l'article R.178-3 du code de la sécurité sociale).

⁶⁵ Données provisoires 2023 compilées en juillet 2024.

⁶⁶ La mission n'a exploité que les chiffres relatifs aux décisions d'orientation elles-mêmes, et non ceux relatifs à leur mise en œuvre, plus difficile à interpréter en raison du remplissage très inégal de ViaTrajectoire selon les territoires et les ESSMS

⁶⁷ Les textes n'imposant ni rencontre avec la personne par l'équipe pluridisciplinaire qui prépare la décision de la CDAPH, ni a fortiori de visite à son domicile, que les MDPH n'auraient pas la capacité de mettre en œuvre en l'état de leurs moyens – cf. le rapport IGAS Accueillir, évaluer, décider : Comment les maisons départementales des personnes handicapées traitent les demandes des usagers ? – 2023-098 R – juin 2024, voir notamment page 34.

La compilation des rapports d'activité 2022 réalisée par la CNSA confirme qu'à l'échelle nationale neuf évaluations sur dix sont faites sur dossier.

⁶⁸ L'article D312-10 du CASF ne permet l'accueil en urgence sans décision préalable de la CDAPH que pour les personnes présentant un taux d'incapacité au moins égal à 80 % ; il n'y a pas d'équivalent pour l'accompagnement en milieu ordinaire.

- à terme, faire évoluer la décision d'orientation vers une décision plus globale de droit d'accès aux ESSMS, précisant le type de prestations nécessaires selon la nomenclature détaillée des besoins et prestations, concomitante à l'examen des droits aux prestations de compensation individualisées. Pour cette recommandation que la mission maintient, il est nécessaire de renforcer la phase d'évaluation⁶⁹ (cf. annexe 5). La CNSA s'est déjà donnée pour objectif de créer un référentiel d'appui aux pratiques d'orientation médico-sociale afin de favoriser une réponse sous forme de bouquet de prestations dans une logique de parcours.

[95] Par ailleurs, la mission considère que la généralisation à terme des « Structures PSH territorialisées » rendra sans objet la désignation spécifique de la structure responsable, les CDAPH se recentrant sur les besoins des personnes concernées et pouvant ne conserver qu'un rôle d'arbitre en cas de désaccord sur les conditions d'accueil et d'accompagnement entre la structure territorialement compétente et la personne concernée ou ses proches appuyés par le facilitateur de parcours. Cette évolution serait cohérente avec le scénario de recentrage des MDPH sur l'attribution des droits personnels les plus complexes et un « aiguillage global dans le parcours de vie », tel qu'envisagé par le rapport IGAS précité sur les MDPH⁷⁰.

[96] S'agissant des jeunes en âge scolaire, la décision de la CDAPH, en vertu du code de l'éducation, concerne à la fois les établissements scolaires ordinaires et les ESSMS⁷¹. Le principe d'une orientation générique vers des structures d'éducation adaptée semble donc devoir être conservé, du moins tant que la CDAPH est amenée à se prononcer sur le principe même d'une scolarisation en milieu ordinaire.

[97] Dans l'immédiat, il convient de refondre le référentiel du SI MDPH de manière à généraliser l'orientation vers des ESSMS intégrés pour tous les types de publics enfants ou adultes. Dans ce cadre, les orientations peuvent préciser, en première intention, les prestations attendues à partir des différentes rubriques de la nomenclature simplifiée des ESSMS, qui figurent dans les autorisations et sont retranscrites dans FINESS⁷² :

- la discipline (nature du projet éducatif, pédagogique et thérapeutique pour les jeunes⁷³, prégnance des soins pour les adultes⁷⁴) ;

⁶⁹ Les ESMS fonctionnant en dispositifs intégrés ou les ESMS proposant une offre de services coordonnés devrait tous avoir une mission évaluative dédiée, sous réserve de formation en évaluation fonctionnelle, permettant d'évaluer des personnes qui n'ont pas encore de notification MDPH dans le cadre d'un accueil temporaire élargi. L'évaluation alors réalisée devrait être jointe à la demande MDPH ou communiquée à l'équipe pluridisciplinaire (EPP) de la MDPH lorsque la demande est déjà en cours. Lorsqu'un acteur médico-social aura réalisé en amont une évaluation des besoins d'accompagnement, l'EPP pourra ainsi la prendre en compte. A défaut d'évaluation médico-sociale préalable, l'EPP devrait systématiquement réaliser une évaluation des besoins d'accompagnement médico-sociale au domicile de la personne en sa présence et avec ses représentants légaux ou la personne chargée de la mesure de protection juridique, à l'instar des visites réalisées pour l'attribution de l'APA et des visites réalisées, non systématiquement, pour l'attribution de la PCH.

⁷⁰ Page 69.

⁷¹ Article L351-2 du code de l'éducation.

⁷² Sous réserve de son actualisation éventuelle : la notion désormais couramment employée de troubles du développement intellectuel (TDI) devrait remplacer celle de « déficience intellectuelle » ; la catégorie plus globale des troubles du neuro développement (TND) n'apparaît pas dans la liste des publics ; on peut en revanche s'interroger sur la pertinence du mode « accueil de nuit », qui implique que l'hébergement n'est pas accessible dans la journée.

⁷³ Article D312-0-3 II du CASF – commun aux différentes catégories d'établissements pour enfants et aux SESSAD.

⁷⁴ Ce qui correspond, au sein d'un établissement ayant des activités différencierées, à des activités de type MAS dans ou hors les murs / EAM ou SAMSAH /EANM ou SAVS ; les ESAT, ESPO et ESRP ne sont pas concernés.

- la nature du ou des handicaps⁷⁵ ;
- mode d'accueil ou d'accompagnement (avec possibilité d'adaptation).

[98] Dans le cadre des travaux de la CNSA sur le référentiel d'orientation en prestations, il conviendrait d'étudier les conditions de la participation des acteurs médico-sociaux, sous réserve de formation adéquate, aux évaluations fonctionnelles, avec début d'accompagnement, en attente de notification MDPH.

Recommandation n°6 Généraliser les orientations modulaires en explicitant les prestations nécessaires en première intention, à partir des différentes rubriques de la nomenclature simplifiée des ESSMS, dans l'attente de l'utilisation systématique de la nomenclature détaillée des besoins et prestations.

[99] La mission considère que ces évolutions vers une territorialisation des interventions permettront de régler les difficultés, évoquées par de nombreux interlocuteurs, tenant à la possibilité pour les directeurs d'ESSMS de mettre en échec les décisions d'orientation par une application trop extensive de leur pouvoir d'admission⁷⁶. Sans qu'il soit possible de dresser des statistiques sur le sujet, il ressort des témoignages recueillis que cette pratique n'est pas le fait de la majorité des établissements et qu'elle est d'autant moins significative que l'ESSMS dispose d'une autorisation large. Elle est par ailleurs difficile à caractériser dans le cas d'orientations génériques dont on a vu qu'elles étaient loin d'avoir une signification univoque d'une MDPH à l'autre. Dès lors, plutôt que de chercher des solutions réglementaires qui ne pourront complètement s'abstraire des questions de responsabilité juridique des acteurs, il apparaît préférable de traiter le sujet en amont par le biais des autorisations territorialisées. Dans l'attente, les commissions de priorisation mises en place par certaines MDPH paraissent une solution pragmatique et le suivi de leurs recommandations pourrait être pris en compte dans le cadre des CPOM.

2.2 Adapter la gouvernance de l'offre médico-sociale aux enjeux de transformation

[100] Le secteur des ESSMS PSH est piloté par deux autorités de tarification différentes, l'ARS et le Conseil Départemental parfois séparément, parfois conjointement (détail en annexe 4).

[101] Plusieurs interlocuteurs de la mission ont pu souligner la difficulté d'avoir deux autorités compétentes, en particulier pour les structures de compétence conjointe. Le fait d'avoir deux financeurs distincts avec deux logiques et modes de financement distincts peut à l'évidence complexifier les dialogues de gestion, les discussions autour de projets de transformation nécessitant des crédits nouveaux, mais la mission n'a pas constaté de points de difficulté majeure autres que les difficultés financières actuelles soulignées par plusieurs conseils départementaux

⁷⁵ Article D312-0-3 I du CASF.

⁷⁶ Implicitement admis par le CASF s'agissant des établissements pour enfants (article D312-59-14 pour les ITEP, article D312-35 pour les autres catégories) et découlant de manière générale de la responsabilité de l'ESSMS à l'égard des personnes qu'il accueille ou accompagne (en vertu de l'article 1382 du code civil) ; l'article spécifiquement applicable aux ITEP dispose ainsi que « *Lorsque, après avis de l'équipe interdisciplinaire, le directeur est amené à constater que l'orientation dans son établissement n'est pas conforme à l'intérêt de l'enfant, de l'adolescent ou du jeune adulte, il en informe la commission et peut proposer une autre solution à la commission, aux parents ou aux détenteurs de l'autorité parentale ou contribuer à l'élaboration d'une solution de remplacement plus adaptée* ».

(du fait de la baisse du produit des droits de mutation - DMTO) et des règles distinctes d'un département à l'autre impactant parfois les droits des personnes en situation de handicap. La mission reviendra sur ce dernier point pour proposer des règles communes (cf. partie 5 du présent rapport).

[102] La lettre de mission n'invitait pas à questionner la compétence sur le secteur des ESSMS PSH et la mission est ainsi partie d'un postulat de légitimité des deux autorités compétentes sur les futures « structures PSH » présentées au 2.1 du présent rapport.

[103] Ainsi, la mission a choisi de s'intéresser aux outils de gouvernance actuels pour identifier s'ils peuvent constituer des leviers dans la transformation de l'offre.

2.2.1 Réponse Accompagnée Pour Tous et Service Public Département de l'Autonomie

[104] La démarche « Une réponse accompagnée pour tous » (RAPT) issue des préconisations du rapport Piveteau « Zéro sans solution » a marqué le besoin d'évolution profonde des pratiques de tous les acteurs concernés dans le champ du handicap : agences régionales de santé, maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), conseils départementaux, rectorats, gestionnaires d'établissements.

[105] Il s'agissait de mettre en place une coordination des acteurs plus étroite, une information mieux partagée, des décisions d'orientation de la CDAPH mieux suivies et régulièrement réévaluées.

[106] La démarche « Une réponse accompagnée pour tous » a été organisée en quatre axes :

- Axe 1 : mettre en place un dispositif d'orientation permanent ;
- Axe 2 : une réponse territorialisée ;
- Axe 3 : une dynamique d'accompagnement par les pairs ;
- Axe 4 : accompagnement aux pratiques de changement.

[107] Cette démarche a fait évoluer l'organisation et la coordination de tous les acteurs impliqués, notamment par la création des groupes opérationnels de synthèse (GOS) en charge d'élaborer les plans globaux d'accompagnements des personnes sans solution.

[108] En dehors de la RAPT pour les situations individuelles, la création de différents dispositifs de pilotage au niveau territorial réunissant ARS/CD/MDPH/éducation nationale ou certains d'entre eux (Conférence des financeurs, Conseil territorial de santé et d'autonomie, conseil territorial de l'autonomie, comité école inclusive, réunion de pilotage des communautés 360, instances territoriales ad hoc...) montre que l'enjeu de gouvernance pour l'élaboration de stratégies communes à l'échelle d'un territoire est toujours un sujet de préoccupation.

[109] Le futur service public départemental de l'autonomie, consacré par la loi du 8 avril 2024⁷⁷ et en cours de préfiguration sur 18 départements, peut être l'occasion de repenser la gouvernance. Si le principe des groupes opérationnels de synthèse pour les situations individuelles

⁷⁷ Loi n° 2024-317 du 8 avril 2024 portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir et de l'autonomie.

doit être maintenu, une réflexion sur la rationalisation des instances d'échanges entre les autorités compétentes autour des sujets stratégique et de pilotage devrait pouvoir être menée.

[110] Quelles que soient les organisations dans les différents territoires, il semble en effet important d'avoir un unique espace de dialogue dans chaque département, où se parlent tous les acteurs afin de créer une réelle responsabilité populationnelle. Cet unique espace d'échange serait désigné parmi les instances existantes, les autres instances spécifiques au secteur PSH pourraient alors être supprimées.

[111] Sans mobiliser l'ensemble des acteurs systématiquement, cet espace pourrait être protéiforme selon la thématique à traiter :

- Enseignement/Ecole inclusive ;
- Accès au logement ;
- Transport ;
- Formation professionnelle ;
- Travail emploi ;
- Sport et loisirs.

[112] Chacune des thématiques embarque à la fois l'accessibilité du droit commun et l'accompagnement médico-social et peut aider à mettre en exergue les besoins de transformation de l'offre au regard des enjeux du territoire.

Recommandation n°7 Sans préjudice des organisations pour les réponses aux situations individuelles, dans le cadre du futur SPDA, déterminer l'une des instances existantes comme instance unique à l'échelle départementale avec un agenda fixe pour mener les réflexions stratégiques territoriales autour de chacune des thématiques de besoins des personnes en situation de handicap.

2.2.2 Adapter les outils de gouvernance de l'offre médico-sociale

[113] Le schéma régional de santé, partie du projet régional de santé de chaque Agence régionale de santé, détermine, selon l'article L. 1434-3 du CSP), « l'ensemble de l'offre de soins et de services de santé, y compris en matière de prévention, de promotion de la santé et d'accompagnement médico-social (...) » et entre autres, « fixe les objectifs quantitatifs et qualitatifs de l'offre des établissements et des services médico-sociaux » du champ de compétence de l'ARS ou de compétence partagée ARS/CD.

[114] La volonté de faire des projets régionaux resserrés, pour une meilleure appropriation des acteurs, d'impulser à travers ces schémas régionaux portant sur tout le champ de compétence des ARS dans des priorisations au regard des spécificités du territoire, amènent à des mesures rédigées en termes parfois très généraux, avec des objectifs et leviers opérationnels clairs mais peu prescriptifs (cf. annexe 4). En grande majorité, les projets régionaux de santé ne comportent pas de déclinaisons départementales.

[115] La programmation de l'offre médico-sociale n'est précisée à la maille départementale qu'à travers le programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC).

[116] Le PRIAC, arrêté par le directeur général de l'ARS en application de l'article L. 312-5-1 du CASF fixe, pour une durée de cinq ans, les priorités régionales de financement des créations, extensions et transformations de places en établissements et services médico-sociaux à destination des personnes âgées dépendantes et des personnes en situation de handicap et qui sont financés par la branche autonomie (à travers l'ONDAM et les financements spécifiques de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie).

[117] Les PRIAC n'ont pas de cadre normalisé et sont de formes et contenus différents d'une ARS à l'autre et plus ou moins actualisés. Pour les PRIAC des quatre régions visitées, soit il s'agit de simples projections des crédits prévus par type de structures - mises à jour annuellement ou non, avec ou sans mention des capacités, avec ou sans mention des procédures (AAP, AMI, extension), avec ou sans mention des projets déjà autorisés mais non encore installés - soit de documents plus explicites sur la stratégie menée mais se rapprochant du contenu des rapports d'orientation budgétaires publiés annuellement par les ARS pour les ESSMS. La visibilité pluriannuelle rendue possible par les PRIAC est certes utile lorsqu'il y a actualisation régulière mais ne fait pas levier dans la transformation de l'offre, de l'avis de nombreux interlocuteurs de la mission, institutionnels comme organismes gestionnaires.

[118] Par ailleurs, les conseils départementaux élaborent les schémas relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie. Ils sont arrêtés pour une période maximum de 5 ans par le président du conseil départemental, en cohérence avec le schéma régional de santé, après concertation avec le représentant de l'Etat dans le département et avec l'agence régionale de santé, dans le cadre de la commission de coordination des politiques publiques relative au secteur médico-social (article L312-4 et L312-5 CASF).

[119] Les schémas départementaux de l'autonomie des départements visités, dont certains assez anciens (certains schémas actualisés n'étaient pas encore adoptés lors de la rédaction du présent rapport) donnent des orientations aux acteurs du territoire dans une démarche de société inclusive. La mission relève cependant que ces schémas ne comportent que peu ou pas d'orientations sur la transformation des établissements et services sociaux et médico-sociaux pour les personnes en situation de handicap sous compétence du département.

[120] Plusieurs outils de gouvernance coexistent donc pour les publics PSH dans une logique PA/PSH, parfois entièrement pensés d'une part PA et d'autre part PSH et parfois dans une approche mixte PA/PSH.

[121] Tout outil programmatique entraîne souvent des cloisonnements et il n'y a pas un seul périmètre parfait. En effet, un outil programmatique dont le périmètre est sous sa compétence exclusive permet des engagements fermes et de décloisonner plusieurs politiques, en l'occurrence ici PA/PSH. Si le décloisonnement PA/PSH, lorsqu'il est vraiment opéré dans ces outils, peut être intéressant, il n'en reste pas moins que les deux autorités compétentes ont des outils distincts.

[122] Or, dans le champ PSH, la transformation de l'offre sociale et médico-sociale et l'accessibilité du droit commun sont intrinsèquement liés. Au-delà de l'enjeu du repérage précoce qui mobilise des acteurs de compétences ARS et CD (CAMP, CMPP, PMI...), le passage des ESSMS

enfants aux ESSMS adultes est aussi un enjeu central. En effet, si les ESSMS enfants proposent des offres modulaires et adaptables aux besoins des personnes concernées mais que les ESSMS adultes n'opèrent pas leur transformation propre pour assurer une continuité, les risques de rupture de parcours plus individualisés et/ou plus inclusifs seront accusés, engendrant une régression vers moins d'autodétermination et d'autonomie.

[123] Le rapport « Lieux de vie et accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie : les défis de la politique domiciliaire - Se sentir chez soi où que l'on soit » de février 2024 a proposé de « doter chaque département d'un schéma départemental gérontologique commun ARS/CD ».

[124] La mission propose donc ici de retenir également un périmètre lié à la personne concernée et une recommandation « en miroir » de celle précitée pour les personnes âgées. Il est proposé qu'à moyen terme, en vue du prochain PRS par exemple, un unique schéma départemental relatif à l'accompagnement des personnes en situation de handicap, commun ARS/CD, soit fixé, associant les organismes gestionnaires, la MDPH, l'éducation nationale et France travail, la DDETS et des acteurs du logement pour établir un diagnostic partagé, définir les objectifs de transformation de l'offre des ESSMS et la programmation de cette offre dans le champ enfants comme dans le champ adultes.

[125] Ce schéma unique devrait systématiquement intégrer les autres offres médico-sociales comme celles des ESSMS PA pour PHV et des futurs Services autonomie à domicile (réforme SSIAD/SAD) et les offres non médico-sociales (habitat inclusif, PIAL, services d'aide à l'accès au logement, aide à l'emploi avec France travail...). Les transitions (enfant/adulte, formation/travail) et les évolutions de situations structurelles (vieillissement des personnes en situation de handicap ayant des conséquences sur l'offre des établissements non médicalisés devant s'ouvrir à des partenariats nouveaux par exemple) seraient un objet à part entière du schéma.

[126] Ce schéma pourrait également se nourrir d'analyses thématiques des centres communaux et intercommunaux d'action sociale (CCAS)⁷⁸ sur les besoins de la population de leur ressort.

[127] Ce schéma sera d'autant plus un outil de pilotage s'il s'inscrit dans le cadre plus global d'une contractualisation tripartite CNSA/ARS/CD et si une programmation systématiquement pluriannuelle des crédits au niveau national est décidée (cf. 3.3) permettant ainsi de fixer sur 5 ans les transformations attendues qui peuvent nécessiter du redéploiement comme des crédits nouveaux. La difficulté sera certes plus grande quant à la programmation de l'offre relevant des départements au vu de leur modalité de financement mais sans vision programmatique, la transformation de l'offre adulte n'a que peu de chance de devenir une réalité. La CNSA devra outiller les CD pour la programmation de leur offre.

⁷⁸ R.123-1 du CASF : I.-Les centres communaux et intercommunaux d'action sociale produisent une analyse des besoins sociaux de l'ensemble de la population du territoire de leur ressort.

II.-L'analyse des besoins sociaux consiste en un diagnostic sociodémographique à partir des données d'observation sociale du territoire. Ce diagnostic est établi avec l'ensemble des partenaires, publics ou privés, qui participent à la mise en œuvre des actions de prévention et de développement social telles que mentionnées à l'article L. 123-5.

III.-L'analyse des besoins sociaux fait l'objet d'un rapport présenté au conseil d'administration au cours de l'année civile qui suit chaque renouvellement général des conseils municipaux. Les années suivantes, des analyses complémentaires, notamment thématiques, peuvent être présentées au conseil d'administration lors du débat d'orientation budgétaire ou, à défaut, lors du vote du budget.

[128] Les enjeux stratégiques régionaux, assortis d'une dimension programmatique, au moins pour la réponse aux besoins interdépartementaux seraient quant à eux fixés par le schéma régional de santé.

[129] Dans l'attente, la mission recommande l'élaboration d'une feuille de route conjointe ARS-CD sur la transformation de l'offre permettant de donner une vision territoriale globale et partagée.

Recommandation n°8 Remplacer à terme le PRIAC et le schéma départemental autonomie par un seul schéma départemental relatif à l'accompagnement des personnes en situation de handicap, fixé conjointement par le DGARS et le PCD concomitamment au Projet régional de santé. Dans l'attente, élaborer une feuille de route conjointe ARS-CD relative à la transformation de l'offre.

2.2.3 Programmer la transformation de l'offre au plus près des besoins

[130] Le schéma conjoint proposé devrait reposer sur un diagnostic territorial partagé élaboré à partir de divers indicateurs permettant :

- d'identifier les besoins, les publics prioritaires et l'offre disponible ;
- de cartographier les résultats par bassin de vie ;
- d'identifier les zones blanches ou insuffisamment couvertes pour assurer une meilleure équité territoriale ;
- d'identifier les complémentarités de l'offre existante.

[131] La connaissance des publics et de leurs caractéristiques (dont déficience, pathologie, besoin, âge, territoire), des droits ouverts (orientations, décisions CDAPH) et de l'offre d'accompagnement mobilisable reste encore à ce jour insuffisante. Or, pour programmer, en particulier au niveau territorial, dans un dialogue avec les parties prenantes, il faut pouvoir constater l'adéquation offre/besoin pour fixer des objectifs pertinents en termes de volume et de ciblage géographique.

[132] Une plateforme Handidonnées⁷⁹ a apporté une première accessibilité des données du handicap avec différents jeux de données, sans permettre le travail de croisement nécessaire aux diagnostics et sans pouvoir s'appuyer sur les données les plus fines des MDPH notamment.

[133] Les attentes restent en effet importantes et anciennes sur la mobilisation des données des systèmes d'information des MDPH et de ViaTrajectoire PH afin de progresser sur l'identification de besoins par âge et typologie de handicap. La collecte des données des SI MDPH se heurte encore à la pluralité des SI ; la collecte des données des listes d'attente de ViaTrajectoire PH reste encore difficilement exploitable pour identifier les besoins « en stock » (hors non-recours), notamment du fait d'orientations multiples (plan A, B ou C) qui ne permettent pas d'identifier le réel besoin de la personne, de l'inscription d'une même personne sur plusieurs listes d'attente

⁷⁹ Piloté par la Fédération ANCREAI, Handidonnées, projet né en 2006, est une base qui agrège des données relatives au secteur du handicap, en provenance des services de l'Etat (Rectorats, DEPP, Direccte...), de services publics ou autres structures (INSEE, CAF/MSA, MDPH, AGEFIPH). Cette plateforme ne permet pas de croiser les données pour analyser l'adéquation offre/besoins.

d'ESSMS et de l'actualisation non systématique de ces listes d'attente. Par ailleurs, le croisement des différentes données relevant d'autorités distinctes est nécessaire pour avoir une vision fine des besoins.

[134] La CNH d'avril 2023 avait annoncé la mise en place d'un observatoire des besoins des personnes en situation de handicap.

[135] La CNSA a lancé courant 2024 le portail « Portraits des territoires »⁸⁰ couvrant les secteurs PA et PSH⁸¹. La CNSA souhaite enrichir ces portraits de territoires avec de nouvelles données courant 2025. Pour autant, il ne permet pas de croiser les données pour éclairer l'équation offre / besoins.

[136] Le Comité interministériel au handicap 2024 a quant à lui annoncé la mise en place d'observatoires territoriaux des besoins des personnes en situation de handicap confiés aux ARS.

[137] Cette succession d'annonces et d'initiatives partielles ne permet pas de traduire concrètement les engagements pris et des arbitrages s'imposent.

[138] Partant de la dernière annonce du CIH 2024, la mission considère que l'enjeu de connaissance des besoins est aussi territorial pour la programmation de l'offre que national pour l'allocation de crédits aux ARS et la conduite des politiques publiques.

[139] Ainsi, dans le cas où la mise en place d'observatoires territoriaux serait définitivement actée, le pilotage de la donnée à l'échelle nationale resterait à construire. En effet, une méthodologie commune relatives aux indicateurs à suivre et à l'analyse des données socles nécessaires au diagnostic des besoins, doit être fixée au niveau national. Des jeux de données, mobilisables au niveau national (SI MDPH, ViaTrajectoire PH, SNDS, SI éducation nationale...), doivent être également produits, à la maille départementale, voire infra-départementale (à l'IRIS⁸²) pour le compte des ARS qui sont, de plus, souvent insuffisamment dotées en spécialistes de l'analyse de données. Les observatoires territoriaux devraient par ailleurs pouvoir être confiés aux partenaires locaux ayant les compétences requises pour une telle mission si les agences régionales de santé le souhaitent.

[140] Pour la mobilisation des données pertinentes, la poursuite des travaux sur les systèmes d'information du secteur handicap est tout aussi importante (cf. partie 3.3.2 du présent rapport).

[141] La mission considère que la CNSA et la DREES sont à même de piloter la donnée au niveau national, d'autant plus que la DREES coordonne déjà un groupe des producteurs de données sur le handicap dont la CNSA fait partie et que la CNSA anime de nombreux travaux avec toutes les parties prenantes (association de personnes concernées et de famille, organismes gestionnaires...), qui pourraient donc être pleinement associées à la réflexion sur les données pertinentes à collecter et analyser (voir fiche d'impact détaillée en annexe 1).

⁸⁰ <https://cnsa-apps.shinyapps.io/portraits-des-territoires/>.

⁸¹ « Portrait de territoires » est un site qui centralise différentes données issues des enquêtes menées par la CNSA et de sources publiques (INSEE, DREES, FINESS, ministère de l'éducation nationale) sur l'aide à l'autonomie : caractéristiques de la population, attribution des droits par les MDPH, offre d'équipement médico-social, prévention et lutte contre l'isolement, scolarisation et emploi des personnes en situation de handicaps, aide à l'investissement.

⁸² Les communes d'au moins 10 000 habitants et la plupart des communes de 5 000 à 10 000 habitants sont découpées en IRIS. Ce découpage, maille de base de la diffusion de statistiques infracommunales, constitue une partition du territoire de ces communes en "quartiers" dont la population est de l'ordre de 2 000 habitants.

Recommandation n°9 Confier à la DREES et la CNSA la mise en place d'une méthodologie pour alimenter les observatoires territoriaux des besoins et la production des données socles nécessaires au diagnostic et à l'analyse des besoins des personnes en situation de handicap, et mener une réflexion sur la faisabilité de projections dans le temps.

[142] Enfin, au niveau territorial, il serait utile, dans une démarche de stratégie transformative, d'expérimenter une méthodologie de diagnostic territorial en vue de l'élaboration des outils programmatiques, méthode qui pourrait bénéficier aux ESSMS eux-mêmes dans leur projet de transformation.

[143] L'objectif est de réévaluer les attentes et les accompagnements des personnes concernées et de celles en liste d'attente afin de déterminer si des évolutions sont souhaitées et nécessaires, afin de travailler ensuite sur la complémentarité des offres sur un territoire en réponse aux besoins identifiés et sur les transformations à conduire par chaque établissement.

Cette réévaluation serait faire avec l'appui des facilitateurs, assistant au parcours et projet de vie (professionnels extérieurs aux ESSMS pouvant aider les personnes en situation de handicap à s'orienter et construire leur projet, voir *infra* partie 5.1.2) et pair-aidants, pour aider à l'expression de la demande des personnes en situation de handicap et avec l'appui des partenaires locaux (MDPH, PCO⁸³, Centres de ressources, autre ESSMS) pour la réévaluation des besoins et modalités d'accompagnements (cf. annexe 5).

Recommandation n°10 Expérimenter sur un territoire donné une méthodologie de diagnostic territorial avec réévaluation des files actives et des listes d'attente de chaque ESSMS.

3 Les leviers financiers et numériques de la transformation

3.1 La transformation de l'offre nécessite la transformation des modalités de financement

[144] La transformation des ESSMS dans le sens d'un accompagnement plus modulaire doit être prise en compte dans les textes qui régissent leur financement. Si tel est bien déjà le cas dans une large mesure, certains dispositions résiduelles constituent un frein qu'il convient de lever sans délai. Pour l'avenir proche, la première version du modèle SERAFIN-PH, qui est conçue pour s'appliquer à compter de 2026 aux ESSMS pour enfants, devrait être aménagée pour prendre pleinement en compte les ESSMS fonctionnant déjà de manière modulaire. Enfin, dans la perspective de sa généralisation, la version finale du modèle SERAFIN-PH devrait évoluer dans le sens d'un budget personnalisé garantissant l'autodétermination des personnes tout au long de leur parcours.

3.1.1 Abroger les dispositions qui font obstacle à la prise en compte de la modularité des accompagnements dans le financement des ESSMS

[145] Les dispositions relatives à la tarification ont longtemps été vues comme un obstacle au déploiement d'un accompagnement modulaire par les ESSMS dédiés aux personnes en situation

⁸³ Plateforme de coordination et d'orientation.

de handicap, dans la mesure où la majorité d'entre eux étaient, suivant leur catégorie, financés sur la base d'un prix de journée ou tarif journalier (ou un forfait journalier, pour l'assurance maladie)⁸⁴.

La tarification des ESSMS

Pour la majorité des catégories d'ESSMS dédiées aux PSH, le CASF prévoit en première intention un financement par prix de journée, obtenu à partir de la différence entre les charges et les produits d'exploitation de l'établissement, divisée par le nombre de journées de présence des personnes accueillies⁸⁵.

Ce mode de financement se prête bien à des prises en charge standardisées au sein d'un établissement, mais est peu compatible avec la modularité des accompagnements inhérente à l'individualisation des parcours.

Il est de fait devenu plutôt l'exception que la règle :

- certaines catégories d'ESSMS (SESSAD, CAMSP, ESAT, SSIAD) font de longue date l'objet de dispositions spécifiques prévoyant un financement par dotation globale⁸⁶ ;
- le financement par prix de journée peut donner lieu à une dotation globalisée par convention entre l'ESSMS et l'autorité de tarification⁸⁷ ;
- surtout, dès lors qu'un CPOM a été conclu avec l'ARS et/ou le CD compétent(s), l'ESSMS relève d'un état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD), permettant la globalisation des financements provenant de sources distinctes, y compris s'agissant des ESSMS cofinancés (CAMSP, FAM, SAMSAH)⁸⁸.

[146] Il reste que même dans le cadre d'une dotation globalisée ou d'un EPRD, certaines situations continuent d'impliquer un calcul par prix de journée du financement public en fonction de la nature de l'accompagnement :

- dans les cas d'application de l'amendement Creton, c'est-à-dire pour les jeunes maintenus dans un établissement d'éducation adaptée dans l'attente de la mise en œuvre d'une orientation vers un établissement principalement dédié aux adultes, « *le tarif journalier de l'établissement pour mineurs dans lequel le jeune adulte handicapé est maintenu est pris en charge par l'aide sociale du département dans lequel il a son domicile de secours* »⁸⁹ ;
- de manière générale, lorsqu'une personne adulte en situation de handicap est accueillie dans un ESSMS situé dans un département distinct de celui de son domicile de secours⁹⁰, le département où est situé ce domicile et à qui incombe le financement de l'aide sociale à

⁸⁴ Article R314-105 du CASF - le tarif est horaire pour les SAAD.

⁸⁵ Article R314-113 du CASF.

⁸⁶ Respectivement II 1^o, III, V et VIII 4^o de l'article R314-105.

⁸⁷ Article R314-115 du CASF.

⁸⁸ cf. le 2^o de l'article R. 314-223 du CASF – de manière plus générale, voir le guide d'application de la nomenclature simplifiée des établissements et services - instruction DGCS/2018/18 du 22 janvier 2018, partie 4.2.

⁸⁹ Article L242-4 du CASF.

⁹⁰ Le domicile de secours s'acquiert par une résidence habituelle de trois mois dans un département postérieurement à la majorité ou à l'émancipation, l'ESSMS d'hébergement n'étant pas à cet égard considéré comme un lieu de résidence – article L122-2 du CASF.

l'hébergement⁹¹ financera l'ESSMS suivant un prix de journée, dès lors qu'il n'est pas signataire de la convention prévoyant une dotation globalisée ou du CPOM⁹².

[147] Ces modalités résiduelles de tarification à la journée dans un mode de fonctionnement globalisé ne sont pas seulement source de complexités administratives pour les établissements : elles peuvent aussi induire des ruptures de parcours ou freiner une orientation inclusive. Ainsi, dans le cas où un département A autorise un EANM à fonctionner hors les murs, le département B où la personne accueillie à son domicile de secours peut refuser de financer un hébergement séquentiel ou un accompagnement de transition vers le milieu ordinaire.

[148] Par ailleurs, rien n'oblige à utiliser le prix de journée pour déterminer la contribution de la personne aux frais d'hébergement et d'entretien éligibles à l'aide sociale départementale⁹³.

[149] Il convient donc *a minima*, sans préjudice d'une réflexion plus globale sur la notion de domicile de secours⁹⁴ :

- de poser le principe que lorsqu'un ESSMS fait l'objet d'un financement globalisé, celui-ci sert de base, d'une manière forfaitisée, au refinancement au titre de l'amendement Creton et/ou du domicile de secours ; que ce refinancement persiste, hors amendement Creton, tant que la personne ne réside pas principalement dans un logement ordinaire situé dans un autre département, depuis une durée minimale qui pourrait être fixée à six mois (en cohérence avec le droit à l'essai - voir *infra*).

[150] Accessoirement, il convient d'abroger les dispositions tarifaires qui limitent les activités d'accompagnement en milieu ouvert des établissements principalement dédiés aux adultes à 15 places ou 30 % de leur capacité initiale, quand ils ne sont pas financés de manière globalisée⁹⁵.

Recommandation n°11 Abroger les dispositions qui font obstacle à la prise en compte de la modularité des accompagnements dans le financement des ESSMS

3.1.2 Mieux prendre en compte la modularité des accompagnements dans le premier étage de la réforme SERAFIN-PH

[151] La réforme du financement des établissements et services médico-sociaux accompagnant des personnes en situation de handicap est engagée par la DGCS et la CNSA depuis 2014, pour donner suite aux constats du rapport VACHEY-JEANNET d'octobre 2012 qui mettait en évidence

⁹¹ Article L122-1 du CASF.

⁹² Par construction généralement conclu avec le département d'implantation de l'établissement.

⁹³ Cf l'article R.344-29, qui prévoit une contribution variable en fonction des ressources, mais dont rien n'interdit de forfaitiser la base de calcul ; dans les MAS, les personnes accueillies acquittent un forfait journalier.

⁹⁴ La notion même de domicile de secours est contradictoire avec le principe d'autodétermination, dans la mesure où elle confère à toute personne hébergée par un établissement un statut précaire, quelle que soit sa durée de résidence dans cet établissement. A défaut de pouvoir traiter spécifiquement dans le champ du handicap cette notion transversale à toute l'action sociale, il convient de privilégier toutes les formules d'accueil où la personne en situation de handicap est considérée comme ayant un véritable logement (voir *infra* 4.2.1).

⁹⁵ Article R314-147 du CASF - « *III.-Les activités d'accompagnement médico-social en milieu ouvert, lorsqu'elles relèvent également du 7^e du I de l'article L. 312-1, peuvent être directement assurées par un établissement relevant du présent article, dans la limite de 15 places et de 30 % de la capacité initiale de ce dernier. / Ils peuvent, conformément aux dispositions de l'article R. 314-10, présenter leurs comptes sous la forme d'un budget principal, assorti d'un ou plusieurs budgets annexes. » Seule la mention soulignée doit être abrogée.*

une absence de proportion entre les besoins des personnes, les prestations réalisées et les dotations allouées aux établissements.

[152] De premières propositions de modèles de financements ont été formulées en 2019 et analysées par le prisme des trois objectifs principaux assignés à la réforme⁹⁶ :

- L'équité : un financement assis sur des critères objectifs liés aux besoins des personnes accompagnées et aux prestations dont elles bénéficient ;
- La simplicité : un financement lisible par l'ensemble des parties prenantes ;
- Le soutien à la transformation de l'offre médico-sociale : un financement incitatif au développement de parcours fluides, modulaires, personnalisés, inscrits dans une société inclusive.

[153] Trois scénarios ont été retenus pour étude :

- Le premier repose sur le financement des opérateurs sur la base d'un droit de tirage individuel des personnes accompagnées. Celles-ci bénéficieraient d'un panier de prestations en nature déterminé selon leurs caractéristiques, dont elles feraient usage auprès des ESSMS qui seraient payés en fonction des prestations effectivement servies ;
- Le deuxième est fondé à la fois sur les caractéristiques de la personne et sur celles de l'établissement ou service médico-social. Ce dernier percevrait une dotation composée : d'une part socle déterminée pour la durée du CPOM selon ses propres caractéristiques, d'une part variable calculée selon les besoins des personnes accompagnées, et de financements complémentaires à l'appréciation des autorités de tarification et de contrôle ;
- Le troisième correspond à la combinaison des deux premiers modèles : un droit de tirage individuel sur un périmètre restreint à certaines prestations directes qui complèterait la dotation allouée à l'établissement ou au service dans les mêmes conditions que le précédent modèle.

[154] Le modèle présenté au Groupe Technique National du 6 décembre 2024 correspond à une déclinaison du deuxième scénario : un financement à l'établissement ou service médico-social combinant ses caractéristiques et celles de la personne accompagnée.

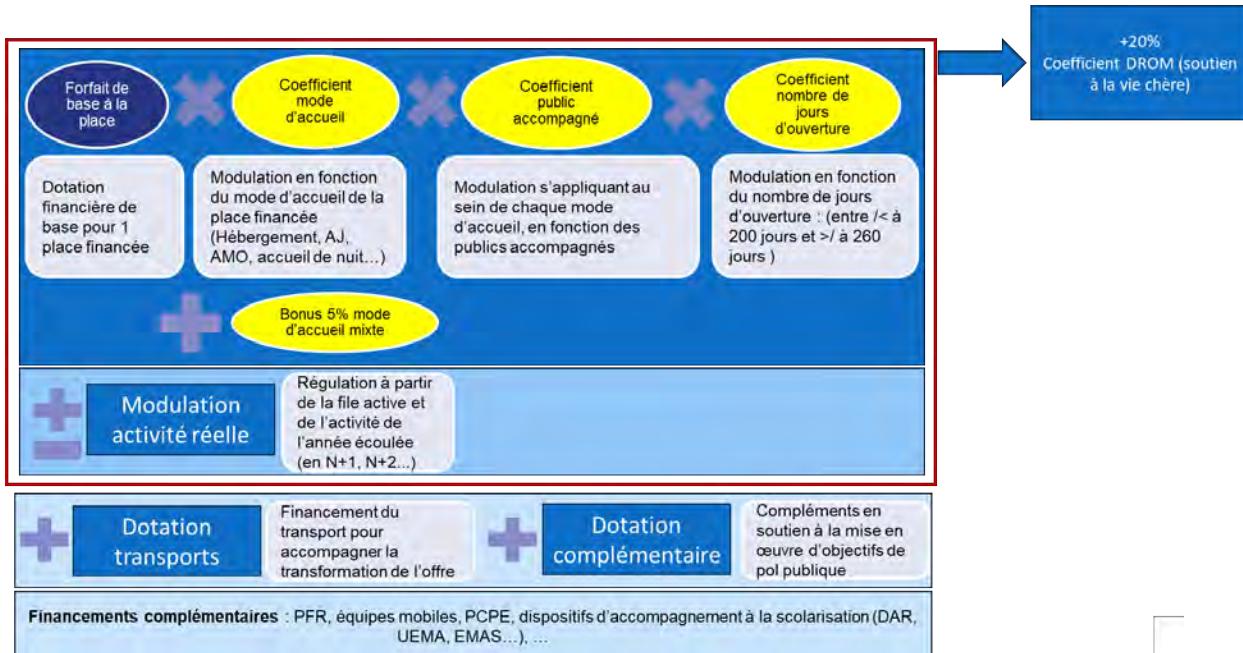
[155] Le premier scénario fondé sur un droit de tirage individuel de prestations en nature a été écarté en raison de sa complexité, à la fois pour les gestionnaires et pour les bénéficiaires, et des craintes d'un renforcement des inégalités de l'accès effectif aux droits. De surcroît, la variabilité du financement induite par les choix des personnes d'exercer leur droit de tirage auprès de tel ou tel établissement ou service a été perçue comme un facteur d'incertitude majeur pour les organismes gestionnaires. Si le troisième scénario associant une dotation à ce droit de tirage a pu lever en partie cette incertitude sur la pérennité des financements alloués à un établissement, sa complexité a été rédhibitoire.

[156] Dans la dernière version du modèle connue de la mission, celle présentée au GTN du 6 décembre 2024, le financement est composé d'une dotation principale, d'une modulation à

⁹⁶ Premières propositions sur des modèles de financement possibles dans le cadre de la réforme tarifaire SERAFIN-PH, Rapport de synthèse, novembre 2019.

l'activité réelle, d'une dotation « transports » et d'une dotation complémentaire. Cette structure correspond au pré-modèle validé en 2019 combinant forfaitisation et individualisation.

Graphique 2 : Le modèle tarifaire SERAFIN-PH



Source : Présentation au GTN du 6 décembre 2024.

[157] La dotation principale intègre les caractéristiques principales de l'établissement ou du service par le nombre de places autorisées multiplié par deux coefficients variables selon le mode d'accueil et le nombre de jours d'ouverture, ainsi que les caractéristiques du public accompagné par l'application d'un troisième coefficient déterminé selon les niveaux de déficience des personnes accompagnées constatés lors d'une coupe et classés en 3 niveaux. Cette dotation principale peut ensuite être augmentée d'un bonus de 5 % pour les établissements proposant un mode d'accueil mixte et d'un coefficient « département et région d'outre-mer » fixé à 20 %.

[158] Cette dotation principale constitue un financement socle qui sécurise les ressources de l'établissement entre chaque évolution de son capacitaire et chaque nouvelle coupe qui serait réalisée. Elle répond par ailleurs au besoin des autorités de tarification et de contrôle de garder une visibilité sur le capacitaire présent dans le territoire pour répondre aux besoins d'accompagnement globaux de la population.

[159] La prise en compte des modes d'accueil mixtes par la seule application de ce bonus de 5 % soulève une interrogation ; le modèle tarifaire SERAFIN-PH suppose que tout ESSMS fonctionne en quatre modes d'accueil et d'accompagnement (hébergement, accueil de nuit, accueil de jour, milieu ordinaire), alors que des établissements ont déjà été autorisés à fonctionner de manière modulaire.

[160] Cela revient à considérer que des autorisations déjà délivrées ne sont de facto pas opposables au tarificateur, ce qui soulève une question juridique⁹⁷ et, à tout le moins, une difficulté pratique, puisque cela signifie qu'il faut analytiquement redécomposer les capacités modulaires autorisées suivant les quatre modes de base.

[161] Même si la nomenclature simplifiée des ESSMS n'est pas en l'espèce prescriptive, son guide d'application avait recommandé quatre modes mixtes, qui ont été largement utilisés dans les autorisations délivrées depuis 2018 :

Tableau 4 : Les modes de fonctionnement mixtes, par secteur (jeunes/adultes) et financeur

eh/ ah	aut	Mode de fonctionnement	Total
■ ah	■ ars	Accueil de jour et accompagnement en milieu ordinaire	18687
		Accueil temporaire (avec et sans hébergement)	170
		Tous modes d'accueil (avec et sans hébergement)	1137
		Tous modes d'accueil et d'accompagnement	828
		Total ars	20822
	■ ars-dpt	Accueil temporaire (avec et sans hébergement)	125
		Tous modes d'accueil (avec et sans hébergement)	91
		Tous modes d'accueil et d'accompagnement	553
		Total ars-dpt	769
	■ dpt	Accueil de jour et accompagnement en milieu ordinaire	177
		Accueil temporaire (avec et sans hébergement)	235
		Tous modes d'accueil (avec et sans hébergement)	895
		Tous modes d'accueil et d'accompagnement	780
		Total dpt	2087
Total ah			23678
■ eh	■ ars	Accueil de jour et accompagnement en milieu ordinaire	9796
		Accueil temporaire (avec et sans hébergement)	254
		Tous modes d'accueil (avec et sans hébergement)	2925
		Tous modes d'accueil et d'accompagnement	7864
		Total ars	20839
Total eh			20839
Total général			44517

Source : Mission – d'après FINESS – 03/2024

[162] Même si le mode de fonctionnement le plus intégré (tous modes d'accueil et d'accompagnement) reste très minoritaire, comme on l'a vu *supra*, l'ensemble des modes mixtes représente aujourd'hui 8 % des capacités autorisées toutes catégories confondues, dont 5 % pour le mode « accueil de jour et accompagnement en milieu ordinaire »⁹⁸. Pour les ESSMS dédiés aux jeunes, qui sont concernés par le premier temps de la réforme SERAFIN-PH, les modes mixtes représentent 10 % des capacités autorisées.

[163] Il n'y a par ailleurs aucune raison pour qu'un mode de fonctionnement mixte implique un coût égal à la moyenne pondérée constatée sur 15 jours entre les quatre modes de base, majorée de 5 %. Cela reviendrait à tout le moins à décourager de recourir au mode le plus intégré. Il

⁹⁷ Dès lors que l'autorisation emporte aussi une habilitation financière (habilitation à l'aide sociale et/ou autorisation de délivrer des prestations financées par la sécurité sociale), elle implique un droit à financement – suivant une jurisprudence relative au secteur sanitaire mais directement transposable au secteur social et médico-social Conseil d'Etat 29 novembre 1999 Polyclinique des Alpilles n°177140 publié au Lebon.

⁹⁸ Cf. notamment le développement des ESAT hors les murs (ce mode représente 15% des capacités autorisées des ESAT).

convient donc, au titre du coefficient mode d'accueil, de distinguer à côté des quatre modes de base les quatre modes mixtes déjà autorisés.

[164] S'agissant de la dotation complémentaire, qui est destinée à être confiée aux ARS pour adapter les financements, des travaux sont en cours avec les parties prenantes pour partager un cadre d'utilisation. La mission considère que cette dotation complémentaire doit bien être un levier de transformation et ainsi avoir un cadrage national harmonisé. Le soutien aux fonctions de coordination de parcours et à la fonction ressource des ESSMS ainsi que le soutien à l'autodétermination mériteraient d'être pris en compte dans ce cadre.

Recommandation n°12 Adapter l'équation tarifaire du premier temps de SERAFIN-PH pour prendre pleinement en compte les ESSMS fonctionnant déjà de manière modulaire et faire de la dotation complémentaire allouée par les ARS un levier de la transformation.

[165] Outre la difficulté relative à la prise en compte des modes d'accueil poursuivis par la transformation de l'offre, le modèle n'approche les besoins des personnes que par le prisme de la déficience et selon une modalité de recueil – une coupe qui ne saurait être renouvelée annuellement – qui ne permet pas une adaptabilité suffisante pour suivre leurs parcours. Par ailleurs, les modalités de détermination de la modulation à l'activité ne sont pas encore connues. Néanmoins, ces blocs indispensables à l'équité du modèle, car permettant l'adéquation du financement aux besoins des personnes et aux prestations servies par l'établissement ou service, sont bien présents et pourront être affinés au fur et à mesure de l'obtention et de la fiabilisation de l'information nécessaire.

[166] Il est prévu que le modèle SERAFIN-PH soit appliqué au champ enfants en 2026, sans être accompagné de ressources complémentaires. Cette ambition soulève trois difficultés majeures :

- Le recueil d'informations fiables et vérifiées sur les caractéristiques des établissements et des personnes qu'ils accompagnent dans un délai très court ;
- La précision des modalités de calcul des compartiments de financement dont le détail n'est pas encore connu (modulation à l'activité et dotation complémentaire notamment) ;
- La gestion de la transition entre deux modèles de financement sans crédit supplémentaire pour accompagner les établissements qui y seraient perdants.

[167] Au-delà de ces enjeux de mise en œuvre et de transition, l'équation tarifaire présentée ne saurait être perçue comme un aboutissement, mais comme un modèle cadre devant être enrichi au fil de la transformation de l'offre qu'elle encourage par ailleurs. En effet, des modalités d'allocation des ressources plus adaptées à l'individualisation des accompagnements et des parcours des personnes ne seront possibles que quand les conditions seront réunies pour sortir de la logique de places qui constitue le fondement de cette équation tarifaire. Faire vivre le modèle nécessite un alignement avec d'autres éléments de transformation de l'offre et une association étroite des parties prenantes afin qu'elles aient une visibilité sur les perspectives d'évolution.

3.1.3 Faire vivre le modèle de financement pour en faire un levier d'autodétermination

[168] La transformation de l'offre dépasse la logique de places dans des catégories distinctes d'établissements ou services pour y substituer une logique d'orientation des personnes en fonction de leurs besoins vers des « Structures PSH » proposant des prestations modulaires et évolutives pour s'adapter à leurs parcours. Dans cette perspective, le financement devrait être fondé sur les prestations nécessaires pour répondre aux attentes et aux besoins des personnes et les suivre au gré de leur parcours afin d'assurer la portabilité de leurs droits.

[169] Cela ne sera possible qu'à compter du moment où l'orientation des personnes précisera leurs besoins. Le présent rapport propose une échéance à 2030 pour une orientation des personnes accompagnées par les MDPH qui formule leurs besoins sur la base de la nomenclature des besoins et prestations, et selon une méthodologie explicitée par une guidance nationale.

[170] Une fois ce prérequis rempli, l'unité de base du modèle de financement pourrait ne plus être la place autorisée dans l'établissement ou service mais un budget personnalisé attaché à la personne accompagnée. Le budget personnalisé serait calculé sur la base des besoins de la personne en identifiant des catégories de besoins nécessitant des ressources comparables pour y répondre et dont l'évaluation permettrait de définir quelques niveaux d'accompagnement (des paliers d'intensité d'accompagnement) auxquels seraient associés des dotations.

[171] Une telle individualisation du financement des établissements et services avait été écartée en 2019 ; d'une part un droit de tirage individuel laissé à la seule gestion des personnes concernées avait suscité l'inquiétude et, d'autre part, l'absence de précision des besoins dans les orientations des personnes et l'incomplétude des systèmes d'information y faisaient obstacle.

[172] Il est à préciser qu'un budget personnalisé ne signifie pas nécessairement que celui-ci est géré par la seule personne accompagnée ; sa gestion peut tout à fait être déléguée, soit à l'autorité attribuant ce budget personnalisé, soit à l'établissement où service délivrant l'accompagnement. Au-delà de la modalité de gestion de ce budget, c'est le lien consubstantiel entre la personne et le financement de son accompagnement qui lui donne un véritable pouvoir de co-construction de son parcours et de mise en action de son pouvoir d'agir. Ce mode de financement est en vigueur dans plusieurs pays européens, notamment la Belgique, la Suède et le Royaume-Uni. Ainsi, en Ecosse, la stratégie du *Self-Directed Support* (accompagnement autodirigé) se traduit notamment par l'attribution aux personnes d'un budget personnalisé dont elles peuvent déléguer la gestion mais qui leur est toujours attaché ; ce qui a parachevé le renversement de logique entre des accompagnements pensés pour les personnes et des accompagnements pensés avec elles (encadré ci-dessous).

[173] Quant aux obstacles relatifs au manque de précision des orientations et aux limites du système d'information, ceux-ci devraient être levés d'ici 2030 dans l'hypothèse de la mise en œuvre d'orientations MDPH explicitant les besoins des personnes sur la base de la nomenclature des besoins et prestations, du développement de ViaTrajectoire et du déploiement du Dossier Usager Informatisé (DUI).

[174] Le modèle SERAFIN-PH tel qu'il est présenté à la date du présent rapport comporte les éléments nécessaires à cette logique, mais ses équilibres devront évoluer pour aboutir à un financement pleinement en phase avec les enjeux de l'auto-détermination et de la transformation de l'offre. Le budget personnalisé n'aurait pas vocation à se substituer au modèle proposé, mais

plutôt à s'y intégrer en lieu et place des coefficients « public accompagné » et « modes d'accueil », puis à représenter une part de plus en plus importante du financement. Celui-ci devra en tous les cas conserver un caractère hybride du fait de la conciliation nécessaire de plusieurs objectifs parfois concurrents : prévisibilité des ressources des établissements et services, personnalisation des dotations, incitations à la coopération. Ainsi, une part socle assurant la stabilité d'une ressource minimale de fonctionnement ainsi que les dotations complémentaires liées aux transports et à l'appui à la transformation subsisteraient.

Recommandation n°13 Définir, en concertation avec les parties prenantes, une perspective d'évolution du modèle de financement après 2030 afin d'y intégrer un budget personnalisé en cohérence avec un accompagnement modulaire et évolutif.

L'exemple du *Self-Directed Support* en Ecosse

Depuis 2010, l'Ecosse a transformé sa conception de l'accompagnement des personnes en situation de handicap, et les modalités selon lesquelles les prestations sont réalisées, avec le lancement d'une stratégie nationale dédiée au *self-directed support*⁹⁹ (accompagnement auto-dirigé). Cette stratégie est fondée sur la liberté de choix des personnes accompagnées ; l'accompagnement qui leur est proposé devant être flexible et contrôlé par elles afin qu'elles puissent poursuivre les finalités qu'elles se sont fixées elles-mêmes grâce à une discussion ouverte et éclairée avec des professionnels. C'est une rupture avec l'approche du « management de cas » portée par le *Community Act* de 1990, un virage vers une personnalisation et une co-production d'un accompagnement fondé sur les compétences et ressources de la personne. 70 M£ ont été consacrés au déploiement de cette stratégie.

Cet « accompagnement auto-dirigé » bouleverse la relation entre les personnes accompagnées, les autorités et les établissements et services médico-sociaux. Ceux-ci doivent davantage s'adapter aux besoins et aux attentes des personnes et faire preuve de davantage de créativité pour concevoir des accompagnements qui ne sont pas décidés pour les bénéficiaires, mais décidés avec eux.

Proposer un « accompagnement auto-dirigé » est devenu une obligation pour les autorités locales avec l'entrée en vigueur, en 2014, du *Social Care (Self-directed Support) (Scotland) Act* de 2013 qui dispose que celles-ci doivent offrir le choix entre quatre options de gestion de leur accompagnement médico-social :

Option 1 : La personne ou l'aïdant choisit et organise l'accompagnement, et gère le budget qui lui est alloué et versé directement par l'autorité locale (choix de 9 % des bénéficiaires¹⁰⁰) ;

Option 2 : La personne choisit et organise son accompagnement, et l'autorité locale paie les prestataires dans la limite du budget qui lui est alloué (choix de 8 % des bénéficiaires) ;

Option 3 : L'autorité locale choisit l'accompagnement pour la personne et l'organise, qu'elle délivre elle-même cet accompagnement ou qu'elle en confie la réalisation à un établissement ou service médico-social tiers en lui versant le budget alloué à l'accompagnement de cette personne (choix de 78 % des bénéficiaires) ;

Option 4 : Le choix par la personne accompagnée des options 1, 2 ou 3 pour chaque type de prestations que comporte son accompagnement (choix de 5 % des bénéficiaires).

⁹⁹ *Self-directed Support: A National Strategy for Scotland (SDS Strategy)*, 2010.

¹⁰⁰ Selon les données communiquées par *Enable Scotland*, principal organisme gestionnaire en Ecosse.

Le budget dédié aux personnes peut être utilisé pour divers types de prestations délivrées par des professionnels libéraux ou des établissements ou services médico-sociaux :

- 1° Recruter des assistants personnels ou acheter des prestations de soins ou d'accompagnement auprès d'établissements ou services pour répondre à domicile aux besoins éligibles et évalués ;
- 2° Payer des séjours de courte durée en établissement pour personnes âgées ou en soins de répit (également applicable aux aidants) ;
- 3° Accéder à des activités sociales et éducatives, ainsi qu'à des activités de loisir (sport, excursions, clubs, ...) ;
- 4° Acheter des équipements particuliers non fournis par le système de santé et indiqués dans le plan d'accompagnement comme nécessaires à l'autonomie de la personne ;
- 5° Payer des frais de transport pour les activités identifiées dans le plan de soins et d'accompagnement ;
- 6° Bénéficier d'un accueil de jour en établissement.

L'« accompagnement auto-dirigé » va ainsi de pair avec un budget personnalisé qui, s'il n'est généralement pas directement géré par la personne ou son aidant, est toujours adapté à ses besoins et la suit tout au long de son parcours. Au-delà de la modalité de gestion – par la personne, par l'autorité locale ou par l'établissement ou service médico-social – que le financement suive la personne lui confère une capacité supplémentaire à décider.

Si son choix l'amenait à changer d'établissement ou service médico-social, la personne peut le faire en respectant un préavis de douze semaines.

3.1.4 Clarifier rapidement les compétences des financeurs en matière de transport

[175] Si la mission ne propose pas de confier à une seule autorité compétente le champ des ESSMS PSH, pour autant un enjeu de simplification et de qualité des prises en charge pourrait mener à un ajustement de la répartition de certaines responsabilités.

[176] La problématique des transports, soulignée dans la lettre de mission, est une question complexe. De plus en plus coûteuse dans le contexte d'inflation récent mais aussi et surtout dans un contexte de progression des prestations en milieu ordinaire, entrant dans le même temps en tension avec les enjeux de transition écologique, la prise en charge des transports est aussi très peu lisible en termes de répartition des compétences (département pour le transport scolaire adapté, ESSMS, recours AEEH et PCH) et parfois délétère pour la qualité de la prise en charge des personnes concernées, en particulier pour les enfants.

[177] De l'avis de nombreux interlocuteurs de la mission, autorités de tarification comme organismes gestionnaires, l'augmentation du coût des transports obère la capacité à accompagner les enfants à des activités et rendez-vous externes ; la rationalisation des tournées ou l'éloignement du domicile faute de structure appropriée à proximité génère des temps de transports longs et donc fatigant, ce qui nuit à la capacité d'apprentissage et peut provoquer des troubles du comportement. Dans des structures pour adultes, des familles sont contraintes de limiter les séjours en famille ou, à l'inverse, le nombre de jours d'accompagnement, faute de

prise en charge suffisante des transports. La prise en charge des transports est bien une condition substantielle de la réalisation du projet personnel.

[178] De nombreux interlocuteurs de la mission ont soulevé le manque de clarté des textes en la matière. La mission s'est donc livrée à un exercice de recensement des normes, de niveau différent, parfois non coordonnées avec des dispositions postérieures, entraînant un flou sur les ESSMS concernés par certaines dispositions, et induisant donc des interprétations divergentes par les ESSMS et les départements (cf. annexe 7). Tous les besoins liés au transport ne sont pas couverts. Les déplacements vers certains types d'ESSMS (ex EANM) ou vers des prestations en libéral (ex : ergothérapeute) ne sont pas pris en charge. Les différences d'interprétations des textes conduisent à des différences de traitement sur les territoires pour de situations similaires.

[179] Le tableau ci-dessous décrit les diverses situations pouvant être rencontrées pour le transport des enfants accompagnés par un ESSMS (sans considération, lorsque la responsabilité incombe à l'ESSMS, des apprentissages à l'autonomie pour la prise de transports en commun).

Tableau 5 : Responsabilité de la prise en charge du transport par type de trajets

Trajets	Responsable
Du domicile ordinaire vers l'Etablissement enfant et inversement	ESSMS
Etablissement/Ecole	Classe ordinaire : Etablissement ¹⁰¹
	UEE et UEEP: Etablissement ¹⁰²
	UEMA : Etablissement ¹⁰³
	UEEA : non précisé ¹⁰⁴
	DAR : non précisé ¹⁰⁵
Domicile ordinaire/SESSAD	Pour des prestations collectives : SESSAD (R314-121 CASF)
	Pour des prestations individuelles : non prévu ¹⁰⁶
Domicile ordinaire/Ecole accompagnement SESSAD	Classe ordinaire : Département
	UEE et UEEP : SESSAD
	DAR : Département
Domicile ordinaire/Ecole accompagnement par du hors les murs d'établissement (IME, ITEP, IDV-IDA-EEAP, IEM)	Classe ordinaire : Etablissement
	UEE et UEEP : Etablissement
	UEMA : Etablissement
	UEEA : Département
	DAR : Département
	IME/Autre établissement dans l'école : ESSMS

¹⁰¹ Le complément AEEH ou la PCH 3 sont mobilisable pour les « surcoûts transport » lorsque les parents doivent amener leur enfant à un point de « ramassage » pour le transport effectué par l'ESSMS.

¹⁰² Idem.

¹⁰³ Idem.

¹⁰⁴ Vide juridique : la mission ne sait pas préciser si cette situation se présente dans les faits.

¹⁰⁵ Idem.

¹⁰⁶ Vide juridique : règle non fixée au regard des missions initiales des structures – l'Assurance maladie accepte à titre dérogatoire de prendre en charge les transports adaptés vers le SESSAD (au titre du 322-10 du code de la sécurité sociale) lorsque les soins sont dispensés par des professionnels de santé au sein des locaux du SESSAD.

Transports liés aux prestations externalisées ou aux activités de l'ESSMS	ESSMS ¹⁰⁷
---	----------------------

Source : Mission

[180] Au-delà des situations non prévues recensées, on peut constater que la responsabilité du transport n'incombe pas de la même manière aux établissements et aux SESSAD alors même qu'un IME ou un ITEP avec la modalité d'accompagnement « prestation en milieu ordinaire » (et les dispositifs DITEP ou DIME/DAME) peut accompagner un enfant en milieu ordinaire de la même manière qu'un SESSAD.

Les trajets d'un DITEP

Les trajets d'un DITEP de 42 places d'hébergement, 20 places d'accueil de jour et 26 places pour les prestations en milieu ordinaire :

-Transports domicile/ DITEP

-Transports DITEP/ établissements scolaires ou domicile / établissements scolaires : pour 2024/2025, les jeunes sont scolarisés dans 20 écoles primaires différentes, 10 collèges, 2 lycées professionnels, 1 lycée agricole, 1 maison familiale rurale, sans compter les élèves scolarisés dans 2 UEE et 1 UEE. Par ailleurs, il est nécessaire de proposer une réactivité immédiate aux établissements scolaires en cas de difficultés / besoins de venir auprès de l'enfant.

-Transports suivis extérieurs (orthophonie, médecins spécialistes...) avec parfois des distances importantes comme 40 minutes entre le DITEP et le cabinet d'orthophonie.

- Transports DITEP / clubs de loisirs et sport de droit commun

Du fait de moyens de transport en commun limités, les transports sont majoritairement assurés par des professionnels et des véhicules de l'organisme gestionnaire.

Lorsqu'une personne est accueillie de manière séquentielle en ESSMS, le transport vers le soin (professionnels de santé remboursés) lors des périodes à domicile peut être pris en charge par l'assurance maladie dans les conditions de droit commun (référentiel de prescription applicable) au titre de l'article R.322-10 du Code de la sécurité sociale.

[181] La mission ne peut pas proposer une réforme du transport des personnes en situation de handicap qui devrait faire l'objet de travaux dédiés, annoncés de longue date mais non mis en œuvre, en intégrant la dimension de transition écologique. Il est en effet urgent de mettre fin à chaque vide juridique, de réinterroger la responsabilité de chaque acteur - autorité organisatrice de la mobilité, département, ESSMS, assurance maladie au titre du transport sanitaire - et de modéliser les enveloppes nécessaires aux ESSMS, dans l'ensemble du champ enfants et du champ adultes (voir fiche d'impact détaillée en annexe 1).

[182] Cependant, la mission recommande de préciser le périmètre du transport domicile/école de compétence départementale en affirmant que le transport domicile /école relève toujours du

¹⁰⁷ Pour des prestations individuelles de soins externalisés, le transport vers des soins complémentaires remboursables en sus du budget es ESSMS au titre des articles R314-122 du CASF (hors mission de l'ESSMS ou lorsque ces soins ne peuvent, en raison de leur intensité ou de leur technicité, être assurés par l'ESSMS de façon suffisamment complète ou suffisamment régulière) peuvent être pris en charge par l'assurance maladie selon les critères du droit commun du transport adapté prévues à l'article R. R322-10 du code de la sécurité sociale.

transport scolaire adapté, y compris lorsque l'élève est accompagné par un acteur médico-social au sein de l'école, sans considérer qu'il s'agit ici d'un transfert de compétence.

Recommandation n°14 Reprendre rapidement les travaux sur les transports des personnes en situation de handicap accompagnées par un ESSMS pour redéfinir les périmètres de responsabilité de chaque acteur au regard des évolutions de l'accompagnement médico-social, et, sans attendre, considérer tous les trajets domicile/école comme relevant bien de la compétence départementale au titre du transport scolaire, y compris pour les enfants accompagnés par un ESSMS au sein de l'école (UE, IME dans l'école, SESSAD dans l'école...).

3.2 Des leviers complémentaires doivent être mobilisés en termes de financement

3.2.1 Faire des CPOM un levier de la transformation

[183] La transformation des pratiques des établissements et services médico-sociaux, celle-ci devant se matérialiser d'ici 2030 par l'autorisation de tous les établissements transformés en « Structures PSH », est un processus qui doit reposer sur une stratégie concertée entre les établissements, les conseils départementaux et les ARS, et sur lequel doivent être mobilisés les capacités d'accompagnement des autorités de tarification et de contrôle. Aussi, pour guider la démarche et favoriser la mobilisation des parties prenantes, un axe « transformation » devrait être ajouté aux CPOM des ESSMS accompagnant les personnes en situation de handicap.

[184] Cet axe « transformation » devra préciser la stratégie de l'ESSMS pour parvenir à la cible et toute mesure nouvelle sera conditionnée à l'inscription de l'ESSMS dans une trajectoire de transformation.

[185] Ainsi, dans le cadre du plan national des 50 000 solutions (cf. annexe 2), sans remettre en cause la programmation pluriannuelle faites par les ARS, il sera nécessaire de toujours réinterroger les créations et extensions prévues dans une trajectoire transformative, même en cas de rattrapage d'équipement (une extension de places pourra toujours être accordée sous la condition que l'ESSMS concerné s'engage dans un projet de transformation lorsqu'il ne l'est pas déjà).

Recommandation n°15 Par voie réglementaire, intégrer dans tout CPOM d'un établissement accompagnant les personnes en situation de handicap un axe relatif à la transformation et conditionner les mesures nouvelles à un projet de transformation.

[186] L'axe transformation des CPOM devra également préciser les indicateurs permettant de mesurer la réussite de cette transformation.

[187] Avec la transformation de l'offre, l'activité des structures PSH ne pourra plus se mesurer par un taux d'occupation, le nombre de personne accompagnées ou un nombre de prestations (utilisé pour certains services).

[188] Il est ainsi crucial d'élaborer une méthodologie partagée qui puisse capter l'intensité de l'accompagnement et la modularité des parcours.

[189] Dans son guide méthodologique de 2019, la CNSA avait ouvert la voie à des méthodes de mesure d'activité correspondant mieux à la fluidité des parcours sans qu'un consensus entre les participants au groupe de travail ne se dégage).

[190] Des expérimentations sont en cours sur la mesure par « unité d'accompagnement » (cf. annexe 9) dans l'objectif de trouver une méthode de « rendu compte » d'une activité modulaire, sans faire peser sur les professionnels des ESSMS une complexité préjudiciable du temps passé avec les personnes accompagnées.

[191] **Après évaluation, il sera nécessaire de mettre à jour le guide de la CNSA de 2019 sur la mesure de l'activité et de modifier le décret fixant les indicateurs de CPOM pour avoir un ou plusieurs indicateurs communs à l'ensemble des autorités de tarification et de contrôle.**

3.2.2 Répondre aux besoins territoriaux

[192] Avec la création de la nouvelle branche autonomie, l'adéquation entre les besoins et les ressources déléguées aux autorités de tarification pour le financement de l'offre médico-sociale nécessite de régulièrement réinterroger le modèle de répartition des ressources.

[193] Ces dernières années un mouvement de défléchage des enveloppes budgétaires dans les instructions des campagnes tarifaires médico-sociales PSH s'est amorcé et mérite d'être poursuivi pour laisser toute la latitude nécessaire à la programmation de l'offre en fonction des diagnostics territoriaux. Le principe d'une répartition au regard de l' indice global des besoins (IGB)¹⁰⁸ peut être préservé mais des adaptations pourront s'avérer nécessaires au regard de dialogues de gestion ARS/CNSA issus des diagnostiques territoriaux, comme cela a été fait pour les « rattrapages » d'équipements à l'occasion de l'instruction 50 000 solutions ou encore pour les crédits liés aux faciliteurs lorsque des cibles territoriales seront définies (cf. partie 5).

[194] Par ailleurs, une fongibilité partielle, avec un seuil à définir, entre l'objectif global de dépenses (OGD) PA et l'OGD PH et entre l'OGD PH et l'OGD pour les publics en difficultés spécifiques (PDS) viendrait au soutien des accompagnements spécifiques, comme l'accompagnement des personnes en situation de handicap vieillissantes (en unité EHPAD lorsque cette solution existe sur le territoire ou par des SSIAD PSH pour favoriser le maintien en milieu ordinaire) ou des personnes en situation de handicap et en situation de grande précarité accompagnées dans des lits d'accueil médicalisé (LAM).

Recommandation n°16 Poursuivre le défléchage des crédits dans les instructions budgétaires pour adapter l'offre aux besoins territoriaux et autoriser une fongibilité partielle entre OGD du champ médico-social.

3.3 Faire d'une pluralité de systèmes d'information un écosystème numérique fluide et lisible

[195] Dans le champ social et médico-social du secteur handicap, de nombreux systèmes d'information et outils numériques ont été mis en œuvre, qu'il s'agisse des outils de gestion des

¹⁰⁸ Reposant sur une répartition en fonction des personnes bénéficiant de l'AEEH dans le champ enfants et de l'enquête « Vie Quotidienne et Santé » de la DREES dans le champ adultes.

autorités compétentes ou des outils des acteurs de proximité, ce qui soulève des problématiques d'interopérabilité, de cohérence et de redondance des informations saisies ou à saisir dans les divers systèmes d'information.

3.3.1 Un enjeu de lisibilité de l'offre

[196] Au titre de l'offre, trois systèmes d'information interviennent :

[197] Le répertoire FINESS, répertoire sectoriel de référence des personnes morales et leurs établissements ayant une activité qui relève du champ sanitaire, médico-social, social et de la formation aux professions sanitaires et sociales, comporte les informations administratives des ESSMS PSH issues de leurs autorisations :

- Le Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR), référentiel de données qui centralise la description de l'offre de santé des structures sanitaires et médico-sociales sur l'ensemble du territoire national, est un outil permettant de connaître plus précisément l'offre du territoire ; conçu initialement pour les professionnels de santé, il tend de plus en plus à s'ouvrir en alimentant les sites dédiés au grand public ;
- ViaTrajectoire, SI de référencement de toute l'offre sociale et médico-sociale du secteur handicap dans un annuaire unique et de suivi des décisions d'orientation des Maisons Départementales des personnes handicapées (MDPH), il est un canal d'information entre professionnels, notamment entre les MDPH et les ESSMS et permet aux personnes concernées de rechercher un ESSMS, de suivre leur dossier et devrait leur permettre à terme de déposer un dossier unique d'admission.

[198] Afin d'assurer la lisibilité de l'offre, il devient aujourd'hui primordial d'utiliser un référentiel commun, compréhensible des professionnels comme des familles.

[199] Au regard des travaux participatifs ayant abouti à la nomenclature détaillée des besoins et prestations, la description de l'offre doit dorénavant, et de manière contraignante, être conforme à cette nomenclature des prestations. La mission propose donc que cette nomenclature soit fixée par arrêté du ministre chargé des personnes en situation de handicap et que tout ESSMS soit tenu de présenter son offre, quelle que soit sa date d'autorisation, au regard de cette nomenclature. Comme il sera proposé dans la suite du rapport, les MDPH seraient également tenues d'utiliser la nomenclature dans le cadre de leurs orientations vers l'accompagnement médico-social.

Recommandation n°17 Exiger des ESSMS qu'ils décrivent leur offre par les prestations qu'ils proposent au sens de la nomenclature détaillée des besoins et des prestations et fixer à cette fin, par arrêté, cette nomenclature.

[200] S'agissant du répertoire FINESS, les autorités en charge ont déjà prévu des modifications du SI visant à identifier les collaborations juridiques (conventionnelles, GCSMS...) dans FINESS (comme pour les DITEP issus du conventionnement entre deux ESSMS).

[201] La mission propose d'aller plus loin et d'actualiser le répertoire FINESS sur plusieurs points en lien avec les recommandations du présent rapport :

- Intégrer dans la nomenclature la nouvelle catégorie unifiée des Structures handicap avec précision de la valence enfants/adultes/enfants-adultes ;
- Intégrer la possibilité de spécifier que l'ESSMS propose du logement accompagné ;
- Ajouter aux côtés du capacitaire en nombre de places la possibilité de donner une capacité en file active ou une zone de responsabilité territoriale ;
- Remplacer les mentions non conformes à la loi 3DS (cf. Partie 1.2 du présent rapport).

[202] S'agissant du Répertoire opérationnel des ressources (ROR), même si initialement conçu pour assurer l'information des professionnels du champ sanitaire et médico-social et pensé en priorité pour le secteur sanitaire, il doit devenir le SI de référence pour la description de l'offre avec les prestations proposées par chaque ESSMS selon la nomenclature détaillée des prestations de niveau 1, 2, 3 et, pour les prestations de soins et de maintien et développement des capacités fonctionnelles, niveau 4 (cf. pièce jointe n°1 - nomenclature).

[203] ViaTrajectoire PH doit pouvoir être alimenté directement par le ROR pour la description de l'offre dans un principe de « dites-le nous une fois » pour les ESSMS. Les ESSMS pourront compléter le descriptif de l'offre dans ViaTrajectoire PH mais uniquement pour ajouter une granularité de niveau 4 par exemple et préciser le cas échéant certaines prestations, avec renvoi à leur site internet.

Recommandation n°18 Mesures opérationnelles FINESS - ROR et SI-SDO (ViaTrajectoire PH) :

- Actualiser le SI FINESS au regard des mesures préconisées dans le présent rapport et assurer l'actualisation du FINESS ;
- Adapter la nomenclature ROR en « mode de fonctionnement » (par interopérabilité FINESS) et en « prestations » par complétude par les ESSMS ;
- Réception dans ViaTrajectoire PH des informations du ROR, avec possibilité de préciser les prestations.

[204] Au-delà de la description accessible de l'offre, le cadre d'urbanisation numérique du champ social et médico-social doit encore être amélioré. D'une part, la MDPH doit avoir une vision claire de la situation territoriale pour l'orientation et le suivi des parcours et, d'autre part, le suivi de la personne accompagnée à travers le DUI est incontournable dans la dynamique de transformation des ESSMS.

3.3.2 Un enjeu d'outillage numérique du parcours

[205] S'agissant de l'orientation et du suivi des parcours par les MDPH, la simplification doit être recherchée dans le cadre du pilotage du projet de SI commun MDPH par la CNSA prévu par l'article L247-2 du CASF issu de la LFSS pour 2023, pour évoluer selon les discussions parlementaires vers un SI MDPH unique.

[206] Système d'information commun ou unique, il devra, selon la loi, être interconnecté notamment avec les systèmes d'information des départements et ceux de la Caisse nationale d'allocations familiales. Il devra aussi être interopérable avec ViaTrajectoire PH (Cadre du SI-Suivi des orientations cf. annexe 8) :

- pour faciliter l'identification des ESSMS pouvant assurer les prestations nécessaires à la personne à l'issue de l'évaluation de ses besoins, prestations qui seront au cœur de la nouvelle notification CDAPH (cf. partie 2.1.3), et pour assurer la transmission de la notification et des données relatives au dossier de la personne concernée ;
- et pour que les données nouvelles dans ViaTrajectoire puissent alimenter le SI MDPH (ex : modification d'une modalité de d'accompagnement, changement de coordonnées...) sans ressaisie par la MDPH comme c'est le cas actuellement.

[207] La mission souscrit à la priorisation sur la partie évaluation (système d'information évaluation dit « SIE) faite par la CNSA au regard de son importance mais appelle à une grande vigilance sur les nombreux changements de décisions quant aux SI MDPH, d'autant plus que la mise en place du SI évaluation, comme de ses évolutions, dépendra toujours des éditeurs et des priorités des départements puisque le SIE devra être interfacé avec les logiciels locaux (phase d'instruction par exemple). Comme le soulignait la mission IGAS relatives aux MDPH, la question de l'opportunité d'un système d'information national outillant l'ensemble du traitement du dossier, au-delà de la seule phase d'évaluation, a été renvoyée à la prochaine COG. Cette hypothèse d'un SI unique mériterait d'être instruite et arbitrée de manière globale, sur la base d'une analyse de l'ensemble des apports de ce type de solution et des risques d'un tel projet.

Recommandation n°19 Assurer l'interopérabilité entre le SI commun MDPH et le SI ViaTrajectoire PH (flux dans les deux sens), quelle que soit la stratégie arbitrée pour le SI MDPH.

[208] S'agissant du parcours de la personne une fois accompagnée, le DUI doit venir au service de la transformation de l'offre, aussi bien pour les ESSMS enfants que les ESSMS adultes. En effet, la modularité des parcours rend d'autant plus aigüe le besoin de suivre les accompagnements réalisés auprès des personnes concernées, à la fois pour les droits de ces dernières et la qualité de leur prise en charge et d'autre part pour suivre l'activité des ESSMS dans le cadre des interactions avec les autorités de tutelle.

[209] Ainsi, le DUI doit permettre de suivre le parcours des personnes accompagnées à partir du dossier reçu dans ViaTrajectoire, par l'interopérabilité des DUI avec ViaTrajectoire, y compris lorsque l'accompagnement est réalisé par plusieurs ESSMS, même d'organismes gestionnaires différents, ce qui pose la question de l'interopérabilité entre solutions d'éditeurs différents lorsque les ESSMS n'appartiennent pas à la même « grappe » au titre du Ségur numérique (cf. annexe 8).

[210] Le DUI doit aussi permettre de participer au processus d'autodétermination par des indicateurs de réalisation du projet individualisé d'accompagnement adapté au projet personnel de la personne.

[211] Le DUI doit également assurer le suivi de l'activité de l'ESSMS et devra être l'outil d'exportation des données de mesure d'activité (cf. annexe 9 mesure d'activité). Les exigences techniques du DUI et la mesure d'activité doivent être pensés parallèlement, y compris pour contribuer aux travaux sur le financement.

[212] La question qui reste posée est celle des suites du Ségur numérique après 2025. Pour poursuivre l'urbanisation numérique du secteur à travers les grappes réunies pour l'installation des DUI, des crédits nouveaux seront nécessaires, soit directement au sein de l'OGD, soit d'abord

en plan d'aide à l'investissement du fond d'appui à la transformation, parallèlement à l'intégration dans les CPOM d'indicateurs systématiques sur les SI. **La mission estime à 200 M€ le financement nécessaire (voir fiche d'impact détaillée en annexe 1).**

Recommandation n°20 Poursuivre le déploiement du DUI, en garantissant des crédits après 2025, et adapter les fonctionnalités du DUI aux enjeux de transformation de l'offre et de mesure d'activité des ESSMS transformés, fonctionnalités permettant des exports en vue du suivi d'activité.

[213] Par ailleurs, au regard de l'ambition de diversifier les modalités d'accompagnement et du fonctionnement souhaité des structures en prestations, il est très probable que de plus en plus d'ESSMS vont devenir multi sites. Ainsi, la référence pour tout l'écosystème numérique doit être la structure principale (sous le FINESS principal), avec indication des localisations géographiques des divers sites sous un vocable unique à arbitrer (unité, site ou autre).

[214] Enfin, afin d'assurer l'exhaustivité des informations relatives à l'offre sociale et médico-sociale, la mission propose de rendre obligatoire la saisie dans les outils numériques, qu'il s'agisse de l'offre dans le ROR ou du suivi des dossiers dans ViaTrajectoire. Un modulateur financier devra être défini en ce sens dans les dotations complémentaires au titre de l'équation de convergence tarifaire (cf. partie 3.1.2 du présent rapport).

Recommandation n°21 Obligation pour les ESSMS de remplir les systèmes d'information, en particulier ViaTrajectoire pour le suivi des décisions, associé à un modulateur financier à définir dans le cadre de l'équation tarifaire SERAFIN-PH.

[215] Enfin, tous les outils de suivi des autorités de tutelle (tarification, tableau de performance...) doivent être adaptés afin de tenir compte des nouvelles modalités applicables aux structures intégrées et offres de services coordonnés (introduire l'accompagnement hors les murs, la possibilité de capacitaire global pour un mode "toute modalité d'accueil et d'accompagnement...").

Recommandation n°22 Actualiser tous les SI de suivi des autorités de tutelle aux nouvelles modalités applicables aux dispositifs intégrés et offres de services coordonnés.

4 Outiller les acteurs de la transformation

[216] La transformation de l'offre sociale et médico-sociale nécessite - au-delà des aménagements du cadre juridique, de la fixation d'une cible et des leviers opérationnels que sont le financement et l'écosystème numérique - un outillage pour mener les projets de transformation des ESSMS.

[217] D'une part, le mouvement de transformation doit d'abord être outillé par les acteurs compétents en la matière. De très nombreux projets ont été mis en œuvre au cours des dernières années et leur capitalisation pour un transfert n'est toujours pas protocolisée.

[218] D'autre part, l'ESSMS doit porter sa propre dynamique interne pour construire son projet de transformation.

4.1 Soutenir la transformation par l'appui aux acteurs

[219] Les interlocuteurs de la mission, administrations comme ESSMS, ont fait part de leurs attentes pour que la transformation soit outillée avec des éléments de cadrage techniques basés sur des retours d'expériences.

[220] En parallèle de formations dédiées à la transformation de l'offre (autodétermination, parcours modulaires, interventions en milieu ordinaire, fonction appui ressources pour des environnements capacitants), un appui à la transformation des acteurs est incontournable pour généraliser la démarche de transformation.

[221] Un fonds d'appui à la transformation des établissements et services pour personnes en situation de handicap pour la période 2024-2030, dont la première enveloppe 2024-2027 est connue à hauteur de 250 millions d'euros, a été mis en place en 2024. En cours de mission, une instruction¹⁰⁹ est venue préciser les modalités de mobilisation du fonds (cf. pièce jointe n°2 - répartition des crédits du Fonds) :

- Une capacité de soutien nouvelle en ingénierie et en pilotage, pour permettre aux ARS d'engager l'ensemble des acteurs sur leur territoires dans la transformation de l'offre ;
- Le plan d'aide à l'investissement (PAI) comme levier pour engager les organismes gestionnaires dans des transformations de leur bâti, au service de l'amélioration des conditions de vie des personnes accueillies comme de celles des professionnels, et du recours aux outils numériques, en cohérence avec les objectifs de la CNH ;
- Le renforcement de l'équipement technique et technologique des ESSMS.

4.1.1 Au niveau national, renforcer l'appui aux ARS et aux établissements

[222] Aux côtés de la CNSA, l'ANAP a déjà, dans ses missions, l'appui aux établissements médico-sociaux¹¹⁰.

[223] Dans le cadre de son contrat d'objectif et de performance (COP) 2022-2026¹¹¹, l'appui de la transformation de l'offre médico-sociale a été positionné en tant qu'axe stratégique, le rapport IGAS d'évaluation du COP 2018-2020¹¹² ayant reconnu le rôle réel et pertinent de l'ANAP en termes de mobilisation des acteurs pour porter la transformation publique dans le champ sanitaire et médico-social pour un coût global raisonnable et ayant recommandé d'« amplifier l'engagement de l'ANAP dans la transformation de l'offre médico-sociale au regard des enjeux de ce secteur pour les années à venir ».

¹⁰⁹ Instruction n° DGCS/SD5DIR/CNSA/DAPO/2024/104 du 8 juillet 2024 relative à la création d'un Fonds d'appui à la transformation des établissements et services pour personnes en situation de handicap pour la période 2024-2027.

¹¹⁰ Arrêté du 16 octobre 2009 portant approbation de la convention constitutive du groupement d'intérêt public « Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux » - cf. annexe article 2 : « 5. Appui aux agences régionales de santé dans leur mission de pilotage opérationnel et d'amélioration de la performance des établissements ;

6. Appui de l'administration centrale dans sa mission de pilotage stratégique de l'offre de soins et médico-sociale ».

¹¹¹ COP 2022-2026, mesure 1.1.2 amplifier les actions en faveur de la transformation de l'offre médico-sociale.

¹¹² Rapport IGAS d'évaluation du COP 2018-2020, Christian DUBOSQ Martial METTENDORFF Jacques-Bertrand de REBOUL, décembre 2021.

[224] La feuille de route ANAP-CNSA 2024-2025 confirme et poursuit les objectifs d'outillage par l'ANAP des acteurs (Diagnostic territorial et élaboration de la programmation de l'offre par les ARS ; Animation ARS et CD sur leur réflexion sur la transformation ; Outilage des OG, nouveaux métiers, projets immobiliers).

[225] La mission propose donc de confirmer l'ANAP dans ses missions d'appui à la transformation de l'offre du secteur.

[226] Concernant l'outillage des ESSMS, la mission recommande de prioriser (développement en annexe 10) :

- La transformation des ESSMS « employeurs » : conduite de projet et enjeux RH ;
- La méthode de construction du projet de transformation avec les personnes accompagnées professionnels et partenaires du territoire ;
- Les problématiques organisationnelles identifiées ;
- La problématique immobilière.

[227] Cet outillage doit être au service des ESSMS qu'ils soient sous compétence des ARS ou des conseils départementaux.

[228] Cette compétence d'appui est cependant à bien articuler avec la CNSA et l'ANCREAI pour éviter des travaux concomitants non coordonnés. Une convention de partenariat CNSA, ANCREAI et ANAP pourrait permettre de clarifier les missions de chacun quant à la transformation de l'offre, en donnant à l'ANCREAI un rôle d'ensemblier et de diffuseur des travaux locaux des CREAI, et de déploiement de projets comme START¹¹³, comme prévu par les conventions DGCS-CNSA-ANCREAI, et d'alimentation de l'ANAP par ces travaux.

[229] Par ailleurs, l'accompagnement des gestionnaires en collectif sur le terrain par des acteurs nationaux peut également permettre une montée en compétence harmonisée sur des thèmes précis. Le fonds d'appui à la transformation prévoit une enveloppe de 6 millions pour cet appui national (2 millions par an). Le ou les acteurs choisis par la CNSA s'ils diffèrent de l'ANAP et de l'ANCREAI pourraient être également signataires de la convention susmentionnée.

Recommandation n°23 Confirmer l'ANAP dans son rôle d'appui à la transformation de l'offre pour outiller les ARS et les ESSMS, en articulant ses missions avec celles de l'ANCREAI par convention de partenariat CNSA/ANAP/ANCREAI sur l'appui à la transformation de l'offre.

[230] Au-delà de l'outillage organisationnel, dans un contexte de transformation de l'offre pour permettre des parcours plus modulaires, il manque encore un outillage transverse sur les pratiques entre professionnels autour d'une même personne (identification et rôle des coordonnateurs de parcours, des référents de parcours, y compris dans un contexte d'interventions de structures différentes) et sur les attendus formels des projets individualisés d'accompagnement (ou plans personnalisés d'accompagnement) dans un contexte de modularité des parcours. Une recommandation de la HAS en la matière semble aujourd'hui nécessaire, son opposabilité aux acteurs mériterait d'être discutée.

¹¹³ START : dispositif de formation et de promotion de communautés de pratiques professionnelles dans le champ des Troubles du Neuro-Développement (TND).

Recommandation n°24 Incrire au programme de travail de la HAS une recommandation transversale (tout type de handicap) sur les pratiques des professionnels des ESSMS PSH en contexte de modularité des parcours avec un volet sur les attendus formels des projets individualisés d'accompagnement.

4.1.2 Au niveau territorial, avoir la capacité de mieux accompagner les établissements dans leur projet de transformation

[231] L'accompagnement de la transformation sur le territoire relève des ARS et des Conseils départementaux. La mission n'ayant pas de données sur les effectifs des conseils départementaux, elle s'est intéressée uniquement aux effectifs des ARS.

[232] D'après l'enquête activité menée chaque année auprès des ARS, les ressources des ARS pour piloter l'offre médico-sociale PSH ont un ratio de 16 ESSMS pour 1 ETP (cf. annexe 10) sans considération des différences possibles entre ARS, avec, de l'avis de tous les interlocuteurs de la mission, une concentration de l'activité sur la tarification et contractualisation qui limite la possibilité d'accompagner dans la durée, comme les ARS le souhaiteraient, les projets de transformation. La CNSA, à travers le fonds d'appui à la transformation, a d'ores et déjà prévu - pour 2025, 2026 et 2027 - 2,5 millions par an pour les ARS pour des renforts en ingénierie (ETP) par appel à projets.

[233] De plus, au-delà des effectifs « autonomie », les services d'inspection des ARS vont devoir se mobiliser sur un prochain plan d'inspection des ESSMS PSH. L'inspection a vocation à changer de prisme pour des ESSMS transformés dans la mesure où les conditions minimales de fonctionnement par typologie d'ESSMS sont pour partie obsolètes et où l'enjeu de modularité des parcours modifie les organisations. Un outillage des inspecteurs ARS (grille IC, méthodologie) est nécessaire, en particulier pour des inspections sur des structures transformées qui auront lieu à la fois « dans » et « hors les murs ». Ce point appelle d'ailleurs une vigilance importante car si les effectifs accordés dans le cadre du plan d'inspection des EHPAD ont été maintenus, le projet de loi de finances pour 2025 comportant des baisses d'effectifs pourrait mettre à mal la faisabilité d'un nouveau plan d'inspection.

[234] Sur les enjeux spécifiques des investissements immobiliers, le rapport IGAS sur la transition énergétique des établissements de santé et médico-sociaux¹¹⁴ indiquait que la compétence sur les investissements immobiliers s'était renforcée en ARS avec le recrutement d'ingénieurs et d'architectes parfois mobilisés sur les questions environnementales et énergétiques. Dans l'enquête faite par la mission IGAS précitée auprès des ARS, parmi les renforts Ségur sous plafond mais temporaires, 37,5 ETP ont été recrutés sur les investissements immobiliers. Cette expertise doit être maintenue et pouvoir venir au soutien de l'analyse des projets d'investissement immobiliers liés à la transformation de l'offre, même si non financés au titre du Ségur investissement. La compétence d'ingénieurs ou architectes doit, selon la mission, devenir une ressource pérenne des ARS au vu de tous les chantiers des secteurs sanitaires (ES en particulier) et médico-sociaux (PA/PSH/PDS) dans un contexte double d'évolution générale de l'offre « au plus près, dans la cité » et de transition écologique.

¹¹⁴ Rapport IGAS de Stéphane MULLIEZ et Thierry PAUX « Transition énergétique des établissements sanitaires et médico-sociaux et impact du Ségur de l'investissement sur ces enjeux », juillet 2024.

Recommandation n°25 Garantir dans la durée l'appui à l'ingénierie en ARS pour coordonner la démarche de transformation, pérenniser les effectifs du Ségur en matière d'investissement immobilier et soutenir les ARS dans leur mission d'inspection.

[235] Par ailleurs, au niveau des établissements, disposer d'appuis pour mener leur transformation est nécessaire pour un déploiement plus structurel de la démarche de transformation, en particulier pour les gestionnaires de petite taille.

[236] Les ARS ont besoin de s'appuyer sur des structures externes pour accompagner la transformation de l'offre en proximité (niveau régional pour les enjeux de sensibilisation/formation, niveau plus local en intervention technique auprès des ESSMS en besoin). Elles ont commencé à le faire, selon des modalités plus ou moins structurées, auprès de différents organismes dont les Centres régionaux d'études, d'actions et d'informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité (CREAI). La circulaire de 2017 sur la transformation de l'offre¹¹⁵ puis la circulaire précitée sur le fond d'appui à la transformation les a d'ailleurs cités comme pouvant utilement contribuer aux évolutions de l'offre médico-sociale.

[237] Dans une logique d'adaptation territoriale, la mission recommande de laisser aux ARS le choix des structures partenaires pouvant mener la mission d'appui, en fonction de leur tissu partenarial.

[238] Cependant, des règles nationales concernant les attendus de l'appui à la transformation des ESSMS – en collectif comme en individuel - devrait être fixées afin de ne pas faire perdurer les différences de conception qui existent encore quant à la transformation de l'offre (comme le développement exclusif de l'ambulatoire) et de faire réellement levier pour aboutir à une offre transformée sur tout le territoire. Ces règles nationales devraient comprendre des principes quant à l'association des personnes concernées et recommander une démarche d'appui de proximité dans une approche territoriale (appui commun pour plusieurs organismes gestionnaires sur un territoire afin de travailler sur la complémentarité des offres, en intégrant tous les ESSMS, enfants comme adultes, dans la démarche).

[239] Le fonds d'appui à la transformation précité a fléché une sous enveloppe dédiée de 6,5 M€ en 2024 et 7 M€ en 2026 pour le recours à des prestations intellectuelles (cf. pièce-jointe n°2).

Recommandation n°26 Assortir la délégation de crédits du fonds d'appui à la transformation dédiée aux prestations intellectuelles d'un référentiel à destination des organismes financés dans ce cadre explicitant les missions attendues quant à l'appui à la transformation, sans présumer des opérateurs qui seront désignés par les ARS.

Focus Organisation et financement des CREAI

La mission s'est intéressée spécifiquement à l'organisation et au financement des CREAI comme la lettre de mission l'y invitait.

¹¹⁵ Circulaire n° DGCS/3B/2017/148 du 2 mai 2017 relative à la transformation de l'offre d'accompagnement des personnes handicapées dans le cadre de la démarche « une réponse accompagnée pour tous », de la stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre médico-sociale (2017-2021) et de la mise en œuvre des décisions du CIH du 2 décembre 2016.

Les CREAI ont été institués par un arrêté du 22 janvier 1964 afin de jouer un rôle d'animation, d'information et de promotion en matière de prévention, d'observation, de soins et d'éducation spécialisée, de réadaptation et de réinsertion sociale concernant les enfants et adolescents vulnérables, vis-à-vis de tous les acteurs impliqués dans ces domaines.

En 2015, de nouveaux principes et orientations relatifs aux missions des CREAI ont été affirmés par instruction¹¹⁶.

Chaque année, une enveloppe de 50 000 € est fléchée pour le financement des CREAI par les agences régionales de santé (ARS) dans le cadre du fonds d'intervention régional (FIR), au titre de son fonctionnement, « *afin de reconnaître et pérenniser le travail de veille et de diffusion réalisé, ainsi que la participation à différents groupes de travail pilotés par les administrations et leur contribution à la construction d'analyses partagées au sein de la Fédération ANCREAI* ».

De manière générale, les ARS allouent bien plus que les 50 000 euros de fonctionnement par CREAI puisqu'elles commanditent des études et travaux utiles au pilotage du secteur handicap. Ainsi, en 2023 ce sont 4 314 768 euros qui ont été alloués aux CREAI sur le FIR avec des écarts importants d'une ARS à l'autre.

Au regard de la pérennité des CREAI depuis 1964 et dans la mesure où dans le champ médico-social, il existe un statut de centres de ressources, bénéficiant d'un financement via l'ONDAM médico-social, le financement par le FIR ne paraît plus approprié. Ainsi la mission propose de confirmer le statut de centres de ressources, au sens du 11^e de l'article L.312-1 du CASF, à chacun des CREAI (l'article R. 314-195 les cite déjà à ce titre mais sans que cette disposition ait été suivie de mise en œuvre). Ce statut permettrait ainsi un financement pérenne des CREAI, tout en préservant les principes et orientations fixés en 2014 dont l'indépendance vis-à-vis des établissements et services médico-sociaux mentionnés aux 1^o à 10^o et 12^o à 17^o de l'article L.3121, avec un cahier des charges actualisé au regard des évolutions du secteur et des pratiques qui se développent comme la participation paritaire au CA des personnes concernées. Le financement des CREAI sera alors similaire à celui des autres centres de ressources et bénéficiera d'une dotation globale telle que mentionnée au XI de l'article R. 314-105 et de la possibilité de financements complémentaires au titre de l'article R. 314-195.

Recommandation n°27 Donner aux CREAI le statut de service médico-social de type « centres de ressources » au titre du CASF avec fixation d'un cahier des charges inspiré de celui de 2014, renforcé sur la participation au conseil d'administration de personnes concernées et sur l'appui à la transformation du droit commun (environnements capacitants).

[240] La mission ne propose pas de changement quant aux modalités de financement de l'ANCREAI dans le cadre de la convention tripartite DGCS-CNSA-ANCREAI, l'ANCREAI étant à cet égard dans une situation comparable à celles d'autres fédérations d'établissements.

¹¹⁶ Instruction n° DGCS/3C/CNSA/2015/138 du 24 avril 2015 relative au financement des centres régionaux d'études, d'actions et d'informations (CREAI) en faveur des personnes en situation de vulnérabilité.

4.1.3 Outiller les stratégies immobilières

[241] S'agissant de l'investissement pour les projets immobiliers, Jean-René Loubat¹¹⁷ décrivait ainsi la problématique : « Sur le plan économique, la question du patrimoine immobilier, peu abordée, représente un frein très important à tout processus inclusif. Nombre d'opérateurs possèdent en effet des patrimoines immobiliers conséquents, issus largement de dons, le plus souvent encombrants, constitués de bâtiments anciens, peu fonctionnels et mal situés (châteaux, castels, maisons bourgeoises, anciens couvents, séminaires ou écoles), dont les coûts de maintenance et de mise aux normes sont exorbitants et proportionnels au désintérêt commercial qu'ils suscitent... Quant aux bâtiments plus récents, ils ont été construits sur mesure pour une certaine conception de la vie collective et s'avèrent parfois peu réutilisables pour un autre usage. Après avoir beaucoup investi dans leur adaptation aux normes, il est évidemment difficile de programmer la démolition de tous ces bâti... ».

[242] Le rapport IGAS 2021¹¹⁸ avait déjà recommandé de « mettre en œuvre, avec l'appui de la CNSA, une politique incitative de transformation patrimoniale pour les établissements particulièrement isolées, avec des subventions d'investissement. ». En effet, certains gestionnaires ont des établissements très isolés et vétustes, dont la valeur patrimoniale ne permet pas d'assurer un déménagement. Au-delà du cas des ESSMS isolés, la transformation de l'offre implique des configurations architecturales différentes (adaptation aux accompagnements spécifiques, ouverture vers l'extérieur, locaux de travail collectif pour des professionnels en intervention en milieu ordinaire...).

[243] Les ESSMS PSH n'ont pas, en tant que tels, bénéficié des crédits d'investissement Sécur (réservé aux établissements sanitaires et aux ESSMS du champ personnes âgées). Dans le cadre de la COG de la CNSA, 30 M€ par an étaient prévus au titre du plan d'aide à l'investissement PH à côté des crédits non reconductibles délégués chaque année par les ARS aux ESSMS (sur leur dotation régionale limitative) qui, par exemple pour l'année 2023 étaient de presque 140 M€.

[244] Avec l'instruction précitée sur le fonds d'appui à la transformation, le plan d'aide à l'investissement (PAI) pour les projets immobiliers est annoncé à hauteur de 147,5 M€ dont 27 M€ disponibles en 2024.

[245] Si l'instruction inscrit l'investissement immobilier dans des projets de transformation de l'offre au regard des objectifs réaffirmés par la CNH, les orientations de l'instruction ne disent donc que peu de choses des attendus des projets immobiliers et ne précisent rien quant aux spécificités d'investissement liés à l'école inclusive pour soutenir l'étayage médico-social à l'école (locaux dédiés, équipements techniques intégrés dans la conception des établissements scolaires...). Par ailleurs, ce plan d'aide à l'investissement ne peut pas, en l'état actuel, bénéficier aux ESSMS adultes sous compétence exclusive des conseils départementaux (le fonds d'appui est en soutien des ARS). Or, le secteur adultes doit tout autant se transformer que le secteur enfants, en particulier dans une optique de « suite de parcours » des enfants devenant adultes.

¹¹⁷ Jean-René Loubat dans « La « transformation de l'offre médico-sociale » : des intentions aux pratiques », Vie sociale 2023/3 (N°43).

¹¹⁸ Rapport IGAS Nicole Bohic et Franck Le Morvan « Mieux répondre aux attentes des personnes en situation de handicap – des outils pour la transformation des établissements et service sociaux et médico-sociaux », mai 2021.

Recommandation n°28 Elaborer un référentiel sur les enjeux immobiliers de la transformation pour accompagner les délégations de crédits du fonds d'appui à l'investissement, dès 2025 pour la prochaine délégation de crédits, à compléter ensuite pour les années suivantes d'un référentiel technique basé sur les travaux à mener par l'ANAP et mener une réflexion sur l'élargissement du périmètre du plan d'aide à l'investissement du fonds d'appui pour des projets de transformation relevant des conseils départementaux, dans une logique de co-financement des investissements sur le secteur adultes.

Recommandation n°29 Réaliser, à partir de l'inventaire immobilier, une étude spécialisée permettant de définir les besoins financiers pour les travaux d'adaptation des établissements médico-sociaux PSH et de prioriser les investissements ; sur cette base, préparer pour 2030 un plan pluriannuel des investissements sur les ESSMS PSH (à articuler avec les investissements liés à la transition écologique).

4.2 Repenser l'accompagnement par une dynamique interne en ESSMS

[246] La transformation de l'offre sociale et médico-sociale pour les personnes en situation de handicap nécessite aussi une dynamique interne des gestionnaires médico-sociaux, dynamique qui nécessite du temps dans un contexte de tensions en ressources humaines.

[247] L'évolution de la place et du rôle des personnes accompagnées dans leur propre accompagnement est le point de départ de la transformation. De la construction du projet à sa mise en œuvre, la demande de la personne concernée doit être recherchée et prise en compte, afin de lui proposer un accompagnement qui s'adapte à ses attentes, besoins et capacités. La dimension plus horizontale de la relation accompagné/accompagnant est une transformation en tant que telle du travail social.

Extrait d'une contribution d'un ESSMS à l'enquête réalisée par la mission sur les freins à la transformation de l'offre (cf. annexe 3 Résultats enquêtes)

« Le premier frein [à la transformation de l'offre] relève des ressources humaines et notamment de l'organisation du travail et des pratiques des collaborateurs. Intellectuellement, les équipes sont partantes et valident le « concept ». La transformation de leurs pratiques prend du temps. Les premiers jalons ont été posés en 2018 par la création d'ateliers transversaux et d'expérimentation de parcours croisés. 6 ans plus tard, la transformation est toujours en cours. Le mouvement pourra s'accélérer grâce à la pression exercée par les personnes accueillies dans l'établissement. Pour ce faire, elles doivent avoir connaissance de l'ensemble des prestations offertes par les différents ESSMS et elles pourront ainsi co-construire leur parcours avec leur référent en s'appuyant sur l'expertise et les modalités d'accompagnement de la Plateforme (et plus simplement du service vers lequel elles ont été orientées). »

[248] Sans pouvoir examiner dans sa globalité le changement d'approche fondé sur l'autodétermination et toutes les évolutions de contexte professionnel qui en découlent pour les professionnels du social et du médico-social, ce que le rapport Piveteau a d'ailleurs analysé en

2022¹¹⁹, deux leviers dans la transformation, l'un à l'échelle de chaque ESSMS et l'autre à l'échelle nationale paraissent devoir être soulignés.

[249] D'une part, les pratiques des établissements médico-sociaux doivent évoluer, ce qui nécessite de repenser le projet d'établissement, en lien avec le projet du gestionnaire lui-même.

[250] D'autre part, l'évolution de l'accompagnement implique de nouvelles approches, de nouvelles connaissances, imposant alors l'adaptation du système de formation initiale et le renforcement de la formation continue.

4.2.1 Pour de nouveaux projets d'établissements et services

[251] Chaque établissement ou service social ou médico-social est tenu d'élaborer un projet d'établissement ou de service, pour 5 ans, « *qui définit ses objectifs, notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement* » (article L. 311-8 du CASF). Le contenu minimal du projet, les modalités d'association du personnel et des personnes concernées à son élaboration sont définis par les textes.

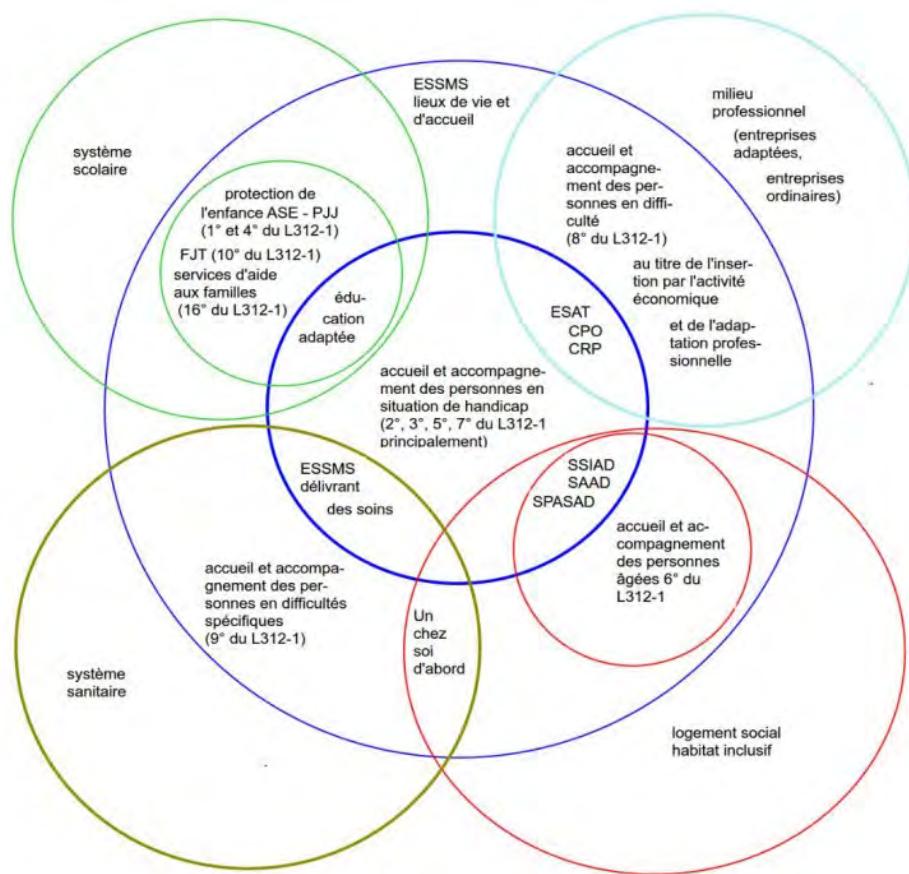
[252] Au titre des modalités de coordination et de coopération du projet d'établissement ou de service sont visés les partenariats « *avec d'autres personnes physiques ou morales concourant aux missions exercées* »¹²⁰ : cette notion doit aujourd'hui inclure les partenariats avec les acteurs de droit commun dans l'objectif d'inclusion mais aussi les autres ESSMS pour répondre aux publics avec vulnérabilités multiples¹²¹.

¹¹⁹ Rapport Denis Piveteau « Experts, acteurs, ensemble... pour une société qui change », 2022.

¹²⁰ D. 311-38-3 CASF.

¹²¹ Avec des obligations réciproques pour les partenaires potentiels relevant d'autres cadres juridiques – cf. la recommandation n°18 du rapport de 2021.

Graphique 3 : Interactions entre les ESSMS PSH et l'environnement



Source : Graphique réalisé par la mission IGAS 2021, Nicole Bohic, Franck Le Morvan

[253] Au titre des conditions d'organisation et de fonctionnement, le projet d'établissement ou de service doit présenter les missions de l'établissement ou service et la manière dont elles répondent aux orientations départementales et régionales. Il est donc indispensable aujourd'hui d'intégrer dans ces projets la diversification des modalités d'accompagnement et les modalités de co-construction avec les personnes concernées pour faire évoluer l'accompagnement et de présenter les objectifs du projet d'établissement en partant des prestations à proposer, en conformité avec la nomenclature détaillée des besoins et prestations.

[254] Au titre des critères d'évaluation et de qualité, doivent figurer « *les objectifs d'évolution, de progression et de développement de la qualité de l'accompagnement au sein de l'établissement ou du service, dans le respect des recommandations de bonnes pratiques professionnelles mentionnées à l'article L. 312-8* »¹²². Ces bonnes pratiques professionnelles participent de la transformation de l'offre au sens où seule leur mise en œuvre peut améliorer l'élaboration des projets individualisés d'accompagnement et garantir un accompagnement adapté aux besoins des personnes concernées ; elles doivent ainsi figurer expressément dans le projet d'établissement sous forme d'engagements à les mettre en œuvre, le cas échéant avec les engagements relatifs à la formation

¹²² D. 311-38-3 CASF.

des professionnels. Elles doivent enfin prévoir de manière systématique l'intervention d'au moins un pair-aidant¹²³ au sein des équipes de travailleurs sociaux.

[255] Toutes les composantes du projet d'établissement doivent donc dorénavant être pensées dans le sens de l'autodétermination et de la modularité des accompagnements, avec une attention particulière pour l'accompagnement des transitions, afin d'éviter les ruptures de parcours, et l'utilisation d'outils tels que la communication alternative améliorée pour permettre l'expression des attentes et besoins des personnes.

[256] Cette démarche doit également s'appliquer aux documents individuels qui formalisent l'accompagnement, ce qui implique de mettre en cause les notions mêmes de contrat de séjour¹²⁴ (termes renvoyant en première intention à un hébergement) et de document individuel de prise en charge - DIPC (ne garantissant pas la participation active de la personne accompagnée)¹²⁵. La notion de contrat d'accompagnement devrait être généralisée dans le champ du handicap¹²⁶ et sa mise en œuvre devrait être soumise dans tous les cas à la signature de la personne concernée et/ou de son représentant.

Recommandation n°30 Adapter les projets d'établissements et services pour y intégrer les enjeux d'autodétermination, de modularité des accompagnements et d'accompagnement des transitions (enfant/adulte, sortie de structure), prévoir l'intervention systématique de pairs-aidant et généraliser les contrats d'accompagnement dans le champ du handicap.

[257] Repenser un projet d'établissement dans une démarche de transformation de l'offre, doit se faire autour de la mise en œuvre de chacune des modalités d'accompagnement proposées ou à venir (au sens « mode de fonctionnement » de la nomenclature FINESS).

[258] Lors des déplacements de la mission, il a parfois été constaté que malgré une modularité des parcours possible dans l'absolu par la coexistence de toutes les modalités d'accompagnement, chaque modalité d'accompagnement était autonome des autres, sans articulation aucune, laissant ainsi perdurer l'organisation précédant l'intégration de toutes les modalités au sein d'un seul et même ESSMS. Qu'il s'agisse de l'hébergement, de l'accueil de jour ou de l'accompagnement en milieu ordinaire, le projet d'établissement doit être l'occasion de réinterroger les articulations, en particulier d'un point de vue RH (comme proposer des postes mixtes « dans les murs » et « hors les murs », organiser l'analyse de pratiques croisées...).

[259] Par ailleurs, s'agissant de l'hébergement, il apparaît nécessaire d'en diversifier les modalités :

- pour l'hébergement stricto sensu : tant du point de vue temporel (hébergement permanent, séquentiel ou temporaire) que du point de vue de l'adaptation aux capacités des personnes concernées dans une logique de renforcement du « chez soi », en particulier pour l'hébergement permanent en collectif conformément à la RBPP « Concilier vie en

¹²³ Cette intervention peut également être collective, dans le cadre d'un Groupe d'entraide mutuelle (GEM). Il convient toutefois de s'assurer que ces GEM fonctionnent eux-mêmes conformément au principe d'autodétermination, plusieurs interlocuteurs de la mission ayant signalé qu'il n'en était pas toujours ainsi, lorsque leur gouvernance est en fait assurée par des tiers.

¹²⁴ Le contrat de séjour est conclu pour tout accueil supérieur à deux mois – article D311 I du CASF.

¹²⁵ L'article D311-1 prévoit que le DIPC est établi dans tous les autres cas. La cosignature de la personne accompagnée ou de son représentant est facultative.

¹²⁶ Elle est déjà appliquée aux ESAT, sous la forme du « contrat d'accompagnement par le travail », depuis la loi n° 2023-1196 du 18 décembre 2023 pour le plein emploi (article L.311-4 du CASF, dernier alinéa).

collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement », et du processus d'autonomisation pour ceux qui le souhaitent et le peuvent ;

- s'ouvrir au logement accompagné : logement foyer, intermédiation locative... En effet, la mission ne peut que rappeler à cet égard l'intérêt d'une des recommandations du rapport de 2021, tendant à favoriser le passage des ESSMS au statut de logement foyer¹²⁷. Cette formule intermédiaire garantit à la personne accueillie un statut comparable à celui de locataire. Elle est d'autant plus appelée à se développer qu'elle est aussi celle des résidences autonomie principalement dédiées à des personnes âgées mais qui depuis 2015 accueillent une part croissante de publics diversifiés, parmi lesquels des PSH de tout âge. De même l'intermédiation locative, qui permet de donner à la personne accueillie un statut transitoire de sous-locataire, lui offre un cadre permettant de développer progressivement son autonomie.

[260] S'agissant de l'hébergement permanent et séquentiel en particulier, des solutions graduées du collectif à l'appartement diffus en passant par le semi collectif constituent une trajectoire permettant à la fois de s'adapter aux besoins des personnes concernées et à leurs capacités (quel que soit le sens de l'évolution) mais aussi de donner toutes ses chances à l'accès au logement ensuite, y compris en créant des partenariats avec des porteurs de projets d'habitat inclusif sur le territoire.

Exemple d'un établissement engagé dans une démarche de gradation de son offre d'hébergement

Cas d'un FAM pour des personnes avec troubles psychiques importants de 15 places d'hébergement dont 11 en collectif avec une place d'accueil temporaire et 4 en appartements et 13 places en accueil de jour avec partenariat avec une association pour un appartement autonome de transition (avec bail).

Au cours des trois dernières années, les mouvements peuvent se résumer ainsi :

- 1 personne est passée de l'internat à l'externat ;
- 1 personne est passée en appartement autonome de transition ;
- 6 personnes qui étaient en accueil de jour ont eu besoin de revenir en internat quelques jours (toujours inférieurs à 15 jours) pour éviter une ré-hospitalisation ou pour une suite d'hospitalisation ;
- 1 personne est revenue pour une durée indéterminée en internat ;
- 3 personnes ont quitté l'internat mais ne sont plus suivies par l'établissement.

Cet établissement indiquait que les demandes de bail aussi bien auprès du parc locatif privé que des bailleurs sociaux aboutissaient plus rapidement si une période d'autonomie en appartement avait précédé la demande.

[261] S'agissant de l'accueil de jour, sont encouragées les interventions complémentaires à domicile qui sécurisent l'accompagnement et préviennent les ruptures. Dans le champ de l'enfance, les modalités de scolarisation (sur site de l'ESSMS ou en unité externalisée) doivent être

¹²⁷ Recommandation n°19 pages 74-75.

réfléchies en lien étroit avec l'Education nationale pour offrir des possibilités d'adaptation et d'évolution au regard des compétences des enfants, lorsque l'inclusion au sein de la classe ordinaire n'est pas possible. Les unités externalisées sont à ce titre une modalité intéressante, à la condition qu'il y ait un réel projet partenarial avec l'Education nationale pour favoriser l'inclusion dans la vie de l'établissement scolaire.

[262] S'agissant de l'accompagnement en milieu ordinaire, qui doit s'entendre y compris dans d'autres structures (structures ASE ou structures pour publics en difficulté spécifiques par exemple), comme de nombreux rapports l'ont soulevé, il doit s'ouvrir sur un champ de prestations élargies pour garantir l'inclusion. En effet, si l'accompagnement à domicile doit être soutenu lorsque cela est souhaité et possible, cela ne saurait conduire à un isolement à domicile. Ainsi, tout ESSMS proposant un accompagnement social et médico-social à domicile doit rendre possible l'accès à la vie sociale. Dans le champ enfants s'agissant de la scolarisation, l'étayage médico-social en classe ordinaire doit systématiquement être inclus dans le nouveau projet d'établissement.

Réflexion à mener pour modifier un projet d'établissement ou de service

Mener une réflexion sur la diversification de chaque modalité d'accompagnement au regard du contexte territorial :

- Diversifier l'hébergement des ESSMS PSH (pour l'hébergement permanent : chez soi en collectif, chez soi en hébergement diffus, appartements autonomes...) et s'ouvrir le cas échéant à l'intermédiation locative (sortir de l'hébergement pour du logement) ;
- Diversifier l'accueil de jour : possibilité d'intervention à domicile et dans le champ de l'enfance en particulier poursuivre le déploiement d'unités externalisées en renforçant la dimension de projet commun établissement d'enseignement/ESSMS ;
- Diversifier l'accompagnement en milieu ordinaire en termes de lieux de vie (domicile mais aussi foyer ou famille d'accueil relevant de l'ASE) comme en termes d'accompagnements (école/entreprises, sport et culture...).

[263] Afin de construire leur projet de transformation, les ESSMS doivent être encouragés à approcher cette démarche par un travail interne de diagnostic, qui sera à outiller par l'ANAP.

[264] Ce diagnostic interne de l'ESSMS pourrait donc inclure la réévaluation de sa file active d'une part, incluant l'analyse de tous les projets de vie de personnes accompagnées, et de sa liste d'attente d'autre part (cf. annexe 5 pour les modalités de réévaluation).

[265] Les nouveaux projets d'établissement et de service pourront ainsi être construits à partir du diagnostic, en associant les professionnels et les personnes concernées ainsi que les partenaires extérieurs. En effet, comme le soulignait le rapport Piveteau de 2022¹²⁸, il doit être donné l'occasion aux professionnels de repenser ensemble leurs interventions dans un cadre ouvert, y compris avec les partenaires extérieurs pour s'ouvrir au droit commun.

[266] Il convient à cet égard de souligner que la transformation des ESSMS existants n'est pas une alternative au développement de l'habitat inclusif, mais doit être articulée avec lui. Plusieurs

¹²⁸ Rapport Denis Piveteau « Experts, acteurs, ensemble... pour une société qui change » 2022.

interlocuteurs de la mission, et notamment Denis Piveteau, ont signalé les obstacles juridiques qui pèsent sur ce développement, et notamment le risque de requalification en établissement¹²⁹. Ces obstacles doivent être levés.

4.2.2 Les enjeux de la formation et des pratiques

[267] Le rôle des ressources humaines est essentiel dans la transformation des ESSMS dédiés au handicap et il excédait largement le champ du présent rapport, sachant qu'une autre mission a été engagée parallèlement par l'IGAS sur l'attractivité des métiers du champ sanitaire et social.

[268] Un enjeu essentiel qui mérite néanmoins d'être abordé ici réside dans la formation des travailleurs sociaux et de leurs cadres. De nombreux interlocuteurs de la mission ont pointé le besoin non satisfait dans ce domaine.

[269] Un premier indicateur peut être tiré de la manière dont les référentiels des diplômes d'Etat du travail social prennent en compte ces enjeux.

Les diplômes d'Etat du travail social

Les treize diplômes d'Etat du travail social (DE TS) sont institués par le code de l'action sociale et des familles (CASF), qui renvoie leurs référentiels à des arrêtés ministériels. Ils ont pour objet de préparer à des emplois au sein des structures régies par ce code, notamment les ESSMS.

Trois diplômes préparent à des fonctions d'encadrement et de pilotage : les certificats d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement ou de service d'intervention sociale (CAFDES) ou d'encadrement et de responsable d'unité d'intervention sociale (CAFERUIS), et le diplôme d'Etat d'ingénierie sociale (DEIS) qui prépare à des fonctions d'expertise, de conseil, de conception, de développement et d'évaluation des ESSMS.

Un deuxième ensemble de six diplômes prépare à des fonctions d'accompagnement et de conseil aux différents publics de l'action sociale - assistant de service social (DEASS), conseiller en économie sociale (et) familiale (DECESF), médiateur familial (DEMF), technicien de l'intervention sociale et familiale (DETISF), accompagnant éducatif et social de personnes en situation de handicap ou en perte d'autonomie (DEAES) et assistant familial accueillant de manière permanente des jeunes à son domicile (DEAF).

Enfin, quatre diplômes préparent à des fonctions éducatives auprès de jeunes enfants (DEEJE) ou, à titre principal, de jeunes en situation de handicap ou d'inadaptation - éducateur spécialisé (DEES), éducateur technique spécialisé (DEETS) et moniteur éducateur (DEME).

L'exercice des professions sociales n'est pas subordonné à la détention d'un DE TS, sous la réserve du titre d'assistant de service social et sans définition normative d'actes qui lui seraient réservés. Les DE restent en revanche la voie de référence pour accéder à certains emplois publics ou à certaines classifications dans les conventions collectives du secteur privé.

[270] Dans leur état actuel, les référentiels réglementaires de ces diplômes n'abordent pas directement les notions de transformation et d'autodétermination, et ne font pas mention des

¹²⁹ En tant qu'établissement recevant du public au sens du code de la construction et de l'habitat (cf. CE Juge des référés 20/02/2023, 470899).

outils de communication alternative améliorée¹³⁰ ou de l'apport du savoir expérientiel tel que celui de la pair-aidance.

[271] La DGCS a engagé une réflexion d'ensemble sur l'évolution des référentiels, dans le cadre de l'obligation de révision quinquennale des certifications professionnelles, et prévoit notamment de décliner pour chacun des diplômes un bloc de compétences (BC3) dédié au développement du pouvoir d'agir des personnes accompagnées (et pas seulement de celles en situation de handicap).

[272] S'agissant de la transformation, il est également envisagé d'intégrer aux référentiels du CAFDES et du DEIS la capacité de « Déployer une expertise stratégique et prospective contribuant à la transformation de l'offre sociale et médico-sociale ».

[273] La mission considère que cette démarche, appuyée sur une large concertation, doit être encouragée. Elle signale toutefois que la transformation n'intéresse pas que les cadres supérieurs chargés de la concevoir au niveau des sièges sociaux des organismes gestionnaires : elle concerne au premier chef les titulaires du CAFERUIS, qui reste en pratique un diplôme de référence pour la majorité des directeurs d'établissements¹³¹. **Plus généralement, tous les travailleurs sociaux sont impactés par la transformation de l'offre, ne serait-ce que par la diversification de leur activité qu'elle implique, notamment un travail « hors les murs » pour ceux qui exercent en établissement. Ils doivent donc être formés aux enjeux de cette transformation pour pouvoir en être des acteurs à part entière – y compris dans la prise de décision présidant aux choix de transformation**¹³².

[274] Surtout, la rénovation de la formation initiale des seuls titulaires des DE TS ne peut suffire dès lors que :

- elle n'aura pas son plein effet à l'horizon 2030¹³³ ;
- une part non négligeable des salariés du secteur est formée dans le cadre d'autres certifications¹³⁴.

[275] Il est donc indispensable de déployer très rapidement, avec le cas échéant, l'appui financier de la CNSA, une offre de formation continue dans ces domaines, ouverte également aux étudiants en stage, sans préjudice des obligations qui seront inscrites dans le cadre permanent de fonctionnement des Structures handicap et/ou de la future convention collective unifiée (CCNUE) en cours de négociation. Ces formations devraient nécessairement comporter :

¹³⁰ La FNEM a signalé à la mission que ces outils sont particulièrement demandés par les employeurs alors que leur existence n'est généralement pas abordée dans le cadre des formations initiales.

¹³¹ En vertu de l'article D312-176-6 du CASF, un diplôme de niveau 7, tel que le CAFDES ou le DEIS, n'est exigé que pour diriger le siège social d'un organisme gestionnaire, un GCSMS ou un ensemble de structures d'une taille importante (dépassant au moins deux des trois seuils suivants : 50 ETP, 3,1 M€ de ressources, 1,55 M€ de bilan). Ainsi, un ESSMS (hors SAD) comptait en moyenne 22 ETP en 2022 – cf. DREES L'accompagnement médico-social des personnes handicapées fin 2022 - Etudes et résultats - N° 1306.

¹³² Ce qui renvoie aux conditions d'élaboration du projet d'établissement.

¹³³ Si l'on prend en compte l'horizon d'élaboration et de publication des nouveaux référentiels (septembre 2026) et la durée du cycle de formation (deux à trois ans pour la plupart des diplômes) et même en tenant compte du fait qu'un tiers des DE TS sont acquis par la validation des acquis de l'expérience (VAE), dont la durée peut être plus courte.

¹³⁴ Il n'existe pas de statistiques précises sur ce point, mais diverses études montrent la part croissant d'autres diplômes, notamment s'agissant des cadres (voir le rapport IGAS-IGESR sur La certification des diplômes du travail social par les services déconcentrés de l'Etat – juillet 2022 – p 40 et suivantes).

- l'intervention de personnes ayant été ou étant en situation de handicap elles-mêmes formées à la transmission de leur savoir expérientiel (experts d'usage) ;
- une initiation aux méthodes de communication alternative améliorée (CAA) dont beaucoup d'acteurs rencontrés ont indiqué combien elle était nécessaire à l'exercice de l'autodétermination ;
- et attendue à la fois par les personnes en situation de handicap, les professionnels et les ESSMS qui les emploient, y compris dans ceux principalement dédiés aux adultes.

[276] La mission estime à 170 M€ le coût d'une telle formation minimale (voir fiche d'impact détaillée en annexe 1).

Recommandation n°31 Déployer une offre de formation continue dédiée à la transformation de l'offre et à l'autodétermination dans le champ du handicap, et prévoyant systématiquement l'intervention d'experts d'usage et une initiation aux méthodes de communication alternative améliorée

5 Affirmer les droits individuels

5.1 Soutenir l'accès aux droits, développer les aides à l'autodétermination

5.1.1 Soutenir l'accès aux droits

[277] L'information est le prérequis indispensable à l'accès aux droits.

[278] Ainsi, la diffusion de supports d'information à destination des personnes en situation de handicap, de leurs familles, et des organismes tutélaires, sur les droits des personnes, sur l'autodétermination et sur les ressources du territoire pouvant venir au soutien de la construction du projet personnel, doit être systématisée. Les MDPH, mais aussi tous les organismes impliqués dans le repérage et l'orientation, dans l'accompagnement comme les CCAS, dans la coordination d'acteurs comme les communautés 360, doivent pouvoir diffuser des supports adaptés à la diversité des handicaps, afin que les personnes puissent revendiquer et exercer leurs droits. Les Établissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux (ESSMS) doivent aussi pouvoir sensibiliser leur public dès la procédure d'admission.

[279] Plus spécifiquement, il paraît nécessaire de faciliter la démarche d'accès aux droits en systématisant les liens entre Centres communaux d'action sociale¹³⁵ (CCAS) et MDPH afin de garantir une meilleure coordination entre les différentes structures impliquées dans l'accompagnement des personnes en situation de handicap. Cette collaboration permettrait de mieux identifier et répondre aux besoins des personnes, en assurant une continuité dans l'accompagnement et l'accès aux droits.

[280] Les CCAS sont en effet confrontés aux difficultés de leurs usagers dans la démarche d'accès au droit mais aussi dans le suivi de la démarche au vu des tensions sur l'offre.

¹³⁵ Les Centres intercommunaux (CIAS) sont englobés dans cette formule.

[281] Les échanges avec des CCAS ont confirmé que des initiatives locales de désignation de référents à la MDPH pour les CCAS, avec ou sans conventionnement entre l'union départementale des CCAS et la MDPH, facilitent les démarches des personnes accompagnées en CCAS et le suivi de leur dossier.

Recommandation n°32 Systématiser un lien CCAS et MDPH, par désignation d'un référent MDPH pour les CCAS afin de faciliter les dossiers de demande et le suivi de ces derniers.

[282] Par ailleurs, une étude nationale sur le non-recours (dont absence de demande à la MDPH), à l'instar de celle sur le non-recours à l'AME, en complément des enquêtes ponctuelles menées sur le non-recours aux droits ouverts par la MDPH) serait utile pour engager des actions territoriales destinées aux personnes en situation de handicap les plus éloignées de leurs droits.

[283] Cette étude, nécessitant une approche pluridisciplinaire pourrait reposer sur les :

- Analyse des données : études et enquêtes existantes, données spécifiques des MDPH ;
- Entretiens et enquêtes auprès des personnes concernées pour comprendre leurs expériences et les obstacles rencontrés dans l'accès à leurs droits ;
- Analyse des dispositifs et des procédures d'accès aux droits en identifiant les éventuelles lacunes, dysfonctionnements et obstacles administratifs qui peuvent décourager les personnes en situation de handicap de faire valoir leurs droits ;
- Mesure de la connaissance des droits par les personnes en situation de handicap.

[284] La production de statistiques régulières et représentatives pour quantifier ces phénomènes de non-recours de façon plus large et pour caractériser les populations concernées pourrait ensuite faire l'objet de travaux dédiés.

Recommandation n°33 Lancer une étude pluridisciplinaire sur le non-recours aux droits pour les personnes en situation de handicap.

5.1.2 Développer les ressources d'aide à l'autodétermination

[285] Par ailleurs, afin de garantir l'effectivité de l'autodétermination des personnes en situation de handicap, il est essentiel de déployer les ressources nécessaires sur le territoire pour soutenir l'autodétermination, également en dehors de l'offre d'accompagnement médico-sociale.

[286] En 2016, un dispositif Assistant au projet de vie (APV) a été expérimenté par les organisations membres de Nexem qui en a assuré le pilotage au niveau national.

[287] En 2016 également, au lancement des expérimentations sur l'accompagnement à l'autonomie en santé, des projets ont été dédiés aux personnes en situation de handicap lié à une maladie rare ou à des maladies chroniques invalidantes, avec un rôle similaire sur l'expression des choix et la prise de décision.

[288] En compléments des crédits alloués aux communautés 360 qui doivent favoriser l'autodétermination, en 2022, le cadre de référence relatif au déploiement de dispositifs de soutien à l'autodétermination et de facilitateurs a été publié et annexé à l'instruction de la

campagne budgétaire 2022¹³⁶. Des crédits ont été fléchés à hauteur de 40 000 euros par département, montant considéré comme correspondant au financement d'un facilitateur ou assistant au projet et parcours de vie (APPV). En 2024, 4 millions d'euros répartis parmi les ARS ont été fléchés pour le déploiement de facilitateurs vers le milieu ordinaire¹³⁷.

[289] Les objectifs de l'appui à l'autodétermination y ont été définis comme suit : « *Soutenir l'exercice des droits fondamentaux des personnes ; Décentrer les acteurs des besoins de la personne au profit d'un recentrage sur ses choix de vie qui constituent son « projet de vie », seul objet de la coopération de la personne avec l'ensemble des acteurs ; Se positionner à côté de la personne et du côté de la personne ; Garantir l'équitabilité de la coopération entre la personne et ses environnements en prenant en compte les contraintes de chacun des acteurs ; Compenser la posture de « vulnérabilité », qui induirait des incapacités, qui nécessiterait d'être dans des espaces surprotecteurs, sécurisants.* »

[290] Un cadre de référence d'une formation de « facilitateurs de choix de vie » a été élaboré par le CNAM, en se basant sur le certificat « Assistant aux Projets et Parcours de vie » (issu de l'expérimentation NEXEM).

[291] Pour ne pas cumuler des appellations ou sigles qui s'ajoutent à ceux de l'offre médico-sociale, la possibilité d'une convergence de ces nouveaux métiers sous une seule et unique appellation, pourrait être examinée et faire l'objet d'un décret en assurant une définition commune.

[292] Par ailleurs, plusieurs interlocuteurs de la mission dont des auto-représentants en situation de handicap ont souligné que le soutien à l'autodétermination ne serait pas effectif tant que les professionnels du secteur ne seront pas montés en compétence sur la communication alternative améliorée.

[293] En particulier, pour être en capacité de répondre à la demande et d'être accessible pour toutes les situations de handicap, il faudrait, au-delà des recommandations de formation posées dans le cadre de référence susmentionné, y ajouter une formation en communication alternative améliorée.

[294] La mission n'a pas eu l'occasion de rencontrer des facilitateurs mais tous les échanges menés concluent à l'intérêt de déployer le soutien à l'autodétermination, y compris pour intervenir en appui aux ESSMS dans le cadre de leur projet de transformation pour faciliter l'expression de la demande. D'ores et déjà, la CNH a prévu que leur intervention serait systématiquement proposée d'ici 2027 à l'ensemble des jeunes entre 15 et 20 ans en établissement. Le vecteur de financement étant celui de l'ONDAM médico-social, l'indépendance fonctionnelle des facilitateurs vis-à-vis des ESSMS qui les paient aujourd'hui doit être garantie par des dispositions réglementaires¹³⁸.

¹³⁶ Instruction interministérielle n° DGCS/SD5B/DSS/SD1A/CNSA/DESMS/2022/108 du 12 avril 2022 relative aux orientations de la campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes en situation de handicap et des personnes âgées pour l'exercice 2022.

¹³⁷ Instruction n° DGCS/SD5B/DSS/SD1A/CNSA/2024/62 du 22 mai 2024 relative aux orientations de la campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes en situation de handicap et des personnes âgées pour l'exercice 2024.

¹³⁸ Elles pourraient s'inspirer de celles prévues pour les mandataires judiciaires à la protection des majeurs employés par des établissements hospitaliers ou médico-sociaux, en termes de prévention des conflits d'intérêt (article R472-17 du CASF), de rendu compte et d'organisation de leur travail (article R472-20) et de confidentialité de leurs échanges avec les personnes qu'ils conseillent (articles R472-21 et 22).

Recommandation n°34 A moyen terme, déterminer une cible en nombre de facilitateurs par territoire au regard d'un bilan de leur activité à établir et poursuivre le déploiement des facilitateurs jusqu'à la cible fixée en publiant un décret fixant les principales garanties d'indépendance et d'accès ; systématiser la formation des facilitateurs à la communication alternative améliorée et mener une réflexion sur la convergence des différentes catégories de facilitateurs dans le secteur du handicap sous une même appellation et sous un même mode de financement.

Enfin, la mission a pu constater que dans le Référentiel d'évaluation de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux publié par la HAS en 2022¹³⁹ en vue des nouvelles évaluations quinquennales externes des ESSMS commençant à compter de 2023, un chapitre entier, le premier, est dédié aux personnes accompagnées par les ESSMS.

L'ensemble des critères d'évaluation de ce chapitre est présenté comme suit : « *À partir de l'identification de plusieurs personnes accompagnées par l'ESSMS, différents critères d'évaluation sont investigués tout au long de leur parcours d'accompagnement. Les différents entretiens menés visent à appréhender la perception de la bientraitance par la personne accompagnée, le respect de ses droits, les actions permettant de faciliter son expression et sa participation, son implication dans la co-construction et la personnalisation de son projet d'accompagnement, l'adaptation de son accompagnement à l'autonomie et à la santé, et la continuité et la fluidité de son parcours.* ».

La mission considère que ces critères couvrent de manière satisfaisante les enjeux du point de vue des usagers.

A l'inverse, dans le chapitre dédié aux professionnels, l'accent est peu mis sur les pratiques favorisant l'autodétermination des personnes accompagnées.

Au sein du critère 2.2 « Les professionnels favorisent l'exercice des droits fondamentaux et des libertés individuelles de la personne accompagnée », il paraîtrait donc nécessaire d'introduire la mise en place de pratiques soutenant l'autodétermination au quotidien (du choix de ses vêtements au choix de la modalité d'accompagnement ou de la prestation).

Par ailleurs, pour mesurer concrètement les possibilités de parcours modulaires, basés sur les choix et les besoins des personnes accompagnées, un critère dédié à la modularité des parcours pourrait également être intégré dans le référentiel au point 3.4 – « L'ESSMS coconstruit sa stratégie d'accompagnement et son inscription dans le territoire, dans une approche inclusive. ». Il est également nécessaire qu'une évaluation commune puisse être réalisé pour les ESMS fonctionnant en dispositif (par convention) pour apprécier la modularité des parcours dans ce cadre de fonctionnement.

Ces évaluations externes, encore trop récentes pour avoir un recul sur leur qualité et sur leur impact, doivent être utilisées par les ESSMS afin d'ajuster et d'améliorer leur fonctionnement, tout en s'assurant que l'autodétermination devienne un principe effectivement appliqué dans tous les aspects de l'accompagnement. Les résultats des évaluations doivent être publics aussi bien pour la MDPH que pour les usagers, ce qui nécessite de prendre le décret prévu à l'article L.312-8 du CASF. Cet enjeu de publication des résultats au regard des enjeux de transparence est le même pour les autres secteurs sociaux et médico-sociaux.

¹³⁹ Référentiel HAS d'évaluation de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

Recommandation n°35 Publier les résultats des évaluations quinquennales externes pour assurer la transparence vis-à-vis des personnes concernées et de leurs proches, adapter le référentiel des évaluations de la HAS en intégrant des critères sur le soutien à l'autodétermination dans la partie relative aux professionnels d'une part et sur la modularité des parcours dans la partie relative à l'ESSMS d'autre part ; exiger une évaluation commune pour les ESSMS fonctionnant en dispositif par convention.

5.2 Mieux individualiser les prestations

5.2.1 Reconnaître les droits individuels en établissement

[295] Comme l'avait relevé le rapport de 2021, plusieurs dispositions empêchent de facto les personnes accueillies en établissement d'en sortir. Sans attendre une transformation générale des ESSMS, ces entraves doivent être levées.

[296] Un premier obstacle, dont les entretiens de la mission ont montré la persistance, tient à la charge susceptible de peser sur les personnes accueillies lorsqu'elles sont absentes de l'établissement, particulièrement inéquitable en cas d'hospitalisation, ou contradictoire avec l'orientation inclusive, s'agissant de périodes d'essai vers des dispositifs d'habitat partagé ou d'accompagnement en milieu ordinaire.

[297] La mission ne peut sur ce point que reprendre l'analyse du rapport de 2021¹⁴⁰ : il convient de renverser, en matière de handicap, la règle posée par l'article L. 314-10 du CASF¹⁴¹, en instaurant un droit d'absence sans frais lorsque l'absence est programmée ou en cas d'urgence, notamment médicale. Cette mesure est indispensable pour atteindre l'objectif général fixé par la CNH, qui prévoyait que d'ici 2030 les personnes accompagnées « pourront ... s'absenter quand elles le souhaitent ».

[298] Une telle mesure impactera de manière diverse les départements et les établissements qu'ils financent dans le cadre de l'aide sociale à l'hébergement, selon les règles posées par les différents règlements départementaux d'aide sociale (RDAS). Pour éviter une augmentation concomitante de leurs charges, elle doit être articulée avec le développement de l'accueil temporaire inhérent à la généralisation des « Structures handicap » préconisée supra, qui permet de sécuriser le retour de la personne, notamment en cas d'échec de l'essai en milieu ordinaire, sans obérer la capacité d'accueil de l'établissement. Le droit au retour après un essai en milieu ordinaire, tel qu'il existe déjà pour les ESAT¹⁴², doit être sécurisé dans tous les ESSMS.

¹⁴⁰ Pages 67-68.

¹⁴¹ L'article L. 314-10 du CASF dispose seulement que « Les personnes qui s'absentent temporairement, de façon occasionnelle ou périodique, de l'établissement où elles sont accueillies peuvent être dispensées d'acquitter tout ou partie de leurs frais d'hébergement. / Les conditions d'application du présent article, qui peuvent être variables selon la nature de l'établissement et le mode de prise en charge desdits frais, sont soit fixées par voie réglementaire lorsqu'il s'agit d'établissements dont le financement est assuré grâce à une participation directe ou indirecte de l'Etat ou d'organismes de sécurité sociale, soit déterminées par le règlement départemental d'aide sociale lorsqu'il s'agit d'établissements dont le département assure seul le financement ».

¹⁴² Article L.344-2-5 du CASF.

[299] Cela implique que la personne hébergée qui s'absente accepte que sa chambre¹⁴³ soit temporairement occupée par une autre personne, dans des conditions de nature à préserver son intimité qui doivent être organisées dès la conclusion du contrat de séjour ou par un avenant à celui-ci pour les personnes déjà accueillies (sécurisation de ses effets personnels, etc ...).

[300] Cela implique aussi l'assouplissement des règles de l'accueil temporaire dont le plafond annuel devrait être porté, en matière de handicap, de 90 à 180 jours, et qui serait accessible sans orientation spécifique aux personnes déjà orientées vers un ESSMS, comme le suggéraient déjà le rapport de 2021 et le rapport de 2022 sur les solutions de répit, ce qui en faciliterait la mise en œuvre sans en dénaturer la portée¹⁴⁴.

Recommandation n°36 En combinaison avec le développement de l'accueil temporaire qui serait accessible sans orientation spécifique sous un plafond annuel porté à 180 jours, inscrire dans la loi un droit d'absence en dispense de frais d'hébergement, dès lors que l'absence est programmée, en particulier en cas d'essai en milieu ordinaire, ou intervient en situation d'urgence, ainsi qu'un droit au retour

[301] Une autre difficulté déjà identifiée en 2021 et qui reste entière tient aux conditions variables de solvabilisation des prestations de soins de rééducation, de réadaptation fonctionnelle et de soutien psychologique fournies par des professionnels paramédicaux (kinésithérapeutes, psychologues, psychomotriciens, ergothérapeutes, orthophonistes, etc ...).

[302] Les dispositions réglementaires du CASF¹⁴⁵ sont en effet interprétées de telle sorte que lorsque ces professionnels figurent dans l'équipe médicale, paramédicale, psycho-sociale et éducative prévue à titre obligatoire pour la catégorie de l'ESSMS concerné, ou même à titre facultatif dans son projet d'établissement, ils sont considérés comme pris en compte dans son budget, qu'ils soient salariés ou intervenant à titre libéral dans le cadre d'une convention – même quand l'ESSMS n'est pas en capacité de fournir effectivement les prestations prescrites, par exemple en raison d'une insuffisance de dotation ou de difficultés de recrutement. C'est en partie pour résoudre cette difficulté (improprement considérée comme visant à éviter une « double prise en charge ») qu'a été lancée l'expérimentation Facilisoins¹⁴⁶.

¹⁴³ Sous réserve de dispositions législatives ou réglementaires spécifiques – cf. le contrat d'occupation dans les (trop rares) logements foyers dédiés aux personnes en situation de handicap régis par les articles L. 633-1 et suivants du code de la construction et de l'habitation (CCH) et solvabilisés par l'APL – où la personne hébergée dispose de locaux pleinement privatifs pour lesquels la problématique du droit d'absence ne se pose pas.

¹⁴⁴ Pages 62-63 du rapport de 2021 - l'accueil temporaire (par nature minoritaire sur une année complète) ne devant pas être confondu avec l'accueil séquentiel sans durée préfixée ; rapport IGAS Soutenir les aidants en levant les freins au développement de solutions de répit – décembre 2022 - recommandation n°32 La DGCS avait préparé un projet de décret relevant le plafond et l'avait présenté devant le CNCPh, qui lui avait donné un avis favorable en avril 2022, mais ce projet n'a pas été publié.

¹⁴⁵ Cf l'article R. 314-22 concernant le secteur enfants et rendu applicable au secteur adultes par l'article R. 314-147 : « Les soins complémentaires, délivrés à titre individuel par un médecin, un auxiliaire médical, un centre de santé, un établissement de santé ou un autre établissement ou service médico-social, sont pris en charge par les organismes d'assurance maladie obligatoire dans les conditions de droit commun, en sus du tarif versé à l'établissement ou au service : 1° Soit lorsque leur objet ne correspond pas aux missions de l'établissement ou du service ;

2° Soit, par dérogation aux dispositions du 2° de l'article R. 314-26, lorsque, bien que ressortissant aux missions de l'établissement ou du service, ces soins ne peuvent, en raison de leur intensité ou de leur technicité, être assurés par l'établissement ou le service de façon suffisamment complète ou suffisamment régulière ... ». La mise en œuvre de ces dispositions est alourdie par le fait que la prescription doit provenir d'un médecin de l'établissement et nécessite une entente préalable si les soins complémentaires sont liés « au handicap ayant motivé l'admission » - alors même que celui-ci est rarement explicité dans la décision d'orientation.

¹⁴⁶ Dans le cadre de l'article 51 de la loi de financement pour 2018.

L'expérimentation FACILISOINS (cf. annexe 11)

Lancé par l'arrêté du 16 avril 2021 relatif à l'expérimentation nationale d'un forfait santé en ESSMS – nouveau modèle de financement de l'organisation de la prévention et des soins en établissement pour personnes en situation de handicap, cette expérimentation dite « article 51 » a démarré de manière effective au second trimestre 2023, après deux ans de travaux préparatoires (contractualisation, modèle financier).

L'enjeu était de faire sortir les postes de dépenses « maladies » des ESSMS pour les faire supporter par le droit commun, au sens de l'ONDAM ville : médicaments et dispositifs médicaux, consultations de ville liées à la maladie, qu'elle soit liée ou non au handicap, imagerie, laboratoire....

Dans le cadre de cette expérimentation, les missions de réadaptation, d'accompagnement du parcours de santé (coordination) et de prévention restaient pris en charge sur le budget de l'établissement dénommé « forfait santé », d'autant plus que nombre de professionnels de la rééducation et de la réadaptation fonctionnelle ne figurent pas parmi les professions conventionnées avec l'assurance maladie, empêchant la prise en charge financière en ville.

[303] L'absence de clarification des règles financières et du cadre définitif de l'expérimentation n'ont pas permis de la conduire sous son objectif initial. Il en ressort donc que dans l'attente de nouveaux travaux pour modéliser une bascule de la prise en charge financière des soins vers le droit commun (usage de la carte vitale), pour garantir l'accès à la santé, il est nécessaire de supprimer l'interdiction de « double prise en charge ». Elle repose en effet sur un postulat devenu obsolète, selon lequel l'ESSMS a vocation à prendre en charge intégralement la personne qu'il accompagne, à rebours des objectifs de la transformation en cours, qui vise justement à donner à cet accompagnement un caractère modulaire – sans préjudice de la différence de traitement injustifiable qu'elle induit par rapport aux autres assurés qui ont le libre choix de leurs soins.

Recommandation n°37 Dans l'attente de nouveaux travaux sur le financement des prestations de soins, supprimer l'interdiction de « double prise en charge » pour les personnes accompagnées par un ESSMS.

[304] Au demeurant, cette difficulté ne concerne pas que les personnes accompagnées par un ESSMS, dès lors que certaines prestations paramédicales ne sont pas prises en charge par l'assurance maladie dans le cadre des soins de ville. La seule manière d'assurer leur accessibilité universelle est de les solabiliser dans le cadre de prestations individualisées telles que l'AEEH et la PCH, quand elles ne sont pas directement fournies par un établissement ou un service.

5.2.2 Mieux articuler accompagnement médico-social et prestations individualisées

[305] Plusieurs interlocuteurs de la mission, et notamment l'ANCREAI, ont attiré son attention sur la difficulté à articuler la modularité du parcours individuel avec le service des prestations de compensation, ce qui induit des délais de solvabilisation décourageant le passage en milieu ordinaire¹⁴⁷.

¹⁴⁷ Sachant que la notification concomitante de l'orientation initiale et des droits à l'AEEH ou à la PCH est déjà un sujet en soi – cf. le rapport IGAS sur les MDPH.

[306] Il est d'ailleurs frappant que cette question ne soit traitée que de manière peu prescriptive par les dispositions les plus formalisées organisant la modularité, qui régissent (ou régissaient antérieurement pour les seuls ITEP) le fonctionnement en dispositif pour les jeunes en situation de handicap.

[307] De fait, la délégation de compétences de la CDAPH en termes de modalités d'accompagnement, permise par le cadre juridique des dispositifs, est sans effet sur l'AEEH et son complément : les règles de service de cette allocation ne sont pas adaptées en conséquence, les dispositions réglementaires qui régissent la convention cadre conclue entre les acteurs départementaux concernés (MDPH, ARS, CAF, CPAM, Education nationale, etc ...) ne prévoyant que les circuits d'informations dans le cadre desquels l'AEEH est adaptée aux évolutions du mode d'accompagnement, à partir d'une fiche de liaison décrivant la modification des modalités d'accompagnement et/ou de scolarisation.

Tableau 6 : Dispositions applicables à l'AEEH dans le cadre d'un fonctionnement en dispositif intégré

DITEP version 2020	Dispositif intégré version 2024
<p>7. Précisions sur le circuit de gestion des prestations</p> <p>Lorsque l'enfant est orienté vers un fonctionnement en dispositif ITEP intégré, les règles d'attribution de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé et de ses compléments sont assurées dans les conditions définies par le code de la sécurité sociale.</p> <p>La convention cadre doit prévoir le circuit de gestion à adopter afin de garantir une gestion à bon droit des compléments attribués. ...</p>	<p>4. Modalité d'accès au fonctionnement en dispositif intégré et évolution de l'accompagnement médico-social et de la scolarité</p> <p>...</p> <p>b ii) Le représentant de l'ESSMS porteur du fonctionnement en dispositif intégré est responsable des renseignements portés via la fiche de liaison et assure sa transmission le cas échéant à la CDAPH et à l'ensemble des partenaires concernés ...</p> <p>Afin d'assurer l'information des parties, le suivi du parcours de l'enfant, de l'adolescent ou du jeune adulte et l'ajustement du plan de compensation et des droits à l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH), la fiche de liaison revêt un caractère obligatoire.</p>
<p>2.1. Si la modification d'orientation de l'enfant se traduit par un accueil en internat, et afin de faciliter la gestion de l'AEEH et de son complément éventuel, la convention prévoit que le document est transmis à l'organisme débiteur des prestations familiales qui en informe la CDAPH. Une attestation signée par l'établissement et la famille et précisant le nombre de nuits effectivement passées par l'enfant au domicile des parents est transmise selon une échéance mensuelle à l'organisme débiteur des prestations familiales.</p>	
<p>2.2. Dans les autres cas de modification d'orientation, la convention prévoit que ce document signé par la famille vaut saisine de la CDAPH pour procéder à un réexamen de la situation de la famille qui donne lieu à une décision de révision du droit au complément à l'AEEH, dès lors que les changements portés à la connaissance de la CDAPH entraînent des modifications du taux d'activité des</p>	<p>iii) 2 Dans le cas de modification « substantielle » ... lorsque le changement de modalité d'accompagnement conduit à un passage d'un hébergement en internat ou en centre d'accueil familial spécialisé-CAFS (accueil de nuit) à un hébergement à domicile (pour tous les enfants bénéficiaires de l'AEEH), ou à un accompagnement en accueil de jour de plus de 16 heures par semaine (pour les</p>

parents, de la durée du recours à une tierce personne rémunérée ou du montant des dépenses engagées, directement en lien avec le handicap de l'enfant.	enfants bénéficiant d'un complément de 6e catégorie), la MDPH procède à un réexamen rapide de la situation de la famille, au regard de ses droits à l'AEEH ;
--	--

Source : Annexe 2-12 du CASF - Cahier des charges définissant les conditions de fonctionnement en dispositif intégré prévu à l'article L 312-7-1 du CASF

[308] Or, les règles d'attribution de l'AEEH et de son complément (accordé, suivant un classement forfaitaire en six catégories, lorsque le handicap exige des dépenses particulièrement coûteuses ou le recours fréquent à l'aide d'une tierce personne) se fondent sur la charge effective que l'enfant en situation de handicap entraîne pour ses parents et prennent notamment en compte les situations où cette charge est en partie ou en totalité matériellement assurée par un établissement, avec ou sans hébergement. Ainsi :

- l'AEEH et son complément ne sont pas dus lorsque l'enfant est placé en internat, sauf pour les périodes de congés ou de suspension de la prise en charge¹⁴⁸ ;
- à l'inverse, ils ne sont dus, quand le taux d'incapacité est compris entre 50 % et 80 %, que si l'enfant fréquente effectivement un établissement ou un dispositif adapté d'accompagnement, sur orientation de la CDAPH (c'est-à-dire que dans l'attente de la prise en charge effective la seule décision ne suffit pas)¹⁴⁹ ;
- le niveau le plus élevé de complément d'AEEH (6ème catégorie, lorsque le handicap constraint l'un des parents à n'exercer aucune activité professionnelle ou exige le recours à une tierce personne rémunérée à temps plein) n'est attribué que sous réserve de l'appréciation de l'impact de l'accueil de jour éventuellement assuré par un établissement d'éducation spéciale¹⁵⁰.

[309] Il en résulte plusieurs hypothèses qui justifient la suspension du droit à l'AEEH et à son complément dans l'attente d'une nouvelle décision de la CDAPH, alors même que l'intervention de celle-ci n'a pas été nécessaire pour faire évoluer les modalités d'accompagnement par l'ESSMS fonctionnant de manière intégrée.

Mesures de suspension du versement de l'AEEH et de son complément applicables en cas de modification des modalités d'accompagnement

Le placement de l'enfant en internat dans un établissement d'éducation spéciale ou placement en externat ou semi-internat dans un établissement d'éducation spéciale plus de deux jours par semaine : l'allocataire doit en informer la CDAPH et le paiement du droit est suspendu sans indu dans l'attente d'un nouvel avis CDAPH.

En cas de fin de placement d'un enfant avec retour définitif au foyer :

- o Pour les enfants en situation de handicap avec un TI (taux d'incapacité) supérieur ou égal à 80% : information de la CDAPH et dans l'attente d'un nouvel avis, le versement de l'AEEH de base est maintenu et le complément éventuel est suspendu mais sans générer d'indu.
- o Pour les enfants en situation de handicap avec un TI compris entre 50 % et 80 % : information de la CDAPH qui suspend l'AEEH de base et le complément individuel sans générer d'indu et dans l'attente d'un nouvel avis.

¹⁴⁸ Article L541-1 du CSS, dernier alinéa.

¹⁴⁹ Même article, avant dernier alinéa.

¹⁵⁰ Article R541-2 du CSS.

En cas de prise en charge et fin de prise en charge des frais de séjour par l'Assurance maladie, l'ASE ou l'Etat : information de la CDAPH par l'allocataire et les versements sont suspendus sans générer d'indu dans l'attente d'un nouvel avis.

En cas d'hospitalisation : pour un enfant bénéficiaire d'un complément, il faut en informer la CDAPH qui informe ensuite l'allocataire de la suspension du droit à l'AEEH et au complément ainsi que de la nécessité de justifier auprès de la CDAPH d'éventuelles contraintes. Il existe un **maintien du droit à l'AEEH et à ses compléments jusqu'au dernier jour du 2^{ème} mois civil suivant l'hospitalisation**. Au terme de ce délai, la CDAPH doit rendre un nouvel avis mais à défaut, le maintien du droit se poursuit.

Source : DSS - DGCS

[310] Tout ceci conforte la nécessité d'une appréciation des besoins *ex ante*, indépendamment des modalités de réponse mises en œuvre, logique qui devrait être transposée aux règles d'attribution de l'AEEH et de son complément : le simple fait que le classement de l'enfant dans une catégorie donnée au regard de la gravité de son handicap dépende de l'intensité nécessairement évolutive de l'accueil de jour dans un établissement d'éducation spéciale interroge au regard de l'objectif de modularité de l'accompagnement en fonction des besoins et des souhaits des personnes.

[311] Pour autant, une redéfinition des règles d'attribution de l'AEEH excédait clairement le champ de la mission¹⁵¹. Dans l'attente d'une refonte de ces règles, la mission recommande l'instauration d'un délai minimal pendant lequel le service des prestations devrait être maintenu (bien entendu sans répétition de l'indu à l'issue de cette période) à la fois pour tenir compte du caractère provisoire de certains aménagements et laisser le temps nécessaire à la CDAPH pour prendre une nouvelle décision. Une telle recommandation peut se prévaloir des dispositions existantes, quoique beaucoup moins favorables, en matière de PCH, en cas d'admission en hébergement d'une personne antérieurement accompagnée à domicile¹⁵². En cohérence avec le relèvement du plafond de l'accueil temporaire proposé *supra*, ce délai pourrait être fixé à 6 mois¹⁵³.

[312] La même logique devrait s'appliquer aux prestations destinées aux adultes en situation de handicap où la difficulté, moins apparente en raison de l'absence de catégories forfaitaires au sein de la PCH, peut également tenir aux différences en matière d'aide sociale à l'hébergement selon les conseils départementaux¹⁵⁴ : certains encouragent la modularité de l'accompagnement en maintenant l'ASH pendant une période transitoire de suivi par un EANM « hors les murs », mais cette démarche n'est pas générale et peut donner lieu à un refus de refinancement par un autre

¹⁵¹ A fortiori si on prend en compte leur complexité et celle induite par les possibilités de cumul avec la PCH – cf. le rapport IGAS précité sur les MDPH, p 39 et 40.

¹⁵² Article D. 245-74 du CASF : la réduction de la PCH n'intervient qu'au-delà de quarante-cinq jours consécutifs de séjour ou de soixante jours lorsque la personne handicapée est dans l'obligation de licencier de ce fait son ou ses aides à domicile.

¹⁵³ Ce qui serait en outre *a minima* compatible avec le délai moyen de traitement des CDAPH relevé par le rapport IGAS précité, même si ce délai est loin d'être uniforme. C'est un minimum car un parcours de transition peut être nettement plus long (plusieurs interlocuteurs évoquant des durées d'un à deux ans).

¹⁵⁴ Sans préjudice d'autres questions évoquées lors des entretiens de la mission et que celle-ci ne pouvait traiter : l'âge minimal de 18 ans pour l'attribution de l'AAH, qui complique la solvabilisation de l'accueil dans des établissements principalement dédiés aux adultes pour des jeunes entre 16 et 18 ans ; les seuils d'âge de 60 et 62 ans pour la PCH et l'AAH.

département pour des personnes y ayant leur domicile de secours . Le même délai de six mois devrait s'appliquer *a minima* pour le maintien de la PCH et de l'ASH¹⁵⁵.

Recommandation n°38 Garantir les montants attribués en termes d'AEEH (base et complément), de PCH et d'ASH pendant un délai de six mois en cas de modulation de l'accompagnement par une « Structure PSH ».

[313] Enfin, les interlocuteurs rencontrés par la mission ont souligné le besoin d'un accompagnement renforcé par des Services autonomie à domicile pour des publics tels que les personnes en situation de handicap psychique ou présentant des troubles du spectre de l'autisme – ce qui explique par exemple le faible recours actuel à la PCH aide humaine pour ces publics.

[314] La mission partage l'analyse selon laquelle les besoins des PSH ne peuvent être calqués sur ceux des personnes âgées. Certains services à domicile PSH ont ainsi recomposé leur équipe avec des éducateurs mais la tarification des SAD via la PCH est inchangée. Ainsi, lorsque des SAD PSH, composés d'éducateurs, pratiquent des tarifs un peu plus élevés que le tarif PCH, les personnes concernées ne peuvent pas toutes y avoir recours. Quant aux SSIAD, ils ont également diversifié la composition de leur équipe pour intervenir auprès de personnes en situation de handicap sans que la réforme de la tarification des SSIAD ne prenne en compte cet élément. Le décret relatif aux services autonomie à domicile, publié le 17 juillet 2023 (fusion SSIAD/SAD ou ex-SAD devant organiser l'accompagnement aux soins) ne modifie pas quant à lui les règles de tarification. Pour soutenir les parcours modulaires avec des accompagnements à domicile, il paraît donc important de pouvoir capter les professionnels nécessaires aux interventions auprès de personnes en situation de handicap dans la tarification.

Recommandation n°39 Dans le cadre de la réforme des SAD, faire évoluer la tarification afin de pouvoir renforcer les équipes de ces services qui accompagnent des personnes en situation de handicap (exemple : ergothérapeute, travailleurs sociaux...).

¹⁵⁵ Sachant que les demandes d'aide sociale, y compris leurs révisions, doivent passer au préalable par la mairie de résidence, en application des articles L. 131-1 et R.131-3 du CASF, ce qui peut allonger substantiellement les délais de décision, comme l'ont indiqué à la mission plusieurs des interlocuteurs rencontrés.

LI**S**T**E D**E**S A**N**N**E**X**E**S**

ANNEXE 1: METHODOLOGIE

ANNEXE 2 : LE PLAN DE CREATION DE 50 000 SOLUTIONS

ANNEXE 3 : RESULTATS DES ENQUETES MENEES DANS LE CADRE DE LA MISSION

ANNEXE 4 : OUTILS DE GOUVERNANCE TERRITORIAUX

ANNEXE 5 : EXPERIMENTATION DIAGNOSTIC TERRITORIAL

ANNEXE 6 : L'ORIENTATION MEDICO-SOCIALE PAR LES MDPH

ANNEXE 7: LE TRANSPORT POUR LES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP ACCOMPAGNEES PAR UN ETABLISSEMENT OU SERVICE SOCIAL ET MEDICO-SOCIAL

ANNEXE 8 : SYSTEMES D'INFORMATION

ANNEXE 9 : MESURE D'ACTIVITE

ANNEXE 10 : APPUI A LA TRANSFORMATION

ANNEXE 11 : EXPERIMENTATION « FACILISOINS »

PIECE JOINTE N°1 : LA NOMENCLATURE DETAILLEE DES BESOINS ET PRESTATIONS

PIECE-JOINTE N°2 : EXTRAIT DE L'INSTRUCTION FONDS D'APPUI A LA TRANSFORMATION

LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

1 Cabinets ministériels

1.1 Cabinet de Mme Fadila KHATTABI, ministre déléguée chargée des personnes âgées et des personnes handicapées

Maëlig LE BAYON, directeur de cabinet

Marianne CORNU-PAUCHET, directrice adjointe

Charlotte FAÏSSE, conseillère en charge de la transformation de l'offre médico-sociale

1.2 Cabinet de Mme Charlotte Parmentier-Lecocq, ministre déléguée chargée des personnes en situation de handicap

Vincent REYMOND, directeur de cabinet

Charlotte FAÏSSE, conseillère transformation de l'offre médico-sociale et réponse pour tous

2 Autorités indépendantes et instances consultatives

2.1 Défenseur des droits

Fabienne JEGU, conseillère- experte handicap autonomie

Marguerite AURENCHÉ, cheffe du pôle droit des enfants

Marie-Camille LALOYE, juriste au pôle droit des enfants

Juliette CELLIERE, stagiaire

2.2 Haute autorité de santé

Alexandre FONTY, directeur de cabinet

Angélique KHALED, directrice de la qualité de l'accompagnement social et médico-social

Manuela CHEVIOT, cheffe du service recommandations

Hélène LUSSIER, cheffe du service évaluation des ESSMS

2.3 Conseil national consultatif des personnes handicapées (Commission accompagnement des personnes concernées et Collège n°1)

Stéfany BONNOT-BRIEY, AUTOP-H, Présidente de la Commission

Vincent ASSANTE, ANPIHM

Marie-Hélène AUDIER, Autistes sans frontières

Arthur AUMOITE, Handi-Voice

Valérie BENOTTI, UNAPEI

Mickaël BRANDEAU, NEXEM

Céline DRILHON, AFM-Téléthon

Lydie GIBEY, ANCREAI

Christophe MARATRAY, AUTOP-H

Françoise MARRE, FEGEMA

Nicolas PIERRET, Creative handicap

Sabine POIRIER-CLAVERIE, coordinatrice

Morgane RAPEGNO, Handi-Voice

3 Administrations centrales

3.1 SGMAS

Yann DEBOS, chef de service, pôle Santé-Agences Régionales de Santé (ARS)

Nezha LEFTAH-MARIE, chef de projets médico-social et inspection-contrôle

3.2 SGCIH

Celine POULET, secrétaire générale

Maxime OILLAUX, chef de projet participation des personnes

3.3 Délégation interministérielle à la stratégie nationale pour les troubles du neurodéveloppement

Etienne POT, délégué interministériel

3.4 Délégation ministérielle à la santé Mentale et la psychiatrie

Franck BELLIVIER, délégué ministériel

Patrick RISSELIN, secrétaire général

Stéphanie LAFONT-RAPNOUIL, cheffe de projet animation territoriale en santé mentale

Costanza PAVONE, stagiaire en psychiatrie

3.5 Direction interministérielle à la transformation publique

Clotilde REULLON, cheffe de service, responsable de l'agence de conseil interne de l'Etat

Nicolas ROBIN, chef de projet

3.6 DGCS

Jean-Benoît DUJOL, directeur général

Benjamin VOISIN, chef de service des politiques sociales et médico-sociales, adjoint au directeur général

Guillaume MARION, directeur du projet SERAFIN-PH

Arnaud FLANQUART, sous-directeur de l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées

Clément FUSTIER, chef du bureau insertion, citoyenneté et parcours de vie des personnes handicapées (3B)

Anabelle COLIBEAU, cheffe du bureau insertion, citoyenneté et parcours de vie des personnes handicapées (3B)

Manuela OLIVEIRA, adjointe au (à la) chef(fe) de bureau

Leïla HASSANI, chargée de mission transformation de l'offre médico-sociale, polyhandicap et handicap rare

Eléonore KEROUEDAN, chargée de mission autisme

Delphine ALBERT, adjointe au chef de bureau droits et compensation (3C)

Mouna ABDEsselem, cheffe du bureau des professions sociales (4A)

Sandrine LERAY-BODARD, adjointe à la cheffe de bureau

3.7 DSS

Stéphanie GILARDIN, sous-directrice de l'accès aux soins, des prestations familiales et des accidents du travail

Marion MUSCAT, adjointe à la sous-directrice puis sous-directrice de l'accès aux soins, des prestations familiales et des accidents du travail

Vincent MALAPERT, chef du bureau des prestations familiales et des aides au logement (2B)

Abigael RONECKER, chargée de mission autonomie

Louis TAPON, adjoint au chef de bureau de la législation financière sociale et fiscale (5B)

3.8 DGOS

Constance FAVREAU, adjointe à la sous-directrice de la régulation de l'offre de soins

Laora TILMAN, adjointe au chef du bureau de la prise en charge en santé mentale et des populations vulnérables

3.9 DREES

Layla RICROCH, cheffe du bureau du handicap et de la dépendance

Vanessa BELLAMY, adjointe à la cheffe de bureau

3.10 DNS

Odile JAMET, directrice de projets secteur médico-social

3.11 DGESCO

Matthieu LAHAYE, sous-directeur des savoirs fondamentaux et des parcours scolaires

Cécile GOUJON, cheffe du bureau du programme vie de l'élève

Sébastien MOUNIER, chef du bureau de l'école inclusive

4 Caisse et agences nationales

4.1 CNSA

Virginie MAGNANT, directrice générale

Maëlig LE BAYON, directeur général

Aude MUSCATELLI, directrice générale adjointe

Bénédicte AUTIER, directrice de l'accès aux droits et au parcours

Etienne DEGUELLE, directeur adjoint

Hocine MADAOUUI, directeur adjoint en charge des SI Parcours

Pauline CAVILLOT, cheffe de projet « orientations et parcours » des personnes en situation de handicap

Jean Etienne DEMOULIN, directeur du programme SI-MDPH

Helene PAOLETTI, directrice de l'appui au pilotage de l'offre

Vincent TERRADE, directeur adjoint

Agathe DEBARD, cheffe de projet CNH

Gauthier CARON-THIBAULT, responsable du pôle prévention et appui à la transformation

Romina MANOLI, cheffe de projet transformation

Fanny THIRON, responsable du pôle appui à l'organisation de l'offre

Vanessa WISNIA-WEIL, directrice du financement de l'offre

Olivier PAUL, directeur adjoint puis directeur du financement de l'offre

Stéphane BAHRAMI, conseiller scientifique - réforme SERAFIN-PH

Romain SIBILLE, responsable du pôle prévisions répartition et suivi des financements

Marine BOISSON-COHEN, directrice de la prospective et des études

Aurélien FORTIN, directeur délégué aux données

Yamilé ZEMIRLI, chargée de mission statistique étude et analyse de l'offre et des besoins

4.2 CNAME

Sandrine BILLET, directrice générale adjointe de l'UGECA

Alain DISEGNI, directeur adjoint de cabinet

Marie GOURAIN, responsable du département de l'hospitalisation

Garménick LEBLANC, coordinatrice de la cellule médico-sociale, DDGOS/DOS/Département de l'hospitalisation (DHOSPI)

Elodie NAFFRECHOUX QUERBES, directrice de la mission corps de contrôle

Bertrand PICARD, directeur de la mission handicap/aidants

Fanny RICHARD, directrice de l'Intervention sociale et de l'accès aux soins

4.3 ANS

Annie PREVOT, directrice

Morgane BERTHELOT, directrice de domaine – secteur médico-social et directrice par intérim de la direction territoires et expérience client

Philippe COCHARD, responsable de projet

Marc DEVOS, responsable d'offre de services

4.4 ANAP

Marie-Sophie FERREIRA, directrice du pôle performance médico-sociale

Kim HAUTOIS, experte parcours médico-social, pôle performance médico-sociale

4.5 ATIH

Joelle DUBOIS, directrice des classifications, de l'information médicale et des modèles de financement

Véronique SAUVADET, cheffe du service financement et analyse économique

Fabienne PECORARO, cheffe adjointe du service collecte des informations de gestion

5 Autorités de contrôle et de tarification et MDPH

5.1 Agences régionales de santé

5.1.1 Comité technique national médico-social

Directions de l'autonomie de toutes les ARS représentées

5.1.2 Directeurs généraux référents pour le médico-social

Marie-Hélène LECENNE, directrice générale ARS Corse

Jérôme JUMEL, directeur général ARS Pays de Loire

Laurent LEGENDART, directeur général ARS Guadeloupe

5.1.3 ARS Auvergne-Rhône-Alpes

Raphael GLABI, directeur de l'autonomie

5.1.4 ARS Centre-Val de Loire

Anne DU PEUTY, directrice de l'autonomie,

Cécile CHEVRON, délégation territoriale du Loiret

5.1.5 ARS Guadeloupe

Brigitte SCHERB, directrice de l'animation et de l'organisation de structures de santé

5.1.6 ARS Ile-de-France

Sophie MARTINON, directrice générale adjointe

Stéphanie TALBOT, directrice de l'autonomie

Adele GODREAU, cheffe de projet transformation de l'offre

Hélène MARIE, directrice départementale de Seine et Marne

Aurore SANSON, responsable du département autonomie

Ines VANSTEENE, responsable adjointe

5.1.7 ARS Normandie

François MENGIN LECREULX, directeur général

Sébastien DELECLUSE, directeur général adjoint

Deborah CVETOJEVIC, directrice de l'autonomie

Jérôme DUPONT, directeur adjoint de l'autonomie

Nathalie BREUIL, chargée de mission

5.1.8 ARS Nouvelle Aquitaine

Cécile TAGLIANA, directrice générale adjointe

Julie DUTAUZIA, directrice de la protection de la santé et de l'autonomie

Dominique BOURGOIS, directrice adjointe

Yoann LAFON, directeur délégué du financement de l'autonomie

Anne-Sophie LAVAUD, directrice déléguée à l'autonomie et la santé des populations vulnérables

Sandrine LYS, inspectrice à la délégation départementale de Gironde

Véronique ROUSSEAU, chargée de projet en santé publique

Jordan LEON, élève directeur d'hôpital

Marie-Noëlle BROSSARD, directrice adjointe de la délégation départementale (DD) de la Haute Vienne

Christelle ROMANYCK, responsable du pôle autonomie et santé publique, DD de la Haute Vienne

Elodie BRACHET, inspectrice référente handicap, DD de la Haute Vienne

5.1.9 ARS Occitanie

Didier JAFFRE, directeur général

Caroline SUPERBIELLE, conseillère médicale auprès du DG,

Julie SENGER, directrice de l'autonomie

Régine MARTINET, directrice adjointe

Sarah BONNAURE, responsable d'unité à la délégation départementale de Haute Garonne

Manon CHANSON, inspectrice à la délégation départementale de Haute Garonne

5.2 Conseils Départementaux

5.2.1 Départements de France

Stéphane HAUSSOULIER, président du groupe de travail autonomie et handicap, président du conseil départemental de la Somme

Eric BELLAMY, directeur délégué solidarités

Anna GODINO, directrice autonomie, département Ardèche

Annie SCHMITT, directrice générale adjointe solidarités humaines, département des Pyrénées-Atlantiques

Silva SAHAKIAN, conseillère en charge des Relations internationales, de l'Europe, des Outre-mer et du Handicap

5.2.2 ANDASS (Association nationale des directeurs d'action sociale et de santé des départements et métropoles)

Anne TROADEC, présidente de l'ANDASS, directrice générale adjointe du pôle social, département de Savoie

Stéphane CORBIN, directeur général adjoint des services, département de Seine-Saint-Denis

Nathalie PONTASSE, directrice générale adjointe solidarités, département de la Sarthe,

Pierre SUC-MELLA directeur général délégué autonomie, département de Haute Garonne

5.2.3 Calvados

Christine RESCH-DOMENECH, directrice générale adjointe solidarité

Serge DUCONGET, adjoint de la DGA solidarités

Philippe BOBLETT, directeur de l'autonomie (et directeur de la MDPH)

5.2.4 Gironde

Muriel SAM GIAO, directrice du pôle solidarités – autonomie

Elodie NAVARRO, responsable du service ESSMS PH

5.2.5 Haute Garonne

Pierre SUC-MELLA, directeur général délégué autonomie

Laurence DELORT, directrice pilotage et ressources autonomie

Violaine GOURDOU, directrice accompagnement par les établissements et services PA/PH

5.2.6 Haute Vienne

Frédéric TALLIER, directeur du pôle PA PH

5.2.7 Seine-et-Marne

Jean-Yves COUDRAY, directeur de l'Autonomie

5.3 MDPH

5.3.1 ADMDPH (Association des directeurs de MDPH)

Florence MAGNE, présidente, directrice de la MDPH du Nord

Benjamin BADIA, directeur de la MDPH du Val de Marne

5.3.2 MDPH du Calvados

Vincent FOUBERT, responsable du pôle ressources

Laura GALVEZ, médecin coordinateur.

Cyrielle MARIE, responsable du pôle accès aux droits et du pôle contentieux,

Gaëlle MAZIERE, responsable adjointe du pôle évaluation,

5.3.3 MDPH de Gironde

Audrey CHANU, directrice

Catherine BRIS, responsable du service coordination médico-sociale - évaluation et dispositif d'orientation permanent (DOP)

Vincent LEVEC, référent ESSMS, cellule DOP

5.3.4 MDPH de Haute Vienne

Karine BARTHE, directrice

5.3.5 MDPH de Seine-et-Marne

Armelle ROUSSELOT, directrice

Géraldine EDOUARD, responsable du service évaluation et compensation

Pascal GUERRIN, enseignant mis à disposition

Christina QUERMELIN, responsable du pôle vie scolaire et étudiante

6 Associations de personnes en situation de handicap et de proches aidants, fédérations et organismes gestionnaires d'établissements et de services

6.1 ADAPEI 45

Anaïs POLVOREDA, directrice générale

Amélie MAZEL, directrice générale adjointe

6.2 AFM-TELETHON

Christophe DUGUET, directeur des affaires publiques

Céline DRILHON, directrice adjointe

6.3 AIRE (Association des ITEP et de leurs réseaux)

Roland DYSLI, président

Gwénaëlle SEBILLO, conseillère technique « Autonomie et Citoyenneté des personnes en situation de handicap »

Catherine ROUSSEAU, déléguée régionale en Bretagne

Armelle DANVIN, déléguée régionale dans les Hauts de France.

6.4 ALEFPA (Association Laïque pour l'Education, la Formation, la Prévention et l'Autonomie)

Michel CARON, président

Vincent ROUTIER, directeur général adjoint

Elsa KOWALCZUK, responsable transformation de l'offre offre et droit des personnes

6.5 Les Amis de l'Atelier

Pierre-Yves LENEN, directeur général

Olivia BOUYS, directrice territoriale Seine-et-Marne, Seine-Saint-Denis et Val-d'Oise

Katia LEPVRIER, cheffe de service pôle enfance Seine-et-Marne

Guillaume LOGEZ, directeur de l'IME de Torcy

Céline CALBODOT, éducatrice spécialisée, Sessad, IME de Torcy

Caroline LOCATELLI, cheffe de service pôle enfance: accueil de jour Serris-Torcy

Laurence LOMBARD, coordinatrice accompagnement professionnel et ESAT Roissy

6.6 Les Amis de Germenoy - CLEAH

Pierre-Alexis VANDENBOOMGAERDE, directeur général adjoint

Annie CHABIN, directrice de la plateforme hébergement soins MAS et EAM Vaulx Penil

Virginie GIRAUT, directrice adjointe de la MAS Les Amis Germenoy, Dammarie-les-lys

6.7 ANECAMSP (Association Nationale des Equipes Contribuant à l'Action Médico-Sociale Précoce)

Geneviève LAURENT, présidente

Sandrine LANCO-DOSEN, vice-présidente, neuro pédiatre, CAMSP de Maubeuge

Axel MORCH, secrétaire général, CAMSP de Bourg les valences

Stephane MARRET, professeur de pédiatrie au CHU de Rouen, responsable de CAMSP et d'une plateforme TND

6.8 ANRAS (Association Nationale de Recherche et d'Action Solidaire)

Sophie VENDEVILLE, directrice de la filière médico-sociale

Guillaume DAMIE, directeur adjoint de l'IME-SESSAD l'Orangeraie, Auvillar, Tarn-et-Garonne

6.9 APAEIA

Anthony DESDOITS, directeur du dispositif de soutien et de formation de l'Avranchin, pôle enfance

6.10 APAJH (Fédération des Associations Pour Adultes et Jeunes Handicapés)

Jean Christian SOVRANO, directeur général

Stéphane PARAVEL, directeur général adjoint

Sonia PIGNOT, directrice recherche développement et qualité

Angélique RIBEIRO, directrice adjointe

Emilie BONDUX, directrice territoriale Grand Est

Valérie DUROT, directrice de plateforme enfance, Yonne

Stéphane GROS, directeur d'établissements adulte, Tarn

6.11 APF France Handicap

Serge WIDAWSKI, directeur général

Séverine RAGON, directrice du développement de l'offre de service

Michelle DENIS GAY, directrice régionale Nouvelle-Aquitaine

Nelly SABATIE, directrice de l'IEM 87 Limoges

6.12 Association Foyer de Cluny

Séverine REVERT, directrice adjointe du Foyer de Cluny, Caen

Benoit DURANT, chef de service

Educateurs et pensionnaires : Alane, Estéban, Gregory, Hayoub, Idris, Julien, Manon, Romy, Sébastien, Séverine et Thomas

6.13 Autisme France

Danièle LANGLOYS, présidente

6.14 Autistes sans frontières

Isabelle ROLLAND, présidente

6.15 AUTOP-H

Stéfany BONNOT-BRIEY, co-président.e

Philippe-Alain LE MOUËL , co-président

6.16 CERESA (Centre Régional d'Education et de Services pour l'Autisme)

Bernadette ROGE, professeure des universités, fondatrice

Christian MOLINA, président

Emilie REVERTE, directrice générale

6.17 CNAPE (Fédération Nationale des Associations de Protection de l'Enfant)

Pauline DE LA LOSA, responsable handicaps / vulnérabilité des familles, prévention

6.18 Collectif HANDICAPS

Arnaud DE BROCA, président

Christian BRELINSKI (FISAF)

Lionel DELIAU (AIRE)

Edouard FERRERO (CFPSAA)

Eva Victoria FONTANA, chargée de plaidoyer

Luc GATEAU (UNAPEI)

Farbod KHANSARI (CFHE)

Léa JOLIVET, chargée de plaidoyer et de communication

Daniele LANGLOYS (Autisme France)

Pierre Yves LAVALLADE (Paralysie cérébrale France)

Lina NATHAN (UNAPEI)

Jean-Yves QUILLIEN (GPF)

Axelle ROUSSEAU, coordinatrice

Marie-Christine TEZENAS du MONTCEL (GPF)

Roselyne TOIROUDE (UNAFAM)

Pascal USSEGLIO (APF France handicap)

Jacky VAGNONI (Paralysie cérébrale France)

Didier VOITA (Unanimes)

6.19 Croix Rouge Francaise

Nathalie SMIRNOV, directrice générale "

Virginia BILLON, directrice de la filière personnes en situation de handicap

Yannick MOREAU, directeur territorial

6.20 DAME (Dispositif d'Accompagnement Médico-Educatif) Les Bois du Seigneur et Fontaine Bouillant, Eure et Loir

Arnaud ESCROIGNARD, directeur, avec 17 professionnels et 15 enfants accompagnés

6.21 DAME (Dispositif d'Accompagnement Médico-Educatif) Les Coteaux Fleuris, Dives-sur-Mer, Calvados

Anne WENDEL, directrice

Lucile DAVID, monitrice éducatrice

Christelle DEVESA, assistante de direction

Quentin DORLEANS, éducateur sportif

Violaine MIGNOT, psychologue

Emmeline MONERAY, référente pédagogique, infirmière

Franck PERGAUD, éducateur sportif

6.22 DELTA PLUS Occitanie

Raymond VOLONDAT, président

Christelle VELGHE directrice générale adjointe, en charge des établissements d'hébergement et d'accueil de jour (EAM et MAS)

Benoit BLANCHARD, directeur adjoint

Sandrine PARRE, responsable qualité et RSE

6.23 FDCMPP (Fédération des centres médico-psycho-pédagogiques)

Amandine BUFFIERE, présidente

6.24 FEHAP (Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés solidaires)

Charles GUEPRATTE, directeur général

Elodie HEMERY, directrice autonomie

Laurent PERAZZO, adjoint direction autonomie

6.25 FESP (Fédération du service aux particuliers)

Mehdi TIBOURTINE, directeur général

Frédérique LORIOL, responsable autonomie

Marie BLANC, présidente de Déclic Eveil

Vanessa CANONGE, directrice d'Entretien et Mien, référente FESP départementale de l'Hérault

Delphine COX, Zen Seniors Services

Maud FAILLAT, responsable du réseau service à la personne chez DOMICILE-CLEAN

Jean-Christophe GUIGNABODET, responsable de CAP Family

Maxence HOTTE, président de FEEADOM, référent FESP département des Alpes-Maritimes

Valérie NOEL, gérante d'Handi Educ

6.26 FHF (Fédération hospitalière de France)

Marc BOURQUIN, conseiller stratégie

Benjamin CANIARD, co-responsable du pôle autonomie - parcours

Stéphanie DEBLOIS, directrice de la plateforme territoriale d'inclusion Jean Elien Jambon, Gironde

Clothilde HARRITCHABALET, directrice de l'établissement public autonome Hellen Keller au Havre

Emeline LACROZE, directrice d'établissements, Seine Saint-Denis

Rodolphe PORTEFAIX, directeur de l'Institut les Gravouses, Clermont-Ferrand

6.27 FISAF (Fédération nationale pour l'inclusion des personnes en situation de handicap visuel, auditif ou de troubles des apprentissages)

Philippe CALMETTE, président

Florence DELORIERE, directrice générale

6.28 FNATH (Fédération Nationale des Accidentés du Travail et des Handicapés)

Sophie CRABETTE, directrice générale

Philippe Karim FELISSI, avocat conseil

Raphaël LENOIR, chargé de plaidoyer et du développement

6.29 FNMF

Guénaëlle HAUMESSER, directrice adjointe de l'offre de soins, de l'autonomie et des parcours

Anne PASCAUD, responsable du secteur médico-social

6.30 Fondation Anne de Gaulle

Clarisse MENAGER, directrice générale

Line PERRIN, élève directrice

6.31 Fondation Ellen Poidatz

Sébastien PAUTASSO-CHADOUTAUD, directeur général

Jody SURIER, directeur des opérations et de l'offre de service

6.32 GAPAS (Groupement des associations partenaires d'action sociale)

François BERNARD, directeur général

Aline BILLOIR, directrice de la stratégie et du développement

6.33 GEPSO (Groupe national des établissements publics sociaux et médico-sociaux)

Jeanne CORNAILLE, déléguée nationale

Thomas LARRIEU, chargé de mission

Henri BADELL, directeur d'établissements, Haut-Var

Arnaud ESCROIGNARD, directeur de dispositifs intégrés IME, Eure-et-Loir

Tiphaine GUILFAULT, directrice du pôle de la Gohelle, EPDAHAA,

Claire MAGNIER, directrice adjointe d'établissement, Provinois

Fanny PRONO, directrice générale de CAPS, Est lorrain

Thomas RODRIGUEZ, responsable de service, Ille-et-Vilaine

6.34 GIHP Aquitaine (Groupement pour l'insertion des personnes handicapées physiques)

Hervé PARRA, directeur général GHIP Aquitaine

Marie-Laurence HELBERT, cheffe de service SAMSAH et pôle logement

Benoit MASSE, responsable administratif et financier

Catherine SALMON, cheffe des services aides techniques

6.35 GNDA (Groupement National des Directeurs généraux d'Associations)

Bruno DANDOY, co-président

Elodie BASTIEN, directrice générale de l'ADIMC de la Sarthe

Laurent CAMBON, directeur général du Groupement APAJH 22-29-35

Christian HILAIRE, directeur général de l'Association les Papillons blancs du Douaisis

Valérie LOCHEN, directtrice générale d'Odinéo

6.36 GPF (Groupe Polyhandicap France)

Marie-Christine TEZENAS du MONTCEL, présidente

Jean-Yves QUILLIEN, vice-président délégué

6.37 GRATH (Groupe de réflexion et réseau pour l'accueil temporaire des personnes handicapées)

Ahmed ZOUAD, président

Bénédicte KAIL, administratrice

Isabelle MAUMY, administratrice

Roger PICARD, administrateur

6.38 GROUPE DES 10

Olivier BARON (ALEFPA)

François BERNARD (GAPAS)

Christian BERTHUY (Fondation OVE)

Abdelka BOUMANSOUR (Groupe SOS)

Sébastien GATINEAU (Fédération générale des PEP)

Matthieu LAINÉ (Fondation Leopold Bellan)

Pierre-Yves LENEN (Les amis de l'Atelier)

Olivia LEVRIER (ASEI)

Anne MOUTEL SEILLER (UGECAM)

Karine REVERTE (LADAPT)

Vincent ROUTIER (ALEFPA)

Patrick SORIA (Fondation Anaïs)

6.39 GROUPE SOS

Abdelka BOUMANSOUR, directeur général délégué handicap et accompagnement en Santé

Sophie ROSSIGNOL, directrice nationale en charge de la transformation de l'offre

6.40 LADAPT (Association pour l'insertion sociale et professionnelle des personnes handicapées)

Jacky BLOT, directeur de l'offre medico sociale

Jean-Baptiste GUIOT, directeur de LADAPT Hauts-de-France

Charlotte RAULINE, cheffe de projet transformation

6.41 Les Tout Petits

Sébastien LEGOFF, directeur général

6.42 NEXEM

Marie ABOUSSA, directrice du pôle offre sociale et médico-sociale

Elisabeth CHAMBERT, présidente de la commission handicap

Charles RENARD, responsable relations Institutionnelles et plaidoyer

Adrien CASSERON, adjoint du pôle offre sociale et médico-sociale

Charlotte PENTECOUTEAU, adjointe du pôle offre sociale et médico-sociale

6.43 OREAG (orientation et rééducation des enfants et adolescents de la Gironde)

Christophe LEUX, directeur du pôle DITEP OREAG

Thomas FLEUTRE, coordinateur pédagogique

Faustine TREHET, coordinatrice de soins

6.44 Paralysie Cérébrale France

Jacky VAGNONI, président

Pierre-Yves LAVALLADE, délégué général

Nelly DENIEL, directrice générale d'Altygo

Sebastien MANNALIN, directeur général de l'ADIMC de la Charente

Tiphaine TOKPAN, directrice générale adjointe de l'association Saint-François d'Assise

6.45 PEP 01

Fabrice BOUSQUET, directeur général

6.46 PEP 45

Blaise GBAGUIDI, directeur général

6.47 RES-O (Résilience Occitanie)

Christèle CAMMAS, directrice générale

Stephanie NOIZAT, secrétaire générale

Véronique BOISSELIER, directrice de la MAS Marquiol de Pechbonnieu

Zoé BOUGET, directrice de l'ESAT de Chateau-Blanc

Stephan MONTOLOIX, directeur de l'IME des 36 ponts

Bernard ROZES, directeur adjoint

Solen THOBIE, directeur des IME SESSAD UEMA de Montauban et Moissac

6.48 Sur les bancs de l'école

Caroline BOURGUE, déléguée générale

6.49 UGECAM (Union pour la gestion des établissements de caisses d'assurance maladie)

Anne MOUTEL-SEILLER, directrice de l'UGECAM

Laurence RAMBOUR, responsable médico-sociale de l'UGECAM

6.50 UNA (Union Nationale de l'Aide, des soins et des services aux domiciles)

Vincent VINCENELLI, responsable réglementation sectorielle

6.51 UNADMR (Union Nationale des Associations d'Aide à Domicile en Milieu Rural)

Jérôme PERRIN, directeur développement et qualité.

6.52 UNAFAM (Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques)

Marie-Jeanne RICHARD, présidente

Roselyne TOUROUDE, référente Handicap

6.53 UNAPEI (Union nationale des associations de parents, de personnes handicapées mentales et de leurs amis)

Luc GATEAU, président

Lionel BERTHON, directeur de pôle

Mickaël BRANDEAU, directeur général adjoint, ADAPEI 35

Pauline DETUNCQ, chargée de mission, qualité et accompagnement de l'offre,

Annelise GARZUEL, chargée de mission, plaidoyer national

Yann LE BERRE, responsable projet évaluation qualité

6.54 UNIOPSS (Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux)

Jérôme VOITURIER, directeur général

Priscille LAURENT, conseillère technique

7 Autres acteurs personnes morales

7.1 AGIR TRANSPORT

Anne BELLAMY, directrice des mobilités

Amandine JANCOURT, responsable juridique

Ludivine LEMOINE, chef du service CD Seine Maritime

Marie Morgane PETIT, juriste, groupe de travail transport élèves en situation de handicap

Julie ROUAND, responsable du service transport CD Var

7.2 ANCREAI (Association Nationale des Centres Régionaux d'Etudes, d'Actions et d'Informations)

Jacques NODIN, président

Antoine FRAYSSE, délégué fédéral

Jérôme BEGARIE, directeur du CREAI de PACA et Corse

7.3 CFAD

Jacques DANIEL, président

Pierre HARISTOUY, directeur général

7.4 CGT

Alexandre LEBARBEY, Commission paritaire nationale de l'emploi et de la formation professionnelle de la branche sanitaire, sociale et médico-sociale privée à but non-lucratif

7.5 EASPD (European Association of Service Providers for Persons with Disabilities – Association européenne des prestataires de services pour les personnes en situation de handicap)

Thomas BIGNAL, policy manager

7.6 Enable Scotland

Theresa SHEARER, chief executive officer

Katie MC VEY, chief operating officer executive

7.7 ENIL (European Network on Independent Living)

Ines BULIC COJOCARIU, directrice

7.8 FNAT (Fédération nationale des associations tutélaires)

Ange FINISTROSA, président

Hadeel CHAMSON, délégué général

7.9 FNEMS (Fédération nationale des Etudiant.e.s en Milieu Social)

Maude CHANTEPY, présidente

Selina BENNECIB, vice-présidente en charge de la défense des droits

Samuel HUOT, vice-président en charge de la coordination et de la formation du réseau

7.10 GCS SARA

Stéphanie FERRY, cheffe de projet

Franck PILOT, directeur de projet

7.11 IRDES

Denis RAYNAUD, directeur général

Sylvain PICHETTI, économiste de la santé

Maude ESPAGNACQ, démographe

7.12 ODAS (Observatoire national de l'action sociale)

Didier LESUEUR, directeur général

Geneviève MANNARINO, conseillère

Marie SALAUN, chargée d'études autonomie

7.13 UNCASS (Union nationale des centres communaux et intercommunaux d'action sociale)

Sandy PAULON, conseillère technique

8 Personnes qualifiées

Jean-René LOUBAT, psychosociologue, docteur en sciences humaines, consultant

Eric PIRIOU, directeur du Centre de Preuves Société Inclusive (CPSI)

Denis PIVETEAU, président de chambre au Conseil d'Etat

François-Mathieu ROBINEAU, inspecteur des affaires sociales, IGAS

RAPPORT IGAS N° 2024-017R

Françoise THOMAS-VIALETTES, présidente EPIPAIR formation conseil, secrétaire générale du Comité National pour l'Epilepsie, expert EFAPPE (Fédération d'associations en faveur de personnes handicapées par des épilepsies sévères)

SIGLES UTILISES

AAP	Appel à projet
AEEH	Allocation d'éducation de l'enfant handicapé
AMI	Appel à manifestation d'intérêt
ANAP	Agence nationale d'appui à la performance
ANCREAI	Association nationale des CREAL
APPV	Assistant au parcours ou au projet de vie
ARS	Agence régionale de santé
ASE	Aide sociale à l'enfance
ASH	Aide sociale à l'hébergement
ATC	Autorité de contrôle et de tarification
BAPU	Bureau d'Aide Psychologique Universitaire
CAA	Communication alternative améliorée
CAF	Caisse d'allocations familiales
CAFDES	Certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement ou de service d'intervention sociale
CAFERUIS	Certificat d'aptitude aux fonctions d'encadrement et de responsable d'unité d'intervention sociale
CAMSP	Centre d'action médico-sociale précoce
CASF	Code de l'action sociale et des familles
CCAS	Centre Communal d'Action Sociale
CCH	Code de la construction et de l'habitation
CD	Conseil départemental
CDAPH	Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées
CIH	Comité Interministériel du Handicap
CMPP	Centre médico-psychopédagogique
CNH	Conférence Nationale du Handicap
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
COG	Contrat d'objectif et de gestion
COP	Contrat d'objectif et de performance
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CREAI	Centre Régional d'Etudes d'Actions et d'Informations, en faveur des personnes en situation de vulnérabilité
DAME	Dispositif d'accompagnement médicoéducatif (IME/SESSAD)
DAR	Dispositif d'autorégulation
DEAF	Diplôme d'Etat d'assistant familial accueillant de manière permanente des jeunes à son domicile
DEAES	Diplôme d'Etat d'accompagnant éducatif et social de personnes en situation de handicap ou en perte d'autonomie
DEASS	Diplôme d'Etat d'assistant de service social
DECESF	Diplôme d'Etat de conseiller en économie sociale (et) familiale

DEEJE	Diplôme d'Etat d'éducateur auprès de jeunes enfants
DEES	Diplôme d'Etat d'éducateur spécialisé
DEETS	Diplôme d'Etat d'éducateur technique spécialisé
DEIS	Diplôme d'Etat d'ingénierie sociale
DEME	Diplôme d'Etat de moniteur éducateur
DEMf	Diplôme d'Etat de médiateur familial
DE TS	Diplômes d'Etat du travail social
DETISF	Diplôme d'Etat de technicien de l'intervention sociale et familiale
DGCS	Direction générale de la cohésion sociale
DGARS	Directeur général de l'agence régionale de santé
DDARS	Délégation Départementale de l'Agence Régionale de Santé
DITEP	Dispositif d'institut thérapeutique éducatif et pédagogique (ITEP/SESSAD)
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DUI	Dossier usager informatisé
EAM	Établissement d'accueil médicalisé en tout ou partie pour personnes handicapées
EANM	Etablissement d'accueil non médicalisé pour personnes handicapées
EEAP	Établissement pour Enfants et Adolescents Polyhandicapés
EHPAD	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EPE	Equipe pluridisciplinaire d'évaluation de la MDPH
ESAT	Etablissement et/ou service d'aide par le travail
ESPO	Etablissement et Service de Préorientation
ESRP	Etablissement et Service de Réadaptation Professionnelle
ESSMS	Etablissement et/ou service social et/ou médico-social
FAM	Foyer d'accueil médicalisé
FINESS	Fichier national des établissements sanitaires et sociaux
GCSMS	Groupement de Coopération Sociale ou Médico-Sociale
GEM	Groupes d'Entraide Mutuelle
GOS	Groupement opérationnel de synthèse
HAD	Hospitalisation à domicile
HAS	Haute autorité de santé
IDA	Institut pour déficients auditifs
IDV	Institut pour déficients Visuels
IEM	Institut d'Éducation Motrice
IME	Institut Médicoéducatif
ITEP	Institut thérapeutique éducatif et pédagogique
MAS	Maison d'accueil spécialisée
MDPH	Maison départementale des personnes handicapées
OG	Organisme gestionnaire
OGD	Objectif global de dépenses
PAI	Plan d'aide à l'investissement
PCD	Président du conseil départemental
PCH	Prestation de compensation du handicap
PCO	Plateforme de coordination et d'orientation
PCPE	Pôle de compétences et de prestations externalisées
PDS	Publics en difficultés spécifiques
PHV	Personnes en situation de handicap vieillissantes
PIAL	Pôle inclusif d'accompagnement localisé

RAPPORT IGAS N° 2024-017R

PRIAC	Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
PSH	Personne en situation de handicap
RAPT	Réponse accompagnée pour tous
RBPP	Recommandation de bonne pratique professionnelle
RDAS	Règlement départemental de l'action sociale
ROR	Répertoire opérationnel des ressources
SAD	Service autonomie à domicile
SAMSAH	Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés
SAVS	Service d'accompagnement à la vie sociale
SERAFIN-PH	Services et établissements : Réforme pour une adéquation des financements aux parcours des Personnes handicapées
SESSAD	Service d'éducation spéciale et de soins à domicile
SI	Système d'information
SPDA	Service public départemental de l'autonomie
SSIAD	Service de soins infirmiers à domicile
TND	Troubles du neuro développement
TSA	Troubles du spectre autistique
UEE	Unité d'enseignement externalisée
UEEA	Unité d'enseignement externalisé autisme
UEEP	Unité d'enseignement externalisée polyhandicap
UEMA	Unité d'enseignement en maternelle autisme

LETTRE DE MISSION



La Ministre

Paris, le 21/02/2024

Nos Réf. : CAB PAPH – Pégase n° D-24-000395

OBJET : Mission d'évaluation sur la transformation de l'offre médico-sociale.

Monsieur le Chef de l'Inspection générale des affaires sociales,

Lors de la conférence nationale du handicap (CNH) du 26 avril 2023, le Président de la République a annoncé un plan inédit de création de 50 000 nouvelles solutions à l'horizon 2030, devant s'accompagner d'un profond mouvement de transformation de l'offre médico-sociale. Ces deux piliers, création et transformation, apparaissent nécessaires pour moderniser l'offre d'accompagnement.

Une circulaire vient préciser aux ARS les modalités de déploiement dans les territoires de cette offre complémentaire et modernisée¹. Elle insiste tout particulièrement sur la nécessité d'associer les acteurs incontournables à une politique publique concertée, holistique et aux effets concrets pour les citoyens concernés.

Le système médico-social, construit à partir du milieu du XXème siècle et formalisé par les lois de 1975 (loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales et loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées) puis modernisé avec les lois de 2002 et 2005, fait face à de nombreux défis.

La réponse historique basée sur le rassemblement en un même lieu et par un même acteur d'un hébergement, d'un accompagnement éducatif, paramédical et médical, même si elle peut rester pertinente dans certaines situations, est facteur de contraintes et de pertes d'opportunités scolaires, sociales, professionnelles. Des schémas prédéterminés ne permettent plus à des personnes d'expérimenter, en étant accompagnées, la vie et le travail « en milieu ordinaire ».

Monsieur Thomas AUDIGÉ
Chef de l'Inspection générale des Affaires sociales
78 rue Olivier de Serres
75015 PARIS

¹ CIRCULAIRE N° DGCS/3B/DSS/1A/CNSA/DFO/2023/176 du 7 décembre 2023 relative à la mise en œuvre du plan de création de 50 000 nouvelles solutions et de transformation de l'offre médico-sociale à destination des personnes en situation de handicap 2024-2030, issu de la Conférence nationale du handicap 2023
Tél. 01 40 56 60 00
14 avenue Duquesne - 75350 PARIS 07 SP

Le traitement de vos données est nécessaire à la gestion de votre demande et entre dans le cadre des missions confiées aux ministères sociaux.
Conformément au règlement général sur la protection des données (RGPD), vous pouvez exercer vos droits à l'adresse ddc-rgpd-cab@ddc.social.gouv.fr ou par voie postale.
Pour en savoir plus : <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/article/donnees-personnelles-et-cookies>

En effet, la place des personnes en situation de handicap a fortement évolué, fondée progressivement sur une conception sociale et situationnelle du handicap et plus seulement médicale, et s'appuyant sur une approche par les droits illustrée notamment par la ratification de la convention relative aux droits des personnes handicapées (CIDPH) par la France en 2010. Les personnes concernées expriment leur souhait de prendre les décisions par elles-mêmes et pour elles-mêmes, en promouvant un plus grand pouvoir d'agir et une meilleure autodétermination.

Par ailleurs, il subsiste encore des situations où les personnes en situation de handicap ne trouvent pas de réponse appropriée à leurs besoins et attentes, pouvant altérer très fortement la qualité de vie desdites personnes et de leurs proches. L'offre médico-sociale se retrouve en difficulté pour répondre à ces situations, que ce soit par manque d'expertise pointue ou par inadéquation de l'existant aux besoins. À ce titre, les jeunes adultes maintenus en structure pour enfants au titre de l'amendement Creton, sont emblématiques de cet état de fait.

Ces dernières années, la création de nombreux dispositifs dans les territoires sont venus tenter de répondre à ces défis. Des évolutions légales et réglementaires sont aussi venues étayer la démarche de transformation de l'offre².

Les orientations définies lors de la stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre médico-sociale (2017-2021) suite aux décisions du CIH du 2 décembre 2016 ont pu servir de levier aux ARS dans le déploiement de nouvelles solutions répondant mieux aux souhaits des personnes.

Dans ce contexte, il est demandé à l'IGAS une mission d'évaluation visant à transformer le modèle de l'accompagnement médico-social afin qu'il réponde mieux aux besoins et aux attentes des personnes et de leurs familles, en particulier liés à l'école, l'emploi, le logement, les soins et la vie quotidienne à domicile.

Dans un premier temps, la mission recensera les propositions existantes innovantes, installées ou en cours de développement par les ARS, les Départements et les organismes gestionnaires, et qui s'inscrivent dans cette ambition d'une offre transformée plus inclusive portée par la CNH d'avril 2023. Ce travail pourra être complété par les modèles existants à l'étranger, par exemple en Suède, et les exemples des nombreux rapports publiés ces dernières années. Ces propositions devront poursuivre les objectifs de suppression des logiques en silo, tant pour l'accompagnement des personnes que dans les organisations, d'une plus grande coordination des interventions et de suppression des ruptures de parcours, en particulier lors du passage à l'âge adulte. Ce travail devra être mené d'ici mai 2024 afin d'identifier si certains freins législatifs aux projets en cours de développement doivent être levés à court terme.

Dans un second temps, à partir de ce recensement mais également en allant au-delà, la mission concevra une typologie des solutions possibles et identifiera les scénarios susceptibles de soutenir au mieux l'autodétermination des personnes tout en étant cohérents en matière d'organisation, de financement et de programmation. Les enjeux immobiliers et de transports devront être intégrés à cette analyse. Pour chaque type de solution la mission devra :

- Approfondir la question des modalités d'articulation de ces solutions avec le droit commun, en particulier le logement et la santé ;
- Identifier les évolutions de la réglementation (typologie des autorisations, cloisonnements par âge, par public, gouvernance, forme et niveau de financement, en lien avec le projet SERAFIN-PH) et des systèmes d'information nécessaires pour un déploiement à grande échelle de ces solutions ;
- Evaluer leur impact sur la situation financière des personnes, sur le niveau de mobilisation des prestations de compensation (AEEH et PCH), mais également l'adéquation de ces prestations à ces nouvelles solutions ;
- Proposer, en s'appuyant sur les travaux de la CNSA, une méthode de comptabilisation des solutions créées par type de solution qui permette de suivre le déploiement des 50 000 solutions ;
- Enfin, tirer les conséquences de cette transformation de l'offre sur le parcours des personnes, et en particulier sur les orientations prononcées par les CDAPH.

² Parmi lesquelles : la circulaire N° DGCS/3B/2017/148 du 2 mai 2017 relative à la transformation de l'offre ; le décret n° 2017-982 du 9 mai 2017 relatif à la nomenclature des ESMS et les évolutions relatives aux autorisations introduites dans l'article 135 de la loi dite 3DS du 21 février 2022

En complément, la mission identifiera les besoins d'appui et de montée en compétences des différents acteurs, qu'ils soient nationaux (DGCS, CNSA, autres acteurs) ou territoriaux (ARS, Départements, MDPH), pour l'accompagnement de cette transformation. Ce dernier volet pourra être mené avec l'appui de l'ANAP et devra permettre de repérer les freins "culturels" à la transformation de l'offre, les enjeux de transformation des pratiques des professionnels, et les moyens de l'accompagner.

Dans cette optique, la mission formulera également des propositions quant à l'organisation et aux modalités de financement des CREAI et de l'ANCREAI afin qu'ils puissent être mobilisés pour l'accompagnement des acteurs dans la transformation de l'offre médico-sociale

Les travaux seront remis d'ici septembre 2024 mais feront l'objet de points réguliers avec mon cabinet.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Chef de l'Inspection générale des affaires sociales, l'expression de ma considération distinguée.

Fadila KHATTABI





Handicap : comment transformer l'offre sociale et médico-sociale pour mieux répondre aux attentes des personnes ?

JANVIER 2025

2024-017R

ANNEXES

**Magali
Guegan**

**Yannick
Le Guillou**

**Franck
Le Morvan**

Membres de l'Inspection générale
des affaires sociales

Avec le concours de Juliette Berthe et Haoyue Yuan Even,
Membres du Pôle DATA de l'Igas



Suivez-nous sur LinkedIn

SOMMAIRE

ANNEXE 1 : METHODOLOGIE	3
ANNEXE 2 : LE PLAN DE CREATION DE 50 000 SOLUTIONS	11
ANNEXE 3 : RESULTATS DES ENQUETES MENÉES DANS LE CADRE DE LA MISSION	16
ANNEXE 4 : OUTILS DE GOUVERNANCE TERRITORIAUX	29
ANNEXE 5 : EXPERIMENTATION DIAGNOSTIC TERRITORIAL	78
ANNEXE 6 : L'ORIENTATION MEDICO-SOCIALE PAR LES MDPH	80
ANNEXE 7 : LE TRANSPORT POUR LES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP ACCOMPAGNEES PAR UN ETABLISSEMENT OU SERVICE SOCIAL ET MEDICO-SOCIAL	90
ANNEXE 8 : SYSTEMES D'INFORMATION	99
ANNEXE 9 : MESURE D'ACTIVITE	112
ANNEXE 10 : APPUI A LA TRANSFORMATION	119
ANNEXE 11 : EXPERIMENTATION « FACILISOINS »	127
PIECE JOINTE N°1 : LA NOMENCLATURE DETAILLEE DES BESOINS ET PRESTATIONS	133
PIECE-JOINTE N°2 : EXTRAIT DE L'INSTRUCTION FONDS D'APPUI A LA TRANSFORMATION	136

ANNEXE 1 : Méthodologie

Données de l'état des lieux

Pour construire l'état des lieux de la transformation de l'offre sociale et médico-sociale, la mission avec l'appui du pôle data s'est basée sur le répertoire FINESS. Les données chiffrées ont été extraites à partir de l'outil EDONISS en mars 2024 pour les tableaux chiffrés et en juin 2024 pour les cartes.

Pour établir les cartographies, les modalités de la variable « mode de fonctionnement » ont été regroupées en six ensembles, selon qu'ils correspondent à un hébergement, un accueil de jour, un accompagnement en milieu ordinaire ou à leur combinaison (hébergement et accueil de jour, accueil de jour et accompagnement en milieu ordinaire, tous modes d'accueil et d'accompagnement).

Un établissement est considéré comme « diversifié » s'il peut déjà assurer seul un hébergement, un accueil de jour et un accompagnement en milieu ordinaire. On considère qu'un établissement est « potentiellement diversifié » s'il peut les assurer conjointement avec les autres établissements relevant de la même entité juridique (personne morale) situés dans le même département.

Les travaux se sont centrés sur la distance des communes de France métropolitaine avec le mode de fonctionnement de l'établissement étudié, afin de mesurer son accessibilité, au regard de la distance à parcourir pour y parvenir. Cette distance est une distance routière. Elle est mesurée à l'aide du package metrics.osrm produit par l'INSEE. Il permet de faciliter l'interrogation d'un serveur de routage de type OSRM (Open Source Routing Machine), qui exploite des données routières d'Open Street Map notamment. Grâce à ce package de l'INSEE, il est possible de déterminer la distance minimale d'une commune (son centre-bourg) avec un type d'établissement. Ces distances ont été regroupées en 4 catégories : moins de 10km, entre 10 et 25km, entre 25km et 100km, plus de 100km.

Enfin, la mission a bénéficié par ailleurs du travail de recensement des dispositifs et offres de services coordonnés réalisé par l'ANAP par enquête auprès des ARS.

Les auditions et déplacements de la mission

Pour mener ses travaux sur la transformation de l'offre sociale et médico-sociale, après une revue bibliographique, la mission s'est attachée à auditionner le maximum d'acteurs du secteur médico-social du handicap : administrations, collectivités territoriales, associations de famille, de personnes concernées, gestionnaires d'établissements médico-sociaux ou non, maisons départementales des personnes handicapées, fédérations, représentants syndicaux du travail social, experts et personnalités qualifiées... et d'acteurs plus généralistes comme les associations tutélaires, des organismes de recherche ... Plus de 120 auditions ont eu lieu, associant plus de 300 personnes.

La mission a également choisi de se déplacer dans 1 ou 2 départements de quatre régions choisies sur les critères suivants :

- Région où la diversification des modalités d'accompagnements des ESSMS était la plus forte
- Région où la diversification des modalités d'accompagnements des ESSMS était la moins forte
- Régions avec de grands écarts départementaux en termes de diversification des modalités d'accompagnements

Pour chaque département, étaient rencontrés : l'ARS, le CD, la MDPH et 2 établissements et services médico-sociaux en recherchant une diversité d'ESSMS : IME, DITEP (dont DIME/DAME ; DITEP), IEM, SESSAD, FAM, MAS, SAMSAH, DITEP et DIME/DAME, EANM.

Au cours des rencontres avec les ESSMS, une session d'échanges, non guidés, avec des professionnels de la structure et une session d'échanges libres avec professionnels et personnes concernées ont été réalisées.

Aux côtés des déplacements, la mission a fait une immersion-observante sur deux jours dans un dispositif médico-social de catégorie juridique IME en toute modalité d'accueil et d'accompagnement », pour des jeunes de 15 à 20 ans avec déficience intellectuelle (avec des pluri-handicaps) avec prestations sur site, prestations en UEE et en classe ordinaire afin d'observer le quotidien des jeunes accompagnés et des équipes médico-sociales et appréhender les enjeux concrets de la modularité des parcours.

Plusieurs enquêtes sur les freins à la transformation de l'offre sociale et médico-sociale ont été lancées pour nourrir les travaux. Une auprès de toutes les ARS (15 répondants) après de premiers échanges avec les ARS, une auprès d'organismes gestionnaires publics et privés à but non lucratifs (non représentative, 56 répondants) après la première phase d'auditions.

Fiches d'impact détaillées

Recommandation n°9	Confier à la DREES et la CNSA la mise en place d'une méthodologie pour alimenter les observatoires territoriaux des besoins et la production des données socles nécessaires au diagnostic et à l'analyse des besoins des personnes en situation de handicap, et mener une réflexion sur la faisabilité de projections dans le temps.	
Calendrier : 2026	Pilote : CNSA/DREES	Acteurs impliqués : DGCS et ARS
Résultats attendus : Diffusion aux ARS d'une méthodologie pour les observatoires territoriaux des besoins avec les jeux de données dont les données issues des SI MDPH dès que possible		
Principales étapes (mise en œuvre et pilotage) proposées par la mission : <ul style="list-style-type: none"> - Arbitrage pour mesure en projet de loi de financement pour 2026 : 2 options : uniquement des ETP dédiés ou un portail national et des ETP dédiés - Lancement des travaux sous l'égide DRESS/CNSA 		
Condition de réussite/moyens : Copilotage DRESS/CNSA et association des ARS, CD et éducation nationale, et des représentants des personnes concernées.		
Eléments de chiffrage : Les besoins estimés par la CNSA étaient de 3 ETP (fiabilisation de la saisie des données et animation de réseaux de référents territoriaux, exploitation des données, création d'un portail de consultation des données statistiques produites par la CNSA et gouvernance de la mise à disposition des données du handicap et 1,6 M€ par an sur 3 ans pour la création du portail (Investissement et fonctionnement). Les besoins estimés par la DREES étaient de 3 ETP également (exploitation des données, gouvernance de la mise à disposition des données du handicap). Ces sommes sont modestes, mais supposent un desserrement de la contrainte sur les plafonds d'emploi.		
Risques associés à l'inaction : chaque ARS devra tenter d'obtenir les données de ses partenaires avec des méthodologies différentes (et les données MDPH ne seront toujours pas exploitées) et aucune exploitation nationale ne pourra en être faite pour le suivi de la politique publique.		

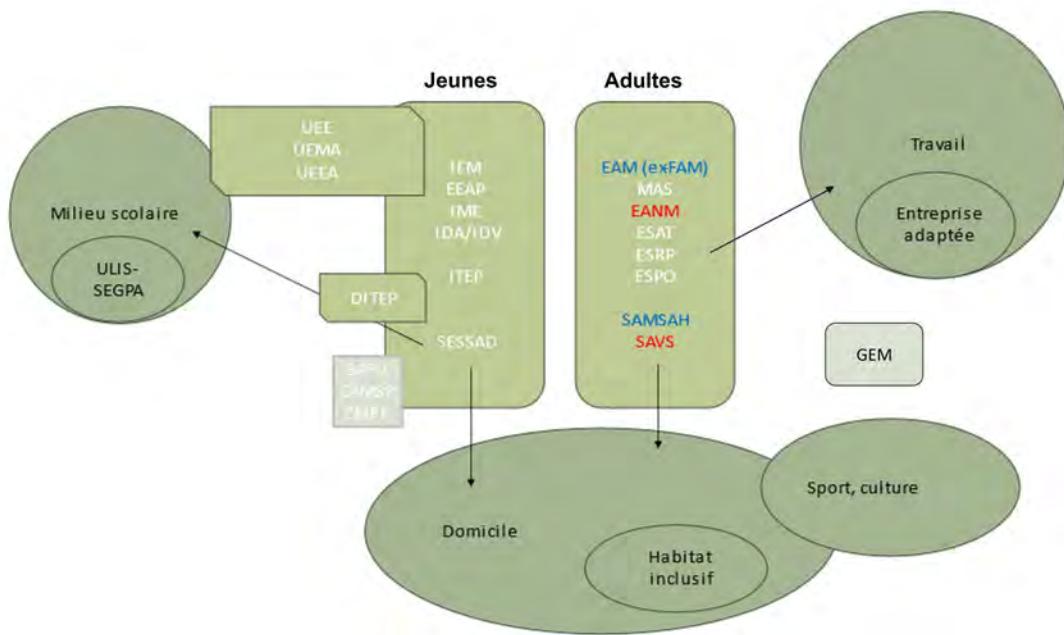
Recommandation n°14	Reprendre rapidement les travaux sur les transports des personnes en situation de handicap accompagnées par un ESSMS pour redéfinir les périmètres de responsabilité de chaque acteur au regard des évolutions de l'accompagnement médico-social et, sans attendre, considérer tous les trajets domicile/école comme relevant bien de la compétence départementale au titre du transport scolaire, y compris pour les enfants accompagnés par un ESSMS au sein de l'école (UE, IME dans l'école, SESSAD dans l'école...)	
Calendrier : 2026	Pilote : DGCS	Acteurs impliqués : CD
Résultats attendus : avoir une répartition des compétences entre acteurs lisible et en cohérence avec les objectifs d'inclusion et de rapprochement du droit commun		
Principales étapes (mise en œuvre et pilotage) proposées par la mission :		
<ul style="list-style-type: none"> - Travaux à conduire dont étude à lancer sur le coût des transports - Arbitrage - Vecteur législatif le cas échéant 		
Condition de réussite/moyens : participation aux travaux de tous les acteurs concernés y compris région, départements		
Eléments de chiffrage : Une étude est nécessaire		
Risques associés à l'inaction : la problématique de la prise en charge financière des transports vers le milieu ordinaire freinera les accompagnements hors les murs.		

Recommandation n°20	Poursuivre le déploiement du DUI, en garantissant des crédits après 2025, et adapter les fonctionnalités du DUI aux enjeux de transformation de l'offre et de mesure d'activité des ESSMS transformés, fonctionnalités permettant des exports pour le suivi d'activité.	
Calendrier : 2025	Pilote : DGCS	Acteurs impliqués : DNS
Résultats attendus : l'équipement et l'usage par tous les ESSMS d'un DUI fonctionnant de manière harmonisée et interopérable et permettant des exports en vue de la mesure d'activité		
Principales étapes (mise en œuvre et pilotage) proposées par la mission :		
<ul style="list-style-type: none"> - Arbitrage dès que possible sur de nouvelles exigences techniques pour le DUI (nomenclature des prestations, export à partir des agendas, interopérabilité) puis travaux avec les éditeurs - Arbitrage pour des crédits de fonctionnement au sein de l'OGD à partir de 2026 et des crédits en soutien aux CD pour les ESSMS de leur compétence 		
Condition de réussite/moyens : maintien d'une dynamique forte de pilotage (national et ARS/CD) sur le DUI, délégations de crédits aux ESSMS au titre du numérique		
Eléments de chiffrage : L'estimation réalisée par la DNS (délégation au numérique en santé) est de 15 000 € par ESSMS, soit un total d'environ 200 M€, en prenant pour hypothèse la couverture de l'abonnement éditeur, la chefferie mutualisée de projet et les formations liées au turn over.		
Risques associés à l'inaction : Sans des DUI harmonisés/interopérables, les possibilités de modularité des parcours seront freinées en termes de qualité par l'impossibilité de partager les informations Sans exigences nouvelles pour le DUI adaptées aux enjeux de mesure de l'activité, risque de lacunes dans le suivi de l'activité par les ATC (notamment absence d'indicateur de transformation).		

Recommandation n°31	Déployer une offre de formation continue dédiée à la transformation de l'offre et à l'autodétermination dans le champ du handicap, et prévoyant systématiquement l'intervention d'experts d'usage et une initiation aux méthodes de communication alternative améliorée	
Calendrier : 2025-2028	Pilote : DGCS	Acteurs impliqués : ARS + CD
Résultats attendus : Assurer rapidement la formation de l'ensemble des personnels en poste aux enjeux de la transformation et de l'autodétermination, sans préjudice des améliorations à apporter aux référentiels des diplômes d'Etat du travail social		
Principales étapes (mise en œuvre et pilotage) proposées par la mission : L'offre existe, mais pas à la hauteur de l'objectif, d'où le lissage sur 4 ans		
Condition de réussite/moyens : Financement via les ARS (en lien avec les CD pour les ESSMS relevant de leur compétence)		
Eléments de chiffrage : Au regard des coûts unitaires communiqués par l'UNAPEI (coût moyen de 4 800 € pour une formation de 3 jours par groupe de 15 personnes), 170 M€ au total pour quelque 530 000 salariés (soit 42,5 M€ par an, à comparer avec les crédits non reconductibles de 30 M€ par an alloués par les ARS à la formation dans les établissements relevant de leur compétence)		
Nb : le nombre de salariés est approximé à partir des effectifs hors SAD (343 000 d'après l'enquête ES 2022 de la DREES) auxquels est ajoutée la moitié des effectifs des SAD (soit 185 000 salariés – sur un total de 370 000 d'après Insee Première n° 1981 janvier 2024)		
Risques associés à l'inaction : une difficulté à atteindre l'objectif de transformation à horizon 2030		

Les ESSMS dédiés aux PSH

Tableau 1 : Les ESSMS DEDIES AUX PSH ET LEUR ENVIRONNEMENT



Etablissements et services dédiés aux jeunes en situation de handicap

IEM : Institut d'éducation motrice

EEAP : Etablissement pour Enfants ou Adolescents Polyhandicapés

IME : Institut Médico-Educatif

IDA/IDV : Institut pour Déficients Auditifs / Visuels

ITEP : Institut Thérapeutique Éducatif et Pédagogique

DITEP : Dispositif ITEP (regroupant un ITEP et un SESSAD)

SESSAD : Service d'Éducation Spéciale et de Soins à Domicile

BAPU : Bureau d'Aide Psychologique Universitaire

CAMSP : Centre Action Médico-Sociale Précoce

CMPP : Centre Médico-Psycho-Pédagogique

Etablissements et services principalement dédiés aux adultes en situation de handicap

EAM : Etablissement d'Accueil Médicalisé en tout ou partie personnes handicapées

MAS : Maison d'Accueil Spécialisée

EANM : Etablissement d'Accueil Non Médicalisé pour personnes handicapées

ESAT : Etablissement et Service d'Aide par le Travail

ESRP : Etablissement et Service de Réadaptation Professionnelle

ESPO : Etablissement et Service de Préorientation

SAMSAH : Service d'accompagnement médico-social adultes handicapés

SAVS : Service d'Accompagnement à la Vie Sociale

Structures en milieu scolaire

UEE : Unité d'Enseignement Externalisée

(UEEP : Unité d'Enseignement pour les Elèves Polyhandicapés)

UEMA : Unité d'Enseignement en Maternelle Autisme

UEEA : Unité d'Enseignement en Elémentaire Autisme

ULIS : Unité Localisée pour l'Inclusion Scolaire

SEGPA : Section d'Enseignement Général et Professionnel Adapté

GEM : Groupe d'Entraide Mutuelle

ANNEXE 2 : LE PLAN DE CREATION DE 50 000 SOLUTIONS

[1] Un plan de création de 50 000 solutions à horizon 2030, financé à hauteur d'1,5 milliard d'euros, a été annoncé en Conférence nationale du handicap (CNH) du 26 avril 2023.

[2] Son but est de permettre d'apporter à la fois une réponse massive sur les territoires les plus en tension (Île-de-France, Outre-mer...) dans une logique de rattrapage, tout en renforçant l'offre pour des publics sans solution. Sont cités parmi ces publics, les enfants et adultes nécessitant un accompagnement renforcé (personnes polyhandicapées, avec troubles du neurodéveloppement...), les enfants relevant de l'aide sociale à l'enfance, les personnes handicapées vieillissantes, et les personnes avec un handicap psychique ou cognitif nécessitant notamment un accompagnement à domicile.

[3] Ce plan repose sur les grands principes suivants :

« - Une approche transversale du développement de solutions au sein d'une stratégie régionale de transformation de l'offre, destinée à prendre en compte la diversité des besoins en amplifiant l'effort débuté il y a plusieurs années en faveur de modes d'accompagnement plus modulaires, individualisés, en proximité des lieux de vie, dans une logique de plateformes de services coordonnés avec la personne ;

- Une déconcentration forte de la planification de ces solutions pour une meilleure évaluation des besoins à couvrir, prenant en compte la diversité des territoires ;

- Un pilotage régional rénové associant étroitement les élus, les représentants des personnes comme des professionnels ;

- Un accompagnement renforcé des organismes gestionnaires par la mobilisation de ressources nouvelles. »

[4] La circulaire aux ARS¹, qui ne précisait pas ce que recouvrait le terme « solution » soulignait que chaque stratégie ou orientation nationale² avait été intégrée dans ce plan avec un niveau de crédits correspondants mobilisables progressivement entre 2024 et 2030 :

¹ Circulaire n° DGCS/3B/DSS/1A/CNSA/DFO/2023/176 du 7 décembre 2023 relative à la mise en œuvre du plan de création de 50 000 nouvelles solutions et de transformation de l'offre médico-sociale à destination des personnes en situation de handicap 2024-2030, issu de la Conférence nationale du handicap 2023.

² Stratégie aidants du 6 octobre 2023, stratégie nationale 2023-2027 pour les troubles du neurodéveloppement, plan de prévention des départs non souhaités des enfants en situation de handicap en Belgique, plan de développement accéléré de l'offre médico-sociale pour les départements d'Outre-mer annoncé en comité interministériel des Outre-mer de juillet 2023, poursuite des efforts de déploiement de solutions pour les enfants en situation de handicap relevant de l'aide sociale à l'enfance).

- 985 millions d'euros, dédiés aux solutions pour les enfants (400 millions dont 50 millions dédiés aux solutions pour les enfants protégés par l'ASE) et les adultes (585 millions d'euros) ;
- 110 millions d'euros, destinés à soutenir notamment la création d'un service de repérage, de diagnostic et d'intervention précoce pour les enfants de 0 à 6 ans (L.2134-1 du code de la santé publique³) via les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP), les plateformes de coordination et d'orientation (PCO) et les actions d'intervention précoce ;
- 400 millions d'euros, consacrés au financement de l'appui aux établissements scolaires par le secteur médico-social pour la scolarisation des élèves en situation de handicap.

Tableau 2 : Répartition des autorisations d'engagements par région (extrait de la circulaire précitée)

Région	Socle	Montant précoce	Montant école	Total CNH	Poids CNH / DRL 2023
Auvergne-Rhône-Alpes	70,52	13,11	50,45	134,08	8,90%
Bourgogne-Franche-Comté	28,68	4,27	12,85	45,80	7,00%
Bretagne	32,41	5,53	16,02	53,96	8,10%
Centre-Val de Loire	28,30	4,08	13,47	45,85	8,00%
Corse	9,06	0,40	1,68	11,14	16,20%
Grand Est	62,76	8,27	30,12	101,15	7,90%
Guadeloupe	9,45	0,74	2,58	12,77	11,20%
Guyane	24,15	1,45	2,43	28,03	27,90%
Hauts-de-France	122,20	10,04	45,36	177,60	12,20%
Île-de-France	224,44	20,09	66,40	310,93	13,30%
La Réunion	19,90	2,29	7,66	29,85	22,30%
Martinique	18,90	0,75	2,48	22,13	18,60%
Mayotte	10,80	1,47	9,95	22,22	77,90%
Normandie	38,17	5,30	18,77	62,24	8,00%
Nouvelle-Aquitaine	67,89	8,82	29,09	105,80	8,10%
Occitanie	100,03	9,17	44,42	153,62	11,10%
Pays de la Loire	31,44	6,57	17,09	55,10	7,40%
Provence-Alpes-Côte d'Azur	85,87	7,65	29,18	122,70	12,60%
Total	985,0	110,00	400,00	1 495,0	
<i>Dont total DOM</i>	<i>83,20</i>	<i>6,70</i>	<i>25,10</i>	<i>115,00</i>	<i>22,90%</i>

Source : CNSA

³ Loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024 (1), article.

Une programmation réalisée dans des délais très contraints qui doit pouvoir s'ajuster au fil de l'eau

[5] En quelques mois, les ARS ont été amenées à programmer le déploiement d'une offre jusqu'à 2030 sur la base de leur diagnostic territorial partagé avec les acteurs.

[6] La CNSA a relevé une hétérogénéité dans la granularité de la programmation : certaines ARS ont une démarche stratégique formalisée avec une grande précision sur l'augmentation de capacitaire quand d'autres n'ont pas abouti à une programmation complète.

[7] De manière générale, la programmation est généralement plus aboutie sur la période 2024-2025. Cette programmation repose très majoritairement sur la procédure d'extension des capacités des ESSMS au regard des échéances de paiement annuels des crédits 2024, peu compatible avec les délais des appels à projets réglementés par le CASF.

[8] Concentrée pour l'essentiel sur la période 2025 – 2027 (77,5 % des programmations), en cohérence avec les stratégies nationales thématiques, cette programmation ne peut être appréhendée que comme une « première programmation » qui nécessitera d'être réajustée :

- à l'initiatives des ARS dans le cadre des travaux sur les besoins par exemple, et lien avec les conseils départementaux pour l'offre adulte ;
- du fait de travaux parallèles en cours ou à venir pouvant impacter la programmation comme ceux sur le service public du repérage, de diagnostic et d'intervention précoce pour les enfants de 0 à 6 ans (qui ne repose pas uniquement sur l'offre médico-sociale PH) , ceux liés à la généralisation à venir des Pole d'appui à la scolarité (PAS) ou plus largement ceux liés à l'outillage des acteurs sur la transformation de l'offre médico-sociale PSH ;
- ou encore du fait de lissage budgétaire au regard du contexte budgétaire pouvant impacter la répartition des crédits de paiement chaque année.

Un format de remontée qui ne permet pas de donner une vision prospective des transformations de l'offre à venir.

[9] Les remontées des ARS, faites sous Excel dans des délais très contraints, ne permettent pas de donner une image de la transformation telle que soutenue par les ARS puisqu'il s'agit principalement de données administratives (qui ne donnent pas systématiquement d'indication sur la transformation de l'ESSMS existant) et quantitatives avec des informations sur le capacitaire qui reste très majoritairement exprimées en nombre de places (le terme « solutions » n'ayant pas été défini avant le lancement du plan).

[10] La CNSA a mené un travail de consolidation des données. Elle en a tiré les graphiques et tableaux suivants :

Tableau 3 : En répartition de consommation des crédits fléchés par bloc (source CNSA)

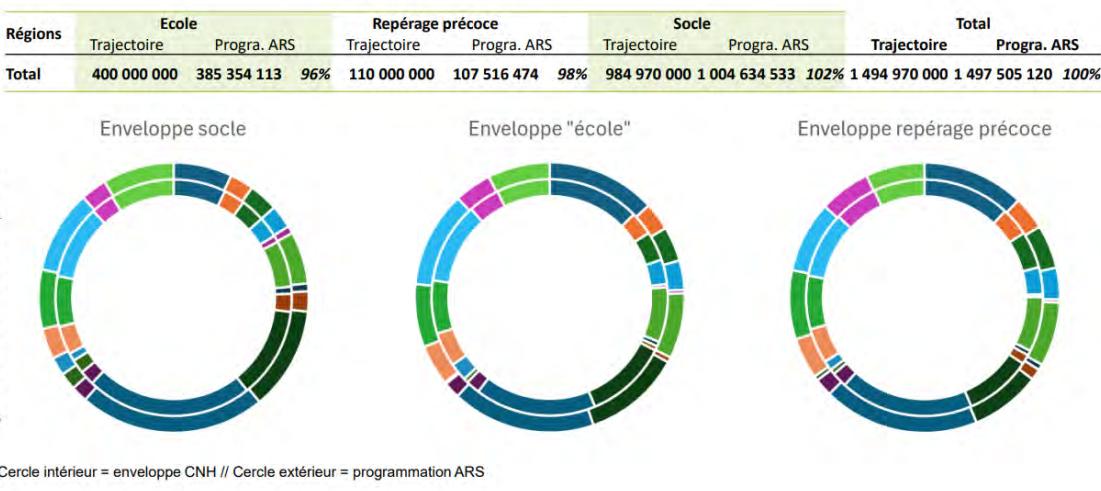


Tableau 4 : En augmentation de capacitaire de l'offre médico-sociale (source CNSA)

	Ecole		Repérage précoce		Socle		Total	
	Capacitaire précisé par les ARS	Capacitaire redressé	Capacitaire précisé par les ARS	Capacitaire redressé	Capacitaire précisé par les ARS	Capacitaire redressé	Capacitaire précisé par les ARS	Capacitaire redressé
Total général	5 899	13 450	7 733	10 809	23 942	32 886	37 574	57 144

Tableau récapitulatif des créations de capacitaire déclaré par les ARS dans le cadre des remontées à l'enquête de la CNSA.

Le redressement est opéré par la conversion des montants en équivalent capacitaire au coût moyen unitaire de la « place », lorsque le capacitaire n'a pas été renseigné par l'ARS

[11] Le capacitaire est exprimé en nombre maximal de personnes pouvant être accueillies au même moment mais il doit être souligné que la conversion d'un nombre de places en nombre maximal de personnes accueillies peut différer d'un ESSMS à l'autre ou d'une activité à l'autre.

Tableau 5 : En répartition par processus d'augmentation du capacitaire des ESSMS (source CNSA)

	Création	Extension	Transfo.	Total		Création	Extension	Transfo.	Total
Enfants	5 417	14 914	339	20 670	Enfants	26%	72%	2%	100%
Adultes	3 657	5 171	297	9 125	Adultes	40%	57%	3%	100%
Enfants / adultes	6 746	1 041	17	7 804	Enfants / adultes	86%	13%	0%	100%
Total général	15 820	21 126	653	37 599	Total général	42%	56%	2%	100%

Tableau récapitulatif des créations de capacitaire déclaré par les ARS dans le cadre des remontées à l'enquête de la CNSA par type de public

[12] Les ARS devaient en effet identifier leur projet au titre du processus « création », « extension » ou « transformation ». Ce triplet mérite d'être précisé :

- un projet identifié comme « transformation » est un changement de nature de places ou de public et ne répond donc pas nécessairement aux enjeux de la transformation de l'offre (par exemple, si des places de FAM transformées en places de MAS ou un SAVS devenant SAMSAH répondent à un enjeu d'adaptation de l'offre aux besoins du territoire, ces

démarches ne s'inscrivent pas nécessairement dans un projet visant à la modularité des parcours de personnes accueillies)

- un projet identifié comme « création » (nouvelle structure) ou « extension » (augmentation du capacitaire d'une structure existante) peut être un projet répondant aux enjeux de transformation de l'offre ou qui ne procède qu'à un rattrapage d'équipement sur le territoire.

Tableau 6 : En répartition par stratégie / orientation nationale (source CNSA)

Thématique	Montant théorique	Montant programmé par les ARS
Aidants	100 000 000	75 252 613
Appui à la scolarisation	400 000 000	385 354 113
ASE	50 000 000	43 440 890
Autres	594 970 000	559 440 346
Polyhandicap	5 000 000	2 937 800
Renforcement- CAMSP	50 000 000	39 654 644
TSA-TND	295 000 000	391 424 715
Total général	1 494 970 000	1 497 505 120

[13] La ventilation des crédits par enjeu/public cible montre une discordance entre crédits théoriquement alloués et crédits ventilés par les ARS au profit des personnes TND/TSA.

[14] Les échanges conduits par la mission permettent d'éclairer les raisons possibles de cette discordance :

- La répartition théorique nationale n'est pas basée sur les diagnostics territoriaux et des ajustements peuvent être nécessaires par les ARS ;
- Les acteurs sont parfois en difficulté pour identifier de manière conjointe les réponses les plus adaptées, notamment pour répondre à des besoins mixtes comme ceux des jeunes en situation de handicap suivis par l'ASE.

[15] La mission s'est par ailleurs intéressée au « mode de fonctionnement » identifié par les ARS pour chaque projet (notion qui diffère ici de celle utilisée dans la nomenclature FINESS) et constate que la moitié de l'augmentation de capacitaire porte sur des approches identifiables comme en ouverture sur le milieu ordinaire (unités externalisées, prestations en milieu ordinaire, dispositif intégré, dispositif d'autorégulation à l'école, accueil séquentiel ou temporaire). Cependant, il est impossible d'affirmer qu'un projet « milieu ordinaire » s'inscrirait systématiquement dans une démarche de transformation (exemple : l'ESSMS porteur ne propose que de la prestation en milieu ordinaire, sans pouvoir répondre aux enjeux d'hébergement temporaire), ni qu'un projet identifié comme « hébergement » ou « accueil de jour » ne s'inscrirait pas en réalité dans un projet de transformation de l'ESSMS.

[16] De manière générale, la CNSA relève que les programmations permettent « d'identifier de grandes tendances et préoccupations, sans pour autant permettre d'identifier avec certitude l'aspect transformateur des projets : amplification des transformations antérieures (ex: fonctionnement en dispositif), nouvelles modalités d'accompagnement (plateformes de services), vs créations de places et extensions « classiques » ».

ANNEXE 3 : RESULTATS DES ENQUETES MENEES DANS LE CADRE DE LA MISSION

1 Enquête ARS sur les freins à la transformation de l'offre

Les ARS ont été amenées à présenter un à trois projets d'ESSMS transformés ou en cours de transformation et d'identifier les difficultés rencontrées spécifiquement pour ces projets et, de manière plus générale, les freins à la transformation de l'offre identifiés en vue de déployer la transformation. Les résultats présentés ci-dessous portent sur les freins identifiés de manière générale.

- Nombre d'ARS répondantes : 14 ARS dont 3 d'outre-mer.
- Nombre de projets transformatifs présentés : 23
- Chiffres clés issus de l'enquête :
 - Les 23 projets présentés se répartissent comme suit : 6 dispositifs intégrés, 5 « plateformes » et 12 ESSMS diversifiés (au sens où ils n'ont pas de reconnaissance juridique de dispositif intégré) ;
 - 12 projets concernent le champ des enfants dont des adultes maintenus en structure enfants et des enfants en situation de handicap relevant de l'ASE, 8 projets concernent le champ adultes, dont des adultes maintenus en structure enfants et des personnes handicapées vieillissantes, et 3 projets couvrent les champs enfants et adultes ;
 - 12 projets ont un seul « public »⁴, 3 ont plusieurs publics, 8 accueillent des personnes avec « tout type de déficience » ;
 - Parmi les motifs avancés en soutien du projet (plusieurs motifs pouvaient être renseignés) l'enjeu de graduation des accompagnements arrive en tête, suivis de la diversification des spécialités et du soutien aux répit ;

Tableau 7 : Résultats de l'enquête ARS sur les freins identifiés pour généraliser une démarche de transformation de l'offre

Type de freins	Nombre d'ESSMS	Commentaires

⁴ Champs proposés : TND et plus particulièrement Déficience intellectuelle, TND et plus particulièrement Troubles du spectre de l'autisme, Handicap psychique, Difficultés psychologiques avec troubles du comportement, Polyhandicap, Déficience motrice, Déficience auditive ou visuelle grave, Cérébro-lésés, Handicap cognitif spécifique, Tous Types de Déficiences Personnes Handicapées

Juridique	13	<p>Les typologies d'ESSMS existantes tendent à devenir un obstacle à la transformation, notamment dans le champ de l'enfance. Celui-ci, qui ne relève principalement que de l'ARS, distingue encore des IME, EEAP, ITEP, IDA, IDV.</p> <p>Attente du décret relatif à l'organisation et au fonctionnement en dispositif intégré.</p> <p>Difficulté à autoriser et financer un fonctionnement en plateforme/offre de services coordonnés regroupant des catégories actuelles d'ESSMS sous compétence propre du DGARS ou du président du conseil départemental, voire sous compétence partagée.</p> <p>La nomenclature et les codes FINESS ne permettent pas de retranscrire certains dispositifs (type équipes mobiles, UEMA/UEEA ou populations type PHV). Cela implique des gymnastiques d'utilisation des codes FINESS actuels. Pour les gestionnaires cela a des conséquences en termes de difficultés à mesurer et transmettre les données d'activité. Globalement les cadres ne sont pas adaptés pour les nouveaux fonctionnements.</p> <p>Nomenclatures FINESS, annexes activités des établissements PH non adaptées.</p> <p>Les textes relatifs à l'accueil temporaire en ESSMS disposent toujours qu'une orientation CDAPH spécifiquement accueil temporaire est nécessaire pour y accéder. Cette disposition complexifie l'accès aux places d'ESSMS ouvertes en « répit » sur des plages de vacances par exemple.</p>
Bâti	11	<p>Nécessité d'adapter les locaux parfois anciens, vétustes et/ou non adaptés à de nouvelles modalités d'accompagnement (ex l'installation d'un accueil de jour suppose notamment des locaux dédiés ou l'installation de services).</p> <p>La transformation de l'offre peut également impliquer l'accueil de nouveaux publics nécessitant une adaptation des espaces et de leur aménagement (TND dont TSA, handicap psychique...).</p> <p>Le « calibrage » des locaux est particulièrement complexe. Les investissements dans le champ du handicap en lien notamment avec l'évolution des missions du secteur sont à ce jour trop peu documentés.</p> <p>Certains projets nécessitent des investissements immobiliers complémentaires, soumis à la capacité à investir et avec des délais de réalisation.</p> <p>La problématique est encore plus aigüe dans le milieu scolaire et les grandes agglomérations (rationalisation des cartes scolaires avec désormais peu de possibilités d'implanter des classes de type UEE ou des UEMA/UEEA/DAR dans les bâtiments actuels).</p>

		Difficulté liée au contexte de tensions sur l'offre immobilière et coût de l'immobilier.
RH	10	<p>Difficultés en termes d'évolution des pratiques professionnelles (cf. impact de l'autodétermination ou dans le cadre du respect des RBPP) : nécessité de revoir la formation initiale.</p> <p>Nécessité de décloisonnement des champs de formation (sanitaire/ MS /Education nationale...).</p> <p>Les projets de transformation demandent une importante évolution des pratiques professionnelles mais pour autant cela semble être dynamisant pour les équipes, avec des perspectives nouvelles.</p>
Financier	9	<p>Malgré les CPOM et les dotations globalisées, la tarification (arrêtés) repose encore techniquement sur des outils qui distinguent accueil de jour, internat et PMO, ce qui est soit trop détaillé soit pas assez dans la mesure où les catégories d'accueil temporaire, de tous modes d'accueil, d'accueil de nuit, etc. ne sont pas prises en compte. Cela est source de confusion pour les gestionnaires.</p> <p>Pas de référentiels de coûts actifs sur les dispositifs.</p> <p>Difficulté à évaluer les marges de manœuvre disponibles au sein des OG pour les mobiliser sur la transformation de l'offre.</p> <p>Dans l'attente de SERAFIN-PH, l'ARS ne peut mener une politique de soutien financier que par CNR ou modulation du taux d'évolution pour soutenir les projets et nouvelles modalités plaçant la personne et ses choix au centre et les organismes en capacité de mettre en œuvre de nouvelles organisations</p> <p>Très faible outillage existant à destination des ARS en ce qui concerne l'analyse des prises en charge des situations complexes. Ces situations sont à ce jour prises en charge au cas par cas à des coûts souvent très élevés, financés en crédits non reconductibles, sur lesquels l'ARS n'a pas de prise objective, dans des contextes souvent très émotionnels. Il n'existe pas d'éléments de relativisation ou de comparaison. L'ARS est ainsi trop souvent directement tributaire des arguments des établissements, en général dans l'urgence, et peut difficilement faire prévaloir des positions plus mesurées, créant des situations parfois délicates lorsque les financements disponibles se raréfient (crédits non reconductibles).</p>

		<p>Les outils de tarification et de recueil de l'activité doivent pouvoir permettre une meilleure prise en compte des nouvelles catégories d'accompagnement. A ce jour, le recueil des données d'activité est fondé sur des catégories datées (« externat », « semi-internat », ...) et des saisies libres pour toutes les autres modalités. Ces saisies libres, non corrélées aux autorisations, conduisent les ESSMS à renseigner les données selon leurs propres critères, rendant toute constitution de bases de données régionales impossible, et rendant le suivi de l'activité des ESSMS assez illusoire.</p>
Processus d'orientation	12	<p>Orientations réalisées trop souvent en fonction de l'offre disponible et non uniquement au regard du projet des personnes.</p> <p>Vision établissement très présente, interrogation insuffisante des capacités de milieu ordinaire étayé par le secteur médico-social.</p> <p>Orientations qui se font sur la base des catégories existantes, par exemple IME ou SESSAD, et ne savent pas comment prendre en compte la modalité « prestation en milieu ordinaire » quand elle est réalisée par un IME, ce qui est source de confusion pour les familles comme pour les MDPH elles-mêmes.</p> <p>Orientations qui ne prennent pas en compte des dispositifs ou des offres de services coordonnés (avec maintien de notification vers un ESSMS de catégorie X)</p> <p>Les notifications CDAPH doivent évoluer pour prendre en compte la transformation de l'offre vers une logique de parcours et le pouvoir d'agir des personnes concernées tout en sécurisant les modalités d'attribution des prestations de compensation. Ces évolutions engendrent une modification des pratiques pour les MDPH qu'il faut prendre en compte et accompagner.</p> <p>Outils d'évaluation des situations à rénover, notamment pour les adultes.</p> <p>Le lien avec les MDPH mériterait d'être renforcé pour travailler les suites de parcours.</p>
Politique d'admission	7	<p>Responsabilité territoriale et populationnelle des gestionnaires insuffisamment affirmée, avec parfois des directeurs refusant les admissions de manière sèche, ce qui fait passer en 1er lieu l'adaptation de la personne à l'offre proposée comme critère de décision plutôt que l'inverse.</p> <p>A ce jour, il est demandé aux ARS d'outrepasser leurs missions en posant des injonctions à l'admission, ce qui remet en question le pouvoir du directeur d'ESSMS et met l'ARS en difficulté pour garantir que l'injonction posée pour telle ou telle situation est bien plus prioritaire que telle ou telle</p>

		<p>autre qui n'est pas portée à sa connaissance. En effet, le rôle des ARS n'est pas compatible avec l'orientation et l'analyse fine des situations individuelles dans chaque territoire.</p> <p>Les évolutions portées par la démarche Réponse accompagnée pour tous doivent se traduire dans les pratiques d'admission des établissements et services. Ceux-ci doivent s'adapter en particulier pour permettre plus de souplesse pour l'accueil et l'accompagnement des personnes concernées.</p> <p>Nécessité de mener une réflexion sur l'harmonisation des pratiques d'admission et les outils afin d'améliorer la lisibilité de l'offre sur les territoires et l'égalité de traitement. En outre, il faut simplifier les démarches des personnes et de leurs familles dans leur parcours de vie. La dynamique doit être portée via une animation régionale et départementale de l'ARS en partenariat avec les CD et les MDPH. Les directeurs doivent être accompagnés dans l'évolution de leur public, notamment sur la prise en charge de la complexité.</p>
Autres	11	<p>La connaissance des besoins spécifiques des personnes en situation de handicap est complexe, en particulier pour les handicaps rares</p> <p>Toutes les prestations et droits individuels connexes se basant sur une distinction entre établissement et service sont perturbées par l'effacement de la frontière entre les deux, liée aux « dispositifs intégrés ». Elle conduit les établissements et les familles à des incertitudes sur les statuts ou les droits. Ainsi, l'ouverture des droits à un AESH se fait pour les jeunes suivis en SESSAD et non pour un IME. Par ailleurs, les DITEP font parfois des « attestations d'internat » pour les parents des jeunes dont l'orientation CDAPH ne mentionne pas le mot « internat », en vue de pouvoir attester leur situation vis-à-vis de l'AEEH).</p> <p>Difficulté des porteurs à présenter leurs projets de transformation avec des modalités concrètes de mise en œuvre des différentes missions, leurs partenariats sur le territoire, les outils garantissant les droits des usagers et la participation des familles, l'établissement d'une comptabilité analytique mettant en exergue la répartition des charges entre les dispositifs.</p> <p>Difficulté pour certains ESSMS à trouver un partenariat pour fonctionner en dispositif intégré.</p> <p>Problématique majeure sur la question du financement des transports pour les enfants en inclusion scolaire.</p> <p>Coût des transports engendrés par la modularité de l'accueil et l'orientation vers des parcours inclusifs.</p>

	<p>Le suivi de l'activité des ESSMS est un corollaire nécessaire à la transformation de l'offre et à la tarification en dotation globale. Or celui-ci souffre de plusieurs défauts :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'absence d'une méthode nationale imposée, y compris sur des sujets simples sans compétences partagé ARS-CD (guide CNSA 2019 laisse des choix ouverts) ; • L'absence de méthode de suivi d'activité pour les « dispositifs » pratiquant indifféremment la PMO, l'internat et l'accueil de jour, se pose depuis la création des DITEP.
	<p>Outils SI non adaptés aux offres de services coordonnés /plateforme (SI MDPH, Viatrajectoire PH)</p> <p>Manque de fiabilité de Viatrajectoire PH pour identifier le nombre de personnes ayant besoin d'accompagnement médico-social</p>

2 Enquête ESSMS

Des ESSMS ont été amenées à présenter leur structure et identifier les freins à la transformation de l'offre. Les résultats présentés ci-dessous portent sur les freins identifiés.

Cette enquête a été diffusée par l'intermédiaire du « groupe des 10+ », constitué de 13 opérateurs (la Fondation ANAIS, la Fondation OVE, la Fondation des Amis de l'Atelier, le Gapas, le Groupe SOS Solidarités, la Croix-Rouge française, le Groupe UGECAM, la Fédération générale des PEP, LADAPT, l'ALEFPA, l'ASEI, la fondation Léopold Bellan, « Place pour tous ») et par l'UNAPEI.

Nombre d'ESSMS répondants (dont certains fonctionnant en services coordonnés mais sans FINESS unique) : 54⁵, dont 5 FH, 4 FV, 3 EANM, 1 FAM, 5 ESAT, 3 SAVS, 3 MAS, 1 EAM, 17 IME (majorité en fonctionnement « dispositif intégré » ou « offre de services coordonnés/plateforme et dont 1 IMpro), 1 IEM, 1 SAMSAH, 1 ESRP, 2 DITEP, 5 SESSAD, 1 établissement expérimental, 1 Jardin d'enfant spécialisé.

⁵ Avec (en plus) 3 réponses d'union/fondation pour l'ensemble de ses ESSMS sans précision des ESSMS concernés, non comptabilisé dans la colonne « Nombre ESSMS » mais réponses intégrées dans la colonne « commentaires » / et 2 ESSMS ayant répondu « aucun frein ».

Tableau 8 : Résultats de l'enquête ESSMS sur les freins identifiés pour généraliser une démarche de transformation de l'offre

Type de freins	Nombre d'ESSMS	Commentaires
Juridique	28	<p>Rigidité des autorisations et du FINESS qui cadre « trop » la mixité et la variété des accompagnements possibles.</p> <p>Délai trop long de modification des autorisations par les autorités publiques (entrant en décalage entre autorisation et réalité de terrain)</p> <p>Rattachement des nouveaux services et activités à des FINESS existants sans que ce soit forcément cohérent. Cela complique la gestion administrative et le suivi comptable et RH des nouveaux dispositifs.</p> <p>Fonctionnement en offre de services coordonnés mais maintien de plusieurs FINESS.</p> <p>Les dispositions du décret dispositif et certaines orientations laissent craindre une remise en question de l'indépendance des organismes gestionnaires par l'instauration d'un système de partenariats et relations asymétriques sous forme de sous-traitance avec un ESSMS « porteur » du dispositif.</p> <p>Manque d'anticipation des appels à projets (et parfois de logique territoriale) et logique de concurrence entre organismes gestionnaires qui peut freiner ensuite les partenariats</p> <p>Statut des jardins d'enfants spécialisés non reconnus par le CASF.</p> <p>Statut des chambres individuelles (notamment dans les MAS avec besoin d'utiliser les chambres en cas d'absence de la personne).</p> <p>Le secteur adultes ne fonctionne pas en dispositif intégré alors que cela faciliterait les passages entre le domiciliaire, l'accueil de jour et l'hébergement séquentiel.</p> <p>Millefeuille des modèles (PCPE, PAS, EMAS, UEE, UEEA, ULIS, DAR, SESSAD, ...) qui rend illisible l'offre pour les partenaires et les familles.</p> <p>Les textes qui décrivent les ESSMS datent des années « tout établissement » et sont obsolètes quant aux profils des professionnels nécessaires et à l'organisation interne.</p> <p>Nécessité de conduire la réflexion sur la territorialisation et la couverture par plusieurs ESSMS de zones déterminées (cf. expérimentation des zones d'intervention prioritaire – ou ZIP – par la DT-ARS 77).</p>

		<p>La recherche d'une souplesse pour utiliser les plateaux techniques de différents organismes gestionnaires afin d'apporter une réponse singulière aux besoins pose opérationnellement des questions de répartition des responsabilités et des questions juridiques non résolues.</p>
Bâti	23	<p>Nécessité d'adapter les locaux aux accompagnements (exemple TND ou extension 0-20 ans, chambre en couple) ou de rénover des structures immobilières vieillissantes : des organismes gestionnaires ne disposent pas de fonds propres suffisants pour financer ces opérations de grande envergure. Si des PAI sont bien alloués par les ARS, les enveloppes sont trop limitées pour répondre à tous les besoins.</p> <p>Difficulté à réorganiser les locaux pour l'offre de services coordonnés : temps partagés des personnes accueillies quelle que soit la modalité, temps séquentiels, travail avec l'extérieur mais à l'intérieur, adaptation à tout public mais donc adaptation à différents types de caractéristiques ; ex : PolyH vs TSA, etc.</p> <p>Inadaptation des locaux – nécessité de démultiplier les antennes en proximité, avec des variations régulières des implantations suivant les besoins des jeunes et de leurs familles.</p> <p>Le fonctionnement en dispositif ou modulaire implique d'avoir plus de chambres que la capacité autorisée pour pouvoir accueillir en file active plus d'enfants. Exemple : avoir 30 chambres individuelles avec chaque chambre identifiée et personnalisée pour un enfant, mais pas plus de 20 enfants dormant chaque nuit à l'internat.</p> <p>Les grosses opérations immobilières ne sont possibles qu'en site non occupé, ce qui implique de déménager l'activité de manière transitoire. Or dans les zones en tension immobilière, les biens sont rares et onéreux, ce qui diffère la réalisation des travaux.</p> <p>Nécessité de mutualiser les locaux pour optimiser le fonctionnement en offre de services coordonnés, mais cela peut donner lieu à une promiscuité des RH si le bâtiment ne s'y prête pas (bureaux insuffisants).</p> <p>Pénurie de logements pour l'hébergement diffus.</p> <p>Difficulté à trouver des écoles proposant des surfaces suffisantes.</p> <p>Difficulté d'extension dans les locaux contraints des crèches.</p> <p>Concurrence défavorable des promoteurs immobiliers, manque de foncier disponible.</p> <p>PLU restrictifs et concurrence avec les promoteurs difficile à concilier avec l'enjeu de territorialisation</p>

		<p>Nécessité de mieux travailler en amont avec les collectivités pour intégrer des projets médico sociaux dans les projets d'aménagement.</p> <p>L'implantation des structures médico-sociales n'est pas prise en compte dans la conception des nouveaux quartiers / rénovations de quartiers / programmes immobiliers.</p>
RH	35	<p>Faible attractivité des métiers et turn-over impactant la qualité des accompagnements.</p> <p>Du fait des rémunérations peu attractives en établissement, des postes ne sont pas pourvus de manière pérenne : paramédicaux (orthophonistes, kinés), assistantes sociales, médecins (psychiatres).</p> <p>Tensions accrues dans certaines zones métropolitaines (ex : Seine Saint Denis) et en Outre-mer (manque de formations disponibles sur place).</p>
		<p>Manque d'outil de formation et de montée en compétence.</p> <p>Nécessite d'évolution de culture et de regard sur les missions de l'ESSMS.</p> <p>La polyvalence des professionnels doit être permanente et nécessite un plan de développement des compétences conséquent. Les formations initiales, notamment sur le secteur éducatif, ne correspondent pas aux besoins actuels dans l'accompagnement des personnes.</p> <p>Nécessité d'un changement de posture des professionnels, y compris avec les familles.</p>
		<p>Nécessité de structuration de l'organigramme pour accompagner la montée en expertise des équipes.</p> <p>Nécessité de créer des postes de coordinateur de parcours et de mettre en place une nouvelle instance de collaboration pour faciliter la transversalité des accompagnements.</p> <p>Nécessité d'intensifier la supervision des pratiques (coût important).</p> <p>Impératif de mutualiser les moyens humains pour permettre la flexibilité des réponses aux besoins des personnes accompagnées.</p> <p>Souplesse des emplois du temps des professionnels à partir des besoins des personnes accompagnées ; conduite du changement.</p> <p>Les budgets ne prévoient pas des ressources humaines pour accompagner la transformation (métier de coordination de parcours, manager de proximité, accès au numérique, formation des professionnels)</p>

Financier	35	<p>Nouveaux besoins liés à la transformation non financés (mission ressources, liens partenaires, coordination du projet, préparation de l'admission...) plus importants dans un projet inclusif.</p> <p>Surcoût file active et accompagnements séquentiels / temporaires (autant de projets à suivre, de familles, partenaires, etc)</p> <p>Financements fléchés sur accompagnements plus collectifs qu'individuels (surcoût de l'individualisation : transport, un pour un) et insuffisance de la prise en compte des couts liés aux RBPP HAS (évaluation fonctionnelles réitérées pour des projets personnalisés adaptés)</p> <p>Les enveloppes allouées aux dispositifs dans le cadre de la transformation de l'offre ne tiennent pas compte des besoins en fonctions supports.</p> <p>Un dispositif inclusif ne coûte pas moins cher qu'un ESSMS classique. Les coûts portent sur la pluralité et la diversité des modalités d'accompagnement, sur la logistique et sur la dématérialisation de la gestion des données et du système d'informations.</p>
		<p>Problème de délai sur CPOM.</p> <p>Le passage en CPOM ne rend pas systématiquement possible la fongibilité des moyens.</p> <p>SERAFIN-PH n'est pas adapté au fonctionnement en dispositif.</p> <p>Lorsqu'une personne est accompagnée dans un établissement qui ne correspond pas à l'orientation MDPH, nécessité d'adapter le financement pour qu'il corresponde à celui de l'établissement cible.</p> <p>Le financement des situations complexes pendant toute la durée de l'accompagnement dans l'établissement accueillant n'est pas garanti (financé par CNR chaque année).</p> <p>Manque d'enveloppes dédiées et ressources trop limitées pour mise en place de plateaux techniques répondant aux besoins des personnes en situation complexe.</p>
		<p>Financement des investissements pour adaptation des locaux.</p> <p>Coût des transports.</p> <p>Nécessité de revisiter ce qui doit être fourni par l'ESSMS et ce qui doit l'être via le droit commun (carte vitale) car l'interdiction de double prise en charge (des actes en libéral en plus des prestations de l'ESSMS) est incompatible avec un accompagnement modulaire.</p>
		<p>Difficulté avec les multiples financements et modes de financement (dotation ou prix de journée).</p>

		<p>Distinction sur l'allocation de crédits pour les « oubliés du Sécur » entre ARS et CD.</p> <p>Problématique du financement du droit commun pour l'accessibilité et l'accompagnement (ex : un centre de loisirs ne peut être financé par l'ONDAM médico-social et n'a pas de budget dédié au handicap ; insuffisance des handiconsult pour garantir l'accès à la santé...).</p>
		<p>Constats sur les comptes administratifs 2023 et le prévisionnel 2024 d'une dégradation forte des résultats d'un grand nombre d'établissements, du fait de dépenses conjoncturelles (augmentation des coûts de l'alimentation, de l'énergie) et de dépenses structurelles (charges salariales – dont sujet des « oubliés du Sécur », besoins d'investissement) non compensées ou insuffisamment compensées par les financeurs.</p> <p>Gel des créations de places en ESAT et travail d'accompagnement dans les conventions d'appui (ESAT/milieu ordinaire) non valorisé.</p> <p>Taux d'équipements insuffisants sur certains territoires nécessitant de créer des places (et ne pas faire que du redéploiement).</p>
Processus orientation	30	<p>Les orientations vers les ESSMS ne disent rien des besoins des personnes : nécessité d'une évaluation fonctionnelle qui devrait être obligatoire. Les diagnostics écologiques et fonctionnels (au sens de la CIF) sont très insuffisants pour décrire précisément les interventions justes (en lien avec les connaissances actualisées) et nécessaires (en lien avec les besoins et attentes de la personne).</p> <p>Absence de diagnostic en amont de l'orientation du fait de la désertification médicale.</p>
		<p>Manque de fluidité dans les orientations.</p> <p>Nécessité de faciliter le changement d'orientation pour des parcours flexibles.</p> <p>Retard des notifications.</p> <p>Certaines MDA/MDPH ne pensent pas en dispositif mais encore en système d'orientation vers un type d'établissement.</p> <p>Nécessité d'adapter les notifications pour notifier vers des dispositifs ou offres de services coordonnés.</p>
		<p>Difficulté avec les doubles notifications faites pour élargir les options en contexte de tension ; nécessité de faire des doubles notifications lorsque les besoins repérés de la personne requièrent des types d'accompagnement relevant de compétences et de champs d'intervention complémentaires.</p>

		<p>Les orientations sont encore exclusives les unes des autres. Une orientation ESAT + FAM doit être possible. En effet une personne peut être compétente dans une tâche de travail et avoir besoin d'un soutien résidentiel H24.</p>
		<p>Evolution du public accompagné dont les pathologies deviennent de plus en plus complexes, avec des personnes en situation de « pluri-handicap ».</p> <p>Pression inégale sur les ESSMS pour des orientations complexes en limite d'agrément / nécessité pour les MDPH de disposer d'une connaissance et d'un suivi des situations complexes pour les orienter de manière équitable avec une cohérence territoriale ; considérer les situations qui font moins de bruit mais tout aussi critiques.</p>
		<p>Les outils utilisés par les MDPH, à l'image de Via Trajectoire, ne sont pas toujours opérationnels et mis à jour.</p>
Autres	29	<p>Problématique des transports en territoire rural enclavé.</p> <p>Le transport pour les enfants accompagnés en internat ou en accueil de jour et financé par l'établissement, alors que pour ceux accompagnés par le service ambulatoire, les transports vers l'école sont pris en charge par le département. Cela vient poser un frein à la mixité des accompagnements entre l'ambulatoire et l'établissement.</p> <p>Surcoûts générés par toutes les individualisations des transports + parc de véhicule insuffisant + financement des taxis - plus d'individualisation des accompagnements diminue le nombre d'interventions des professionnels avec davantage de temps passé en transport, plutôt qu'en prise en charge directe. Nécessité d'avoir un système de transport souple et réactif.</p>
		<p>Pénurie de logement à loyer modéré pour permettre la transition vers le domicile.</p> <p>Manque d'espaces dédiés et d'accès aux dispositifs de droits commun.</p> <p>Divergences d'enjeux entre médico-social, éducation nationale et CD et nécessité de préparation très en amont des partenaires et particulièrement l'éducation nationale identifiée comme non prête.</p>
		<p>Difficulté de la mesure d'activité dans un fonctionnement en dispositif.</p> <p>Les enquêtes menées par l'Etat ne correspondent pas au fonctionnement d'un dispositif mais à celui d'un établissement.</p>
		<p>Nécessité de développer les espaces qui permettent l'interconnaissance des différents acteurs sociaux, médico-sociaux, sanitaires, à l'échelle des territoires, œuvrant pour un accompagnement proche des besoins et des souhaits des personnes en situation de handicap.</p>

		<p>Les familles doivent également être bien informées et soutenues car à ce jour il existe de fortes inquiétudes des parents et, particulièrement les plus âgés, pour lesquels l'accueil de leur enfant à temps plein en établissement présente un caractère rassurant.</p>
--	--	---

ANNEXE 4 : OUTILS DE GOUVERNANCE TERRITORIAUX

3 Le secteur du handicap, une compétence qui reste partagée entre les agences régionales de santé et les conseils départementaux

3.1 Agences régionales de santé

[17] Aux termes de l'article L. 1431-1 du code de la santé publique (CSP) « Dans chaque région et dans la collectivité territoriale de Corse, une agence régionale de santé a pour mission de définir et de mettre en œuvre un ensemble coordonné de programmes et d'actions concourant à la réalisation, à l'échelon régional et infrarégional : [...] des principes de l'action sociale et médico-sociale énoncés aux articles L. 116-1 et L. 116-2 du code de l'action sociale et des familles (...) ».

[18] L'article L. 1431-2 du CSP dispose, quant à lui, que « Les agences régionales de santé sont chargées, en tenant compte des particularités de chaque région [...] 2° De réguler, d'orienter et d'organiser, notamment en concertation avec les professionnels de santé et les acteurs de la promotion de la santé, l'offre de services de santé, de manière à répondre aux besoins en matière de prévention, de promotion de la santé, de soins et de services médico-sociaux, aux besoins spécifiques de la défense et à garantir l'efficacité du système de santé. : A ce titre : [...] b) Elles autorisent la création et les activités ... des établissements et services médico-sociaux au b de l'article L. 313-3 du code de l'action sociale et des familles ; elles contrôlent leur fonctionnement et leur allouent les ressources qui relèvent de leur compétence ... ».

3.2 Conseils départementaux

[19] Le rôle du département dans le champ social est issu des deux grandes phases de décentralisation de 1982-1983 et 2003-2004.

[20] L'article L121-1 du CASF dispose que « Le département définit et met en œuvre la politique d'action sociale, en tenant compte des compétences confiées par la loi à l'Etat, aux autres collectivités territoriales ainsi qu'aux organismes de sécurité sociale. Il coordonne les actions menées sur son territoire qui y concourent. (...) Les prestations légales d'aide sociale sont à la charge du département dans lequel les bénéficiaires ont leur domicile de secours, à l'exception des prestations énumérées à l'article L. 121-7. »

[21] A ce titre, le département est compétent en matière de handicap, il arrête les schémas relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie (cf. supra) et a une compétence d'autorisation d'établissements sociaux et médico sociaux pour les personnes handicapées.

3.3 Compétence d'autorisation des ESSMS

[22] L'article L313-3 établit la répartition des compétences pour les autorisations des établissements sociaux et médico sociaux. Ainsi, l'autorisation est délivrée :

- Par le président du conseil départemental, pour les établissements et services mentionnés aux 1^o, 6^o, 7^o, 8^o, 11^o, 12^o et 17^o du I de l'article L. 312-1 et pour les lieux de vie et d'accueil mentionnés au III du même article L. 312-1, lorsque les prestations qu'ils dispensent sont susceptibles d'être prises en charge par l'aide sociale départementale ou lorsque leurs interventions relèvent d'une compétence dévolue par la loi au département ;
- Par le directeur général de l'agence régionale de santé pour les établissements et services mentionnés aux 2^o, 5^o, 6^o, 7^o, 9^o, 11^o et 12^o du I de l'article L. 312-1 et pour les lieux de vie et d'accueil mentionnés au III du même article, lorsque les prestations qu'ils dispensent sont susceptibles d'être prises en charge par les organismes d'assurance maladie ;
- Conjointement par le président du conseil départemental et le directeur général de l'agence régionale de santé, pour les établissements, les services et les lieux de vie et d'accueil dont l'autorisation relève simultanément des a et b du présent article, ainsi que pour ceux dont l'autorisation relève du 3^o du I de l'article L. 312-1.

[23] Dans le champ du handicap, la répartition des compétences est résumée ci-après.

Tableau 9 : Répartition des compétences

Etablissements et services⁶	Autorités compétentes
Enfants	
IEM, EEAP, IME, IDA/IDV, ITEP, SESSAD, CMPP	ARS
CAMSP	ARS – Dpts
Adultes	
MAS, ESAT, ESRP, ESPO	ARS
FAM et SAMSAH	ARS – Dpts
EANM et SAVS	Dpts

⁶ Etablissements et services dédiés aux jeunes en situation de handicap

IEM : Institut d'éducation motrice

EEAP : Etablissement pour Enfants ou Adolescents Polyhandicapés

IME : Institut Médico-Educatif

IDA/IDV : Institut pour Déficients Auditifs / Visuels

ITEP : Institut Thérapeutique Éducatif et Pédagogique

DITEP : Dispositif ITEP (regroupant un ITEP et un SESSAD)

SESSAD : Service d'Éducation Spéciale et de Soins à Domicile

CAMSP : Centre Action Médico-Sociale Précoce

CMPP : Centre Médico-Psycho-Pédagogique

Etablissements et services principalement dédiés aux adultes en situation de handicap

EAM : Etablissement d'Accueil Médicalisé en tout ou partie personnes handicapées

MAS : Maison d'Accueil Spécialisée

EANM : Etablissement d'Accueil Non Médicalisé pour personnes handicapées

ESAT : Etablissement et Service d'Aide par le Travail

ESRP : Etablissement et Service de Réadaptation Professionnelle

ESPO : Etablissement et Service de Préorientation

SAMSAH : Service d'accompagnement médico-social adultes handicapés

SAVS : Service d'Accompagnement à la Vie Sociale

4 Les outils de la gouvernance multiples et parfois cloisonnés restent un faible levier pour une transformation structurelle

4.1 Des projets régionaux de santé et des programmes interdépartementaux d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie : des leviers assez faibles de transformation de l'offre.

[24] Les projets régionaux de santé (articles L. 1434-1 et suivants du code de la santé publique) sont définis par les agences régionales de santé, en cohérence avec la stratégie nationale de santé et dans le respect des lois de financement de la sécurité sociale, les objectifs pluriannuels de l'agence régionale de santé dans ses domaines de compétences, ainsi que les mesures tendant à les atteindre. Ils sont constitués d'un cadre d'orientation stratégique fixé pour 10 ans et d'un schéma régional de santé fixé pour 5 ans sur la base d'une évaluation des besoins sanitaires, sociaux et médico-sociaux et « qui détermine, pour l'ensemble de l'offre de soins et de services de santé, y compris en matière de prévention, de promotion de la santé et d'accompagnement médico-social, des prévisions d'évolution et des objectifs opérationnels ».

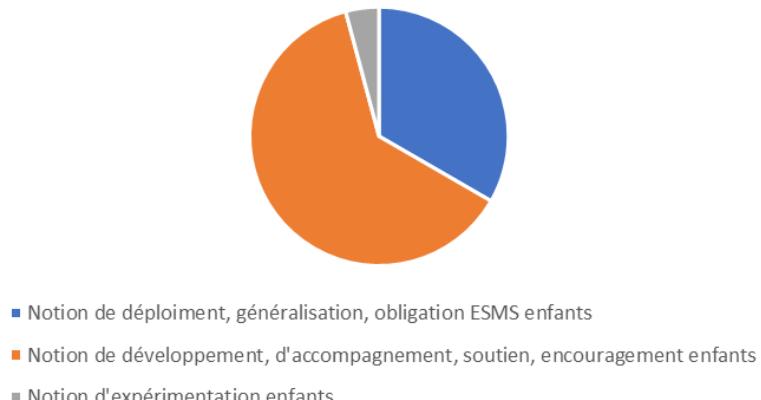
[25] Ainsi, le schéma régional de santé « détermine l'ensemble de l'offre de soins et de services de santé, y compris en matière de prévention, de promotion de la santé et d'accompagnement médico-social (...) » et entre autres, « fixe les objectifs quantitatifs et qualitatifs de l'offre des établissements et des services médico-sociaux » du champ de compétence de l'ARS ou de compétence partagée ARS/CD. Il est précisé que pour certains établissements médico-sociaux, ce schéma régional de santé est établi et actualisé en cohérence avec les schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie arrêtés par les présidents de conseil départemental de la région.

[26] Les schémas régionaux de santé ont été révisés en 2023 pour couvrir la période 2023-2027. Après analyse de tous les schémas régionaux de santé 2023-2027, il peut être indiqué que tous comportent des mesures sur le champ du handicap, et des établissements médico-sociaux en particulier. La fixation d'objectifs opérationnels prévue par les textes est plus inégale.

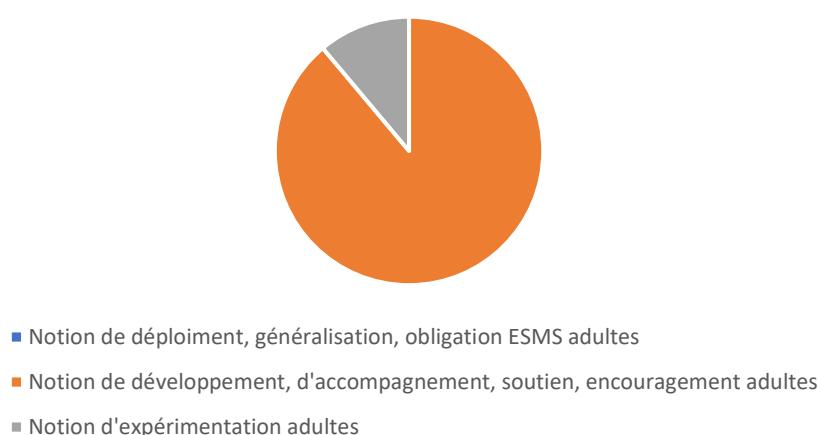
[27] La volonté de faire des projets régionaux resserrés, pour une meilleure appropriation des acteurs, d'impulser à travers ces schémas régionaux portant sur tous le champ de compétence des ARS dans des priorisations au regard des spécificités du territoire, amènent à des mesures rédigées en termes parfois très généraux, avec des objectifs et leviers opérationnels clairs mais peu prescriptifs.

[28] La transformation de l'offre est présente dans tous les schémas régionaux de santé 2023-2027, qu'il s'agisse de la transformation de l'offre existante ou de création d'une nouvelle offre diversifiée, avec une des objectifs opérationnels de transformation souvent plus précis pour le champ enfant que pour le champ adulte. Le champ lexical utilisé pour affirmer les objectifs de transformations est différent entre les régions.

Graphique 1 : Sémantique transformation Champ enfant



Graphique 2 : Sémantique transformation champ adulte



[29] En grande majorité, les projets régionaux de santé ne comportent pas de déclinaisons départementales. Cependant s'agissant de l'offre médico-sociale dans le seul champ de compétence de l'ARS, la programmation est fixée à la maille départementale à travers un autre outil qu'est le programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC).

[30] En effet, l'adaptation et l'évolution de l'offre médico-sociale régionale sont encadrées par le programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC), arrêté par le directeur général de l'ARS en application de l'article L. 312-5-1 du CASF pour 5 ans. Cet outil de programmation financière fixe, pour une durée de cinq ans, les priorités régionales de financement des créations, extensions et transformations de places en établissements et services médico-sociaux à destination des personnes âgées dépendantes et des personnes en situation de handicap et qui sont financés par la branche autonomie (à travers l'ONDAM et les financements spécifiques de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie).

[31] Les PRIACs n'ont pas de cadre normalisé et sont de formes et contenus différents d'une ARS à l'autre et plus ou moins actualisés. Pour les PRIACs des quatre régions visitées, soit il

s'agit de documents exclusivement programmatiques avec projection des crédits prévus par type de structures mis à jour annuellement ou non, avec ou sans mention des capacités, avec ou sans mention des procédures (AAP, AMI, extension) avec ou sans mention des projets déjà autorisés mais non encore installés, soit de documents plus explicites sur la stratégie menée mais se rapprochant du contenu des rapports d'orientation budgétaires publiés annuellement par les ARS pour les ESSMS. La visibilité pluriannuelle rendue possible par les PRIACs est certes utile lorsqu'il y a actualisation, mais, de l'avis de tous les acteurs rencontrés, ne fait pas levier dans la transformation de l'offre.

4.2 Les schémas relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie : une dynamique transformative pour les ESSMS adulte PSH peu explicitée.

[32] Les conseils départementaux élaborent, de leur côté, des schémas relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie. Ils sont arrêtés pour une période maximum de 5 ans par le président du conseil départemental, en cohérence avec le schéma régional de santé, après concertation avec le représentant de l'Etat dans le département et avec l'agence régionale de santé, dans le cadre de la commission de coordination des politiques publiques relative au secteur médico-social (article L. 312-4 et L. 312-5 du CASF).

[33] L'objectif de ces schémas, selon l'article L. 312-5 du CASF, est « d'assurer l'organisation territoriale et l'accessibilité de l'offre de services de proximité destinée aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie et à leurs proches aidants. Ils comportent des dispositions relatives au logement, notamment des objectifs en matière d'adaptation des logements existants et d'offre de nouveaux logements adaptés en vue de préserver l'autonomie des personnes ».

[34] Les schémas départementaux de l'autonomie des départements visités (dont certains sont anciens, les nouveaux n'ayant pas encore été adoptés à la date de rédaction du présent rapport) donnent les orientations aux acteurs du territoire, orientations plus ou moins précises mais s'inscrivant toutes dans une démarche de société inclusive. La mission relève cependant que ces schémas ne comportent que peu ou pas d'orientations sur la transformation des établissements et services sociaux et médico-sociaux pour les personnes en situation de handicap sous compétence du département.

[35] Cependant, la pratique peut être parfois plus ambitieuse que ce qui est indiqué dans les schémas départementaux. Ainsi, un des conseils départementaux rencontrés a engagé très tôt une démarche transformative auprès des gestionnaires de son ressort en systématisant la modularité des places pour plus de flexibilité dans les parcours.

4.3 Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie et schéma départemental relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie : vers un schéma unique conjoint ?

[36] Plusieurs outils de gouvernance coexistent donc pour les publics PSH dans une logique PA/PSH, parfois entièrement pensée d'une part PA et d'autre part PSH et parfois dans une approche mixte PA/PSH (autonomie).

Rappel des outils

Projet régional de santé au sein du schéma régional de santé (ARS)

Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (ARS)

Schéma départemental relatif aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie (CD)

Diverses feuilles de routes non réglementées (majoritairement ARS, parfois CD)

[37] Tout outil programmatique entraîne des cloisonnements et il n'y a pas un seul périmètre parfait. En effet, un outil programmatique dont le périmètre est sous sa compétence exclusive permet des engagements fermes et de décloisonner plusieurs politiques, en l'occurrence ici PA/PSH voire même d'aller plus loin que les textes. En effet, certains conseils départementaux ont pu faire le choix de schémas départementaux uniques pour les publics ASE, PA, PSH. Si le décloisonnement PA/PSH, lorsqu'il est vraiment opéré dans ces outils, peut être intéressant, il n'en reste pas moins que les deux autorités compétentes ont donc deux outils distincts.

[38] Or, dans le champ PSH, la transformation de l'offre sociale et médico-sociale et l'accessibilité du droit commun sont intrinsèquement liées. Les besoins des personnes sont évolutifs et le passage des ESSMS enfants aux ESSMS adultes est un enjeu central. En effet, si les ESSMS enfants proposent des offres modulaires et adaptables aux besoins des personnes concernées mais que les ESSMS adultes n'opèrent pas leur transformation propre pour assurer une continuité, les risques de rupture de parcours plus individualisés et/ou plus inclusifs et de retour à moins d'autodétermination et moins d'autonomie deviendront prégnants.

[39] Le rapport « Lieux de vie et accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie : les défis de la politique domiciliaire - Se sentir chez soi où que l'on soit » de février 2024 a proposé de « doter chaque département d'un schéma départemental gérontologique commun ARS/CD ».

[40] La mission propose donc ici de retenir un périmètre lié à la personne concernée et formule donc une recommandation miroir à celle précitée pour les personnes âgées. Elle propose un schéma départemental relatif à l'accompagnement des personnes en situation de handicap, commun ARS/CD, associant les organismes gestionnaires, la MDPH, l'éducation nationale et France travail et des acteurs du logement pour établir un diagnostic partagé, définir les objectifs de transformation de l'offre ESSMS et la programmation de cette offre ainsi que des autres types d'offres médico-sociales comme ESSMS PA pour PHV et comme les

futurs Services autonomie à domicile et offres non médico-sociales (habitat inclusif, PIAL, services d'aide à l'accès au logement, aide à l'emploi avec France travail...).

[41] Ce schéma serait construit à partir d'un diagnostic territorial partagé élaboré à partir de divers indicateurs permettant de :

- Identifier les besoins, les publics prioritaires et l'offre disponible ;
- Cartographier les résultats par bassin de vie ;
- Identifier les zones blanches ou insuffisamment couvertes pour assurer une meilleure équité territoriale ;
- Réfléchir à la complémentarité de l'offre existante.

[42] Ce schéma sera d'autant plus utile si une programmation pluriannuelle des crédits au niveau national est décidée permettant ainsi de fixer sur 5 ans les transformations attendues qui peuvent nécessiter du redéploiement comme des crédits nouveaux.

Force opposable du schéma de départemental

Le financement des ESSMS n'est pas censé être sans lien avec les outils de gouvernance prévus par les textes. En effet, en vertu de l'article L. 313-4 du CASF, les autorisations habilitent les ESSMS à dispenser des soins remboursés par l'assurance maladie ou des prestations prises en charge par l'Etat et à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale, sous réserve du respect du schéma régional de santé ou du schéma départemental relatif aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie. L'article L313-9 1° du CASF prévoit en outre que les mêmes habilitations peuvent être retirées au regard de l'évolution des objectifs et des besoins sociaux et médico-sociaux fixés par ces schémas.

Or, le projet régional de santé comme le schéma départemental actuel ne sont pas suffisamment précis à ce jour pour mettre en œuvre ces dispositions. Un futur schéma départemental conjoint relatif à l'accompagnement des personnes en situation de handicap, rédigé de manière plus précise sur l'offre, pourrait alors être le fondement de la poursuite des financements des structures, donnant un ultime recours aux autorités de tarification lorsque des structures refuseraient de réorienter leur projet au regard des stratégies territoriales destinées à offrir une réponse adaptée à toutes les personnes concernées.

SCHEMAS REGIONAUX DE SANTE (Partie II des PRS) des ARS

Tableau 10 : Recension des objectifs et indicateurs retenus dans les schémas régionaux de santé

	ESSMS Enfants	ESSMS Adultes	Indicateurs de suivi ou objectifs chiffrés ESSMS de niveau régional	Gouvernance	Autres (nouveaux métiers, SI, bâti)	Lien PRS ou SRS
Occitanie	<p><i>Renforcer les solutions de répit pour les enfants et adultes en situation de handicap de la région et articuler la politique régionale répit avec les différentes initiatives portées par les acteurs engagés dans l'aide aux aidants selon leurs propres champs de compétence (CD et MDPH/MDA, DRAJES/SDJES, CAF, acteurs associatifs, etc.).</i></p> <p><i>Création de nouvelles unités de répit pour les enfants en situation de handicap afin de compléter le maillage régional, avec un rôle d'accueil des enfants mais aussi une fonction de soutien des aidants dans la recherche d'information sur l'offre de répit du territoire et de solutions adaptées.</i></p> <p><i>Développement de solutions médico-sociales dans l'école :</i></p>	<p><i>Renforcer les solutions de répit pour les enfants et adultes en situation de handicap de la région et articuler la politique régionale répit avec les différentes initiatives portées par les acteurs engagés dans l'aide aux aidants selon leurs propres champs de compétence (CD et MDPH/MDA, DRAJES/SDJES, CAF, acteurs associatifs, etc.).</i></p>		<p>Volet départementalisé du SRS Occitanie</p>	<p>Développer une politique régionale favorisant la formation et l'intervention des médiateurs de santé pairs au sein des différents dispositifs et services.</p> <p>Poursuivre l'effort de mutualisation des établissements médico-sociaux et leur équipement en Dossier Usager informatisé référencé SEGUR.</p> <p>Amélioration de l'utilisation de l'outil ViaTrajectoire dans la gestion du parcours patient dont la simplification et complétude de son usage</p> <p>Des opérations architecturales pensées en amont avec les usagers (ateliers de co-design), des équipements/ implantations favorisant les interactions sociales avec la population ;</p>	@ARSOC #PRS_COS Couv (sante.fr)

	<p>des ESSMS enfants intégrés dans des groupes scolaires ; Poursuivre l'accompagnement des établissements et services pour enfants fonctionnant en dispositif intégré et le partage des pratiques dans le cadre de la construction de ces nouveaux modèles d'organisation</p> <p><i>Encourager les ESSMS à proposer des actions visant à garantir une continuité d'accompagnement sur leur territoire et lors des périodes habituelles de fermeture, dans le cadre d'une organisation territoriale et en coopérations avec les acteurs du secteur et/ou du milieu ordinaire.</i></p>	<p><i>Encourager les ESSMS à proposer des actions visant à garantir une continuité d'accompagnement sur leur territoire et lors des périodes habituelles de fermeture, dans le cadre d'une organisation territoriale et en coopérations avec les acteurs du secteur et/ou du milieu ordinaire.</i></p>			<p>Adaptation du projet architectural à tous les âges de la vie (exemple de MAS accueillant des personnes de 20 à 70-80 ans),</p> <p>Bâti intégrant l'objectif de prévention des troubles du comportement et de soutien du pouvoir d'agir des personnes.</p> <p>Créer les conditions pour que les Etablissements Médico-Sociaux (EMS) puissent bénéficier de l'appui d'experts et de ressources techniques</p> <p>Impulser la création d'équipes ressources</p> <p>Accompagner l'évolution des projets d'établissement pour s'adapter aux besoins de personnes</p>	
Nouvelle Aquitaine	<p><i>Renforcer l'offre de services existants (enfants et adultes) et la création de dispositifs passerelles (jeunes adultes, personnes en situation de handicap vieillissantes) ; Adapter la transformation des places existantes d'établissement en services spécialisés à visée inclusive, fonctionnant en dispositif ou en plate-forme proposant des</i></p>	<p><i>Renforcer l'offre de services existants (enfants et adultes) et la création de dispositifs passerelles (jeunes adultes, personnes en situation de handicap vieillissantes) ; Adapter la transformation des places existantes d'établissement en services spécialisés à visée inclusive, fonctionnant en dispositif ou en plate-forme proposant des</i></p>	<p>Taux de scolarisation en milieu ordinaire des enfants accompagnés par un établissement médico-social porté à 80 % à l'échéance du PRS</p> <p>100 % des unités d'enseignement (UE) relocalisées au</p>		<p>Mobiliser la fonction ressource territoriale des opérateurs médico-sociaux pour venir en appui des acteurs du droit commun du territoire (prévention, soins, scolarisation-formation-emploi, logement, culture et loisirs...) et des aidants, pour construire une société inclusive non plus à partir des établissements et services</p>	download (sante.fr)

	<p>accompagnements diversifiés, en poursuivant la diversification des modalités d'accueil (accueil de jour, internat, accueil temporaire...) et d'accompagnement proposés en associant les usagers et les familles, et en préservant l'expertise des plateaux techniques et les places avec hébergement pour l'accompagnement des situations plus complexes (sévérité des troubles, situation sociale, intensité des accompagnements); Développer l'offre de répit modulaire à destination des personnes en situation de handicap (hébergement temporaire, accueil de jour, interventions à domicile...), renforcer l'accompagnement des familles et des aidants (dont guidance parentale) ; Créer une offre nouvelle en soutien aux parcours des jeunes adultes (maintenus en établissements enfants en amendement Creton) dans le cadre de stratégie territoriale partagée avec les conseils départementaux (déploiement de l'offre de services et d'habitats inclusifs notamment) et en lien avec les opérateurs de droit</p>	<p>accompagnements diversifiés, en poursuivant la diversification des modalités d'accueil (accueil de jour, internat, accueil temporaire...) et d'accompagnement proposés en associant les usagers et les familles, et en préservant l'expertise des plateaux techniques et les places avec hébergement pour l'accompagnement des situations plus complexes (sévérité des troubles, situation sociale, intensité des accompagnements); Développer l'offre de répit modulaire à destination des personnes en situation de handicap (hébergement temporaire, accueil de jour, interventions à domicile...), renforcer l'accompagnement des familles et des aidants (dont guidance parentale) ; Transformation de l'offre orientée vers la création de « plateformes » regroupant une pluralité de prestations issues des secteurs « personnes âgées » et « personnes handicapées » et proposant un panel de solutions ; Renforcement de l'offre de places en services de soins infirmiers à domicile - SSIAD</p>	<p>sein des établissements scolaires Part des services (visée inclusive) dans l'offre médico-sociale : 50 % à échéance du SRS pour les enfants et les adultes</p>		<p>médico-sociaux, mais avec leur soutien, et ce, dans une logique de coopération territoriale et de responsabilité populationnelle</p> <p>Identification des dispositifs experts/fonction « ressources » des établissements et services médico-sociaux (ou sanitaires) dans l'accompagnement des situations complexes et très complexes, avec le développement de réponses nouvelles de haute technicité (unités de vie pour personnes en situation très complexe) et de dispositifs de transition (unités d'accueils temporaires en lien étroit avec un plateau technique sanitaire pour le volet somatique). Engager l'ensemble des établissements médico-sociaux sous compétence ARS dans des démarches de certification qualité en fonction des publics accompagnés (selon le déploiement des référentiels qualité et les recommandations de bonnes pratiques HAS)</p>	
--	--	--	---	--	---	--

RAPPORT IGAS N° 2024-017R

	<p>commun (logement, formation et emploi...) Déployer sur le champ de l'enfance, le fonctionnement en dispositif dans les établissements de l'enfance (DITEP et DIME/DAME) permettant de fluidifier les parcours des enfants, et renforcer l'adossement de compétences médico-sociales aux établissements scolaires (équipes mobiles d'appui à la scolarisation, dispositifs d'autorégulation, coopérations renforcées ESSMS/établissements scolaires) et aux opérateurs de la formation professionnelle dans une logique d'accessibilité universelle. Une vigilance particulière sera apportée dans ce cadre aux enfants également pris en charge par l'aide sociale à l'enfance (ASE).</p>	<p>« Handicap » et/ou la spécialisation de SSIAD « personnes âgées », dans le but d'intervenir à domicile mais aussi pour soutenir le déploiement des formes nouvelles d'habitat inclusif ou partagé, y compris pour les personnes avec des besoins de soins et d'accompagnements soutenus, et le maintien en lieu de vie collectif (type foyer) si choisi ; Identification d'une offre spécialisée d'accompagnement des PSHV au sein d'unités spécifiques en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), garantissant la qualité et la technicité des accompagnements (cahier des charges régional concerté avec les conseils départementaux) et selon l'offre existante sur les territoires ; Adaptation de l'offre en Etablissements et services d'aide par le travail (ESAT), en anticipant et préparant les transitions au passage à la retraite des travailleurs en situation de handicap (volets santé, logement, vie sociale...).</p>			
--	--	---	--	--	--

RAPPORT IGAS N° 2024-017R

Auvergne Rhône Alpes	<p>Poursuivre le déploiement du fonctionnement en dispositif intégré : mise en œuvre des plans d'action territoriaux actualisés des DITEP avec tous les partenaires ;</p> <p>Extension progressive aux IME</p> <p>Développer les services à domicile et les modalités « d'aller-vers », au travers des SESSAD</p>	<p>Développer les services à domicile et les modalités « d'aller-vers », au travers des SAMSAH, SSIAD PH, PCPE..., et des modalités de fonctionnement des établissements hors les murs</p> <p>Développer les offres de répit, en renforçant les modalités d'accueil d'urgence, séquentiel vacances-week-end, relayage, soutien à domicile., et en améliorant l'efficience des Plateformes de répit.</p> <p>Mettre en œuvre le plan de transformation des ESAT en :</p> <ul style="list-style-type: none"> -organisant une graduation des parcours des personnes, - proposant des parcours inclusifs pour ceux qui le souhaitent et le peuvent, en garantissant le droit au retour, -développant la formation et les dispositifs de reconnaissance des compétences professionnelles, - travaillant les périodes de transition : en particulier préparer l'entrée et la sortie en ESAT, - optimisant l'offre et les capacités d'accompagnement, - adaptant les compétences aux besoins des travailleurs de l'ESAT et identifiant au moins 	<p>La part des services en milieu ordinaire sur l'offre totale (établissements et services) doit atteindre 50 %</p> <p>80 % des enfants des établissements médico-sociaux devront pouvoir bénéficier de modalités inclusives de scolarité (dispositif externalisé, inclusion individuelle, etc.) à horizon 2028</p>	<p>Conduire une étude qualitative en vue d'un plan d'action infraterritorial en lien étroit avec les collectivités, sur 4 territoires :</p> <p>Métropole lyonnaise, Loire, Puy-de-Dôme, Savoie.</p> <p>Répit : Mettre en place une animation régionale pour permettre les échanges de pratiques, avec l'appui d'un COPIL régional et d'experts.</p>	<p>Inscrire dans les CPOM et projets d'établissements des ESSMS une dynamique de parcours dès le plus jeune âge (projet professionnel, habitat, autonomie, transition vers autre ESSMS, transports, etc.).</p> <p>Définir les modalités de quantification de l'activité des établissements et services (méthodologie complète présentée dans le SRS)</p> <p>Mieux repérer les besoins au sein des territoires par une intensification et une amélioration de l'utilisation de ViaTrajectoire –Personnes handicapées (PH)</p> <p>Favoriser l'appui des pair-aidants et reconnaître leurs compétences,</p>	download (sante.fr) Volet par département
----------------------	---	---	---	---	--	--

		<p>20 % des places pour le handicap psychique.</p> <p>Conduire l'évolution des Centres de réadaptation professionnelle (CRP) en ESRP et des Centres de pré-orientation (CPO) en Etablissement et service de pré-orientation (ESPO), en :</p> <ul style="list-style-type: none">- élargissant le public accompagné en développant notamment l'accueil des jeunes et des travailleurs d'ESAT,- assurant des prestations diversifiées et personnalisées avec des modes d'intervention plus flexibles, une ouverture sur l'extérieur et des partenariats de proximité (mode plateforme), des temporalités adaptées (séquentiel, discontinu, temps complet ou partiel...),- déployant pour tout ou partie des prestations nouvelles (évaluation médico-psychosociale et professionnelle, expertise auprès des organismes de formation et d'insertion de droit commun),- améliorant la couverture territoriale des besoins par une recomposition de l'offre dans le cadre des CPOM et à moyens constants.			
--	--	--	--	--	--

	<p>Assurer une meilleure couverture des besoins en SAMSAH.</p> <p>Amendement creton : Réaliser le développement de l'offre programmée et s'assurer de la priorisation d'admission des publics jeunes adultes dans cette offre nouvelle.</p> <p>Renforcer l'offre avec hébergement pour les adultes sur les territoires prioritaires en complémentarité avec les Conseils Départementaux et la Métropole lyonnaise.</p> <p>PHV :</p> <p>Développer la transversalité avec le secteur PA, pour la création d'unités PHV en EHPAD et en établissements adultes en situation de handicap, et pour la mutualisation des formations sur les PHV, des professionnels sur les deux secteurs.</p> <p>Médicaliser des places pour adultes (SAVS en SAMSAH, Foyer de vie, en EAM).</p> <p>-Conforter l'accompagnement des PHV et de leurs aidants à domicile en développant l'offre d'aide à domicile et de places de répit en structures (accueil temporaire).</p>			
--	--	--	--	--

		<p>- Développer les partenariats avec le secteur sanitaire (gérontologie, Handiconsult, unités d'accueil et de soins pour personnes sourde, etc.).</p> <p>- Aménager l'activité professionnelle des travailleurs en ESAT et leur cessation progressive d'activité (postes de travail et temps de travail aménagés, développement des temps partiels, offre d'activités adaptées sur les temps libérés, etc.). Par ailleurs, la cessation définitive de l'activité professionnelle doit être préparée et le changement de lieu de vie anticipée.</p>				
Ile-de-France	<p>Accompagner les adolescents et les jeunes adultes en situation de handicap lors des périodes de transition reste l'un des points d'évolution de l'offre attendue pour les établissements et services médico-sociaux pour personnes en situation de handicap. Développement d'offres spécifiques permettant de favoriser l'autonomie des jeunes. Développement des places en structures médico-sociales doit pouvoir accompagner</p>	<p>Développement d'une offre de service autour du domicile des personnes et facilitant leur accès au soin, au travail, à la vie sociale ;</p> <p>Développement de solutions médico-sociales permettant l'accompagnement des situations les plus complexes ; Offre adaptée aux personnes en situation de handicap vieillissantes ;</p> <p>Offre de relayage et d'aide aux aidants</p>	<p>Augmentation du nombre de solutions installées pour les personnes handicapées dans les Etablissements et Services Médico-Sociaux (ESSMS), enfants et adultes : 2022 : 56 280 solutions, publication de l'indicateur : 1^{er} trimestre 2024</p> <p>ESSMS enfants : 70 % des places</p>	<p>Déployer un observatoire régional sur le handicap pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> • donner une bonne visibilité de l'offre aux personnes en situation de handicap, à leurs parents et à leurs aidants • rendre compte de l'identification des besoins des personnes et outiller le développement de l'offre 	<p>Renforcer l'usage (par les ESSMS et les usagers) de ViaTrajectoire Handicap pour améliorer la lisibilité et la visibilité de l'offre médico-sociale disponible, faciliter le suivi des décisions d'orientation et l'identification des besoins via l'observatoire SID SDO (Système d'information décisionnel de suivi des orientations de ViaTrajectoire Handicap).</p> <p>Pour la transformation, accompagnement des</p>	download (sante.fr)

	<p>l'inclusion des enfants en milieu scolaire Créer des dispositifs médico-sociaux inclusifs par rectorat tels que des équipes mobiles, dispositifs d'autorégulation, unités d'enseignement externalisées, dispositifs du second degré ; Transformation des établissements pour enfants en plateformes de services coordonnés, obligatoire en 2030.</p>	<p>créées sous forme d'externat</p>	<ul style="list-style-type: none"> • partager des pratiques innovantes • mettre en place et animer des communautés de pratiques. <p>Mieux accompagner les jeunes en situation de handicap confiés à l'aide sociale à l'enfance, par le biais de conventions passées entre l'Agence et les conseils départementaux, sanctuarisant une offre dédiée.</p> <p>Installer un Copil régional dédié à la prise en charge de cette population pour instaurer une réelle collaboration entre tous les acteurs du champ du handicap et du grand âge impliqués dans la prise en charge de cette population.</p> <p>Réaliser des diagnostics territoriaux partagés actualisés annuellement qui constituent des</p>	<p>établissements volontaires dans le cadre d'un programme d'appui, mis en œuvre par le CREAL Île-de-France.</p> <p>Partage d'outils pour accompagner le passage en plateformes des établissements médico-sociaux, prioritairement sur le secteur de l'enfance mais également concernant les adultes.</p> <p>Soutenir le recrutement, dans les structures aussi bien sanitaires que sociales et médico-sociales, de médiateurs pairs aidants formés, et en examinant l'opportunité de diversifier les modes d'intervention.</p> <p>Identifier le foncier en mobilisant la préfecture de région, les préfectures de département et les élus locaux.</p>	
--	---	-------------------------------------	---	--	--

				<p>feuilles de route concrètes pour déployer le plan Inclusif 2030 au sein des départements. Mobiliser pleinement l'ensemble des conseils départementaux dans le portage du plan et dans leur participation financière, notamment pour le développement d'établissements non médicalisés et des co-financements avec l'Agence (CAMSP, SAMSAH, EAM, ASE et handicap), le déploiement de l'habitat inclusif et d'aides à la vie partagée.</p> <p>Mobiliser les rectorats franciliens dans le portage du plan, l'émergence de nouveaux dispositifs de scolarisation et le déploiement de structures médico-sociales dans les murs des écoles, collèges et lycées.</p>		
--	--	--	--	--	--	--

				Mettre en place une gouvernance régionale et départementale pour la mise en œuvre, l'animation et le suivi du plan Inclusif 2030		
Corse	<p><i>Renforcer le capacitaire d'accueil temporaire au sein des ESSMS handicap et développer les séjours de répit programmés</i></p> <p><i>Renforcer la territorialisation des Etablissements médicosociaux (EMS) de référence (Institut Médico-Éducatif (IME), Dispositif institut thérapeutique, éducatif et pédagogique (DITEP), Etablissement d'accueil médicalisé (EAM)) et de l'offre d'accompagnement en faveur des personnes présentant les troubles les plus complexes</i></p> <p><i>Soutenir la continuité des parcours des usagers des établissements médico-sociaux à travers une évolution des organisations (plateformes de prestations intégrant des dispositifs intégré, procédure d'admission, âge de transition) et des pratiques professionnelles</i></p>	<p><i>Renforcer le capacitaire d'accueil temporaire au sein des ESSMS handicap et développer les séjours de répit programmés</i></p> <p><i>Renforcer la territorialisation des Etablissements médicosociaux (EMS) de référence (Institut Médico-Éducatif (IME), Dispositif institut thérapeutique, éducatif et pédagogique (DITEP), Etablissement d'accueil médicalisé (EAM)) et de l'offre d'accompagnement en faveur des personnes présentant les troubles les plus complexes</i></p> <p><i>Soutenir la continuité des parcours des usagers des établissements médico-sociaux à travers une évolution des organisations (plateformes de prestations intégrant des dispositifs intégré, procédure d'admission, âge de transition) et des pratiques professionnelles</i></p>	Part des services enfance dans l'offre médicosociale enfance Nombre d'équipes mobiles et de facilitateurs Nombre d'adultes maintenus en ESSMS pour enfants au titre de l'amendement Creton Taux d'équipement en établissement médico-social pour enfants d'une part et pour adultes en situation de handicap d'autre part Taux d'équipement offre de répit en faveur des enfants et adultes en situation de handicap		Pour la transformation de l'offre d'accompagnement des personnes en situation de handicap, nécessité d'intégrer à la stratégie immobilière le virage inclusif (localisation des structures, optimisation des surfaces, mises aux normes réglementaires, articulation avec le milieu ordinaire, inclusion des nouvelles formes de prise en charge).	ANNEXES (sante.fr)

	<p>recommandées (formation et sensibilisation)</p> <p>Poursuivre le développement de l'offre médico-sociale à tous les âges de la vie dans une dynamique d'inclusion, de territorialisation et de soutien aux aidants</p> <p>Renforcer l'offre de SESSAD dans une logique de territorialisation accrue</p> <p>Favoriser l'accès à l'expertise médico-sociale dans une logique d'inclusion et d'autodétermination</p> <p>Soutenir la scolarisation des élèves en situation de handicap (bénéficiant d'une orientation en ESSMS) en milieu ordinaire ainsi que l'accès à la formation et à l'emploi (agréments 16-25 ans)</p> <p>Faire évoluer les organisations et les pratiques professionnelles en Etablissement et service médico-social (ESSMS) (procédure admission ; prestations SERAFIN ; ...)</p>	<p>recommandées (formation et sensibilisation)</p> <p>Poursuivre le développement de l'offre médico-sociale à tous les âges de la vie dans une dynamique d'inclusion, de territorialisation et de soutien aux aidants</p> <p>Améliorer l'employabilité des personnes en situation de handicap en milieu ordinaire (transformation des Etablissements et services d'aide par le travail (ESAT), développement de l'emploi accompagné, poursuite des accompagnements dans le supérieur)</p> <p>Soutenir le développement d'une offre d'hébergement répondant aux besoins des personnes en situation de handicap notamment vieillissantes</p>	<p>Taux d'établissements médico-sociaux ayant mis en place un dispositif de gestion de liste d'attente</p> <p>Taux de Contrat pluriannuel des objectifs et des moyens (CPOM) signés entre l'ARS et les établissements médico-sociaux intégrant des objectifs de transformation de l'offre et d'évolution des pratiques professionnelles (cible : 100 %)</p> <p>Nombre de places médico-sociales de réhabilitation psychosociale</p> <p>Taux d'élèves accompagnés en établissements médico-sociaux scolarisés en milieu ordinaire (unité d'enseignement externalisée, ...)</p> <p>Nombre de travailleurs d'ESAT sortant pour un</p>		
--	--	--	--	--	--

			emploi dans le milieu ordinaire et nombre de suivis individuels au titre du dispositif d'emploi accompagné			
Provence Alpes Côte d'Azur	<p><i>Accompagner le passage des établissements et services médico-sociaux (ESSMS) vers une logique de « dispositif » afin de répondre de manière souple et réactive à l'évolution des besoins de ces personnes durant tout leur parcours de vie ;</i></p> <p><i>Expérimenter des modalités d'offre croisées et transversales en impulsant la création de groupements de coopération sanitaire et médico-Sociale (GCSMS) et ainsi répondre aux enjeux de complémentarités d'actions entre les secteurs psychiatriques et médico-sociaux ;</i></p> <p><i>Promouvoir la formation des professionnels des ESSMS pour accompagner l'évolution des métiers, répondre à l'enjeu de l'attractivité des métiers, des pratiques professionnelles dans le cadre de la transformation de l'offre, l'évolution des</i></p>	<p><i>Accompagner le passage des établissements et services médico-sociaux (ESSMS) vers une logique de « dispositif » afin de répondre de manière souple et réactive à l'évolution des besoins de ces personnes durant tout leur parcours de vie ;</i></p> <p><i>Expérimenter des modalités d'offre croisées et transversales en impulsant la création de groupements de coopération sanitaire et médico-Sociale (GCSMS) et ainsi répondre aux enjeux de complémentarités d'actions entre les secteurs psychiatriques et médico-sociaux ;</i></p> <p><i>Promouvoir la formation des professionnels des ESSMS pour accompagner l'évolution des métiers, répondre à l'enjeu de l'attractivité des métiers, des pratiques professionnelles dans le cadre de la transformation de l'offre, l'évolution des</i></p>	<p>Nombre de personnes en situation de handicap sans solution : cible : en diminution</p> <p>Taux de scolarisation à l'école des enfants accompagnés en établissement spécialisé : 65 % en 2025 et 80 % en 2028</p> <p>Nombre d'aidants de personnes en situation de handicap qui ont été relayés au moins une fois dans l'année : 158 en 2025 et 210 en 2028</p> <p>Nombre d'adultes maintenus en ESSMS pour enfants au titre de l'amendement</p>	<p>Améliorer la connaissance et l'évolution de l'offre médico-sociale régionale (observatoire en lien avec les communautés 360, Via Trajectoire) ; Travail de concert entre les services déconcentrés de l'Etat (dont l'ARS, les services de l'Éducation nationale, la Dreets ou encore les services de la protection judiciaire de la jeunesse) et les collectivités territoriales (dont les départements, et en particulier les services de l'aide sociale à l'enfance) pour prendre en compte les besoins des personnes en</p>	<p>Intensifier l'usage de Via Trajectoire afin :</p> <ul style="list-style-type: none"> -de disposer en temps réel d'informations sur les parcours et l'effectivité de la mise en œuvre des décisions d'orientation prononcées par la MDPH ; -d'avoir une vision plus précise des besoins individuels et collectifs, de l'offre sur le territoire et des places disponibles, notamment pour favoriser le dialogue avec l'ensemble des institutions ; -de fluidifier les interactions et la capacité d'agir sur les situations critiques. <p>Développer la fonction « ressource » pour répondre aux besoins des professionnels exerçant au sein d'ESSMS plus « généralistes » afin d'être appuyés et sécurisés sur l'accompagnement de</p>	download (sante.fr)

RAPPORT IGAS N° 2024-017R

	<p><i>l'évolution des postures, les pratiques managériales ; Poursuivre le déploiement des dispositifs inclusifs :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <i>-Suivre et accompagner les établissements et services qui ne se sont pas encore engagés dans la démarche d'externalisation des unités d'enseignement (UE) localisées dans des ESSMS pour enfants en situation de handicap, afin d'orienter ces derniers vers l'école ;</i> <i>- renforcer et déployer, en tant que de besoin sur les territoires en tension, les équipes mobiles d'appui médico-social à la scolarisation des enfants en situation de handicap (EMASCO) ;</i> <i>- renforcer les services d'éducation et de soins spécialisés à domicile (SESSAD) de manière à élargir leurs plages horaires d'intervention, afin de soutenir et d'accompagner l'inclusion en milieu ordinaire.</i> 	<p><i>postures, les pratiques managériales ; Soutenir le répit de l'aïdant en relais à domicile, en « séjour répit » ou en « séjour répit famille », accueil par une structure sur un temps assez court – comme le week-end – ou plus long, sur une dizaine de jours. Renforcement des moyens alloués à ces séjours et développement des « séjours répit famille ». Augmentation de l'offre notamment par augmentation de l'amplitude d'ouverture des ESSMS certains week-end et vacances scolaires.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <i>- Expérimenter de nouvelles réponses « souples et modulables » aux besoins d'accompagnement des personnes en situation de handicap (expérimentation de nouvelles modalités d'accompagnement afin de diversifier l'offre existante et de répondre à l'ensemble des besoins identifiés : comme c'est le cas par exemple avec les dispositifs d'équipes mobiles ou de maisons d'accueil spécialisé (MAS) hors-les-murs)</i> <i>Investir de nouvelles modalités d'offre pour améliorer la réponse aux</i> 	<p>Creton : 700 en 2025 et 450 en 2028</p>	<p>situation de handicap dans les différentes politiques publiques qu'ils mettent en œuvre. Des partenariats au niveau régional et départemental seront développés en ce sens et les actions communes seront privilégiées.</p>	<p>personnes avec handicap spécifique (handicaps rares, troubles du spectre autistique complexe, déficients visuels ou déficients auditifs...).</p>	
--	---	--	--	--	---	--

		<p>besoins des personnes en situation de handicap vieillissantes :</p> <p>-Déployer des unités pour les personnes en situation de handicap vieillissantes dans les Ehpad afin d'opérer des passerelles entre le secteur des personnes handicapées et celui des personnes âgées : un appel à candidatures pour créer à minima cette unité au sein d'un Ehpad dans chaque département sera lancé en 2023.</p> <p>- Accompagner les ESSMS qui accueillent des personnes en situation de handicap pour favoriser l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes en les renforçant afin de répondre aux besoins accrus de soins qui peuvent émerger avec l'avancée en âge et en développant les actions de « qualité de vie et des conditions de travail »</p> <p>Intégrer de manière plus opérationnelle les ESSMS spécialisés dans l'apprentissage et la formation professionnelle afin de faciliter et favoriser l'intégration des personnes en situation de handicap dans l'emploi ;</p>				
--	--	--	--	--	--	--

		<p>- accompagner les établissements et services de pré-orientation (ESPO) et les établissements et services de réadaptation professionnelle (ESRP) pour l'appropriation de leurs nouvelles missions qui résultent de la modification du Code de l'action sociale et des familles (CASF) ;</p> <p>- accompagner les ESSMS dans la mise en œuvre du plan de transformation des établissements et services d'accompagnement par le travail (ESAT) afin de développer les mesures relatives au renforcement des droits des travailleurs et des dynamiques de parcours et d'inclusion professionnelle ;</p> <p>- piloter et accompagner la montée en charge des « plateformes emploi accompagné » dans les différents départements.</p>				
Pays de Loire	<i>Organisation de dispositifs territoriaux proposant un panel de réponses diversifiées et modulaires permettant de prévenir les ruptures de parcours ou l'absence de solution (réponse en urgence temporaire-permanent-ambulatoire...) et enfin d'en améliorer la lisibilité par une</i>	<i>Organisation de dispositifs territoriaux proposant un panel de réponses diversifiées et modulaires permettant de prévenir les ruptures de parcours ou l'absence de solution (réponse en urgence temporaire-permanent-ambulatoire...) et enfin d'en améliorer la lisibilité par une</i>	<p>Nombre d'enfants en situation de handicap ne bénéficiant d'aucun temps de scolarisation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de jeunes en situation d'amendement Creton 	<p>Structurer une organisation et une gouvernance territoriale au service des parcours, conjointement avec les départements, chefs de file des solidarités</p>	<p>En santé mentale, soutien au développement de la pair-aidance sous formes diversifiées, avec reconnaissance de leurs statuts</p> <p>Soutenir les ESSMS pour accélérer la modernisation des SI</p>	download (sante.fr)

	<p><i>cartographie des guides adaptés aux différentes situations</i></p> <p>Développer l'accès à la scolarisation afin de garantir une accessibilité en proximité :</p> <p>Poursuivre le déploiement des classes d'enseignement externalisées</p> <p>S'assurer que tout enfant ou adolescent accueilli dans un établissement bénéficie d'un temps de scolarisation adapté à son potentiel ainsi que d'une évaluation régulière de ses acquis</p> <p>Soutenir l'apprentissage et la formation préprofessionnelle, l'accès à l'enseignement supérieur et l'insertion professionnelle</p> <p>Réduire les situations complexes et d'inadéquation en proposant des solutions d'accompagnement adaptées aux jeunes relevant notamment de l'amendement CRETON et/ou de l'ASE : en créant des solutions d'accompagnement cofinancées avec les conseils départementaux, sur le secteur adultes (pour les jeunes dits Cretons) et les enfants de l'ASE (hébergement) et en</p>	<p><i>cartographie des guides adaptés aux différentes situations</i></p> <p>Développer l'accompagnement et la coordination en milieu ordinaire pour les adultes en situation de handicap, dans une visée dispositif et soutien au domicile</p> <p>Développer des réponses intermédiaires entre le domicile et l'établissement (habitat intermédiaire, unités dédiées...) et promouvoir des accompagnements pour des logements de transition pour l'apprentissage de la vie en autonomie notamment pour les jeunes adultes</p> <p>Promouvoir l'accès à l'emploi des personnes en situation de handicap :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Développer l'accompagnement à la vie professionnelle en milieu ordinaire notamment par l'emploi accompagné et incluant le droit au retour • Tirer les enseignements du bilan des actions ESRP/ESPO en région et redéfinir leur stratégie de développement • Poursuivre la modernisation des ESAT, et la simplification des droits des travailleurs en situation de handicap 	<ul style="list-style-type: none"> • Augmentation du nombre de personnes en situation de handicap bénéficiant d'un emploi accompagné ESSMS numérique : nombre de structures équipées d'un Dossier Usager Informatisé (DUI) atteignant les cibles d'usage. • Nombre de recherches, orientation, inclusions ou prises en charge avec les outils numériques : e-Parcours, Articulation Régionale des Samu, SI SMUR, ViaTrajectoire, Télésanté (indicateurs PPG), ROR, Santé.fr Pourcentage d'établissements du secteur PH couverts par une stratégie immobilière 	<p>précarité), en assurant la coordination des politiques publiques (collectivités territoriales, ARS, Education Nationale, Emploi...), et une meilleure visibilité de l'offre et des besoins sur les territoires, notamment via le SID-SDO, ViaTrajectoire grandâge et le ROR</p> <p>Poursuivre et renforcer le travail de partenariat avec l'Education Nationale, les MDPH/MDA, via les Comités départementaux de Suivi de l'Ecole Inclusive (CDSEI)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Poursuivre la coordination et coopération médico-social/enseignement par le déploiement des dispositifs d'appui médico-social à la scolarisation (PIAL renforcés, EMASco, PCPE...) 	<p>Accompagner la transformation des établissements et dispositifs du secteur du handicap vers davantage d'inclusion en développant des stratégies immobilières et des projets au service des enjeux de transformation.</p>	
--	--	---	--	---	---	--

	<p>renforçant le partenariat avec le secteur sanitaire dont la santé mentale et la rééducation fonctionnelle</p> <p>Faire évoluer l'offre médico-sociale en dispositif intégré afin de proposer des accompagnements souples et plus inclusifs et renforcer quantitativement l'offre pour les publics prioritaires (TSA, polyhandicap). Et adapter les accompagnements aux besoins de publics spécifiques (TDAH, TSLA...)</p>	<p>Décliner la stratégie régionale en faveur des personnes handicapées vieillissantes (unités dédiées)</p> <p>Décliner la stratégie régionale en faveur des adultes ayant un TSA (unités complexes)</p>				
Bretagne	<p>Appuyer et soutenir l'expertise des ESSMS auprès communautés éducatives – via les EMAS Equipes mobiles d'appui à la scolarisation mais aussi en subsidiarité auprès du droit commun ALSH, clubs sportifs, etc. ;</p> <p>Favoriser la coopération des acteurs au services des parcours scolaires, autour des PIAL (Pôles Inclusifs d'accompagnement Localisés) de l'Education Nationale et des ESSMS du territoire : scolarités partagées, unités d'enseignement externalisées ;</p> <p>Promouvoir le fonctionnement en «</p>	<p>Accompagner la transformation des Etablissements et services de réadaptation professionnelle (ESRP) et Etablissements et services de pré-orientation (ESPO) vers des interventions hors les murs auprès des personnes accompagnées ou des professionnels ;</p> <p>Mettre en œuvre du plan de transformation des Etablissements ou services d'aide par le travail (ESAT) :</p> <ul style="list-style-type: none"> o S'appuyer sur un groupe de travail régional chargé faciliter les orientations partagées entre milieu ordinaire de travail et milieu protégé, o Faciliter et valoriser l'ensemble des 	<p>Pourcentage d'enfants inscrits en établissements médico-sociaux poursuivant une scolarité partagée</p> <p>Nombre de travailleurs handicapés en ESAT en double activité (ESAT et milieu ordinaire)</p>	<p>Favoriser la participation des acteurs et la conduite de projets dans le cadre du Plan régional pour l'insertion des travailleurs handicapés (PRITH) et de sa gouvernance régionale ;</p> <p>Consolider les gouvernances départementales en élargissant progressivement la logique des plateformes "emploi accompagné" aux priorités liées à la formation</p>		Schéma régional de santé (sante.fr)

	dispositifs » intégrés, qui permet d'adapter l'accompagnement et le mode de scolarisation aux besoins évolutifs de l'enfant (modularité) ;	accompagnements permettant l'accès au milieu ordinaire de travail, o Accompagner l'évolution des métiers de l'accompagnement des travailleurs en situations de handicap : conseiller en insertion professionnel, job coach, ...		professionnelle et à l'emploi des personnes en situation de handicap		
Normandie	<i>Développer dans les établissements sociaux et médico-sociaux une offre de répit, notamment via les modalités séquentielles d'accompagnement (accueil de jour ; accueil de nuit ; hébergement temporaire). Encourager les initiatives de fonctionnement en mode parcours dans le champ médico-social.</i> <i>Structurer et développer la fonction ressource médico-sociale d'appui à la scolarisation via les Équipes mobiles d'appui à la scolarisation (EMAS) et la mobilisation de l'ensemble des établissements médico-sociaux,</i> <i>Renforcer le déploiement de modes de scolarisation en milieu ordinaire associant le médico-social tels que les Dispositifs d'autorégulation</i>	<i>Développer dans les établissements sociaux et médico-sociaux une offre de répit, notamment via les modalités séquentielles d'accompagnement (accueil de jour ; accueil de nuit ; hébergement temporaire).</i> <i>Encourager les initiatives de fonctionnement en mode parcours dans le champ médico-social.</i> Garantir le renforcement des droits des personnes, notamment dans le cadre du plan de modernisation des Etablissements et services d'aide par le travail (ESAT), Encourager les initiatives favorisant l'immersion des personnes en milieu ordinaire dans le cadre de stages de découverte, le plus en amont possible, Simplifier les démarches et fluidifier les parcours des	Part des enfants en situation de handicap scolarisés en milieu ordinaire (rapporté au nombre total d'enfants scolarisés) - Valeur 2023 : 3,3 %, Valeur 2028 : 5 % Nombre de territoires dotés de pair-aidants professionnels ou en cours de professionnalisation : 2023 : 2 à 2028 : 7 Nombre de places en unités résidentielles spécialisées dans l'accueil des personnes avec Troubles du spectre de l'autisme (TSA) très complexes –	Améliorer la connaissance des besoins des enfants pour mieux y répondre, notamment par un travail renforcé avec les Maisons départementales pour les personnes handicapées (MDPH) sur la base des notifications et listes d'attente.	Favoriser la pair-aidance dans les dispositifs de soins et d'accompagnement social et médico-social, en soutenant notamment la professionnalisation Favoriser la mise en œuvre de coordonnateurs de parcours pour permettre d'accompagner la mise en œuvre des projets de vie, Situation complexe/crise : Favoriser l'intervention de tiers comme les équipes mobiles, et expérimenter de nouveaux modèles d'accompagnement Garantir la bonne intégration des grands enjeux sociétaux (virage écologique, virages domiciliaire et ambulatoire, virages inclusif et d'accessibilité sur les territoires) dans tous les projets de modernisation	download (sante.fr)

RAPPORT IGAS N° 2024-017R

	<p>(DAR) ou les Unités d'enseignement élémentaire autisme (UEEA), Accompagner les organisations innovantes Poursuivre le développement des Unités d'enseignement externalisées (UEE) - dispositifs médico-sociaux - et garantir leur caractère inclusif, définir leur place au sein de l'école, Développer les scolarités partagées entre les unités externalisées et le milieu ordinaire, Permettre aux enfants présentant un retentissement important de leur handicap d'accéder à l'école ordinaire (accompagnement au sein d'une école d'un groupe d'enfants ne pouvant être scolarisés en unité d'enseignement externalisée), Préparer la sortie d'établissement médico-social « enfant » pour organiser la suite du parcours des jeunes sur le secteur adultes et créer des débouchés (médico-social, habitat inclusif ou ordinaire) en nombre et en type adaptés pour les jeunes adultes en situation de handicap,</p>	<p>personnes en facilitant les allers-retours tout en permettant la poursuite d'accompagnement par l'Établissement et service d'aide par le travail (ESAT) d'origine ou le cumul d'activités le cas échéant, Amplifier l'adaptation de l'offre existante pour les personnes en situation de handicap vieillissantes en améliorant l'accès aux soins dans les foyers de vie, en favorisant l'adaptation des Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et des établissements d'accueil médicalisés au vieillissement et en favorisant le développement de projets d'habitat inclusif.</p>	<p>valeur 2023 :0 Valeur 2028 :12 Nombre de places d'établissements sociaux et médico-sociaux restructurées ou modernisées dans le cadre du Plan d'aide à l'investissement (PAI) annoncé dans le cadre du Ségur de la santé initié en 2021 : Valeur 2023 :0 Valeur 2028 :2714</p>		<p>Déployer les usages du Répertoire opérationnel des ressources (ROR), de ViaTrajectoire, du système d'information décisionnel « SID-SDO » et le suivi des enjeux d'interopérabilités des solutions</p>	
--	---	---	---	--	--	--

	Développer l'appui médico-social aux établissements d'enseignement général, technologique et professionnel,					
Grand Est	<p><i>Poursuivre l'étayage domiciliaire en renforçant, par la transformation de l'offre à moyens constants ou par l'augmentation des capacités d'accompagnement sur les territoires (sous réserve des crédits nationaux), notamment les SESSAD et les SAMSAH. Pour les SESSAD, l'intervention précoce ou orientée vers l'insertion professionnelle fera l'objet d'une attention particulière</i></p> <p><i>Développement du répit à domicile : un professionnel spécialement formé (aide-soignant, infirmier, accompagnant éducatif et social, éducateurs spécialisés, psychomotriciens) prend temporairement le relais de l'aidant familial au domicile ; Incitation au développement de modalités d'accueil ou d'accompagnement de répit diversifiées (accueil temporaire, accueil de jour, accueil séquentiel) dans le cadre des partenariats territoriaux.</i></p>	<p><i>Poursuivre l'étayage domiciliaire en renforçant, par la transformation de l'offre à moyens constants ou par l'augmentation des capacités d'accompagnement sur les territoires (sous réserve des crédits nationaux), notamment les SESSAD et les SAMSAH.</i></p> <p><i>Pour les SESSAD, l'intervention précoce ou orientée vers l'insertion professionnelle fera l'objet d'une attention particulière</i></p> <p><i>Développement du répit à domicile : un professionnel spécialement formé (aide-soignant, infirmier, accompagnant éducatif et social, éducateurs spécialisés, psychomotriciens) prend temporairement le relais de l'aidant familial au domicile ; Incitation au développement de modalités d'accueil ou d'accompagnement de répit diversifiées (accueil temporaire, accueil de jour, accueil séquentiel) dans le cadre des partenariats territoriaux.</i></p>	<p>100 % d'établissements disposant d'au moins une Unité d'enseignement externalisée (UEE) ; Nombre d'UEE spécifiques pour enfants polyhandicapés en augmentation SESSAD en augmentation</p>	<p>Nécessité de renforcer autant que possible le pilotage des politiques publiques par la prise en considération des données (INSEE, DREES, ViaTrajectoire, etc.) qui doivent pouvoir être davantage produites, recueillies et exploitées</p> <p>Spécificités des besoins des personnes en situation complexe et/ou critique : réflexion territoriale collective (ARS/Conseils départementaux/préfectures), dans une approche de co-responsabilité populationnelle des acteurs de tous champs (social, médico-social, sanitaire, etc.), pour construire des</p>		download (sante.fr)

	<p>Poursuite du déploiement des unités d'enseignement externalisées des établissements pour enfants.</p> <p>Poursuite du déploiement des unités d'enseignement pour enfants autistes des niveaux maternelle et élémentaire et dispositifs d'autorégulation, en déclinaison des objectifs nationaux ; les unités ou dispositifs existants seront suivis afin d'adapter leur fonctionnement si nécessaire ;</p> <p>Renforcement de l'offre en SESSAD (cf. infra) ;</p> <p>Préparation et mise en œuvre du fonctionnement des IME et SESSAD en dispositifs, sous réserve de la parution des textes réglementaires afférents ;</p> <p>Soutien aux organisations permettant au secteur médico-social de déplacer son action au sein de l'école ordinaire (primaire, collège et lycée) ;</p> <p>Poursuite de la montée en charge des équipes mobiles d'appui à la scolarisation.</p>	<p>Diversifier les solutions d'accompagnement répondant aux enjeux spécifiques provoqués par le vieillissement des personnes en situation de handicap.</p>		<p>solutions permettant une identification consensuelle des situations au regard de leur complexité, des protocoles de coopération précis, un positionnement clair de la fonction ressources, un engagement des acteurs, au-delà d'une logique de places.</p>		
Hauts de France	<p><i>Poursuivre le déploiement au sein de tous les départements d'une offre d'accueil</i></p>	<p><i>Poursuivre le déploiement au sein de tous les départements d'une offre d'accueil séquentiel</i></p>	<p>100 % des départements couverts par une</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Disposer d'une connaissance objectivée du recours 	<p>Investissement des ESSMS PH : en lien avec les Conseils départementaux</p>	download (sante.fr)

	<p>séquentiel pour enfants, accessible pendant les week-ends et les vacances scolaires.</p> <p><i>Analyser le niveau de satisfaction aux besoins des accueils de jour et des hébergements temporaires existants, et engager, en tant que de besoin, une recomposition de l'offre existante dans un souci d'égal accès et de diversification de l'offre de répit existante sur tous les territoires</i></p> <p>Développer les structures d'aval : poursuite de l'autorisation de places de SESSAD supplémentaires, incitation au fonctionnement en mode dispositif médico éducatif (DIME) pour plus de souplesse et de réactivité en matière de réponse.</p> <p>Conforter le développement des unités d'enseignement (UEMA, UEEA et DAR) mais également des unités d'enseignements pour enfants polyhandicapés.</p> <p>Faire de la réduction du nombre d'adultes maintenus en établissement pour enfant faute de place adéquate en établissement ou service pour adulte (dits « amendements Creton ») une priorité.</p>	<p>pour enfants, accessible pendant les week-ends et les vacances scolaires.</p> <p><i>Analyser le niveau de satisfaction aux besoins des accueils de jour et des hébergements temporaires existants, et engager, en tant que de besoin, une recomposition de l'offre existante dans un souci d'égal accès et de diversification de l'offre de répit existante sur tous les territoires</i></p> <p>Poursuivre le développement et l'adaptation de l'offre d'accompagnement pour adultes dans la perspective de pouvoir disposer au sein de chaque département d'une palette de réponses et de solutions diversifiées et graduées entre le « tout domicile » et le « tout établissement »</p> <p>Mettre en œuvre le plan de transformation des ESAT (notamment le renforcement des droits des travailleurs ainsi que les dynamiques de parcours et d'inclusion professionnelle de l'ESAT vers le milieu ordinaire ou à l'intérieur de l'ESAT).</p> <p>Adapter l'offre d'accompagnement en établissement aux spécificités</p>	<p>palette de solutions diversifiées adulte</p>	<p>à l'offre, des besoins d'accompagnement et de solutions selon les types de déficiences au sein des territoires en se donnant les moyens de faire de l'outil ViaTrajectoire PH un véritable levier de planification et de programmation de solutions nouvelles d'accompagnement ainsi que d'adaptation de l'offre d'accompagnement existante.</p> <ul style="list-style-type: none"> Partager cette connaissance des besoins avec les partenaires institutionnels (Conseils départementaux, MDPH, Éducation Nationale, CPAM) ainsi qu'avec les organismes gestionnaires d'établissements et services médico-sociaux dans le cadre de l'élaboration de diagnostics territoriaux partagés 	<p>pour les établissements à périmètre conjoint, il s'agira de promouvoir des établissements plus adaptés, inclusifs et contribuant à apporter des réponses innovantes pour les situations complexes.</p>	
--	--	---	---	--	---	--

RAPPORT IGAS N° 2024-017R

	<p>Accorder une attention particulière aux enfants « à double vulnérabilité » (enfants de l'ASE en situation de handicap). Favoriser le développement d'offres de solutions nouvelles dans une logique de promotion de l'école inclusive.</p>	<p>des besoins en fonction des différents types de handicaps (handicap psychique, polyhandicap, troubles du spectre de l'autisme -TSA-, troubles sensoriels, troubles sévères du comportement...). Renforcer l'offre de solutions adaptées à l'accompagnement des personnes vieillissantes en établissement.</p>		<p>permettant de mettre en perspective au sein de chaque territoire les besoins identifiés avec l'offre d'accompagnement existante, sur le fondement desquels pourront être élaborés des plans d'adaptation et de transformation de l'offre pluriannuels (susceptibles d'être révisés en fonction de l'évolution des besoins, des capacités à adapter le milieu ordinaire et des attentes des personnes).</p>		
Centre Val de Loire	<p>Généraliser le fonctionnement en dispositifs qui doivent constituer un ensemble de prestations d'accompagnement réalisées seules ou en partenariat sur un territoire donné, au service de la population de ce territoire :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Accompagner les transformations vers une culture de l'accompagnement souple, 	<p>Favoriser les dispositifs qui préparent et accompagnent vers l'emploi, en amont de l'élaboration du projet professionnel et jusqu'à l'intégration en milieu ordinaire</p> <p>Développer l'apprentissage et la formation en alternance</p> <p>Accompagner, sécuriser, assurer la réforme des ESAT et leur ouverture vers le droit commun :</p>	<p>Nombres de jeunes en situation de handicap scolarisés en lycée - Valeur actuelle : 1 302, cible à 5 ans : + 20 %</p> <p>Nombre de places en établissements/services/dispositifs à destination des PHV - Valeur actuelle : 72 places</p>	<p>Mettre en place des outils permettant l'évaluation quantitative et qualitative des parcours des enfants en situation de handicap, notamment en permettant aux ESSMS de développer des indicateurs d'impacts de leur action</p>	<p>Cartographier l'offre, les institutions et les dispositifs existants et communiquer sur les actions déjà existantes auprès des professionnels et des bénéficiaires, notamment par l'utilisation du ROR et de Via Trajectoire.</p> <p>La généralisation de l'équipement aux services socles doit être suivie par l'ARS concernant les établissements médico-sociaux, avec des contacts</p>	Projet régional de santé (PRS) 2018-2028 révisé en Bourgogne-Franche-Comté Agence régionale de santé Bourgogne-Franche-

RAPPORT IGAS N° 2024-017R

	<p>décloisonné et coordonné autour de la personne et de ses choix de vie</p> <ul style="list-style-type: none"> -Promouvoir l'acculturation des professionnels aux nouvelles formes d'accompagnement, former les professionnels à des modalités d'intervention plus coopératives, et plus "hors les murs". - Développer les offres intermédiaires, parallèlement à l'offre existante, entre le tout-établissement et le tout-service, en prenant en compte les besoins de chaque enfant qui peuvent aller de l'inclusion complète à un accueil en hébergement médico-social Développer l'intégration en lycée, chaque fois que cela correspond au projet exprimé par le jeune concerné, notamment en lycée professionnel avec un appui DAME. <i>Structurer/renforcer/améliorer les solutions d'accompagnement et de répit existantes</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - Soutenir financièrement la transformation organisationnelle des ESAT : - Moderniser et diversifier les outils de production pour consolider économiquement les ESAT et améliorer les débouchés des travailleurs. - Garantir la mission de « tremplin » des ESAT vers le milieu ordinaire en développant des postes de conseiller d'insertion pour favoriser le lien avec le milieu ordinaire, en développant les services d'insertion mutualisés entre ESAT et en développant les compétences avec traçabilité dans un document. -Développer et adapter les conventions d'appui -Développer une offre de formation professionnelle mutualisée entre ESAT Généraliser le fonctionnement en dispositifs agiles et à l'écoute des besoins particuliers : - Soutenir le développement des dispositifs qui construisent des réponses modulaires avec les bénéficiaires et leur famille : -Expérimenter le fonctionnement en dispositif/plateforme pour adultes avec une offre variée 	<p>Cible à 5 ans : En augmentation de 20 %</p> <p>% Travailleurs ayant quitté l'ESAT pour être recrutés dans le milieu ordinaire privé ou public, adapté, y compris en intérim – valeur actuelle : 0,7 %</p> <p>Valeur cible à 5 ans : 2 % de sorties par an</p> <p>Suivi du nombre de bénéficiaires de l'amendement Creton – valeur 2022 : 483 Valeur cible à 5 ans : en baisse de 20 %</p>	<p>Amendement Creton :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Élaborer avec les Conseils départementaux une stratégie régionale « Creton » : Affiner l'analyse des besoins dans chaque département et identifier les leviers mobilisables ; Intégrer dans le PRIAC les places à créer spécifiquement dédiées aux bénéficiaires de l'amendement Creton -Co-construire avec les ESAT des actions facilitant l'accès des jeunes aux postes vacants : Analyser les points de blocage à l'admission en ESAT des jeunes sortant d'IME ou de scolarisation en milieu ordinaire, dans un contexte de difficultés de certains ESAT à recruter des travailleurs ; Mettre en place dans chaque département une instance 	<p>directs avec les directions et les équipes des Systèmes d'information (SI).</p> <p>Développer les équipes mobiles d'appui aux situations complexes pour assurer une évaluation et une intervention adaptée au fil du parcours et de ses risques de rupture</p>	Comté (sante.fr)
--	--	--	--	--	---	--

		<p>d'accompagnement en milieu ordinaire.</p> <p>-Développer les offres intermédiaires entre le tout-établissement et le tout-service.</p> <p>Développer les dispositifs d'appui à l'inclusion sociale pour favoriser le libre choix de son parcours de vie en renforçant notamment les organisations favorisant la pair-aidance et la souplesse dans des accompagnements élaborés à l'écoute des personnes (GEM, PEVA, SAMSAH, plateforme de service...).</p> <p>PHV :</p> <p>Dimensionner les besoins d'accueil à venir pour les PHV en prenant en compte le besoin exprimé et le projet de vie de la personne, les anticiper et développer l'approche capacitaire globale PA/PH par adaptation de l'organisation territoriale de l'offre :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Diversifier les offres alternatives à domicile, notamment l'accueil familial. - Soutenir les évolutions administratives pour lever les freins potentiels dans les projets d'orientation, en faveur des solutions inclusives 		<p>pluripartenariale de suivi des situations en charge d'identifier ces points de blocage et de proposer aux acteurs de travailler des solutions personnalisées permettant d'adapter le projet des jeunes maintenus en secteur enfance aux offres d'emploi en ESAT</p>		
--	--	--	--	--	--	--

		<p>pour les PHV (limite d'âge en structures, etc.).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Favoriser l'accès en établissement pour personnes âgées et aux accompagnements spécifiques et adaptés - Développer les accompagnements relais pour faciliter les transitions liées au vieillissement <p><i>Structurer/renforcer/améliorer les solutions d'accompagnement et de répit existantes</i></p>				
Bourgogne Franche comté	<p><i>Faire évoluer l'offre pour apporter plus de souplesse et de nouvelles modalités d'accompagnement adaptées (dont une palette de solutions diversifiées pour les personnes en situation de handicap vieillissantes), soutenir la citoyenneté par une meilleure inclusion sociale</i></p> <p><i>Soutenir les proches aidants dont font partie les aidants familiaux : renforcer et pérenniser l'offre existante (répit, soutien...) et faire émerger de nouvelles offres Accompagner l'inclusion et l'évolution d'une offre de services à domicile : SSIAD, SPASAD, SESSAD, SAMSAH, SAAD, SAVS, ESA/ES-MND,</i></p>	<p><i>Faire évoluer l'offre pour apporter plus de souplesse et de nouvelles modalités d'accompagnement adaptées (dont une palette de solutions diversifiées pour les personnes en situation de handicap vieillissantes), soutenir la citoyenneté par une meilleure inclusion sociale</i></p> <p><i>Soutenir les proches aidants dont font partie les aidants familiaux : renforcer et pérenniser l'offre existante (répit, soutien...) et faire émerger de nouvelles offres Accompagner l'inclusion et l'évolution d'une offre de services à domicile : SSIAD, SPASAD, SESSAD, SAMSAH, SAAD, SAVS, ESA/ES-MND,</i></p>	<p>Diminution du nombre d'adultes maintenus en ESSMS pour enfants au titre de « l'Amendement Creton » : cible Réduction de 20 % par an du nombre d'adultes maintenus en ESSMS pour enfants</p> <p>Scolarisation à l'école, c'est-à-dire en dehors d'une unité d'enseignement implantée dans un établissement spécialisé, des enfants</p>	<p>Champ enfants : planification et programmation conjointes avec les services de l'Education Nationale des UEE, étayage à l'école et lieux de vie</p> <p>Construction et déploiement d'un plan d'action régional en faveur de l'accompagnement des personnes en situation de polyhandicap (plan régional de formation, diagnostic régional des besoins et ressources, accompagnement à</p>	<p>Développement des outils ROR, Viatrajectoire et SI-SDO dans tous les ESSMS PH</p> <p>Mesure et suivi de l'activité des ESSMS à partir du guide national CNSA « Mesure de l'activité des ESSMS » et mise en œuvre du décret relatif à la modulation à l'activité en secteur PH.</p> <p>Politique d'investissement durable et favorable : aux structures favorisant les rapprochements/mutualisations ; dont la plus-value pour les personnes en situation de handicap est démontrée dans un objectif d'inclusion dans la cité ; dans le respect de la transition écologique et économique.</p>	download (sante.fr) volet par territoire de démocratie sanitaire

	<p><i>dispositifs en secteur handicap, PCPE, activité « Hors les murs », habitat inclusif, ... dans un objectif de renforcement du soutien à domicile et une offre alternative à l'institutionnalisation</i></p> <p><i>Développement d'une palette d'offres inclusives en favorisant des dispositifs ou plateformes d'expertise, souples et modulaires sans jamais opposer « tout domicile » et « tout établissement » : accueils séquentiels, accueil temporaire, accueil de jour, équipes mobiles, pôles de compétence et de prestations externalisées (PCPE), pôles ressources...</i></p> <p><i>Déploiement d'offres de répit en lien avec les PFR et en appui sur les organismes gestionnaires et le milieu ordinaire (relayage, accueils de jour et temporaires, structures périscolaires adaptées).</i></p> <p><i>Poursuite de l'externalisation des unités d'enseignement ; étayage des scolarisations individuelles et collectives dans les lieux de scolarisation et dans l'ensemble de leurs lieux de vie.</i></p> <p><i>Mise en place de structures enfance-adolescence</i></p>	<p><i>dispositifs en secteur handicap, PCPE, activité « Hors les murs », habitat inclusif, ... dans un objectif de renforcement du soutien à domicile et une offre alternative à l'institutionnalisation</i></p> <p><i>Développement d'une palette d'offres inclusives en favorisant des dispositifs ou plateformes d'expertise, souples et modulaires sans jamais opposer « tout domicile » et « tout établissement » : accueils séquentiels, accueil temporaire, accueil de jour, équipes mobiles, pôles de compétence et de prestations externalisées (PCPE), pôles ressources...</i></p> <p><i>Déploiement d'offres de répit en lien avec les PFR et en appui sur les organismes gestionnaires et le milieu ordinaire (relayage, accueils de jour et temporaires, structures périscolaires adaptées).</i></p> <p><i>Développement de la prise en charge des personnes handicapées à domicile par création de place de SSIAD/SAD et ou SAMSAH, financés au besoin par l'assurance maladie à 100 % en l'absence d'engagement par les Conseils Départementaux.</i></p>	<p>accompagnés dans ces structures :</p> <p>Cible : Taux de scolarisation en milieu ordinaire porté à 50 % d'ici 2020 et 80 % au terme du PRS</p> <p>Participation systématique aux sollicitations de la MDPH à participer aux Groupes</p> <p>Opérationnel de Synthèse (GOS) : cible : 100 % de réponse favorable aux sollicitations pour tous les ESSMS concernés (CPOM Socle)</p> <p>Généralisation du travail en mode dispositif* (=3 modalités</p> <p>d'accompagnement : hébergement, prestations à milieu ordinaire, accueil de jour) – cible : 100% des structures Enfance disposent d'une autorisation type Dispositif</p> <p>Intégration des SSIAD-SPASAD PH dans Viatrajectoire</p>	<p>la transformation de l'offre des structures concernées, ...)</p>	<p>Limitation de toutes politiques d'investissement dès lors que l'EPRD/ERRD montre une structure financière fragilisée (fonds de roulement négatif, CAF < remboursement des emprunts, endettement important) et vigilance des trajectoires financières, notamment liées aux frais de transports et évolution du bâti.</p> <p>Engagement annuel des ESSMS dans la campagne et l'utilisation des tableaux de bord de la performance dans le cadre de leur pilotage interne</p>	
--	--	---	--	---	--	--

RAPPORT IGAS N° 2024-017R

	<p>proposant une ouverture « de répit » durant les week-end et vacances scolaires.</p> <p>Afin d'éviter les situations de jeunes adultes maintenus en secteur enfants faute de place en secteur adultes, anticipation des parcours et projets de vie, de tous les jeunes dès l'âge de 16 ans avec obligation de Plans d'Accompagnement Global (PAG) dès 21 ans le cas échéant.</p>	<p>Développement palette d'offre inclusives : foyer d'accueil médicalisé (FAM) et/ou Etablissements spécialisés d'aide par le travail (ESAT) et/ou maison d'accueil spécialisée (MAS) « hors les murs »</p>	<p>Sanitaire : cible : 100% des places SSIAD-SPASAD PH enregistrées et mises à jour dans VT SAN</p> <p>Diversification de l'offre Adulte au profit de la prise en charge inclusive (accueil de jour ou temporaire) – cible : 50% des MAS-EAM proposent au moins un type d'offre différent de l'hébergement permanent</p> <p>Mesure et suivi de l'activité des ESSMS dans le cadre de la contractualisation CPOM Socle, en appui sur le guide national CNSA « mesure de l'activité en ESSMS » -Cible :- Augmentation des files actives et Diminutions des listes d'attente</p> <p>Remplissage de l'outil national d'appui à l'évolution de l'offre médico-sociale pour personnes</p>		
--	--	---	---	--	--

RAPPORT IGAS N° 2024-017R

			<p>présentant des troubles du spectre autistique (TSA) – cible : 100 % des ESSMS qui accompagnent des personnes avec TSA Mise en place de coopérations voire mutualisations pour tous les ESSMS (professionnels, fonctions, locaux, finances, partenariats, ...) – cible : 100 % des ESSMS-PH disposeront d'une mise en coopération voire mutualisation</p>			
La Réunion	<p>Renforcer l'accompagnement médico-social à l'inclusion scolaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intégration des IME/SESSAD dans les établissements scolaires en mettant fin à la distinction établissement/service et en promouvant un modèle d'équipe médico-sociale ressource au service des élèves d'un même établissement scolaire ou groupe d'établissements scolaires 	<p>Encourager les dispositifs de FAM/MAS hors les murs et le rôle de plateformes ressources de ces établissements pour favoriser l'autonomisation des adultes vivant avec un handicap Poursuivre le développement d'unités de vie résidentielles pour personnes avec autisme en situation complexes Augmenter les capacités d'accueil temporaire adultes Construire des dispositifs personnalisables</p>	<p>Évolution des listes d'attente enfants et adultes (orientations MDPH/capacités ESSMS installées) Taux de scolarisation des enfants porteurs de handicap Part de l'offre des services dans les capacités médico-sociales pour enfants et adultes</p>	<p>Installer une commission régionale de coordination des politiques publiques en matière de handicap Définir, avec la MDPH, les ESSMS et le Département, un dispositif d'accès renforcé à l'accompagnement médico-social des enfants vivant avec un handicap et</p>	<p>Santé mentale : Intégrer la pair-aidance et les Infirmiers en Pratique Avancée (IPA) dans la prise en charge des patients Mesures de renforcement des CVS des ESSMS</p>	La Réunion Schéma Régional de Santé (SRS) 2023-2028.pdf

	<ul style="list-style-type: none"> - Ouverture de nouvelles unités d'enseignement externalisées - Renforcement des capacités des SESSAD avec une gestion en file active - Identification de capacités de repli médico-social temporaire pour les élèves avec handicap dont le projet d'inclusion scolaire est mis en échec Redéployer les capacités d'internat médico-sociaux en veillant au maintien d'une offre de proximité par territoire Déployer des programmes personnalisés d'accompagnement vers l'autonomie des jeunes relevant de l'amendement Creton par autorisation de surcapacités temporaires des IME <i>Augmenter les capacités d'accueil temporaire enfants</i> <i>Intégrer le soutien aux aidants dans les missions des établissements et services médico-sociaux</i> <i>Développer l'accueil et l'hébergement temporaires en établissement pour soutenir les familles</i> <i>Développer avec le Département des solutions</i> 	<ul style="list-style-type: none"> d'accompagnement des personnes vivant avec un handicap et vieillissantes, leur garantissant la continuité des aides au quotidien Améliorer l'offre d'accompagnement médico-social en milieu ouvert de type SSIAD/SAD et SAMSAH pour les adultes vivant avec un handicap Fluidifier les parcours d'emplois protégés adaptés en milieu ordinaire (EPMO) Créer une unité d'évaluation de réentraînement social et professionnel (UEROS) (pour accueillir et accompagner les personnes dont le handicap résulte d'un traumatisme crânien ou d'une lésion cérébrale acquise) Accroître les capacités d'accompagnement vers le logement autonome et domotique, développer l'offre d'accompagnement et d'éducation à la vie relationnelle, affective, intime, l'offre d'accompagnement à la parentalité <i>Augmenter les capacités d'accueil temporaire enfants</i> <i>Intégrer le soutien aux aidants dans les missions des établissements et services médico-sociaux</i> 	<ul style="list-style-type: none"> en situation de handicap Nombre d'adultes maintenus en ESSMS enfants au titre de l'amendement Creton 	<ul style="list-style-type: none"> relevant de l'aide sociale à l'enfance (ASE) 		
--	--	---	---	--	--	--

	<i>temporaires de familles d'accueil social, avec soutien des établissements et services médico-sociaux</i>	<i>Développer l'accueil et l'hébergement temporaires en établissement pour soutenir les familles</i> <i>Développer avec le Département des solutions temporaires de familles d'accueil social, avec soutien des établissements et services médico-sociaux</i>				
Guadeloupe	<p>Augmenter le nombre de places en établissements scolaires pour les enfants en situation de handicap, notamment ceux présentant des troubles psychologiques (avec le dispositif de l'école inclusive) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un appel à contribution en 2024 pour la mise en place d'un dispositif d'autorégulation sur Saint-Martin (pour les enfants avec troubles du spectre de l'autisme) : - <i>Un appel à contribution en 2025 pour une nouvelle UEEA en Guadeloupe.</i> <p><i>Développer les structures de répit pour les aidants familiaux</i></p> <p>Structurer le parcours des enfants souffrant de handicaps sévères en accompagnant les ESSMS à la prise en charge des parcours complexes</p>	<p>Accompagner la transformation de l'offre de structures d'accueil médico-sociales avec et sans hébergement</p> <p>Accompagner la transformation des Etablissements et Services d'Aide par le Travail (ESAT) et des centres de réadaptation professionnelle.</p> <p>Améliorer, travailler sur le maillage du territoire pour couvrir les communes et diminuer les trajets domicile - structure d'accueil</p> <p>Développer les structures dédiées aux polyhandicaps avec le personnel dédié</p> <p><i>Développer les structures de répit pour les aidants familiaux</i></p> <p>Renforcer les dispositifs d'accompagnement à l'insertion professionnelle</p> <p>Développer une offre à destination des personnes en</p>	<p>Nombre de places PH en établissement scolaire</p> <p>Nombre d'unités d'enseignements au sein des ESSMS pour élèves en situation de handicap</p> <p>Nombre d'appels à projet, appels à candidature ou AMI lancés pour la création et le renforcement de l'offre de répit</p> <p>Nombre de solutions adaptées mises en place pour améliorer l'accompagnement du polyhandicap (création de lieux d'accueil, mesures de scolarisation)</p>	<p>Sujet de la caractérisation des besoins</p>	<p>Faciliter l'accès financier à certaines structures pour les personnes en situation de handicap ayant un reste à charge et des difficultés financières</p>	SRS (sante.fr)

RAPPORT IGAS N° 2024-017R

	<p>Développer les unités d'enseignement pour les élèves polyhandicapés</p> <p>Adapter l'offre de Services d'Education Spéciale et de Soins à Domicile (SESSAD) aux besoins du territoire et améliorer la prise en charge des TND</p> <p>Augmenter le nombre de places en établissements scolaires pour les jeunes en situation de handicap (avec le dispositif d'école inclusive) et renforcer le lien entre établissements scolaires et établissements médico-sociaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Accompagner la transformation de l'offre SESSAD pour favoriser l'inclusion scolaire ; -Accélérer le développement des unités d'enseignement externalisées collège et lycée pour favoriser l'inclusion scolaire 	<p>situation de handicap vieillissantes</p>	<p>Création ou renforcement d'unités d'enseignement pour les élèves polyhandicapés</p> <p>Nombre d'unités d'enseignement installées en lien avec le Rectorat</p> <p>Taux d'occupation des places en SESSAD</p> <p>Nombre d'appels à projets ou AMI lancés par l'ARS pour créer et optimiser l'offre (transfo de l'offre)</p> <p>Nombre de places dédiées au polyhandicap</p> <p>Spécialisation d'une unité</p> <p>d'hébergement renforcée pour l'accueil des PSH vieillissantes en EHPAD</p> <p>Nombre de places créées PHV</p> <p>Nombre d'unités d'hébergement renforcée (UHR) pour l'accueil des personnes</p>		
--	---	---	---	--	--

RAPPORT IGAS N° 2024-017R

			ayant des troubles associés aux MND			
Mayotte	<p>Poursuivre l'ouverture d'unités d'enseignement en élémentaire autisme (UEEA) en lien avec le rectorat ; Ouvrir une première unité d'enseignement en maternelle pour enfant autiste (UEMA) en lien avec le rectorat.</p> <p><i>Augmenter les capacités d'accueil et d'hébergement pour adultes et enfants ; Développer l'accompagnement des personnes en situation de handicap à domicile ; Augmenter le nombre de services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH) ; Développer des équipes mobiles pour les personnes en attente d'une prise en charge en établissement.</i></p> <p>Pour les adultes, soutenir la mise en place de dispositifs d'insertion professionnelle (PRAPP) et créer des établissements et services d'aide par le travail (ESAT) ou dispositif équivalent innovant</p>	<p><i>Augmenter les capacités d'accueil et d'hébergement pour adultes et enfants ; Développer l'accompagnement des personnes en situation de handicap à domicile ; Augmenter le nombre de services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH) ; Développer des équipes mobiles pour les personnes en attente d'une prise en charge en établissement.</i></p> <p>Pour les adultes, soutenir la mise en place de dispositifs d'insertion professionnelle (PRAPP) et créer des établissements et services d'aide par le travail (ESAT) ou dispositif équivalent innovant</p>				download (sante.fr)
Martinique	Développer les dispositifs médico-sociaux intégrés sur le territoire afin d'apporter des réponses souples et individualisées. Ce mode d'organisation vise à décloisonner les structures, notamment entre le secteur médico-social et l'éducation nationale, à donner de la souplesse pour une réponse	Favoriser l'insertion professionnelle des personnes en situation de handicap, notamment en milieu ordinaire en créant des passerelles entre le milieu protégé et le milieu ordinaire Accompagner les transitions et prévenir les risques de rupture dans les parcours de vie :	Taux de scolarisation des enfants accompagnés en établissement spécialisé Part de l'offre médico-sociale des services proposant un accompagnement en milieu ordinaire	Nécessité d'état des lieux des besoins Organiser un séminaire annuel entre les acteurs accompagnant les personnes en situation de handicap (social, sanitaire et médico-social) afin de favoriser leur interconnaissance et	Engager les ESSMS dans « ESSMS numérique » Sensibiliser les acteurs au renseignement de la plateforme Viatrajectoire Remobiliser les établissements à renseigner le tableau de bord ANAP afin d'exploiter les données publiées et partager les conclusions	SCHEMA REGIONAL DE SANTE Volet territorial

RAPPORT IGAS N° 2024-017R

	<p>adaptée aux besoins évolutifs de l'enfant ou adolescent.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Définir les besoins et les modalités d'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes par les secteurs du grand âge et du handicap, - Favoriser la coordination entre les structures du handicap (SAVS, SAMSAH, établissements) et les acteurs du champ gérontologique (CCAS, DAC SAAD, médecins coordinateurs...) pour construire des réponses adéquates, - Poursuivre le développement de l'offre adulte ayant de faibles taux d'équipement pour éviter les ruptures de parcours, Développer des offres innovantes pour accompagner les situations de handicap complexes : équipes itinérantes, équipes mobiles d'appui aux situations complexes, etc. 	<p>(enfants et travailleurs handicapés)</p> <p>Nombre de dispositifs intégrés sur le territoire (créé puis évolution) pour les enfants scolarisés en école spécialisée (ITEP, IME et EAP)</p> <p>Part de l'offre médico-sociale en établissement réservée aux personnes handicapées vieillissantes</p> <p>Taux d'évolution des dispositifs innovants (PCPE)</p>	<p>le partage des expertises et savoirs relatifs à l'accompagnement du handicap</p>	<p>Mettre en place un CREAI (mise en œuvre prévue pour 2025)</p> <p>Favoriser le regroupement des établissements d'accompagnement des personnes en situation de handicap afin d'optimiser leur organisation et leur fonctionnement et d'harmoniser les pratiques entre les établissements offrant le même type de service</p>	
--	---	--	---	---	---	--

Tableau 11 : Eléments de diagnostic figurant dans les PRS

	Diagnostic
Occitanie	<p>L'Occitanie bénéficie d'une offre riche, en termes de diversité d'établissements et de compétences professionnelles expertes dans le secteur du handicap. Toutefois, cette offre est répartie de façon historiquement inégale dans les territoires. En outre, les catégories d'établissements, bien que différencierées dans leurs autorisations, ne permettent pas d'apporter une réponse spécialisée à tous les besoins des personnes, en proximité.</p> <p>Les Personnes vivant avec un handicap (PSH) sont accompagnées par les Etablissements et Services Médico-Sociaux (ESSMS) pour des besoins très différents d'une personne à l'autre, dans les dimensions du soin, de l'éducatif, de la participation à la vie sociale, des actes de la vie quotidienne ... et leurs besoins évoluent, tout au long de leur vie.</p>
Nouvelle Aquitaine	<p>En Nouvelle-Aquitaine environ 67 400 personnes, de 50 ans ou plus, sont porteuses d'un handicap (en tenant compte de tous les allocataires de l'allocation adulte handicapée - AAH). Parmi ces personnes, 84% vivent à domicile, 12% en établissement pour adultes en situation de handicap, et 4% en établissement pour personnes âgées.</p>
Auvergne Rhône Alpes	<p>130 000 adultes en situations de handicap, bénéficiaires de l'Allocation adulte handicapé (AAH) et près de 40 000 enfants bénéficiaires de l'Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH).</p> <p>En 2021, le taux d'équipement en structures médico-sociales pour le secteur adultes de la région Auvergne-Rhône-Alpes apparaît dans la moyenne ou au-dessus de la moyenne nationale à l'exception des places en Maison d'Accueil Spécialisée. Dans le secteur enfants, le taux d'équipement apparaît globalement encore en-dessous de la moyenne. De fortes disparités départementales sont cependant observables. Globalement, la part des services dans l'offre totale autorisée des Etablissements et services médico-sociaux (ESSMS) de la région (hors Etablissement et service d'aide par le travail – ESAT) est passée de 31,2 % au 31 décembre 2018 à 33,4 % au 1er janvier 2022, marquant ainsi une évolution favorable servant l'objectif inclusif.</p> <p>Quelques chiffres clés en 2023 (source tableau de bord de l'offre au 01/01/2023) : Une dotation régionale limitative de 1.5 Md€ ; 458 Organismes gestionnaires pour près de 1450 ESSMS médicalisés ; Près de 45 000 places établissement /services (45% enfants / 55% adultes) dont plus de 8000 places de SESSAD ; 2018-2022 : 1800 places ou dispositifs créés pour un total de 59 M€</p>
Île de France	<p>Malgré les plans récents mis en œuvre dans la région, notamment le plan décidé dans le cadre du moratoire des départs en Belgique, l'Île-de-France se caractérise par un sous-équipement massif et généralisé pour la prise en charge des personnes handicapées :</p> <p>la région compte 21% de la population adulte métropolitaine, mais seulement 16% des places en établissement ; trois départements franciliens sur huit figurent parmi les dix départements les plus sous-dotés en termes de taux d'équipements pour adultes rapporté à la population du territoire métropolitain ;</p> <p>pour les enfants, la situation est encore plus aiguë, puisque sept des huit départements franciliens font partie des dix départements métropolitains les plus sous-dotés (Seine-Saint-Denis, Val-de-Marne, Val d'Oise, Hauts-de-Seine, Yvelines, Essonne et Paris) ; le taux métropolitain d'équipement moyen hors</p>

RAPPORT IGAS N° 2024-017R

	<p>Île-de-France pour 1 000 enfants représente 150 % du taux moyen francilien. Dit autrement, un enfant en métropole hors Île-de-France a en moyenne 50 % de chances en plus de trouver une place qu'un enfant francilien.</p> <p>Cette situation conduit à des situations sociales et familiales complexes et à des pertes de chances pour les enfants et les adultes concernés. En outre, elle a des conséquences en chaîne délétères pour le fonctionnement d'autres services publics, notamment l'aide sociale à l'enfance.</p>
Corse	<p>Concernant les interventions précoce : le capacitaire de SESSAD a été augmenté, notamment sur les Troubles du spectre autistique (TSA), les troubles des apprentissages et les Troubles du déficit de l'attention avec/sans hyperactivité (TDAH) dans une logique de maillage territorial renforcé.</p> <p>Au titre de l'inclusion scolaire et professionnelle : des Equipes médico-sociales d'appui à la scolarisation (EMAS) couvrant l'ensemble de la Corse ont été mises en place ; le nombre d'unités d'enseignement « autisme » (maternelle et élémentaire) a été renforcé ; le Dispositif d'emploi accompagné (DEA) a été consolidé.</p> <p>Enfin, pour le renforcement de l'offre médico-sociale en faveur des personnes en situation de handicap complexe : le capacitaire de Maison d'accueil spécialisé (MAS) a été accru de 45 places dont 8 en direction des personnes en situation de handicap aux besoins très complexes (cette offre mobilise des compétences sanitaires et médico-sociales renforcées) ; la Réponse accompagnée pour tous (RAPT) a été structurée et les Pôles de compétences et de prestations externalisées (PCPE) déployés ; les plateformes de répit TSA ont été renforcées ; l'autodétermination s'est développée via le poste de facilitateur ; l'accès aux ressources expertes (centre ressources sexualité, vie affective – service d'accompagnement à la parentalité des personnes en situation de handicap) a été amélioré ; ...</p> <p>Enfin, la Mission d'accompagnement Santé (MisAS) par l'assurance maladie s'est déployée. Elle vise à faciliter l'accès aux droits et aux soins pour les personnes peu autonomes notamment.</p>
Provence Alpes Côte d'Azur	<p>La région Paca présente une offre médico-sociale destinée aux personnes en situation de handicap en deçà des ratios nationaux. Cette offre, inégalement répartie sur le territoire, est majoritairement composée d'acteurs proposant une seule modalité d'accompagnement, ce qui a un impact sur la fluidité du parcours des personnes. La marge de progrès reste importante pour réduire de manière conséquente le nombre de jeunes adultes de plus de 20 ans maintenus au sein d'établissements pour enfants au titre des amendements Creton</p>
Pays de Loire	<p>Si le nombre d'enfants scolarisés en milieu ordinaire ou en unité externalisée a fortement progressé depuis 2010, les besoins d'accompagnement demeurent supérieurs à l'offre disponible dans la région.</p> <p>De plus, en institution, les modalités et les temps de scolarisation demeurent très disparates d'une structure à l'autre.</p>
Normandie	<p>Au niveau national, la scolarisation des élèves en situation de handicap dans les établissements scolaires a connu une augmentation significative passant de 321 500 élèves accueillis en 2017 à plus de 430 000 en 2022.</p> <p>En Normandie, ils étaient 14 794 en 2017 et sont aujourd'hui 20 797 soit plus de 40 % d'augmentation.</p>

RAPPORT IGAS N° 2024-017R

Grand Est	<p>Visuels – capacité d'accueil en ESAT SAVS et SAMSAH, en SSIAD et SPASSAD et taux d'équipement adulte et enfants/adolescents</p> <p>Généralisation du dispositif ITEP dans les 10 départements du Grand Est : 54 ITEP fonctionnent en dispositif ;</p> <p>Création de nouvelles places de SESSAD : 99 places supplémentaires en 2022, s'ajoutant aux créations antérieures</p> <p>Développement d'unités d'enseignements externalisées : 221 UEE sont déployées au profit de 20 284 enfants ;</p> <p>Ouverture d'unités autisme : 30 Unités d'enseignement maternelle autisme (UEMA), 8 Dispositifs d'autorégulation (DAR), 10 Unités d'enseignement élémentaire autisme (UEEA) sont opérationnels :</p> <p>Création de 10 équipes mobiles médico-sociales d'appui à la scolarisation (EMAS) organisées via des protocoles de saisines ayant permis près de 1800 interventions</p> <p>14 Pôles de compétences et prestations externalisés en Grand Est (PCPE), couvrant l'ensemble des départements</p>
Hauts de France	<p>Offre de services intervenant « en milieu ordinaire » : Services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD), 24 équipes mobiles d'appui médico-social à la scolarisation (EMAS) couvrant la totalité des bassins d'éducation et de formation, 230 places d'unités d'Enseignement en maternelle autisme (UEMA), unités d'enseignement élémentaire autisme (UEEA) et dispositifs d'autorégulation (DAR).</p> <p>Offre d'accompagnement pour adultes en situation de handicap : dans le cadre du déploiement du plan régional de prévention des départs non souhaités vers la Belgique création de 634 places nouvelles pour adultes, dont 221 places en établissements et 413 concernant des services ou des dispositifs ; création de dispositifs innovants visant à permettre à des personnes lourdement handicapées de pouvoir revenir, ou, rester vivre « à domicile » : dispositifs d'accompagnement et de soins en milieu ordinaire (DASMO), unités d'accompagnement et de soutien à domicile pour personnes handicapées psychiques (UAS), maisons d'accueil spécialisées (MAS) à domicile, foyers d'accueil médicalisés (FAM) externalisés</p>
Centre Val de Loire	<p>110 dispositifs inclusifs à fin 2022. La part des enfants en situation de handicap scolarisés augmente constamment mais avec une décroissance proportionnelle à l'avancée en âge et des effectifs faibles en lycée (1 302 sur un total de 16 693 jeunes scolarisés)</p> <p>En cours de déploiement dans le secteur de l'enfance : transformation des Instituts médico-éducatifs (IME)/Services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) en Dispositifs d'accompagnement médico-éducatifs (DAME) et dispositifs scolaires inclusifs (Unité d'enseignement externalisée, Unité d'enseignement polyhandicap, Unité d'enseignement maternelle autiste, Unité d'enseignement élémentaire autiste, Dispositif d'autorégulation...)</p>

RAPPORT IGAS N° 2024-017R

Bourgogne Franche comté	<p>En Bourgogne-Franche-Comté, la part des allocataires de l'AAH dans la population âgée de 15 ans à 64 ans est de 3,9 contre 3,3 en France</p> <p>87 organismes gestionnaires en BFC</p> <p>L'offre régionale reste supérieure à l'offre nationale en taux d'équipement moyen. Ainsi, les taux d'équipement ne sont plus l'indicateur utilisé pour la prise de décision régionale : chaque territoire disposant d'une feuille de route, il lui appartient de décliner territorialement les crédits délégués (historiquement ou crédits nouveaux) en fonction des besoins exprimés dans son territoire</p> <p>Entre 139 (VT PH) et 284 (annexe activité) adulte amendement Creton selon la source</p> <p>Jeunes scolarisés : 53% (en hausse)</p> <p>Création de 9 Equipes Mobiles d'Appui Médico-social à la Scolarisation (EMAS) entre septembre 2019 et septembre 2021</p> <p>Développement de l'externalisation d'unités d'enseignement (UE) : 155 en 2021.</p> <p>Création de 18 unités d'enseignements maternelle Autisme et 9 Unités d'enseignements élémentaires Autisme.</p> <p>3 unités d'enseignements externalisées pour élèves en situation de polyhandicap à la rentrée 2022.</p> <p>100 % des ITEP sont devenus DITEP en Bourgogne Franche-Comté en 2019</p> <p>Lancement de 8 réseaux départementaux « PRISME » favorisant l'insertion professionnelles des jeunes en sortie d'IME et SESSAD, ou amont d'une admission en ESAT.</p> <p>Les établissements médico-sociaux, et plus particulièrement dans le champ de l'enfance, ont désormais la possibilité de disposer d'un nombre de places défini de Prestations en Milieu Ordinaire (PMO).</p> <p>Création entre 2019 et 2022 de 29 PCPE</p>
La Réunion	<p>La population reconnue vivant avec un handicap à La Réunion par la Maison Départementale pour les Personnes Handicapées (MDPH) est évaluée à 60 743 personnes fin 2021, soit 7 % de la population réunionnaise, avec un taux de progression d'environ 8 % par an depuis 2011, principalement en raison de l'amélioration de l'accès aux droits.</p> <p>Un peu plus de la moitié des personnes vivant avec un handicap (58%) âgée de 20 à 60 ans et un quart âgé de plus de 60 ans.</p> <p>La situation régionale présente des faiblesses persistantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Déficit d'offre d'accompagnement, avec des taux d'équipement en retrait sur les moyennes nationales, mais également très deçà des besoins recensés au travers des orientations en vigueur de la MDPH,

RAPPORT IGAS N° 2024-017R

	<ul style="list-style-type: none"> - Répartition encore inégale de l'offre sur le territoire, - Augmentation des jeunes en amendement Creton : progression de 146 % en 10 ans, mobilisant un quart de l'offre IME pour les enfants.
Guadeloupe	<p>En Guadeloupe, 55% des usagers de la plateforme de coordination et d'orientation ont entre 3 et 5 ans, 73% sont des garçons, 42% sont issus de familles monoparentales et 17% ont au moins un parent en situation de handicap³</p> <p>Plusieurs établissements sociaux ou médico-sociaux (ESSMS) sur le territoire sont spécialisés dans la prise en charge d'enfants, à l'instar des 4 Centres d'Action Médico-sociale Précoce (CAMSP) disposant de 255 places et des 9 Instituts médicoéducatif avec 569 places. Ces ressources sont quantitativement suffisantes au regard de la moyenne nationale mais nécessitent d'être ajustées à la prise en charge des différents troubles et déficiences.</p> <p>La prise en charge des enfants en situation de handicap est un enjeu particulièrement saillant dans le milieu scolaire. En 2021, dans la région, 24 enfants de 6 à 11 ans ont bénéficié d'une inclusion scolaire.</p> <p>Dans le cadre du plan autisme et afin de prendre en charge les enfants de 3 à 6 ans, 1 unité d'enseignement en maternelle autisme (UEMA) et 1 unité d'enseignement en élémentaire autisme (UEEA) ouvriront dans les îles du Nord à la rentrée scolaire 2023. La région dispose déjà de 3 UEMA et 1 UEEA.</p> <p>Le handicap est officiellement reconnu pour 13 600 personnes (3 % de la population), et le handicap ressenti concerne 30 100 personnes (7,5 % de la population) en Guadeloupe et îles du Nord</p> <p>Un haut taux de démarche tardive de Reconnaissance de Qualité de Travailleur Handicapé (RQTH) : 90% d'entre eux ont plus de 22 ans en Guadeloupe</p> <p>En Guadeloupe et îles du Nord, 45% des jeunes en Reconnaissance de Qualité de Travailleur Handicapé (RQTH) ne travaillent pas</p> <p>En 2023, en Guadeloupe, on dénombre 24 établissements et services médico-sociaux en capacité d'accueillir des adultes en situation de handicap soit un total de 1048 places autorisées. L'offre d'hébergement en établissements médico-sociaux pour les adultes atteints de déficience motrice, de déficience intellectuelle, de handicap psychique et de polyhandicap reste insuffisante en Guadeloupe. L'île possède par ailleurs un seul foyer d'accueil médicalisé.</p> <p>En avril 2023, 10 jeunes adultes relevant de « l'amendement Creton » sont recensés,</p> <p>En 2020, 42% des adultes dont la situation de handicap est reconnue administrativement occupent un emploi</p> <p>2 services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH) ;</p> <p>1 centre de rééducation professionnelle ;</p> <p>7 ESAT</p>

Mayotte	<p>Cinq gestionnaires sont présents sur le territoire.</p> <p>La prise en charge médicale des personnes polyhandicapées reste très limitée. L'accès compliqué à l'immobilier et au foncier limite la création de nouveaux établissements.</p> <p>L'inclusion dans la société des enfants et adultes en situation de handicap est encore balbutiante à Mayotte. De premières unités d'enseignement pour enfants autistes ont été créées, de même que des structures d'insertion professionnelle. Ces structures sont cependant en nombre insuffisant pour permettre à l'ensemble des personnes en situation de handicap d'en bénéficier.</p>
---------	---

ANNEXE 5 : EXPERIMENTATION DIAGNOSTIC TERRITORIAL

[1] Au niveau territorial, dans une démarche de stratégie transformante, une expérimentation permettrait de tester une méthodologie de diagnostic territorial en vue de l'élaboration des outils programmatiques, méthode qui pourrait bénéficier aux ESSMS eux-mêmes dans leur projet de transformation.

[2] Cette réévaluation serait faite avec en lien avec les facilitateurs, assistants au parcours et projet de vie et pair-aidants, pour aider à l'expression de la demande des personnes en situation de handicap, et avec l'appui des partenaires locaux (MDPH, Centres de ressources, autres ESSMS) pour la réévaluation des besoins et modalités d'accompagnement.

[3] La méthode de diagnostic à concerter pourrait reposer sur les principes présentés dans l'encadré ci-dessous :

Territoire expérimental

Quelle maille territoriale ? départementale (ou infra départementale le cas échéant)

Quelle durée ? 2 ans

Quel acteur pour accompagner la démarche et en faire le suivi ? : partenaire externe retenu par l'ARS au titre de l'appui à la transformation (cf. partie 4.1.2)

Quelles données de diagnostic ?

- Données sur les besoins (issues du socle de données défini par la DREES dans le cadre des futurs observatoires territoriaux des besoins) et, le cas échéant des données locales comme celles des CCAS ;

- Données sur l'offre médico-sociale PSH

- Données sur l'offre médico-sociale PA/services à domicile ayant une composante PSH

- Données sur les personnes en situation de handicap en secteur médico-social, publics en difficultés spécifique (PDS) ou en hospitalisation maintenue à défaut d'aval

- Données sur l'offre non médico-sociale (habitat inclusif, PIAL, services d'aide à l'accès au logement, aide à l'emploi avec France travail)

Quelle méthode de diagnostic qualitatif des besoins ?

Phase 1

Méthode de diagnostic des besoins par les ESSMS pour contribuer au diagnostic territorial :

- Réévaluation de toute la file active des ESSMS avec prise en compte des attentes des personnes concernées

- Analyse des listes d'attente avec réévaluation de la situation si la notification est ancienne.

Qui fait le diagnostic interne ?

Chaque ESSMS, à partir des projets d'accompagnements individualisés des personnes accompagnées, en lien avec :

- Assistants au parcours de vie ou autres facilitateurs, pair-aidants, experts d'usage, experts en communication facilitée, experts en autodétermination, GEM impliqué dans l'autodétermination, pour l'expression des demandes des personnes concernées
- PCPE, centres de ressources ou autre ESSMS pour la réévaluation ; et MDPH pour les personnes sur liste d'attente.

Comment ? Renforts temporaires dans les ESSMS (chargés de projets), et le cas échéant dans les organismes partenaires, pour organiser les réévaluations partenariales.

Phase 2

Lorsque la réévaluation conduit à un changement de modalités d'accompagnement ou un besoin de prestation spécifique :

- Soit l'ESSMS est en mesure d'apporter une nouvelle réponse à la personne concernée (changement de modalité d'accompagnement, accompagnement d'une transition avec un autre ESSMS...) ;
- Soit l'ESSMS s'estime en incapacité d'apporter une nouvelle réponse, y compris en partenariat, les acteurs du territoire se réunissent alors en configuration GOS/RAPT (MDPH).

Dès lors que la nouvelle orientation ne peut se faire, décrire les raisons en les répartissant par bloc :

- Problématique d'accessibilité au droit commun
- Problématique d'étayage médico-social
- Problématique d'accès au logement (pb accès logement adapté, logement social, pb financier)

Phase 3

Identifier les solutions possibles à moyen et long terme à l'échelle du territoire dans une logique programmatique.

Identifier les freins ne pouvant être levés au niveau du territoire pour alimenter l'organisme en charge du suivi pour une synthèse destinée à alimenter les autorités nationales.

ANNEXE 6 : L'ORIENTATION MEDICO-SOCIALE PAR LES MDPH

[1] Poursuivant l'objectif « Zéro sans solution », l'article L146-8 du code de l'action sociale et des familles décrit très précisément le processus d'évaluation et d'orientation de la MDPH. Il est donc reproduit ci-après :

« L.146-8 Une équipe pluridisciplinaire évalue les besoins de compensation de la personne handicapée et son incapacité permanente sur la base de son projet de vie et de références définies par voie réglementaire et propose un plan personnalisé de compensation du handicap. Elle entend, soit sur sa propre initiative, soit lorsqu'ils en font la demande, la personne handicapée, ses parents lorsqu'elle est mineure, et la personne chargée de la mesure de protection juridique s'il s'agit d'un majeur faisant l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne. Dès lors qu'il est capable de discernement, l'enfant handicapé lui-même est entendu par l'équipe pluridisciplinaire. L'équipe pluridisciplinaire se rend sur le lieu de vie de la personne soit sur sa propre initiative, soit à la demande de la personne handicapée. Lors de l'évaluation, la personne handicapée, ses parents s'il s'agit d'un mineur ou, s'il s'agit d'un majeur faisant l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne, la personne chargée de cette mesure peuvent être assistés par une personne de leur choix. La composition de l'équipe pluridisciplinaire peut varier en fonction de la nature du ou des handicaps de la personne handicapée dont elle évalue les besoins de compensation ou l'incapacité permanente.

L'équipe pluridisciplinaire sollicite, en tant que de besoin et lorsque les personnes concernées, leurs représentants légaux s'il s'agit de mineurs ou, s'il s'agit de majeurs faisant l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne, les personnes chargées de ces mesures en font la demande, le concours des établissements ou services visés au 11° du I de l'article L. 312-1 ou des centres désignés en qualité de centres de référence pour une maladie rare ou un groupe de maladies rares.

L'équipe pluridisciplinaire propose le plan personnalisé de compensation du handicap, comprenant le cas échéant un plan d'accompagnement global, à la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées, afin de lui permettre de prendre les décisions mentionnées à l'article L. 241-6.

En vue d'élaborer ou de modifier un plan d'accompagnement global, l'équipe pluridisciplinaire, sur convocation du directeur de la maison départementale des personnes handicapées, peut réunir en groupe opérationnel de synthèse les professionnels et les institutions ou services susceptibles d'intervenir dans la mise en œuvre du plan.

La personne concernée, ou son représentant légal s'il s'agit d'un mineur, ainsi que la personne chargée de la mesure de protection juridique s'il s'agit d'un majeur faisant l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne, font partie du groupe opérationnel de synthèse et a la possibilité d'en demander la réunion. Ils peuvent être assistés par une personne de leur choix.

Si la mise en œuvre du plan d'accompagnement global le requiert, et notamment lorsque l'équipe pluridisciplinaire ne peut pas proposer une solution en mesure de répondre aux besoins de la personne, la maison départementale des personnes handicapées demande à l'agence régionale de santé, aux collectivités territoriales, aux autres autorités compétentes de l'Etat ou aux organismes

de protection sociale membres de la commission exécutive mentionnée à l'article L. 146-4 d'y apporter leur concours sous toute forme relevant de leur compétence. »

1 L'évaluation réalisée par la MDPH

[2] Après la phase d'instruction de la demande (vérification des pièces, enregistrement dans le SI), l'évaluation des besoins des personnes en situation de handicap est réalisée en équipe pluridisciplinaire. Dans les faits, cette évaluation repose sur :

- La compréhension de la situation de l'usager à partir des éléments de son dossier et parfois d'un échange direct avec l'usager ou les partenaires de la MDPH (service public de l'emploi ou établissements et services médico-sociaux ESSMS, par exemple), rarement par une visite sur le lieu de vie ;
- L'identification de ses besoins, y compris depuis 2019 les besoins génériques qui ne sont pas associés à une demande (ex : identification d'un besoin de compensation sans que la PCH ait été demandée dans le formulaire) ;
- Le codage dans le SI des déficiences et des pathologies ;
- La détermination, à partir de différents référentiels d'éligibilité, des droits susceptibles de répondre aux besoins ;
- L'élaboration d'une réponse inscrite pour décision à l'ordre du jour d'une CDAPH. Cette réponse est formalisée dans un plan de compensation (PC), qui comporte parfois un plan d'accompagnement global (PAG), qui est, selon les cas transmis ou non en amont à la personne concernée.

1.1 Plusieurs référentiels coexistent pour le processus d'évaluation des MDPH

[3] L'évaluation des demandes en MDPH est outillée par plusieurs référentiels dont le nombre et la complexité reflètent la multiplicité des types de handicap et le caractère multidimensionnel de l'évaluation demandée aux équipes pluridisciplinaires des MDPH. Le principe d'évaluation globale emporte en effet la nécessité pour l'équipe de se prononcer le cas échéant sur des besoins d'adaptation du logement, d'étayage médico-social, d'insertion professionnelle, d'aménagement du logement ...

[4] La récente mission IGAS sur les MDPH⁷ s'est intéressée en immersion à l'évaluation réalisée par les MDPH, dont les principaux outils peuvent être présentés comme suit :

⁷ Accueillir, évaluer, décider : Comment les maisons départementales des personnes handicapées traitent les demandes des usagers ?, JUIN 2024, 2023-098R.

Evaluation globale

Le GEVA constitue l'outil global dont l'objet est de permettre aux équipes pluridisciplinaires de « recueillir les éléments d'évaluation pour définir et décrire les besoins de compensation des personnes handicapées de façon appropriée, équitable, avec un langage commun et en interdisciplinarité »

Concrètement le GEVA a pour objet de permettre d'établir une « photographie » de la situation de la personne : ce qu'elle fait, mais aussi ce que son environnement lui permet ou au contraire l'empêche de réaliser. Il permet d'explorer, avec la personne en situation de handicap, les dimensions nécessaires à l'évaluation des besoins, dont les domaines suivants : professionnel, scolaire, social, médical, environnemental... Le caractère très complet et riche du GEVA le rend difficilement exploitable pour l'usage quotidien des évaluateurs. A des fins de simplification, une « version graphique » a été produite sous l'égide de la CNSA pour rendre le GEVA « plus maniable »⁸.

Cependant, c'est pour l'évaluation du droit à la PCH que le GEVA paraît le plus utilisé sur le terrain.

Le GEVA-sco constitue depuis 2015 l'outil sur lequel les équipes⁹ s'appuient pour évaluer les besoins de l'élève selon une approche globale. Le GEVA-sco est renseigné par l'équipe éducative pour une première demande et par l'équipe de suivi de la scolarisation pour un réexamen associant la famille.

Les observations de la mission MDPH tendent à confirmer que le GEVA-sco est devenu un élément fondamental du travail d'évaluation. Comme l'a indiqué le rapport IGAS IGESR sur l'acte 2 de l'école inclusive¹⁰, l'éducation nationale apparaît comme « prescriptive cachée » des droits attribués par la MDPH, à travers la rédaction des GEVA-sco. Le rapport met en lumière la diversité de la qualité des GEVA-sco selon le degré d'appropriation des équipes éducatives et recommande une révision du GEVA-sco pour y inclure davantage les mesures d'accessibilité de droit commun.

⁸ CNSA, présentation de la version graphique du GEVA.

⁹ Article D. 351-10 et arrêté du 6 février 2015 relatif au document de recueil d'informations mentionné à l'article D. 351-10 du code de l'éducation, intitulé Guide d'évaluation des besoins de compensation en matière de scolarisation (GEVA-Sco).

¹⁰ Août 2023, IGAS n° 2022-114R.

Evaluation spécifique

Pour évaluer certains volets de la demande, sur une prestation ou sur un type de handicap, les équipes d'évaluation utilisent plusieurs outils, des référentiels réglementaires mais aussi des guides pratiques ou outils d'aide à la décision.

Evaluation du taux d'incapacité : le guide-barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées qui figure à l'annexe 2-4 du code de l'action sociale et des familles. La non-actualisation du guide barème constitue une source récurrente de critiques de la part aussi bien des associations, de certaines MDPH que de la cour des comptes¹¹.

Attribution de la PCH : l'annexe 2-5 du CASF, modifiée à chaque évolution des conditions d'accès à la prestation.

Attribution de l'AAH : la restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi (RSDAE) définie à l'article D 821-1-2 du code de la sécurité sociale. La définition réglementaire complexe de la RSDAE a été précisée par la circulaire de 2011 et en particulier l'annexe comportant un arbre de décision pour guider l'évaluation de la RSDAE, annexe qui est apparue à la mission MDPH comme encore aujourd'hui très utilisé dans les équipes.

Les référentiels réglementaires sont déclinés dans des guides construits par la CNSA pour la PCH, ou la DGCS s'agissant de l'AAH et du de la RSDAE.

Des guides d'orientation, sans caractère réglementaire, datant de plusieurs années viennent également appuyer le travail des équipes, par exemple pour l'orientation professionnelle avec le « référentiel de l'orientation professionnelle » de 2019. Pour autant, les équipes ne disposent pas de guide ni de référentiel pour la reconnaissance de la RQTH.

Dans le champ de la scolarisation, les MDPH disposent également d'un « vademecum de la rentrée scolaire » datant de 2018 et construit par la CNSA en lien avec le ministère de l'Education nationale. En outre, des MDPH s'appuient sur une fiche technique de la CNSA sur les critères d'attribution d'une AESH.

Plusieurs guides ont par ailleurs été construits par la CNSA pour outiller les équipes pluridisciplinaires face à des situations particulières : guide sur les « troubles dys » (2014), guide sur les troubles du spectre autistique (2016).

Les RPBB de la HAS sont aussi utilisés dans l'évaluation.

[5] Au-delà des outils harmonisés sur le territoire, certaines MDPH ont construit des outils locaux soit pour compléter les outils nationaux, soit pour les rendre plus appropriables par les équipes quand trop complexes. Concernant l'orientation en ESSMS, par exemple, un guide de priorisation pour l'admission en ESSMS peut être diffusé aux acteurs (Finistère) ou des fiches d'aide à l'évaluation peuvent être construites permettant notamment aux équipes pluridisciplinaires d'identifier les ESSMS sur le territoire.

¹¹ Cour des comptes, « L'allocation aux adultes handicapés », 2019.

1.2 Les besoins qui ont émergé

[6] La mission MDPH indiquait : « Deux types de besoin sont donc identifiés sur le terrain concernant les référentiels nationaux : un besoin d'actualisation pour certains d'entre eux, notamment pour tenir compte des évolutions réglementaires, ainsi qu'un besoin de disposer d'outils d'aide à la décision déclinant les référentiels de manière plus opérationnelle. La construction par la CNSA d'arbres de décision ou de logigrammes pour guider l'action des équipes pluridisciplinaires aurait donc une valeur ajoutée importante, voire la généralisation d'outils de type « chatbot » pour permettre aux professionnels de mobiliser rapidement des informations précises au sein d'une grande masse de guides et de référentiels. En s'inspirant des bonnes pratiques locales, la systématisation de ce type d'outil permettrait de compléter l'outillage national et d'éviter à chaque MDPH de répliquer des outils locaux. »

[7] Lors des travaux préparatoires de la CNH 2023, l'Association des MDPH indiquait dans sa contribution :

« La transition vers la société inclusive, dans le droit fil des recommandations internationales (ONU en tête) et des engagements européens et nationaux, s'accompagne d'une évolution en profondeur du positionnement des structures spécialisées sur le handicap. Celles-ci sont appelées à s'ouvrir sur leur environnement et des dynamiques de parcours, tout en conservant la capacité à accueillir des situations de handicap ne s'accordant pas du milieu ordinaire. Ce déplacement progressif des frontières nécessite d'aligner les partenaires concernés dans leurs représentations et référentiels d'orientation. La qualité de cet alignement est sans doute le facteur n°1 pour éviter que les usagers soient renvoyés d'une structure à une autre, en considérant qu'elle serait mieux adaptée. »

2.1. Pour les jeunes : Mettre à jour de façon partenariale la matrice d'orientation entre les différentes composantes suivantes : IME/ unités d'enseignement externalisées/ Ulis/ AESH/ MPA/ accessibilité de l'école/ école ordinaire... Ce travail de mise à jour doit s'accompagner de plans de rattrapage de l'offre en IME et/ ou en Sessad dans les départements qui en sont carencés.

2.2. Pour les adultes : Mettre à jour de façon partenariale la matrice d'orientation entre les différentes composantes suivantes : Esat/ Emploi accompagné/ Entreprises adaptées/ CDD Tremplin et EATT/ contrats aidés/ RLH/ aménagement des situations de travail/ emploi ordinaire... Ce travail de mise à jour doit s'accompagner de plans de rattrapage de l'offre en Esat et/ ou en EA dans les départements qui en sont carencés. »

[8] Des outils relatifs à l'orientation médico-sociale sont donc aujourd'hui une nécessité.

[9] La CNSA s'est donnée pour objectif de créer un référentiel d'appui aux pratiques d'orientation médico-sociale afin de favoriser une réponse sous forme de bouquet de prestations dans une logique de parcours.

2 Vers des orientations plus globales centrées sur les besoins ?

2.1 Après l'évaluation, la décision de la Commission des droits et de l'autonomie

[10] Sur la base de l'évaluation de l'équipe pluridisciplinaire, la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées est compétente pour se prononcer sur l'attribution des

prestations sociales, sur la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé et sur l'orientation de la personne et les mesures propres à assurer son insertion scolaire ou professionnelle et sociale.

[11] L'article L.241-6 du CASF indique, en matière d'orientation médico-sociale :

« I.-La commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées est compétente pour :

1° Se prononcer sur l'orientation de la personne handicapée et les mesures propres à assurer son insertion scolaire ou professionnelle et sociale ;

2° Désigner les établissements, les services mentionnés à l'article L. 312-1 ou les dispositifs au sens de l'article L. 312-7-1 correspondant aux besoins de l'enfant ou de l'adolescent ou concourant à la rééducation, à l'éducation, au reclassement et à l'accueil de l'adulte handicapé et en mesure de l'accueillir ;

2° bis Lorsqu'elle a défini un plan d'accompagnement global, désigner nominativement les établissements, services de toute nature ou dispositifs qui se sont engagés à accompagner sans délai la personne ;

(...)

5° Statuer sur l'accompagnement des personnes handicapées âgées de plus de soixante ans hébergés dans les structures pour personnes handicapées adultes.

(...)

III.-Lorsqu'elle se prononce sur l'orientation de la personne handicapée et lorsqu'elle désigne les établissements ou services susceptibles de l'accueillir, la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées est tenue de proposer à la personne handicapée ou, le cas échéant, à ses parents, s'il s'agit d'un mineur ou, s'il s'agit d'un majeur faisant l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne qui n'est pas apte à exprimer sa volonté, à la personne chargée de cette mesure, un choix entre plusieurs solutions adaptées.

(...)

Lorsque les parents ou le représentant légal de l'enfant ou de l'adolescent handicapé ou l'adulte handicapé ou, s'il s'agit d'un majeur faisant l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne qui n'est pas apte à exprimer sa volonté, la personne chargée de cette mesure, en tenant compte de l'avis de la personne protégée, font connaître leur préférence pour un établissement ou un service entrant dans la catégorie de ceux vers lesquels la commission a décidé de l'orienter et en mesure de l'accueillir, la commission est tenue de faire figurer cet établissement ou ce service au nombre de ceux qu'elle désigne, quelle que soit sa localisation.

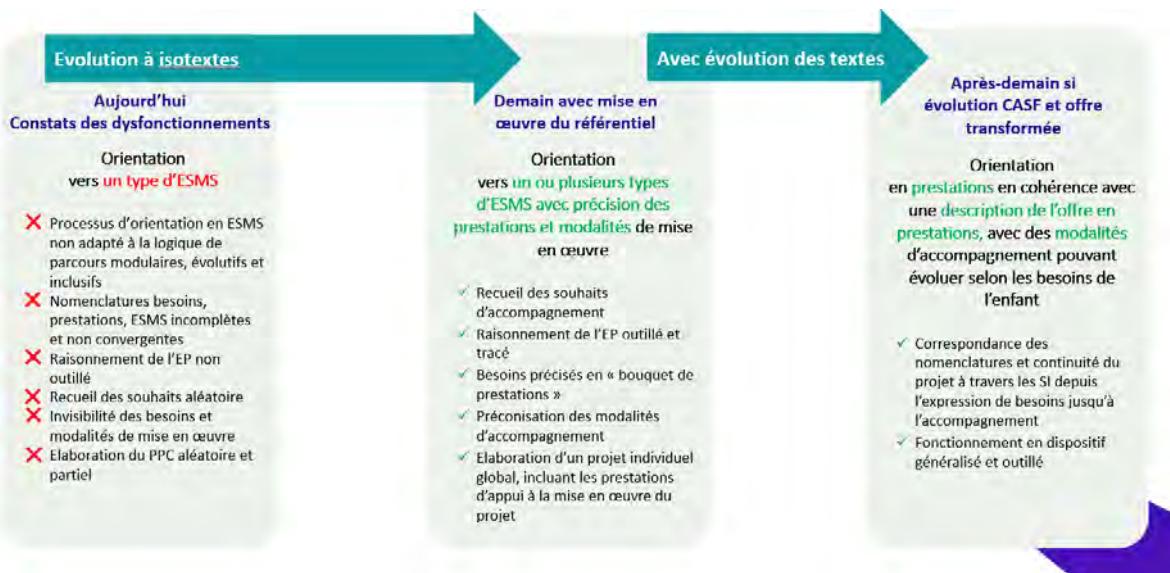
A titre exceptionnel, la commission peut désigner un seul établissement ou service. »

[12] La plupart des interlocuteurs de la mission ont mentionné la faible lisibilité des notifications de la CDAPH et les pratiques diverses des MDPH en la matière, certaine acceptant de notifier en dispositif malgré l'absence de décret – publié depuis – (comme pour les dispositifs IME/SESSAD), d'autres l'acceptant ; certaines CDAPH multiplient les orientations (plan A, B ou C) rendant confuse l'identification du réel besoin de la personne (exemples : SAMSAH/FH/EAM ou IME internat/IME AJ/SESSAD ou EAM-MAS), ce qui induit que le travail d'évaluation des besoins

recommence à l'entrée en ESSMS pour que l'ESSMS évalue finement le besoin de la personne et sa capacité à y répondre (disponibilité de l'offre, technicité de l'accompagnement)...

[13] Avec la logique du référentiel d'appui à l'orientation, c'est également la décision de la CDPAH qui doit donc évoluer vers une notification des besoins de prestations (au sens de la nomenclature détaillée des besoins et prestations) avec l'identification de la « structure PSH » pouvant assurer ces prestations.

Graphique 3 : Travaux de la CNSA sur les orientations MDPH



Source : CNSA

[14] La nomenclature des décisions de la CDAPH, fixée par la CNSA doit donc évoluer en même temps que la description de l'offre dans les SI, en particulier dans le ROR, Viatrajectoire « aspirant » les données du ROR.

[15] Dans l'immédiat, il convient de refondre le référentiel du SI MDPH de manière à généraliser l'orientation vers des ESSMS intégrés pour tous les types de publics enfants ou adultes. Dans ce cadre, les orientations peuvent préciser, en première intention, les prestations attendues à partir des différentes rubriques de la nomenclature simplifiée des ESSMS, qui figurent dans les autorisations et sont retranscrites dans FINESS :

la discipline (nature du projet éducatif, pédagogique et thérapeutique pour les jeunes¹², prégnance des soins pour les adultes¹³) ;

la nature du ou des handicaps¹⁴ ;

mode d'accueil ou d'accompagnement (avec possibilité d'adaptation).

¹² Article D312-0-3 II du CASF – commun aux différentes catégories d'établissements pour enfants et aux SESSAD.

¹³ Ce qui correspond, au sein d'un établissement ayant des activités différenciées, à des activités de type MAS dans ou hors les murs / EAM ou SAMSAH /EANM ou SAVS ; les ESAT, ESPO et ESRP ne sont pas concernés.

¹⁴ Article D312-0-3 I du CASF.

2.2 Pour des orientations en prestations, les MDPH auront besoin de contributions externes supplémentaires

[16] La compilation des rapports d'activité 2022 réalisée par la CNSA établit¹⁵ à l'échelle nationale que neuf évaluations sur dix sont faites sur dossier.

[17] Les ESSMS fonctionnant en dispositifs intégrés ou les ESSMS proposant une offre de services coordonnés pourraient contribuer, sous réserve de compétence spécifiques, aux évaluations fonctionnelles par exemple, surtout par une démarche hors le murs sur les lieux de vie de la personne concernée. Cela permettrait d'évaluer les besoins des personnes ayant une notification MDPH mais aussi d'évaluer des personnes qui n'en n'ont pas encore dans le cadre d'un accueil temporaire élargi par exemple. L'évaluation alors réalisée serait être jointe à la demande MDPH ou communiquée à l'équipe pluridisciplinaire (EPP) de la MDPH lorsque la demande est déjà en cours.

[18] Lorsqu'un ESSMS aura réalisé en amont une évaluation des besoins d'accompagnement médico-social, l'EPP pourra ainsi la prendre en compte. A défaut d'évaluation médico-sociale préalable, l'EPP devrait systématiquement réaliser une évaluation des besoins d'accompagnement médico-sociale au domicile de la personne en sa présence et avec ses représentants légaux ou la personne chargée de la mesure de protection juridique, à l'instar des visites réalisées pour l'attribution de l'APA et des visites réalisées, non systématiquement, pour l'attribution de la PCH.

[19] Ces réflexions n'ont pu aboutir dans le cadre du temps dévolu à la mission et mériteraient d'être poursuivies sous forme de groupe de travail piloté par la DGCS.

2.3 En contexte d'autorisations territoriales, des orientations qui changeraient de nature.

[20] La CDAPH, en application de l'article L. 241-6 du CASF, est compétente pour désigner les établissements correspondants aux besoins de la personne demandeuse. Selon ce même article, la décision de la CDAPH s'impose à tout établissement dans la limite de la spécialité au titre de laquelle il a été autorisé.

[21] L'article L246-6 du CASF précise en effet :

« III (...) »

La décision de la commission prise au titre du 2^o du I s'impose à tout établissement ou service dans la limite de la spécialité au titre de laquelle il a été autorisé. Dans le cas des décisions mentionnées au 2^o bis du I, l'autorité ayant délivré l'autorisation peut autoriser son titulaire à y déroger.

Toute décision de refus d'admission par l'autorité habilitée à la prononcer est adressée à la maison départementale des personnes handicapées, à la personne handicapée s'il s'agit d'un mineur, à la personne chargée de la mesure de protection juridique s'il s'agit d'un majeur faisant l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne, ainsi qu'à l'autorité qui a délivré l'autorisation. Elle comporte les motifs de refus au regard du deuxième alinéa du présent III. »

¹⁵ Pour 52 MDPH pour lesquelles ces données sont cohérentes.

[22] Avec des autorisations territoriales, la désignation d'établissement n'aura plus de portée puisqu'un gestionnaire (y compris par GCSMS) aura la responsabilité d'un territoire.

[23] Et si dans le domaine de l'enfant, l'orientation sera encore utile du fait de l'enjeu de scolarisation, chez les adultes cette décision n'aura plus de caractère nécessaire.

En corollaire, la portée de la décision changera également de nature vis-à-vis du « pouvoir d'admission » du directeur. Les personnes en besoin d'accompagnement « relèveront » d'office de l'accompagnement par une « Structure PSH » déterminée, charge à celle-ci de trouver les modalités d'accompagnements adaptées, le cas échéant en partenariat avec d'autres acteurs du territoire.

Le pouvoir d'admission du directeur d'ESSMS

Le directeur de l'établissement est le seul compétent pour prononcer l'admission de l'enfant ou de l'adolescent conformément à la décision de la CDAPH. Il est tenu d'informer dans un délai de quinze jours la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) de la suite réservée à la désignation opérée par cette commission, en application de l'article D. 312-35 du CASF.

Dans plusieurs territoires, ont été initiées des démarches d'harmonisation et de priorisation des politiques d'admission, mais elles reposent sur une dynamique volontariste et ne sont pas généralisée sur un territoire donné.

Quelques tempéraments existent dans le cadre de la « Réponse accompagnée pour tous » (RAPT). En effet, en amont de la désignation d'un ou plusieurs établissements par la CDAPH, l'équipe pluridisciplinaire de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) propose un plan personnalisé de compensation du handicap (PPCH) qui permet notamment de répondre aux besoins de scolarisation de l'enfant à travers l'élaboration d'un projet personnalisé de scolarisation (PPS).

Ce PPCH peut comprendre un plan d'accompagnement global (PAG), conformément à l'article L. 146-8 du CASF lorsque la personne handicapée est sans solution d'accompagnement ou lorsque sa prise en charge est inadaptée à ses besoins. A cet égard, l'article D. 146-29-1 du CASF dispose que : « Pour l'application de l'article L. 114-1-1, l'agence régionale de santé, les services de l'Etat ou les établissements publics qui en relèvent, le conseil départemental ou les établissements publics qui en relèvent, les établissements publics de coopération intercommunale constitués sur le territoire départemental, le conseil régional et la métropole de Lyon, chacun pour leur ressort territorial et dans leur champ de compétences, communiquent à l'équipe pluridisciplinaire mentionnée à l'article L. 146-8 les informations nécessaires à l'élaboration des plans d'accompagnement globaux et à leur modification ». Parmi ces informations mentionnées à l'article D. 146-29-2 du même code, figurent « 1° Les ressources et les dispositifs sociaux et médico-sociaux permettant d'accompagner les personnes handicapées, notamment l'offre des établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnée au I de l'article L. 312-1 (...) ».

Selon l'article L. 146-8 du CASF, l'équipe pluridisciplinaire, sur convocation du directeur de la MDPH en vue d'élaborer ou modifier un PAG, peut réunir en groupe opérationnel de synthèse (GOS) les professionnels et les institutions ou services susceptibles d'intervenir dans la mise en œuvre du plan. Si la mise en œuvre du PAG le requiert, et notamment lorsque l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH ne peut pas proposer une solution en mesure de répondre aux besoins de la personne, le dernier alinéa de l'article L. 146-8 du CASF prévoit que la MDPH demande « *à l'agence régionale de santé, aux collectivités territoriales, aux autres autorités compétentes de l'Etat ou aux organismes de protection sociale membres de la commission exécutive mentionnée à l'article L. 146-4 d'y apporter leur concours sous toute forme relevant de leur compétence* ».

Ces textes mettent ainsi en avant le concours des autorités de tarification qui n'ont cependant pas la compétence d'injonction d'admission en ESSMS.

ANNEXE 7 : Le transport pour les personnes en situation de handicap accompagnées par un établissement ou service social et médico-social

1 Les transports des personnes en situation de handicap : la multiplicité des organismes responsables

1.1 La compétence générale des autorités organisatrices de la mobilité (AOM)

[1] L'article L. 1231-1-1 du code des transports définit les compétences des autorités organisatrices de la mobilité (AOM) comme suit : « *I. - Sur son ressort territorial, chacune des autorités organisatrices de la mobilité mentionnées au I de l'article L. 1231-1, ainsi que la région lorsqu'elle intervient dans ce ressort en application du II du même article L. 1231-1, est compétente pour : 1^o Organiser des services réguliers de transport public de personnes ; 2^o Organiser des services à la demande de transport public de personnes ; (...) »*

[2] L'article L. 1221-1 du code des transports dispose : « *L'institution et l'organisation des services publics de transport réguliers et à la demande sont confiées, dans les limites de leurs compétences, à l'Etat, aux collectivités territoriales et à leurs groupements en tant qu'autorités organisatrices (...) »*

[3] Les services publics réguliers de transport routier de personnes sont « des services collectifs offerts à la place, dont le ou les itinéraires, les points d'arrêt, les fréquences, les horaires et les tarifs sont fixés et publiés à l'avance. » (R3111-1 code des transports)

[4] Les services publics à la demande de transport routier de personnes sont « des services collectifs offerts à la place, déterminés en partie en fonction de la demande des usagers, dont les règles générales de tarification sont établies à l'avance et qui sont exécutés avec des véhicules dont la capacité minimale est de quatre places, y compris celle du conducteur. » (R.3111-2 du code des transports)

[5] Ces services publics de transport régulier et à la demande peuvent par ailleurs prendre la forme de services de mobilité à destination des personnes à mobilité réduite, de services de substitution et de services de mobilité solidaire à destination d'un public vulnérable.

[6] L'article R. 3111-3 précise : « Les services publics réguliers et les services publics à la demande de transport routier de personnes peuvent être organisés en faveur de catégories particulières d'usagers ».

[7] Le ressort territorial de l'AOM correspond au périmètre de l'intercommunalité qui exerce la compétence mobilité. Certaines communautés exercent cette compétence de manière obligatoire – métropoles, communautés urbaines et communautés d'agglomération – les

communautés de communes peuvent, selon le souhait de leurs membres, choisir de ne pas se doter de cette compétence ou l'exercer en tout ou partie.

[8] Les régions sont, depuis 2017, les autorités organisatrices de l'ensemble des transports interurbains – classiques et scolaires – en lieu et place des départements.

1.2 Des dispositions spécifiques à la prise en charge du transport scolaire des élèves en situation de handicap

[9] La loi portant Nouvelle organisation territoriale de la République a confié à compter du 1er septembre 2017 la compétence des transports scolaires aux régions, le transport scolaire adapté restant de la compétence des départements (sauf exception en région Ile-de-France R3111-31 et suivants).

[10] L'article R. 3111-24 du code des transports indique :

[11] « Les frais de déplacement exposés par les élèves handicapés qui fréquentent un établissement d'enseignement général, agricole ou professionnel, public ou privé placé sous contrat, en application des articles L.442-5 et L.442-12 du code de l'éducation, ou reconnu aux termes du livre VIII du code rural et de la pêche maritime, et qui ne peuvent utiliser les moyens de transport en commun en raison de la gravité de leur handicap, médicalement établie, sont pris en charge par le département du domicile des intéressés. »

[12] L'article R3111-25 précise que « Les frais de transport mentionnés à l'article R. 3111-24 sont remboursés directement aux familles ou aux intéressés s'ils sont majeurs ou, le cas échéant, à l'organisme qui en a fait l'avance. » et l'article article R3111-26 que « Pour les déplacements dans des véhicules appartenant aux élèves ou à leur famille, le remboursement des frais mentionnés à l'article R. 3111-24 s'opère sur la base d'un tarif fixé par le conseil départemental. Pour les déplacements dans des véhicules exploités par des tiers rémunérés à ce titre, le remboursement des frais s'opère sur la base des dépenses réelles dûment justifiées.

[13] Chaque département adopte un règlement départemental dans lequel il définit les publics bénéficiaires, les modalités d'organisation du transport adapté, et les règles de prise en charge financières.

[14] La majorité des règlements spécifient que l'enfant doit être bénéficiaire de l'AEEH et que la famille doit solliciter un avis de la CDAPH en faveur du transport adapté (mais cela n'est pas imposé par les textes).

[15] Pour favoriser la mobilité inclusive des élèves et étudiants en situation de handicap, de nombreux départements prennent en charge partiellement ou totalement les abonnements de transports en commun des élèves en situation de handicap, ainsi que celui de leurs accompagnants éventuels.

[16] A noter qu'en Ile-de-France, la compétence sur les transports scolaires adaptés est exercée au niveau régional par IDF Mobilités (sauf en Seine-et-Marne où le département la gère directement via une délégation d>IDF Mobilités) et que certains départements ont fait le choix de déléguer leur compétence à la région.

1.3 Des dispositions spécifiques sur la prise en charge des transports des personnes en situation de handicap accompagnés par des ESSMS ESSMS

[17] En fonction du statut de l'établissement social ou médico-social, ces derniers ont des obligations de prise en charge des transports des personnes qu'ils accompagnent.

ESSMS enfants

[18] L'article L242-12 du CASF indique : « *Les frais de transport des enfants et adolescents handicapés accueillis dans les établissements d'éducation mentionnés à l'article L. 160-8 du code de la sécurité sociale sont inclus dans les dépenses d'exploitation desdits établissements. Un décret détermine les conditions d'application du présent article et notamment les catégories d'établissements médicoéducatifs intéressés.* »

[19] L'article D242-14 (article non actualisé après la loi e 1986 étendant la prise en charge de transports aux transports individuels) précise : « *Le coût du transport collectif des enfants ou adolescents handicapés pour se rendre dans les établissements d'éducation mentionnés à l'article L. 321-1 du code de la sécurité sociale fonctionnant en externat ou semi-internat et en revenir est inclus dans les dépenses d'exploitation, quelles que soient les modalités de leur distribution, lorsque ces établissements entrent dans l'une des catégories suivantes : [utilisation de l'ancienne nomenclature - équivalent IEM, IME, ITEP, IDV-IDA, EEAP].* »

[20] Ainsi, en vertu de ces dispositions, le coût du transport des élèves en situation de handicap fréquentant les établissements IME, IEM, ITEP, IDV-IDA, EEAP doit être inclus dans les frais d'exploitation de ces établissements. C'est donc à ces établissements de prévoir la prise en charge du transport des élèves et jeunes adultes qui les fréquentent.

[21] Pour les SESSAD, aucune mention de prise en charge des transports par le SESSAD n'existe, sauf pour des prises en charge collectives venant en complément des prises en charge individualisées (R. 314-121 CASF) et dans un cas très spécifique, celui du trajet vers les UEE et UEEP prévu par circulaire. Non pensés initialement pour des accompagnements sur site du SESSAD, la question du trajet domicile/SESSAD n'a donc jamais été traitée laissant ces trajets à la charge des familles, la seule aide possible relevant alors du complément d'AAEH ou de PCH (souvent insuffisant pour couvrir tous les trajets) avec parfois des refus de département d'intégrer ces dépenses dans le plan de compensation de la PCH, considérant que le transport relève du SESSAD. L'assurance maladie a accepté par dérogation de prendre en charge les transports vers le SESSAD lorsque les soins sont dispensés par des professionnels de santé au sein des locaux du SESSAD.

[22] La question qui se pose déjà depuis quelques années et ne fait que s'amplifier avec le mouvement de transformation est celle du transport vers l'école lorsque les apprentissages ne font plus ou plus exclusivement « dans les murs » de l'établissement. Les textes législatifs et réglementaires précités n'ont pas été pensés pour de l'accompagnement médico-social en milieu ordinaire. Le cas d'accompagnant hors-les murs d'un établissement en classe ordinaire (dont ULIS-SEGPA) n'a pas été précisé.

[23] Avec le développement des unités externalisés ou dispositifs au sein de l'école, des instructions/circulaires ont traité de la prise en charge des frais de transports :

- UEE - Instruction n° DGCS/3B/2016/207 du 23 juin 2016 : les frais de transports sont pris en charge par l'ESSMS, et sont compris dans la dotation globale de l'ESSMS conformément à la réglementation applicable (pour les SESSAD également).
- UEEP – Circulaire interministérielle n° DGCS/3B/DGESCO/2020/113 du 02 juillet 2020 : les transports sont compris dans la dotation globale de l'ESSMS porteur.
- UEMA – Instruction interministérielle N° DGCS/SD3B/DGESCO/CNSA/2016/192 du 10 juin 2016 : une enveloppe financière est attribuée aux ESSMS porteurs pour couvrir les ressources humaines, les transports, la restauration... Les frais de transports sont donc compris dans le budget attribué à l'ESSMS.
- UEEA Instruction interministérielle N° DGCS/SD3B/DIA/DGESCO/2019/158 du 30 août 2019 : le transport vers le l'UEEA est effectué par les parents qui le souhaitent ou être pris en charge par le conseil départemental conformément à l'article R.213-3 du Code de l'éducation qui renvoie au code des transports dont l'article R.3111-24 du code des transports sur la compétence du département pour le transport scolaire adapté
- DAR- Instruction interministérielle N° DIA/DGCS/SD3B/DGESCO/2021/195 du 3 septembre 2021 : le transport vers le DAR est effectué par les parents qui le souhaitent ou être pris en charge par le conseil départemental conformément à l'article R.213-3 du Code de l'éducation qui renvoie au code des transports dont l'article R.3111-24 du code des transports sur la compétence du département pour le transport scolaire adapté

Tableau 12 : Les trajets dans le champ Enfants

Trajets	Personne responsable
Du domicile ordinaire vers l'Etablissement enfant et inversement	ESSMS
Etablissement/Ecole	Classe ordinaire : Etablissement * UEE et UEEP: Etablissement * UEMA : Etablissement * UEEA : non précisé** DAR : non précisé**
Domicile ordinaire/SESSAD	Pour des prestations collectives : SESSAD (R314-121 CASF) Pour des prestations individuelles : non prévu ***
Domicile ordinaire/Ecole accompagnement SESSAD	Classe ordinaire : Département UEE et UEEP : SESSAD DAR : Département
Domicile ordinaire/Ecole si accompagnement par du hors les murs d'établissement (IME, ITEP, IDV-IDA-EEAP, IEM)	Classe ordinaire : Etablissement UEE et UEEP : Etablissement UEMA : Etablissement UEEA : Département DAR : Département IME/Autre établissement dans l'école : ESSMS
Transports liés aux prestations externalisées ou aux activités de l'ESSMS	ESSMS ****

*Le complément AEEH ou la PCH 3 sont mobilisable pour les « surcoûts transport » lorsque les parents doivent amener leur enfant à un point de « ramassage » pour le transport effectué par l'ESSMS

**Vide juridique : la mission ne sait pas préciser si cette situation se présente dans les faits

*** Vide juridique : règle non fixée au regard des mission initiales des structures – l'Assurance maladie accepte à titre dérogatoire de prendre en charge les transports adaptés vers le SESSAD (au titre du 322-10 du code de la sécurité sociale) lorsque les soins sont dispensés par des professionnels de santé au sein des locaux du SESSAD.

**** pour des prestations individuelles de soins externalisés, le transport vers des soins complémentaires remboursables en sus du budget es ESSMS au titre des articles R314-122 du CASF (hors mission de l'ESSMS ou lorsque ces soins ne peuvent, en raison de leur intensité ou de leur technicité, être assurés par l'ESSMS de façon suffisamment complète ou suffisamment régulière) peuvent être pris en charge par l'assurance maladie selon les critères du droit commun du transport adapté prévues à l'article R. R322-10 du code de la sécurité sociale.

ESSMS adultes avec médicalisation

[24] Les textes concernent les FAM et MAS.

[25] L'article L344-1-2 du CASF indique : « Les frais de transport entre le domicile et l'établissement des personnes adultes handicapées fréquentant en accueil de jour les établissements mentionnés à l'article L. 344-1 ou les foyers d'accueil médicalisés mentionnés au 7^o du I de l'article L. 312-1 sont inclus dans les dépenses d'exploitation de ces établissements et foyers et sont financés par l'assurance maladie ».

[26] L'article R.314-17 du CASF indique : « I.- Les propositions budgétaires de l'établissement ou du service comportent, en annexe, les documents suivants : Pour les établissements mentionnés à l'article L. 344-1 et les foyers d'accueil médicalisé mentionnés au 7^o du I de l'article L. 312-1 qui assurent l'accueil de jour de personnes adultes handicapées, un plan détaillant les modalités d'organisation du transport de ces personnes entre leur domicile et l'établissement, la justification de ces modalités au regard des besoins des personnes accueillies et les moyens permettant de maîtriser les coûts correspondants. Ce plan ainsi que ses modifications ultérieures sont soumis au préalable, sauf pour le premier budget suivant la création de l'établissement, à l'avis du conseil de la vie sociale mentionné à l'article L. 311-6 ».

[27] Les coûts de transport des personnes qui fréquentent des accueils de jour des FAM et MAS sont donc être inclus dans les dépenses d'exploitation de ces établissements, ce qui suppose une exclusion de la prise en charge de transports des personnes en hébergement pouvant ainsi freiner les sorties en famille ou l'hébergement séquentiel.

[28] Pour les SAMSAH, il n'existe dans les textes aucune mention de prise en charge des transports pour se rendre dans les locaux du SAMSAH, laissant ces trajets à la charge des familles, la seule aide possible relevant alors du complément d'AAEH ou de PCH (souvent insuffisant pour couvrir tous les trajets) avec parfois des refus de départements d'intégrer ces dépenses dans le plan de compensation de la PCH, considérant que le transport relève du SAMSAH.

Tableau 13 : Trajets des ESSMS adultes médicalisés

Trajets	Personne responsable
Domicile/Etablissement adulte	ESSMS
Domicile /SAMSAH	Non prévu*
Transports liés à des activités de l'Etablissement ou des prestations externalisées	ESSMS**

* L'Assurance maladie accepte, par dérogation, de recourir au transport adapté vers le soin pris en charge par l'assurance maladie (au titre du R322-10 du code de la sécurité sociale) pour aller vers des professionnels de santé au sein des locaux du SAMSAH.

** Pour des prestations individuelles de soins externalisés, le transport vers des soins complémentaires remboursables en sus du budget es ESSMS au titre des articles R314-122 du CASF (hors mission de l'ESSMS ou lorsque ces soins ne peuvent, en raison de leur intensité ou de leur technicité, être assurés par l'ESSMS de façon suffisamment complète ou suffisamment régulière) peuvent être pris en charge par l'assurance maladie selon les critères du droit commun du transport adapté prévues à l'article R. R322-10 du code de la sécurité sociale.

Etablissements ou services non médicalisés

[29] Aucun texte ne prévoit de prise en charge des transports. Il peut arriver que des EANM assurent le transport, selon leur projet d'établissement. Les frais sont donc à la charge de la personne concernée qui peut mobiliser la PCH pour les « surcoûts transport » (montant plafonné).

[30] S'agissant spécifiquement de l'accès aux soins, les personnes accompagnées bénéficient des mêmes conditions d'accès au transport sanitaire que toute autre personne. Il incombe au médecin de reconnaître si la situation médicale nécessite un transport sanitaire.

Tableau 14 : Trajets des ESSMS non médicalisés

Trajets	Personne responsable
Domicile/ESSMS adulte	Non prévu*
Transports liés à l'activité de l'ESSMS	ESSMS
Transport individuel vers le soin	Assurance maladie si conditions du transport sanitaire réunies

*PCH 3 mobilisable

ESAT

[31] L'article R. 344-10 du code de l'action sociale et des familles et la circulaire n°2011-260 du 24 juin 2011 traitent de la question du transport : « Le budget principal de l'activité sociale comprend notamment en charges : (...) 2° Les frais de transport collectif des travailleurs handicapés lorsque des contraintes tenant à l'environnement ou aux capacités des travailleurs handicapés l'exigent ».

[32] Si les AOM sont donc chargées de transporter les personnes travaillant en ESAT, sur leur réseau de transport, l'ESAT peut être amené à effectuer lui-même ce transport dans l'hypothèse de contraintes tenant à l'environnement (dont insuffisance de l'offre proposée par l'AOM) ou lorsque les capacités des travailleurs handicapés l'exigent.

Tableau 15 : Trajets des ESAT

Trajets	Personne responsable
Lieu de vie/ESAT	Famille* ou, à défaut d'offre transport accessible ou au vu des capacités des personnes concernées, ESAT (sur budget principal activité sociale)
Transports liés à l'activité de l'ESAT	ESAT (sur budget commercial)

* PCH mobilisable pour les « surcoûts transport » à la charge de la personne, notamment pour les déplacements entre le domicile et l'établissement médico-social dès lors qu'ils sont effectués par un tiers ou lorsque la distance aller-retour est supérieure à 50 km.

2 Le coût des transports : un frein à la transformation

[33] Tous les acteurs s'accordent sur l'augmentation importante du budget transport (ESSMS et ARS, conseil départementaux, CNSA).

[34] Cette hausse s'analyse comme une tendance structurelle liée au développement de l'accompagnement en milieu ordinaire et en particulier au renforcement de dispositifs d'école inclusive, hausse majorée par le contexte d'inflation et d'augmentation des prix de l'essence.

Exemples fournis à la mission par des ARS et des ESSMS



Contexte introductif



Une plateforme de services coordonnés représente une entité cohérente possédant un statut unique, regroupant, pilotant et coordonnant divers services complémentaires afin d'accompagner dans leurs parcours respectifs des destinataires communs. Le modèle de plateforme de services coordonnés fait évoluer l'activité des ESMS en accordant une place centrale aux besoins personnalisés et évolutifs des personnes en situation de handicap. Il **permet de travailler en partenariat sur son territoire pour proposer toutes prestations d'accompagnement : domicile, vie ordinaire, au sein d'une structure, dans un lieu de scolarisation...** Ceci à titre temporaire ou permanent et selon un mode d'accompagnement qui peut être séquentiel, à temps complet ou partiel.

Ainsi, la plateforme de services coordonnés propose une **coordination agile et individualisée du parcours**. Elle permet aux personnes d'accéder à une palette de prestation modulable selon leurs besoins et choix. Ces modalités d'accompagnement ont un impact sur les déplacements au cours de la journée, des professionnels et des personnes accompagnées.

Dans le cadre du comité d'expérimentateurs rassemblant 20 opérateurs d'IDF souhaitant passer à un mode de fonctionnement en plateforme, différents groupes de travail ont été mis en place afin de cibler les évolutions nécessaires à ce type de fonctionnement. Parmi ces groupes de travail, il est envisagé d'en constituer un concernant l'analyse de l'évolution des coûts de transports. En amont, **les opérateurs volontaires nous ont transmis leurs premiers constats ou prévisions concernant leurs établissements, en voici la synthèse**.

RAPPORT IGAS N° 2024-017R

- ESMS n°1 : Malgré une recherche de maîtrise des coûts, des négociations avec des transporteurs et concessionnaires (pour achat ou LOA), constat d'une évolution significative des budgets. NB : DITEP 100% opérationnel et chiffres proches de la réalité, plateforme opérationnelle à 50% aujourd'hui donc chiffres en constante évolution.

		2019	2020	2021	2022	projeté 2023	
carburant	DITEP	6 826,05	9 681,17	25 876,23	29 122,24	31 515,48	 +8,22%
entretien des véhicules	DITEP	5 974,52	9 124,24	17 198,92	8 906,39	13 320,05	 +49,56%
amort des véhicules	DITEP	19 541,67	17 049,37	22 012,61	25 270,97	24 977,59	 -1,16%
location des véhicules	DITEP	-	2 328,24	5 304,84	5 304,84	5 304,84	 -20,59%
transports des usagers	DITEP	97 774,78	83 055,20	256 626,00	204 238,02	162 779,51	 -12,87%
		130 117,02	121 238,22	327 018,60	272 842,46	237 897,46	
		2019	2020	2021	2022	projeté 2023	
carburant	Plateforme	59 615,71	42 451,33	53 040,61	73 568,97	89 326,39	 +21,92%
entretien des véhicules	Plateforme	35 550,25	27 818,78	64 425,42	44 411,12	86 522,36	 +95,45%
amort des véhicules	Plateforme	137 753,22	99 569,25	102 556,33	105 607,45	108 739,60	 +2,86%
location des véhicules	Plateforme	15 888,12	37 549,07	27 079,23	57 519,34	46 455,29	 -19,3%
transports des usagers	Plateforme	992 627,23	839 687,88	1 218 138,40	1 161 975,43	951 640,77	 -20,59%
		1 241 434,53	1 047 076,31	1 465 239,99	1 443 082,31	1 282 684,42	 -18,1%

Informations complémentaires :

- augmentation du budget 2023 projeté pour la plateforme (1 443 082 de budget total)
- explications supplémentaires : renégociation des contrats avec les transporteurs fait par l'acheteur + ajout d'un poste de coordination des transports et d'un chauffeur en interne (coût 82 283€) + difficulté avec les sociétés de transport qui amène l'établissement à envisager 2 postes en interne (pas suffisamment pour absorber les besoins liés au fonctionnement modulaire besoin de coordination de transport pour la plateforme -> **nécessité de moyens matériels, financiers et humains**).

• ESMS n°2 : tableau comparatif 2019 VS 2022

- Augmentation ++ de l'externat (+55%)
- Diminution ++ de l'internat (-61%)
- Augmentation du nombre de places (+9%)
- Augmentation du nombre de journées réalisées (+17%)
- **Coût annuel des transports +174%**

Comparatif avant et après passage en plateforme

Mode d'accueil	2019	2022	Taux d'évolution
Nbre de Jours Externat / Accueil de jour	11 861	18 365	+ 55%
Nbre de jours Internat de semaine	7 156	4 425	- 61 %
Nbre de jours Internat Complet	2 771	2 623	- 5,4 %
Nombre de places	160 (hors SESSAD)	174	+ 8,75 %
Total journées réalisées	21 788	25 413	+ 16,64 %
Coût annuel des transports	527 074 €	918 813€	+ 174 %

Informations complémentaires :

- Concernant cet ESMS ce n'est pas l'éloignement géographique qui explique les coûts de transport (15km maximum de distance)
- 6 sociétés de transport différentes mobilisées
- Pour 114 enfants accompagnés -> 754 trajets hebdomadaires
- Coût moyen d'un externe : 13 000 € par an
- Coût moyen d'un interne de semaine : 3 000 € par an

= Ce qui a fait exploser le coût de transport ici c'est **l'augmentation de l'externat** (qui nécessite beaucoup plus de transport), phénomène qui augmentera lors d'un passage en plateforme avec une augmentation de la modularité et des changements de lieux en cours de journée.

L'année 2019 a été choisie comme référence, l'impact COVID étant trop important sur les années 2020 et 2021.

- **ESSMS n°3 :** n'observe pas de modification des coûts de transport car il n'y a pas de mise en place de transports individuels dans le cadre du parcours. En revanche, impact du passage en plateforme sur le temps de déplacement des professionnels (passage de 0,75 ETP en 2021 à 5,19 ETP en 2023). Cela pourrait être fortement diminué si un budget transport permettait la mise en place de transports individuels par exemple.

Temps de transport en interne (mesure d'activité)	2021	2022	2023
Temps de transport (heure)	1181,75	3912,07	8132,57
Temps de transport (ETP annuel, soit temps/OAT)	0,75	2,49	5,19
Déplacement professionnels (heure)	1280,68	1547,98	1854,42
Déplacement professionnels (ETP annuel, soit temps/OAT)	0,82	0,99	1,18

Déplacement = Personnel allant d'un point A à un point B dans le cadre de son travail sans usager dans le véhicule

Transport = Personnel allant d'un point A à un point B dans le cadre de son travail avec un ou des usagers dans le véhicule

ESSMS n°4 DITEP 68 places et Plateforme 370 places

		2019	2020	2021	2022	Réel 2023
carburant	DITEP	6 826,05	9 681,17	25 876,23	29 122,24	33 784,27
entretien des véhicules	DITEP	5 974,52	9 124,24	17 198,92	8 906,39	15 293,77
amort des véhicules	DITEP	19 541,67	17 049,37	22 012,61	25 270,97	24 977,59
location des véhicules	DITEP	-	2 328,24	5 304,84	5 304,84	5 304,84
transports des usagers	DITEP	97 774,78	83 055,20	256 626,00	204 238,02	158 969,93
		130 117,02	121 238,22	327 018,60	272 842,46	238 330,40
		2019	2020	2021	2022	projeté 2023
carburant	PPIT	59 615,71	42 451,33	53 040,61	73 568,97	82 134,78
entretien des véhicules	PPIT	35 550,25	27 818,78	64 425,42	44 411,12	96 080,32
amort des véhicules	PPIT	137 753,22	99 569,25	102 556,33	105 607,45	108 739,60
location des véhicules	PPIT	15 888,12	37 549,07	27 079,23	57 519,34	46 455,29
1 ETP chauffeur + 0,5 ETP coordination transports	PPIT					82 283,18
transports des usagers	PPIT	992 627,23	839 687,88	1 218 138,40	1 161 975,43	1 020 049,43
		1 241 434,53	1 047 076,31	1 465 239,99	1 443 082,31	1 435 742,60€

De manière plus large, la Cour des Comptes, en 2019, dans son rapport annuel sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale¹⁶ avait tenté d'estimer la dépense de transports des établissements médicaux sociaux. Elle avait souligné les données éparses et incomplètes empêchant une estimation fine des dépenses en la matière. Par extrapolation de données issues de contrôles d'établissements, la dépense sur le transport en régie a été estimé à 600 M€ par an. Les dépenses par recours à un prestataire extérieur ont été évaluées à 338 M€ (en 2017). La prise en charge des surcouts transports au titre de la PCH versée par les départements a quant à elle été estimée à 100 M€ par an.

¹⁶ Rapport annuel de la Cour des Comptes sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, 2019, chapitre V- Les transports programmés dans les secteurs sanitaire et médico-social : des enjeux à mieux reconstruire, une régulation à reconstruire », 2019.

ANNEXE 8 : Systèmes d'information

[1] La doctrine du numérique en santé s'appuie sur un ensemble de référentiels et de services socles qui participent aux règles fondamentales de sécurité et d'interopérabilité.

[2] En juin 2020, est publiée « La trajectoire du numérique en santé adaptée pour le secteur médico-social ». Cette feuille de route est présentée comme ayant vocation à accompagner le mouvement de transformation de l'offre médico-sociale par le numérique afin de faciliter les démarches des personnes accompagnées, de contribuer à les replacer au cœur de leur parcours, de garantir une meilleure équité de traitement sur tout le territoire, de favoriser la circulation de l'information, la coopération et la coordination des professionnels du secteur sanitaire, médico-social et social.

[3] Cette trajectoire pour le médico-social est pilotée par la Délégation ministérielle du numérique en santé (DNS), en lien avec la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS), de la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), l'Agence du numérique en santé (ANS), la Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM) et l'Agence nationale d'appui à la performance (ANAP).

Graphique 4 : La trajectoire du numérique en santé



Source *Trajectoire du numérique en santé adaptée au secteur médico-social, juin 2020*

[4] Dans le cadre du Ségur de la santé, 600 millions d'euros ont été spécifiquement fléchés pour le secteur médico-social et social, en sus des 30 millions d'euros mobilisés par la CNSA en 2021, soit 630 millions d'euros prévus pour 2021 à 2025.

1 Hors Ségur numérique : Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux (FINESS)

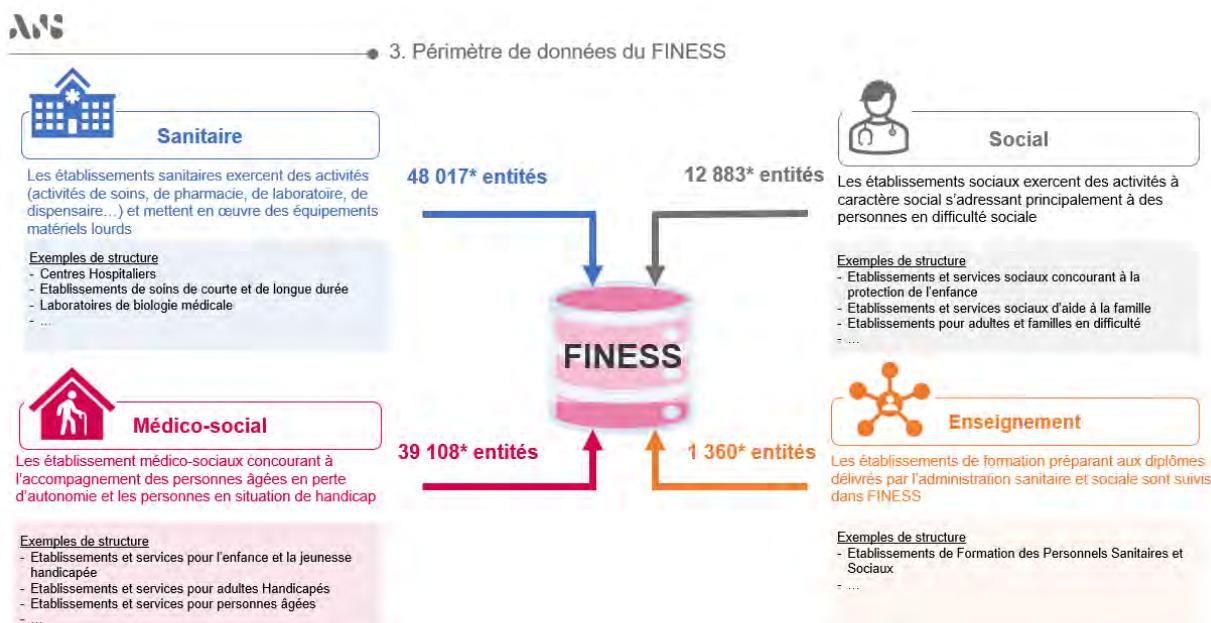
[5] Le FINESS est le répertoire sectoriel de référence opposable, à portée nationale des personnes morales et leurs établissements ayant une activité qui relève du champ sanitaire, médico-social, social et la formation aux professions sanitaires et sociales.

1.1 Présentation

[6] Sont enregistrées dans FINESS :

- Les structures à activités régulées (motif d'enregistrement historique et obligatoire) ;
- Les structures non nécessairement soumises à autorisation et qui souhaitent bénéficier de moyens d'identification électronique pour accéder à des services numériques en santé (motif récent et optionnel) ;

Graphique 5 : Le périmètre du FINESS



35 * Données en date de septembre 2023

Source : Agence du numérique en santé

[7] Les principaux objets de la nomenclature FINESS sont :

- Identité de la Personne morale
- Entité géographique d'exercice
- Activité Autorisée/exercée

[8] Les principaux usages des données de FINESS sont, selon l'ANS :

- Identifier les structures participant au système sanitaire et médico-social ;
- Fournir une identité numérique aux personnes morales concernées et leurs entités géographiques ;
- Contribuer au pilotage des activités autorisées et à l'orientation des politiques publiques ;
- Contribuer au financement des structures sanitaires et médico-sociales ;
- Contribuer à l'inspection et aux contrôles des structures ;

- Réaliser des études et des enquêtes statistiques sur les structures.

[9] L'enregistrement des structures dans FINESS repose sur l'application de procédures auxquelles sont soumises toutes les régions et dont l'objectif est d'homogénéiser la qualité des données.

[10] Pour être enregistrée dans FINESS, une structure doit répondre nécessairement à un minimum d'exigences : avoir un cadre réglementaire clair et précis et présenter des pièces justificatives qui permettent son enregistrement dans FINESS. Ces exigences garantissent la qualité des données du répertoire.

[11] Les autorités de régulation et d'enregistrement sont fonction des secteurs d'activité et des catégories de structures. L'ARS pour le secteur médico-social pour les personnes handicapées et pour le compte du CD sur les établissements sociaux pour les personnes handicapées (avec projet d'enregistrement par les CD directement).

[12] Le répertoire FINESS se structure autour de 3 grands types « objets métier » :

- Personne morale identifiée par un numéro FINESS juridique, elle détient des droits d'activité sous forme d'autorisations, d'agréments, de conventions ou de tout type d'acte administratif de nature à autoriser
- Entité géographique d'exercice, identifiée par un numéro FINESS géographique, elle dépend d'une personne morale et correspond au site géographique où sont exercées des activités de même nature et autorisées au niveau de la personne morale
- Activité autorisée / exercée : correspond à un triplet : discipline/mode de fonctionnement/clientèle.

[13] En tant que source d'informations réglementaire, les données inscrites dans ce répertoire sont considérées comme authentiques et servent de base légale lors de contrôles réglementaires ou de vérifications par les autorités compétentes.

1.2 Actualités

[14] L'Agence du numérique en santé travaille sur la mise en œuvre d'une nouvelle version du FINESS « afin de remédier à certaines limites du répertoire actuel et de bénéficier de l'apport de nouvelles technologies, avec pour principales évolutions :

- Tracer l'historique de la vie des structures, de leurs activités et des relations entre elles, afin de disposer de l'état des structures et activités à l'instant présent, mais aussi d'avoir connaissance des événements et des modifications apportées dans le passé ;
- Décrire les groupes de structures et leur composition sous forme de relations collaboratives ou juridiques ;
- Fiabiliser les enregistrements avec des contrôles d'existence d'une personne morale ou un établissement dans SIRENE lors de la saisie ;
- Intégrer une gestion classique d'historisation en masse des changements de valeurs des données du répertoire ;

- Permettre l'enregistrement des documents juridiques et de gestion (arrêté, CPOM, ...) en les rattachant à la personne morale ou à l'entité géographique concernée ;
- « Renverser le processus » : générer l'arrêté à l'issue de l'enregistrement au lieu d'enregistrer à partir de l'arrêté, et permettre aux structures de se pré-enregistrer. »

[15] Dans le champ médico-social PH, l'identification des ESSMS PH fonctionnant en dispositifs intégrés est prévue dans la nouvelle version de FINESS. Cependant, il n'est pas prévu à date et à la connaissance de la mission, de modifier ou élargir le champ sur le capacitaire exprimé en nombre de places.

2 Ségur numérique - Le dossier usager informatisé en ESSMS PH

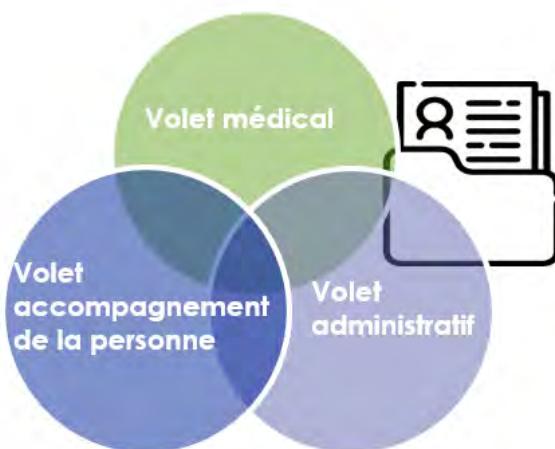
[16] Dans la stratégie nationale du numérique en santé et de la trajectoire du numérique en santé adaptée pour le secteur médico-social de juin 2020, le programme ESSMS numérique, vise à généraliser l'utilisation du numérique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS). Il repose principalement sur le déploiement d'un dossier usager informatisé (DUI) pour chaque personne accompagnée.

[17] Concrètement, l'objectif est que tous les ESSMS, quel que soit le champ, soit équipé d'un Dossier usager informatisé (DUI) interopérable, initialement d'ici 2025, grâce aux crédits du Ségur du numérique en santé.

2.1 Le DUI

[18] Appliqué au champ du handicap, le dossier de l'usager informatisé (DUI) centralise l'ensemble des informations qui concernent les personnes handicapées et leur parcours de santé et de vie, que ce soit dans les dimensions administratives, d'accompagnement ou de santé.

Graphique 6 : Les trois volets du DUI



Source : Groupement régional d'appui au développement de la E-santé Ile-de-France

[19] Il permet de mieux construire et de suivre le projet personnalisé de la personne, d'éviter les ruptures en cas d'évolution des besoins, de changement d'établissement médico-social, de retour à domicile ou d'hospitalisation. Il permet également à l'usager d'évaluer les services rendus et d'être un acteur de son propre parcours.

[20] L'informatisation du dossier usager s'inscrit dans une logique d'amélioration de la qualité des services et des soins délivrés aux personnes accompagnées. Elle améliore la traçabilité et la transmission des informations, dans le respect des normes de sécurité.

[21] Outil de suivi et de partage d'informations entre les professionnels (médicaux, paramédicaux, sociaux et médico-sociaux), le DUI est aussi un support d'échange avec les accompagnants (familles, aidants). Les informations peuvent être complétées par les professionnels des structures ou du soin, la personne elle-même ou son proche.

[22] Pour échanger avec d'autres systèmes, le DUI doit être « interopérable et communicant ». Ainsi, le DUI doit échanger avec d'autres composants du système médico-social, tels que :

- le système des MDPH en ligne, le téléservice qui permet aux personnes handicapées d'instruire et suivre leurs demandes d'aide et de droit de chez elles. Les informations du DUI seront transmises automatiquement à MDPH en ligne, et inversement ;
- le logiciel Via trajectoire (cf. ci-après) ;
- Le répertoire opérationnel de ressources (cf. ci-après).

Graphique 7 : L'interopérabilité du DUI

L'interopérabilité du Dossier Usager Informatisé (DUI) avec les référentiels et services sociaux



Source : Groupement régional e-santé Bretagne

[23] Selon qu'ils sont déjà équipés d'un dossier usager informatisé ou non, les organismes gestionnaires d'établissements peuvent bénéficier de financements.

[24] Ces financements sont précisés dans les instruction successives relatives à la mise en œuvre de la généralisation du programme ESSMS numérique¹⁷ et dans les arrêtés relatifs à un programme de financement destiné à encourager l'équipement numérique des établissements et services sociaux ou médico-sociaux (ESSMS)¹⁸.

2.2 Le processus

Les éditeurs de logiciel DUI

[25] Les éditeurs de logiciels DUI candidatent au référencement de leur solution auprès de l'ANS. Le référencement garantit le respect des règles de sécurité, d'éthique et d'interopérabilité.

Les ESSMS

[26] Les établissements et service déjà équipés d'un dossier usager informatisé peuvent bénéficier de la mise à jour de leur logiciel, les organismes gestionnaires doivent passer commande auprès de leur éditeur parmi la liste des éditeurs référencés. Hors abonnement, l'ensemble de la prestation (de l'installation à la formation) est directement pris en charge par l'État. Il s'agit du dispositif SONS (système ouvert et non sélectif), dispositif d'achat pour compte de l'Etat au profit des ESSMS. Ils peuvent recevoir une aide à l'investissement permettant d'atteindre des objectifs en matière d'usages du DUI et d'échange et de partage des données de santé et médico-sociales au travers du programme « ESSMS numérique ».

[27] Les établissements et services non équipés d'un dossier usager informatisé ou qui souhaitent changer de logiciel peuvent bénéficier d'une aide à l'investissement permettant l'acquisition d'un DUI, et d'être accompagnés dans la conduite du projet (installation, formation au nouveau logiciel, accompagnement au pilotage du projet pour sécuriser les usages). Les organismes gestionnaires de petite taille peuvent également bénéficier d'une aide supplémentaire qui couvre l'achat de matériel et d'infrastructure (ordinateur, tablette, wifi...) et l'accompagnement à la mise en œuvre de la passation de marché public permettant le choix du logiciel.

[28] Pour bénéficier de ces aides du programme « ESSMS numérique », les établissements et services doivent déposer un dossier lors des appels à projets ESSMS numérique lancés les ARS (candidature à déposer par groupement d'au moins 15 ESSMS, 8 pour la Corse et les territoires ultramarins- situés dans une seule région), ou si leur projet concerne 50 ESSMS ou plus dans plusieurs régions, lors des appels à projets ESSMS numérique nationaux lancés par la CNSA et la DNS.

2.3 Le bilan en avril 2024

[29] Sur un peu plus de 14 000 structures PH, l'objectif du programme ESSMS Numérique dont le pilotage opérationnel est assuré par la CNSA est d'en embarquer 98%, soit la quasi-totalité des ESSMS du champ PH à fin 2025.

¹⁷ La dernière en date : instruction n° DNS/DGCS/CNSA/2024/15 du 1er février 2024 relative à la mise en œuvre de la phase de généralisation du programme « ESSMS numérique »

¹⁸ Le dernier en date : Arrêté du 14 novembre 2023 modifiant l'arrêté du 2 février 2022 relatif à un programme de financement destiné à encourager l'équipement numérique des établissements et services sociaux ou médico-sociaux (ESSMS) - Fonction « Dossier usager informatisé pour les domaines Personnes âgées, Personnes en situation de handicap et Acteurs de l'aide et du soin à domicile »

[30] Il est à noter que cette cible comprend à la fois les ESSMS bénéficiant d'un financement à l'usage ESSMS Numérique et ceux qui bénéficient le cas échéant uniquement d'un financement SONS pour la mise à niveau de leur logiciel de dossier usager informatisé (DUI) conformément aux exigences Ségur.

[31] A novembre 2024, avec 18 éditeurs référencés, 9000 ESSMS PH ont bénéficié d'un financement aux usages ESSMS Numérique et 2 430 ESSMS PH ont bénéficié uniquement d'un financement SONS (40 % des ESSMS PH financés ont bénéficié à la fois de SONS et d'ESSMS Numérique).

[32] Au total, 11 430 ESSMS PH sont donc déjà engagés dans le Ségur numérique, soit 81 % du champ PH. Le tableau ci-après précise la part d'ESSMS du champ PH ayant bénéficié d'un financement Ségur (SONS et/ou ESSMS Numérique) par catégorie d'établissement.

Tableau 16 : Taux d'engagement dans le Ségur numérique pour les ESSMS (liste non exhaustive)

Catégorie d'activité	Taux d'engagement dans le Ségur
Etablissement et Service d'Aide par le Travail (ESAT)	86 %
Institut Médico-Educatif (IME.)	86 %
Foyer de Vie pour Adultes Handicapés (FV)	85 %
Etab.Accueil Non Médicalisé pour personnes handicapées (EANM)	82 %
Foyer Hébergement Adultes Handicapés (FH)	87 %
Maison d'Accueil Spécialisée (MAS.)	75 %
Etab.Acc.Médicalisé en tout ou partie personnes handicapées (EAM)	84 %
Service d'accompagnement médico-social adultes handicapés (SAMSAH)	80 %
Institut Thérapeutique éducatif et Pédagogique (ITEP)	79 %
Foyer d'Accueil Médicalisé pour Adultes Handicapés (FAM)	83 %
Centre Médico-Psycho-Pédagogique (CMPP)	80 %
Centre Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP)	81 %

Source CNSA - Part d'ESSMS ayant bénéficié d'un financement Ségur (SONS et/ou ESSMS Numérique) par catégorie d'activité, novembre 2024.

[33] Les structures PH financées par le programme ESSMS Numérique (hors ceux bénéficiant uniquement d'un financement SONS) comptabilisent plus de 180 000 DUI actifs à novembre 2024.

[34] Pour être considéré comme « actif », le DUI doit nécessairement remplir 3 conditions :

[35] Exister dans l'application,

[36] Être associé à une personne accompagnée,

Avoir été mis à jour (une fois au moins).

3 Les SI MDPH

[37] Les compétences de la CNSA sur les systèmes d'informations des MDPH ont été renforcées en 2015 (L14-10-1 du CASF). La CNSA a pour mission « 13^e De concevoir et de mettre en œuvre un système d'information commun aux maisons départementales des personnes handicapées, comportant l'hébergement de données de santé en lien avec le groupement d'intérêt public prévu à l'article L. 1111-24 du code de la santé publique. Pour les besoins de la mise en œuvre de ce système d'information, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie peut définir des normes permettant de garantir l'interopérabilité entre ses systèmes d'information, ceux des départements et ceux des maisons départementales des personnes handicapées et, en lien avec le groupement précité, labelliser les systèmes d'information conformes à ces normes »

[38] Plutôt qu'un SI unique, c'est un SI harmonisé (SIH) qui a été arbitré dans un premier temps. Concrètement, il s'agit d'harmoniser l'informatisation des processus métier au sein des MDPH allant de l'instruction de la demande jusqu'au suivi des décisions et d'automatiser les échanges avec ses partenaires : la Caisse nationale d'allocations familiales, l'Imprimerie nationale, les agences régionales de santé (ARS), les établissements et services médico-sociaux (ESSMS) l'Éducation nationale, Pôle emploi et la CNSA.

[39] La procédure d'obtention du label SI commun MDPH est ouverte à toute personne morale propriétaire d'une solution logicielle destinée aux Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH). Celle-ci inclut les MDPH qui développent leurs propres solutions conjointement avec les Conseils Départementaux avec lesquels elles sont liées.

[40] A date, 4 éditeurs se partagent les SI des MDPH (SI des départements) : Inetum, Arche Mc2, Worldline, Atol.

[41] Le périmètre fonctionnel du SIH couvre l'ensemble de l'activité de production de la décision de la MDPH. Le SI, outre les processus métier de la MDPH, vise à outiller les échanges d'information avec les partenaires et avec les usagers (télé-service) jusqu'au suivi des orientations prononcées par la CDAPH.

[42] Une première version du SI MDPH a été généralisée à la quasi-totalité des MDPH dès 2020.

[43] Le palier 1 comporte le tronc commun des principaux processus métier d'une MDPH et plusieurs fonctionnalités d'échanges. Plus précisément, le palier 1 comprend :

- Les processus métiers de gestion des individus, d'enregistrement des demandes, d'évaluation des besoins et de construction des réponses, de décision des CDAPH et de notification, de gestion des alertes ;
- L'édition des courriers ;
- Les échanges avec les CAF, l'accès au système national de gestion des identités SNGI, les échanges avec les ARS et ESSMS (suivi des orientations), avec l'Imprimerie nationale sur les cartes mobilités et avec le centre de données (LCD) pour le pilotage par la CNSA.

[44] La COG de la CNSA fixe comme objectif de « déployer le palier 2 à toutes les MDPH pour élargir en particulier son périmètre fonctionnel à l'évaluation des besoins ». Le palier 2 du SI comporte plusieurs fonctionnalités :

- Flux d'échanges avec les partenaires :
- Les échanges avec le ministère de l'Education nationale sur la scolarisation (transmission des décisions de la CDAPH et livret de parcours inclusif permettant notamment la transmission des plans personnalisés de scolarisation),
- Les échanges avec Pôle emploi (transmission des décisions de RQTH et d'orientation professionnelle),
- L'amélioration des échanges avec les CAF,
- L'interconnexion entre le téléservice de demande et le SI MDPH,
- Des nouveaux modèles de courriers harmonisés,
- Des nouvelles fonctionnalités sur les recours et conciliations.

[45] L'article L247-2 du CASF issu de La LFSS pour 2023 prévoit que les MDPH « doivent utiliser un système d'information commun, conçu et mis en œuvre par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, interopérable avec les systèmes d'information des départements, ceux de la Caisse nationale d'allocations familiales et ceux de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, dans des conditions précisées par décret ». L'exposé des motifs de l'article expose clairement les objectifs de la disposition introduite : le « modèle harmonisé atteint ses limites et il est désormais proposé de basculer vers un SI unique pour les MDPH ».

[46] Les travaux de préparation du SI évaluation sont en cours à la CNSA. Parmi les missions de la MDPH, la phase d'évaluation a en effet été priorisée car elle constitue le cœur de métier de la MDPH. Initialement envisagé et annoncé à fin 2023, le lancement de l'expérimentation du SI-Evaluation est reporté à fin 2024.

[47] La mission IGAS sur les MDPH souligne cependant que « toutes les difficultés dans la mise en œuvre du système d'information des MDPH ne seront pas résolues pour autant par la mise en place d'un SI évaluation unique. Ainsi, la mise en place du SIE comme de ses évolutions dépendront toujours des éditeurs et des priorités des départements puisque le SIE devra être interfacé avec les logiciels locaux qui continueront d'outiller la phase d'instruction en particulier. » et précise en conclusion : « *Dès lors, le projet de SI évaluation est porteur d'une véritable valeur ajoutée s'il est mené à bien mais également porteur de risques en particulier en ce qu'il continuera à coexister avec le SIH. La question de l'opportunité d'un SI commun national outillant l'ensemble du traitement du dossier, au-delà de la seule phase d'évaluation, a été renvoyée à la prochaine COG. Cette hypothèse d'un SI unique mériterait d'être instruite et arbitrée de manière globale, sur la base d'une analyse de l'ensemble des apports de ce type de solution et des risques d'un tel projet.* »

4 ViaTrajectoire

[48] Le SI ViaTrajectoire propose deux principaux services :

- le suivi des décisions d'orientation Maison Départementale des personnes handicapées (MDPH) qui correspond au module Handicap de ViaTrajectoire ;
- le référencement de toute l'offre médico-sociale du secteur handicap dans un annuaire unique

[49] ViaTrajectoire est devenue le SI suivi de orientations au niveau national retenu par la CNSA.

4.1 Présentation

[50] Viatrajectoire PH permet de disposer en temps réel d'informations sur les parcours et sur l'effectivité d'une décision d'orientation émise par la MDPH tout en donnant aux autorités de contrôle et de tarification une vision plus précise des besoins individuels et collectifs, de l'offre sur le territoire et des places disponibles.

[51] Pour les usagers, il doit permettre :

- de rechercher les établissements ou services souhaités conformément aux orientations émises par la MDPH ;
- de renseigner un dossier unique d'admission (expérimentation DUA) pour envoyer les demandes dans les établissements et services médico-sociaux ; entre septembre 2023 et juin 2024, 11 départements pilotes doivent tester le dossier unique d'admission afin de confirmer qu'il répond bien aux besoins des usagers, de leurs aidants et des accompagnants professionnels et d'intégrer des améliorations grâce aux retours des testeurs ; la généralisation est prévue pour juillet 2024.
- de suivre l'avancée des demandes adressées aux établissements et services médico-sociaux.

[52] ViaTrajectoire est accessible à l'usager, le cas échéant son représentant légal (parents, tuteurs...) ou toute autre personne choisie par l'usager (proches aidants, travailleurs sociaux, professionnel de santé...).

[53] ViaTrajectoire ne permet pas de retrouver les décisions concernant le prestations financières (Ah, PCH, AAEH...) ou autres droits.

[54] Pour les professionnels des ESSMS PH, l'objectif dans le cadre du programme « ESSMS numériques », est de permettre l'interopérabilité entre ViaTrajectoire et leurs nouveaux DUI afin de réaliser, depuis leur DUI, le suivi des notifications envoyées par la MDPH, la mise à jour des statuts et de leur liste d'attente en fonction de l'état d'avancement de l'admission de l'usager dans les autres ESSMS et la récupération des données qui permettent la création du dossier de l'usager.

[55] Plus globalement, tous les acteurs intervenant dans le suivi des orientations des personnes handicapées ont accès à un tableau de bord de pilotage élaboré à partir des données de Via Trajectoire Handicap : le SI Décisionnel Suivi des orientations (SID SDO) mais du fait de la présence de nombreux doublons, une action de nettoyage des doublons a débuté en 2023 et doit se terminer en 2024.

4.2 Bilan des usages

[56] Toutes les MDPH implémentent les décisions d'orientation vers une structure médicosociale de la CDAPH dans ViaTrajectoire.

[57] Les ESSMS doivent mettre à jour les dossiers reçus dans Viatrajectoire PH (admission, liste d'attente, rejet de la demande...)

[58] Au 3 mai 2024, le taux d'usage par les ESSMS, dont l'objectif est fixé à 90% d'ESSMS actifs (part des ESSMS qui ont fait évoluer au moins une décision d'orientation dans les 3 derniers mois dans ViaTrajectoire PH) est variable d'une région à l'autre.

Tableau 17 : Taux d'ESSMS actifs sur ViaTrajectoire PH

Région	Taux d'ESSMS actifs (objectif national 90%)
AUVERGNE-RHONE-ALPES	85,6
BOURGOGNE-FRANCHE-COMTE	89,0
BRETAGNE	70,6
CENTRE	67,9
CORSE	73,5
GRAND-EST	92,0
GAUDELOUPE	44,2
GUYANE	83,3
HAUTS-DE-FRANCE	79,6
ILE-DE-FRANCE	79,1
LA REUNION	89,6
MARTINIQUE	50,0
NORMANDIE	85,7
NOUVELLE-AQUITAINE	77,9
OCCITANIE	86,6
PAYS DE LA LOIRE	88,3
PROVENCE-ALPES-COTE D'AZUR	83,3

Source : IGAS à partir des données du GCS SARA éditeur de ViaTrajectoire

5 Répertoire opérationnel des ressources

[59] Le Répertoire national de l'Offre et des Ressources en santé et accompagnement médico-social (ROR) est le référentiel de données qui centralise la description de l'offre de santé des structures sanitaires et médico-sociales sur l'ensemble du territoire national.

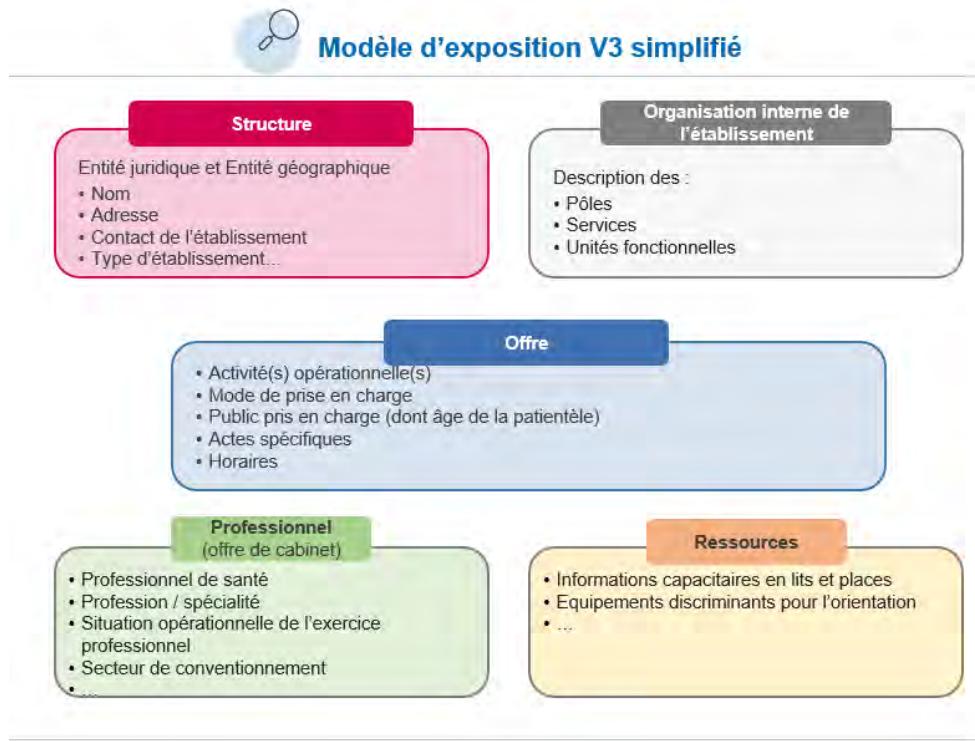
5.1 Présentation

[60] Le ROR présente les activités opérationnelles réalisées par les établissements sanitaires, les établissements et services médico-sociaux qui prennent en charge les personnes âgées en perte d'autonomie et les personnes en situation de handicap, les structures de ville (cabinets libéraux, maisons et centres de santé...) et les équipements et compétences qui contribuent à la réalisation de ces activités. Il doit ainsi permettre à faciliter les orientations, par d'interface métier des professionnels, ou via d'autres services numériques alimentés par le ROR (Via Trajectoire, SI de coordination de parcours...) et à assurer une meilleure lisibilité de l'offre puisque le ROR alimente les sites « grand public » comme Sante.fr.

[61] Il peut également fournir l'information sur les lits disponibles (accessibilité limitée pour le pilotage d l'offre, en particulier pour la gestion des tensions et crises). Cela a été mis en œuvre dans le champ sanitaire, en priorité dans les services de soins intensifs ou de réanimation mais aussi sur d'autres périmètres en fonction des stratégies et besoins des ARS.

[62] La description de l'offre opérationnelle dans le ROR intègre les informations d'identification de la structure qui porte l'offre (personne morale et entité géographique). Les responsables de la description de l'offre opérationnelle (autorité d'enregistrement) sont les directions des structures qui réalisent l'offre. Pour décrire leur offre, ces structures doivent avoir préalablement été identifiées dans les référentiels nationaux, le FINESS pour les personnes morales.

Graphique 8 : Modèle d'exposition des informations disponibles dans le ROR



Source : Extrait Document Agence du numérique en santé

[63] Les principaux usages des données ROR sont les suivants :

- Contribuer à l'orientation par les professionnels de santé des usagers dans le parcours de santé ;
- Contribuer à la régulation et à la gestion de crise ;
- Informer le public sur l'offre existante (données publiques uniquement) ;
- Fluidifier les parcours patients par une meilleure coordination des acteurs ;
- Cartographier l'offre opérationnelle.

5.2 Actualités du ROR

[64] L'ambition pour fin 2026 est de mettre à disposition des acteurs de l'écosystème un référentiel national avec le niveau de service attendus par les utilisateurs et les services numériques et d'accompagner la convergence régionale (ROR régionaux) vers ce référentiel en s'attachant à préserver les usages actuels.

[65] Un des objectifs soulignés par l'ANS est d'accélérer l'apport de valeur ajoutée du ROR à leurs usagers et services numériques consommateurs :

- Permettre la prise en compte du périmètre complet de l'offre (dont extension du périmètre des ESSMS) ;
- Favoriser l'alimentation automatique du ROR ;
- Apporter de la souplesse dans la description d'offre.

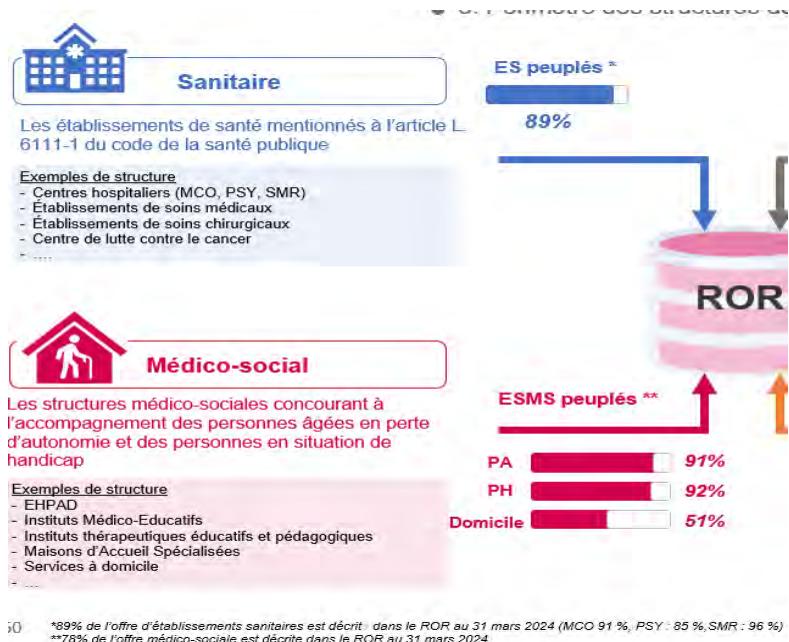
5.3 ROR et ESSMS PH

[66] La « Trajectoire du numérique en santé adaptée au médico-social » fixait les objectifs suivants en 2020 :

- Peuplement des ROR régionaux avec l'offre des ESSMS : 2021
- Adossement au ROR des services numériques d'information aux publics et d'orientation, notamment le SI de suivi des orientations des personnes en situation de handicap : 2021

[67] A date, 92% des ESSMS PH ont remplis leur fiche ROR (avec contrôle de premier niveau). Un travail va être conduit par l'Agence du numérique en santé (ANS) pour élaborer un référentiel de « bon remplissage » pour ensuite mener des contrôles qualité.

Graphique 9 : Résultats de peuplement du ROR



Source : Agence du numérique en santé

[68] Un des enjeux de la nouvelle version du ROR, en ce qui concerne le secteur des ESSMS PH, sur la description de l'offre sera la mise en cohérence de tous les SI en termes de description de l'offre (vocabulaire harmonisé).

ANNEXE 9 : MESURE D'ACTIVITE

[1] La transformation de l'offre implique de s'ouvrir à l'accompagnements en milieu ordinaire, de moduler l'accompagnement selon les périodes, et de combiner plusieurs types d'accompagnements simultanément, ainsi que de développer des modes d'accompagnements séquentiels ou aux temporalités adaptées à chaque personne. Cela implique des évolutions organisationnelles et de pratiques mais aussi d'adaptation des outils de suivi pensés pour une gestion « de « places ».

[2] Depuis le plusieurs années, un des enjeux des dialogues entre organismes gestionnaires engagés dans des projets transformatifs et autorités de tarification consiste à trouver un juste équilibre entre l'objectif d'optimisation de l'utilisation des ressources et la souplesse rendue nécessaire par un fonctionnement lui-même plus souple pour répondre aux besoins et à déterminer des indicateurs de suivi d'activité plus pertinent au regard des nouveaux modes de fonctionnement.

Différentes quantifications du nombre de places en ESSMS

Le capacitaire des ESSMS, initialement en nombre de places par établissement, se présente aujourd'hui sous des formes variées (analyse d'une cinquantaine d'arrêtés d'autorisation), « la place » restant la mesure de référence, sans équivalence entre ce nombre de place et le nombre de personnes pouvant être accompagnées : « Nombre de places » par mode de fonctionnement ; « Nombre de places » au global ; « Nombre de places » au global et « fonctionnement en file active » autorisant à dépasser le nombre de places ; « Nombre de places » par mode de fonctionnement et « fonctionnement en file active » autorisant à dépasser le nombre de places ; « Nombre de places » pour hébergement et « places et cible en file active » pour accompagnement milieu ordinaire ; « Minimum de file active » ; « Nombre de places » au global et « nombre plafond de personnes accueillies en simultané » pour l'hébergement.

1 Le suivi et la mesure d'activité de l'offre transformée est actuellement disparate et dépendante des initiatives territoriales

1.1 Pour les ESSMS sous CPOM, les textes précisent les indicateurs d'activité pour la mise en œuvre de la modulation de la dotation globale.

[3] Les indicateurs de suivi d'activité sont actuellement prévus dans le cadre des règles relatives aux CPOM, au II l'article R. 314-43-2 du CASF : « *Il. - L'activité s'apprécie en fonction des catégories d'établissements et services au regard de la nature de leurs missions et de leurs modes de fonctionnement, par des indicateurs inscrits dans le contrat. Elle est, sauf clause contraire justifiée*

par la spécificité des missions ou des modes de fonctionnement, évaluée au moyen d'un ou plusieurs des indicateurs suivants :

« 1° Le taux d'occupation, calculé en divisant le nombre de journées réalisées dans l'année par l'établissement ou le service par le nombre de journées théoriques correspondant à la capacité autorisée et financée multiplié par le nombre de journées d'ouverture de l'établissement ou du service ;

« 2° Le nombre de personnes accompagnées au cours de l'année civile ;

« 3° Le nombre de prestations réalisées au cours de l'année civile.

« III. - Si l'activité réalisée est inférieure aux objectifs définis dans le contrat, et sous réserve de circonstances particulières justifiant tout ou partie de cette sous-activité, la dotation globale ou le forfait global peuvent faire l'objet d'un abattement, (...). »

[4] Ce texte n'incite pas à la modularité des accompagnements en faisant de toute autre modalité de mesure une dérogation qui doit être justifiées par la spécificité de l'ESSMS.

En tout état de cause, ce texte devra être modifié au regard des enjeux de transformation de l'offre et des nouveaux modes de fonctionnement à l'œuvre d'autant plus si la capacité « « en places » » n'était plus exigée dans les autorisations, notamment pour les autorisations territoriales recommandées par la mission.

1.2 Le Guide CNSA 2019 est un support utile, régulièrement utilisé par les acteurs, mais nécessitant des actualisations

[5] Le guide méthodologie de mesure d'activité de la CNSA, réalisé en concertation avec des orgaismes gestionnaires, donne un référentiel partagé de la mesure d'activité, et des « conventions de mesure » pour participer à la mesure des indicateurs de l'article R. 314-43-2 mais pas uniquement.

[6] En effet, le guide ouvre sur des méthodes de mesure d'activité correspondant mieux à la fluidité des parcours et à la modularité des accompagnements, en particulier celui de la file active et de compléments pour approcher au mieux l'activité présenté comme suit à travers deux options du fait de l'absence de consensus dans le groupe de travail.

Pistes non stabilisées de mesure d'activité

L'activité peut en outre être comptée selon deux options (proposées en l'absence de consensus au sein du groupe) :

- > soit modalité par modalité selon les unités d'œuvre propres à chaque modalité :
 - dans ce cas, pour les jeunes combinant plusieurs modalités d'accompagnement sur une même journée, on compte une unité d'œuvre dans chaque modalité d'accompagnement dans la limite de 1 nuit + 1 journée par 24 heures pour un usager,
 - dans ce cas également, le groupe préconise de ne pas figer des cibles d'activité par modalité d'accompagnement, car cela irait à l'encontre de la souplesse attendue ;
- > soit en définissant un rapport d'équivalence entre les différentes unités d'œuvre (par exemple « 1 nuit = 1 journée = 3 actes » ; ou, pour encourager le développement de l'accompagnement ambulatoire, « 1 nuit = 1 journée = 1 acte ») qui permet de faire le total de l'activité toutes modalités confondues, tout en continuant de suivre la part de chaque modalité dans le total ; le groupe préconise de travailler sur cette question du « rapport d'équivalence entre les unités d'œuvre nuit/journée/acte ou séance » pour l'objectiver et parvenir à un consensus étayé par des éléments partagés.

Source : Extrait Guide CNSA 2019

[7] Certains interlocuteurs de la mission regrettent que ce guide dit de « Mesure de l'activité » publié par la CNSA n'ait pas été éclairci ces dernières années sur plusieurs points : arbitrage sur la comptabilisation en séances ou en actes, définition de la file active, définition des « absences ».

[8] Par ailleurs, la non-opposabilité de la mesure d'activité a eu un double effet : celui de laisser le terrain s'emparer de la question de la mesure d'activité au regard des nouvelles autorisations pour la tester en vie réelle mais également celui de faire co-exister pour des mêmes gestionnaires, y compris en infra régional, des méthodes différentes de mesure d'activité.

1.3 Avec la création de dispositifs intégrés et des offres de services coordonnés, des nouveaux modèles de mesures d'activité sont expérimentés.

[9] L'Association des Itep et de leurs réseaux « Aire » expérimente depuis 2023 un modèle de mesure de l'activité du fonctionnement en dispositif intégré pour mesurer leur activité réelle et mieux rendre compte de l'accompagnement réalisé.

[10] 195 dispositifs intégrés dont 165 DITEP et 30 DIME/DAME sont inclus au premier trimestre 2024 sur 12 régions/DROM (90% des DITEP et 80% des DIME/DAME disposent de toutes les modalités d'accompagnement (hébergement, accueil de jour, prestation en milieu ordinaire)).

[11] L'expérimentation consiste à mesurer l'activité en « Unité d'accompagnement » basé sur l'accompagnement des personnes concernées, à partir de leur emploi du temps.

Graphique 10 : Cotations des unités d'accompagnement dans l'expérimentation AIRE



Une expérimentation basée sur des Unités d'accompagnement hebdomadaires cotées de 1 à 4 selon des seuils horaires

Modalités d'accompagnement avant le dispositif	Modalités d'accompagnement en dispositif et fonction appui ressource du DITEP	Valorisation en unités d'accompagnement
Accompagnement qui ne déclenche aucune unité d'accompagnement	Moins de 1h d'accompagnement par semaine	0
Ambulatoire	Entre 1h et 8h d'accompagnement en journée par semaine	1
Accueil de jour (SI)	Plus de 8h d'accompagnement en journée par semaine	2
Accueil de nuit (seul)	Entre 1 et 4 nuits et moins de 1h d'accompagnement en journée par semaine	1
Accueil de nuit + Ambulatoire	Entre 1 et 4 nuits et entre 1h et 8h d'accompagnement en journée par semaine	2
Accueil de jour + accueil de nuit	Entre 1 et 4 nuits et plus de 8h d'accompagnement en journée par semaine	3
Accueil de jour + accueil de nuit pour des situations très complexes	Situation complexe, selon 5 critères décrits précisément	4
Fonction appui-ressource au maximum 8h par semaine	Fonction appui ressource mobilisant de 1h à 8h cumulées pour une action dans la semaine	1
Fonction appui-ressource plus de 8h par semaine	Fonction appui ressource mobilisant plus de 8h cumulées pour une action dans la semaine	2

Source : Extrait Expérimentation AIRE

[12] Le décret relatif aux dispositifs intégrés publié en juillet 2024 ne précise pas encore la méthode de mesure à retenir.

[13] Partant du même constat de l'inadaptation des outils de mesures existant au fonctionnement des dispositifs intégrés, l'ARS Ile-de-France, avait travaillé sur un modèle de mesure d'activité dans le cadre des travaux engagés sur le département de Seine-et-Marne pour transformer l'offre enfant vers des offres de services coordonnés avec zones d'interventions prioritaires. Ce modèle, testé depuis au niveau régional, consisté également en mesure d'activité par « Unité d'accompagnement » mais à partir d'un nombre de prestations réalisées.

Graphique 11 : Cotation des unités d'accompagnement dans l'expérimentation Ile-de-France

MODALITES DE DECOMpte DE L'ACTIVITE - PLATEFORME ENFANCE

Ce document présente les deux modalités de calcul de l'activité des établissements fonctionnant en plateformes, dans le but de traduire la globalité de l'activité et ainsi de mettre en valeur les parcours des jeunes accompagnées.

--> La modalité 1 propose un suivi en file active.

--> La modalité 2 reprend les équivalences en unité d'accompagnement (UA).

Ce document permet également une aide au recueil pour déterminer l'activité réalisée par la plateforme.

ONGLET 1. Calcul FA

Modalité théorique utilisée = suivi de la file active

Coefficient multiplicateur ARS IDF	1,22		L'activité théorique se calcule à partir de la notion de file active. La correspondance entre l'autorisation en nombre de places (capacités autorisées) et la file active est déterminée par un coefficient multiplicateur. Ce coefficient a été calculé sur la base des capacités des structures divisées par les files actives présentes au sein du tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social. Le ratio moyen de chaque structure a abouti à 1,22 (soit 1 place = une file active de 1,22). <i>l'entrée dans la file active est considérée à partir de la signature d'un contrat de séjour ou DIPC</i>
---------------------------------------	------	--	---

Modalité réelle d'utilisation

Saisir le nombre de places autorisées au global sur la plateforme (case orange)

Ne pas modifier le coefficient multiplicateur (case grise)

Le calcul de la cible de la file active s'effectue automatiquement (formule nombre de places autorisées * coefficient multiplicateur)

ONGLET 2.1 Calcul UA théorique

Modalité théorique utilisée = équivalence entre unités d'accompagnement (UA)

A ce jour, le guide de CNSA donne pour définition : actes directs = action réalisée par un professionnel, au profit d'une personne ou d'un groupe, cela comprend les temps de face-à-face et hors face à face (les temps de préparation de RDV, de réunions autour de la situation de cet usager, de contacts avec son entourage).

En cohérence avec Serafin-Ph, le calcul de l'activité s'appuie sur une valorisation de l'ensemble des prestations directes (actes directes et actes hors face à face au profit d'une ou plusieurs personnes accompagnées).

La plateforme compte en actes directs l'ensemble des services réalisés au profit des personnes en partant des besoins personnalisés du jeune indiqués dans son emploi du temps quelque soit le lieu de réalisation de l'acte (milieu spécialisé, milieu ordinaire, domicile...), la durée (un acte n'a pas de durée, il doit être un moyen mis au service du projet personnalisé) et le nombre de professionnels impliqués (1 acte quelque soit le nombre de professionnels).

Porte d'entrée du calcul de l'activité = l'emploi du temps de la personne accompagnée.

1 acte = 0,17 UA, dans la limite de 30 actes maximum par semaine (selon la définition des actes ci-dessus).

1 nuitée = 1 UA, dans la limite de 4 nuitées par semaine pour les plateformes ouvertes 210 jours (équivalence à modifier si les modalités d'hébergement sont supérieures - selon autorisation).

La valorisation concernant les situations complexes est cumulable et se fait à la semaine.

Le critère "situation complexe" dépend des critères de cotation indiqués dans l'onglet dédié "Cotation complexité".

Modalités d'accompagnement	Acte direct face à face	Acte direct hors face à face	Hébergement	Situations complexes	Fonction ressource
Nombre de prestations réalisées auprès de la personne sur une semaine	30		4	1	(a travailler)
Équivalence en UA proposée sur 1 semaine	5,0		4	1	
Équivalence en UA proposée pour une prestation	0,17		1		

Source : Extrait Document de travail - Expérimentation ARS Ile-de-France

2 Analyse intermédiaire de la mission pour la mesure d'activité des ESSMS diversifiés

[14] Une nouvelle méthode de mesure d'activité harmonisée sur le territoire pour les offres transformées est nécessaire. Sans que la mission en conclue à une méthode de mesure dans la mesure où les expérimentations sont encore en cours, plusieurs principes devraient guider la suite des travaux :

- La mesure d'activité doit reposer sur un juste équilibre entre le besoin de rendre compte - pour les autorités de tarification et de contrôle mais plus largement pour montrer à voir la politique de l'accompagnement du handicap - et la capacité à produire la donnée sans que la tâche administrative se fasse au détriment de l'accompagnement des usagers dans un contexte RH contraint.

- Elle doit permettre de rendre compte de l'activité dans un contexte d'offre transformée avec la souplesse de lecture que cela implique au regard des variations possibles liées aux besoins et souhaits des personnes concernées. L'autodétermination peut ainsi engendrer moins de besoin d'accompagnement sur une période donnée, une période d'inclusion sans étayage peut apporter à la personne concernée d'autres compétences (ex : socialisation hors pairs) ;
- Elle doit permettre de s'assurer que l'accompagnement en milieu ordinaire (ou « hors les murs ») ne se traduit pas par l'abandon de l'accueil de jour et de l'hébergement pour les personnes qui ont besoin d'accompagnements plus intensifs et d'hébergement permanent ou temporaire.

[15] En complément de la file active, les réflexions conduites sur un indicateur « unité d'accompagnement » expérimenté sous diverses formes sont intéressantes et méritent d'être poursuivies.

[16] La méthode AIRE par la prise en compte du temps passé après de la personne, répond à l'enjeu d'appréciation de l'intensité d'accompagnement ; cependant la méthode ne distingue pas le type de prestations (directe, indirecte), ce qui peut manquer en termes d'analyse de l'offre territoriale et de politique publique (mission appui-ressource pour faire monter en compétence le droit commun) et se fonde sur des paliers qui pourraient être rediscutés au cours de l'expérimentation (exemple : 1h ou 8h d'accompagnement hebdomadaire sont considérés comme équivalents c'est dire avec une même cotation, ou encore cotation pour une personne accompagnée 5 nuits).

[17] Une définition des prestations prises en compte pour la mesure des unités d'accompagnements, qu'elles soient basées sur les prestations elles-mêmes ou la notion de temps d'accompagnement, paraît nécessaire au regard d'une offre modulaire et diversifiée :

- Les prestations directes
 - o Considérer aussi bien les prestations en face à face que les prestations hors face à face comme des prestations directes pour la personne accompagnée (à terme une partie de l'activité des PCPE devrait être intégrée dans cette mesure) ;
 - o Intégrer, mais de manière distincte, les prestations y compris au bénéfice de personnes non admises dans la file active ;
 - o Intégrer au sein des prestations directes hors face à face les prestations de coordination de parcours, et pas uniquement de coordination renforcée (à terme une partie de l'activité des PCPE pourrait être intégrée dans cette mesure).
- Les prestations indirectes :
 - o Définir précisément les prestations indirectes autre que l'hébergement à mesurer (ex : les réunions partenariales pour le territoire qui ne sont ni un acte direct hors face à face sur la situation d'une personne accueillie, ni une fonction ressources en tant que telle).
- Les prestations liées à la fonction ressource qui peuvent être des prestations directes ou direct selon leur cible :
 - o Les prestations sont indirectes lorsqu'elles ont pour objectif de favoriser des environnements capacitants non liés à une personne accompagnée (l'activité des EMASco pourrait être intégrée à terme dans cette mesure)
 - o Les prestations sont directes lorsqu'elles consistent à appuyer un tiers pour l'accompagnement d'une personne (personne qui peut alors être comptabilisée dans la file active selon le guide de la CNSA).

S'agissant de cette fonction ressource, il serait d'ailleurs intéressant de conduire une étude spécifique sur le transfert de compétence opéré, puisqu'aujourd'hui la recherche d'inclusivité et de suppression des obstacles environnementaux créant le handicap est un enjeu majeur.

[18] Par ailleurs, la prise en compte de la complexité des situations par un coefficient multiplicateur paraît également pertinente à la mission. Cependant, l'expérimentation AIRE ne semble le faire que pour un accompagnement à temps complet ; cette complexité mériterait d'être reconnue quelle que soit la modalité et le temps d'accompagnement et être révisable régulièrement comme le propose l'expérimentation de l'ARS Ile-de-France.

[19] De plus, à des fins de suivi et de modélisation dans le cadre des discussions tarifaires, il pourrait être important d'étudier la possibilité d'identifier la part d'accompagnement liées aux activités individualisées en milieu ordinaire (temps de transport et encadrement de 1 pour 1 de fait).

[20] Enfin, en termes d'outillage, le processus de mesure d'activité doit reposer sur le dossier usager informatisé dont le déploiement doit se poursuivre en ce sens. En effet, l'enjeu de simplification pour les ESSMS est majeur et les ressaisies doivent être impérativement limitées. Par ailleurs, ces éléments seront indispensables pour poursuivre la réflexion sur la tarification au plus près des accompagnements réalisés.

ANNEXE 10 : APPUI A LA TRANSFORMATION

[1] Les interlocuteurs de la mission, administrations comme ESSMS, ont fait part de leurs attentes pour que la transformation soit outillée avec des éléments de cadrage techniques basés sur des retours d'expériences.

[2] La transformation de l'offre médico-sociale des ESSMS PSH nécessite de mobiliser des compétences au sein même des établissements. Il en est de même au niveau des ARS et à l'échelle nationale pour que l'accompagnement de ces derniers soit le plus efficace possible.

[3] En parallèle de formations dédiées à la transformation de l'offre (autodétermination, parcours modulaires, interventions en milieu ordinaire, fonction appui ressources pour des environnements capacitants), un appui à la transformation des acteurs est incontournable pour généraliser la démarche de transformation.

[4] Un fonds d'appui à la transformation des établissements et services pour personnes en situation de handicap pour la période 2024-2030, dont la première enveloppe 2024-2027 est connue à hauteur de 250 millions d'euros, a été mis en place en 2024. En cours de mission, une instruction¹⁹ est venue préciser les modalités de mobilisation du fonds (cf. annexe répartition des crédits du Fonds) :

- Une capacité de soutien nouvelle en ingénierie et en pilotage, pour permettre aux ARS d'engager l'ensemble des acteurs sur leurs territoires dans la transformation de l'offre ;
- Le plan d'aide à l'investissement (PAI) comme levier pour engager les organismes gestionnaires dans des transformations de leur bâti, au service de l'amélioration des conditions de vie des personnes accueillies comme de celles des professionnels, et du recours aux outils numériques, en cohérence avec les objectifs de la CNH ;
- Le renforcement de l'équipement technique et technologique des ESSMS.

1 Au niveau national, renforcer l'appui aux ARS et aux établissements

[5] Aux côtés de la CNSA en ce qui concerne le secteur médico-social, l'ANAP a dans ses missions l'appui aux établissements médico-sociaux²⁰.

[6] En effet, « l'ANAP a pour objet d'aider les établissements de santé et les établissements et services médico-sociaux à améliorer le service rendu aux patients et aux usagers, en élaborant et en diffusant des recommandations et des outils dont elle assure le suivi et la mise en œuvre, leur permettant de moderniser leur gestion, d'optimiser leur patrimoine immobilier et de suivre et d'accroître leur performance, afin de maîtriser leurs dépenses.

A ce titre, l'ANAP assure notamment les missions suivantes :

¹⁹ Instruction n° DGCS/SD5DIR/CNSA/DAPO/2024/104 du 8 juillet 2024 relative à la création d'un Fonds d'appui à la transformation des établissements et services pour personnes en situation de handicap pour la période 2024-2027

²⁰ Arrêté du 16 octobre 2009 portant approbation de la convention constitutive du groupement d'intérêt public « Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux »

1. Conception et diffusion d'outils et de services permettant aux établissements de santé et médico-sociaux d'améliorer leur performance et, en particulier, la qualité de leur service aux patients et aux personnes ;
2. Appui et accompagnement des établissements, notamment dans le cadre de missions réorganisation interne, de redressement, de gestion immobilière ou de projets de recompositions hospitalières ou médico-sociales ;
3. Evaluation, audit et expertise des projets hospitaliers ou médico-sociaux, notamment dans le domaine immobilier et des systèmes d'information ;
4. Pilotage et conduite d'audits sur la performance des établissements de santé et médico-sociaux ;
5. Appui aux agences régionales de santé dans leur mission de pilotage opérationnel et d'amélioration de la performance des établissements ;
6. Appui de l'administration centrale dans sa mission de pilotage stratégique de l'offre de soins et médico-sociale ».

[7] Dans le cadre de son contrat d'objectifs et de performance (COP) 2022-2026²¹, l'appui à la transformation de l'offre médico-sociale a été positionné en tant qu'axe stratégique, le rapport IGAS d'évaluation du COP 2018-2020²² ayant reconnu le rôle réel et pertinent de l'ANAP en termes de mobilisation des acteurs pour porter la transformation publique dans le champ sanitaire et médico-social pour un coût global raisonnable et ayant recommandé d'« amplifier l'engagement de l'ANAP dans la transformation de l'offre médico-sociale au regard des enjeux de ce secteur pour les années à venir ».

[8] Dans le champ spécifique du handicap, une première publication a été réalisée en 2019 sur les plateformes de services coordonnés, une série de webinaires a été réalisée sur le thème de la « transformation de l'offre de service » et des supports sur des points clés de la transformation comme la fonction ressources ou les coopérations ont été diffusés.

[9] La feuille de route ANAP-CNSA 2024-2025 poursuit plusieurs objectifs :

- Outiller pour faciliter le diagnostic territorial et l'élaboration de la programmation de l'offre par les ARS ;
- Alimenter les ARS et les CD sur leur réflexion sur la transformation ;
- Outiller et soutenir les OG et les ESSMS dans le cadre de leur projet de transformation ;
- Contribuer à l'évolution du management et des pratiques professionnelles (notamment aux nouveaux métiers) ;
- Soutenir l'élaboration des projets immobiliers.

[10] L'ANAP a par ailleurs la charge de l'animation du réseau des conseillers en transition écologique et énergétique en santé (CTEES) afin de les faire monter en compétence, partager leur expérience, faire une veille réglementaire et coconstruire les outils de l'ANAP, thématique qui croise donc celle des enjeux de transformation par l'immobilier.

[11] La mission propose donc de confirmer l'ANAP dans ses missions d'appui à la transformation de l'offre du secteur, notamment :

²¹ COP 2022-2026, mesure 1.1.2 amplifier les actions en faveur de la transformation de l'offre médico-sociale.

²² Rapport IGAS d'évaluation du COP 2018-2020, Christian DUBOSQ Martial METTENDORFF Jacques-Bertrand de REBOUL, décembre 2021.

- à travers l'animation des réseaux ARS et CD par des webinaires et supports dédiés à la transformation de l'offre ;
- à travers l'appui aux ESSMS par la production de supports, l'animation de webinaires et de communautés de pratiques et des analyses de terrain pour enrichir ces supports.

[12] Concernant l'outillage des autorités de tarification, la mission a pu constater que les agents des directions de l'autonomie en ARS (siège et DD) ou en CD ne sont pas tous à l'aise avec les enjeux de la transformation de l'offre (modularité des parcours, démarche d'autodétermination...), connaissent inégalement la nomenclature de 2017 ou les marges de manœuvre ouvertes par la réglementation (comme les dispositions de la loi 3Ds²³) ou ne les utilisent pas du fait d'outils de suivi et de tarification peu compatibles (ex : autoriser un ESSMS en « toute modalité d'accueil et d'accompagnement » avec une capacité globale lorsque pour déterminer la dotation ou remplir les outils de suivi, il faut exprimer un nombre de places par modalité d'accompagnement). Une montée en compétence par l'animation de la DGCS et de la CNSA (le cas échéant par l'intermédiaire d'un partenaire externe) d'une part et de l'ANAP d'autre part est donc nécessaire.

[13] Concernant l'outillage des ESSMS, la mission recommande de prioriser :

- La transformation des ESSMS « employeurs » : conduite de projet, enjeux RH dont nouveaux métiers comme le coordonnateur de parcours, nouveaux organigrammes... ;
- La méthode de construction du projet de transformation avec les personnes accompagnées, professionnels et partenaires du territoire : diagnostic, mesure d'impact social..., en particulier outiller les ESSMS pour un diagnostic comprenant la réévaluation de leur file active et leur liste d'attente avec l'appui d'assistants aux parcours et projet de vie ou autres facilitateurs pour la demande des PSH et appui des partenaires locaux (Centres de ressources, autres ESSMS) pour l'évaluation des besoins ;
- Les problématiques organisationnelles identifiées (exemple : organiser l'accueil temporaire ou séquentiel pour garantir une bonne utilisation des places d'hébergement au regard des besoins, y compris par partenariat entre ESSMS) ;
- La problématique immobilière (localisation et projet architectural adapté), en partant d'un diagnostic prenant en compte les données du tableau de bord de la performance administré par l'ATIH (identification des sites et des bâtiments, date de construction ou de dernière grosse rénovation, accessibilité et sécurité des bâtiments, nature du droit d'occupation, superficies bâimentaires et foncières, taux de vétusté des constructions).

[14] Cet outillage doit être au service des ESSMS qu'ils soient sous compétence des ARS ou des conseils départementaux.

[15] Cette compétence d'appui est cependant à bien articuler avec la CNSA et l'ANCREAI pour éviter des travaux concomitants non coordonnés. Une convention de partenariat CNSA, ANCREAI et ANAP pourrait permettre de clarifier les missions de chacun quant à la transformation de l'offre, en donnant à l'ANCREAI un rôle d'assembler et de diffuseur des travaux locaux des CREAI, de déploiement de projets tels que START²⁴ comme prévu par les conventions DGCS-CNSA-ANCREAI et d'alimentation de l'ANAP par ces travaux.

²³ Loi du 21 février 2022 relative à la différenciation, la décentralisation, la déconcentration et portant diverses mesures de simplification de l'action publique locale : suppression de toutes restrictions liées à la gravité du handicap et aux troubles associés dans toutes les autorisations et élargissement à 20 ans de toutes les limites d'âge supérieures comprises entre 16 et 20 ans dans les établissements pour enfants dans les autorisations

²⁴ START : dispositif de formation et de promotion de communautés de pratiques professionnelles dans le champ des Troubles du Neuro-Développement (TND)

[16] Au-delà de l'outillage général de la transformation, l'appui de proximité en collectif peut également être porté par l'ANAP. Le GIP a estimé les moyens nécessaires à un appui de proximité en collectif pour la conduite de projets de transformation à hauteur de 200 000 à 500 000 euros par an selon l'internalisation de la mission ou sa délégation à un prestataire (problématique du plafond d'emploi de l'ANAP). En comptant sur le transfert de compétences entre ESSMS d'un même OG, cet accompagnement peut être réalisé sur 3 ans.

[17] Par ailleurs, l'accompagnement des gestionnaires en collectif sur le terrain par d'autres acteurs nationaux peut également se poser pour une montée en compétence harmonisée sur des thèmes précis. Le fonds d'appui à la transformation prévoit une enveloppe de 6 millions pour cet appui national (2 millions par an).

[18] Au-delà de l'outillage organisationnel, dans un contexte de transformation de l'offre pour permettre des parcours plus modulaires, il manque encore un outillage transverse sur les pratiques entre professionnels autour d'une même personne (identification et rôle des coordonnateurs de parcours et des référents de parcours, y compris dans un contexte d'interventions de structures différentes) et sur les attendus formels des projets individualisés d'accompagnement (ou plans personnalisés d'accompagnement) dans un contexte de modularité des parcours. Une recommandation de la HAS en la matière semble aujourd'hui nécessaire, son opposabilité aux acteurs mériterait d'être discutée.

1. Au niveau territorial, avoir la capacité de mieux accompagner les établissements dans leur projet de transformation

[19] L'accompagnement de la transformation sur le territoire relève des ARS et des Conseils départementaux. La mission n'ayant pas de données sur les effectifs des conseils départementaux, elle s'est intéressée uniquement aux effectifs des ARS.

[20] D'après l'enquête activité menée chaque année, les ressources des ARS pour piloter l'offre médico-sociale PSH sont de 553,88 ETP avec, de l'avis de tous les interlocuteurs de la mission, une concentration de l'activité sur la tarification et contractualisation qui limite la possibilité d'accompagner dans la durée, comme les ARS le souhaiteraient, les projets de transformation.

Tableau 18 : Effectifs des ARS

Domaine	Types activités	Total ARS
Médico-social PH	Management et secrétariat (PH)	81,58
	Actions sur l'orga et fonctionnement (PH)	96,65
	Actions sur le financement des activités (PH)	188,97
	Actions sur la qualité et sécurité (PH)	93,66
	Contractualisation (PH)	80,46
	Actions de mise en œuvre de la GDR (PH)	3,15
	Actions sur les usagers (PH)	3,52
	Covid-19 (PH)	5,89
Total PH		553,88

Source : SI SIPERFCUBE/Données enquête activité 2022

Tableau 19 : Rapport ETP/ESSMS

Nbre ETP	553,88
Nombre ESSMS compétence ARS*	8879
Ratio ETP pour 1 ESSMS	0,06
Nbre ESSMS pour 1 ETP	16,03054791

*compétence ARS exclusive ou partagée

Source : Mission d'après SI SIPERFCUBE/Données enquête activité 2022 et FINESS 2024

[21] La CNSA, à travers le fonds d'appui à la transformation, a d'ores et déjà prévu pour 2025, 2026 et 2027 2,5 millions par an pour les ARS pour des renforts en ingénierie (ETP) par appel à projets.

[22] Par ailleurs, au-delà des services « autonomie », les services d'inspection des ARS vont devoir se mobiliser sur un prochain plan d'inspection des ESSMS PSH. L'inspection a vocation à changer de prisme pour des ESSMS transformés dans la mesure où les conditions minimales de fonctionnement par typologie d'ESSMS sont pour partie obsolètes et où l'enjeu de modularité des parcours modifie les organisations. Un outillage des inspecteurs ARS (grille IC, méthodologie) est nécessaire, en particulier pour des inspections sur des structures transformées qui auront lieu à la fois « dans » et « hors les murs ». Ce point appelle d'ailleurs une vigilance importante car si les effectifs accordés dans le cadre du plan d'inspection des EHPAD ont été maintenus, le projet de loi de finances pour 2025 prévoit des baisses d'effectifs qui pourraient mettre à mal la faisabilité d'un nouveau plan d'inspection.

[23] Sur les enjeux spécifiques des investissements immobiliers, le rapport IGAS sur la transition énergétique des établissements de santé et médico-sociaux²⁵ indiquait que la compétence sur les investissements immobiliers s'était renforcée en ARS avec le recrutement d'ingénieurs et d'architectes parfois mobilisés sur les questions environnementales et énergétiques. Dans l'enquête faite par la mission IGAS auprès des ARS pour le rapport précité, parmi les renforts Ségur sous plafond mais temporaires, 37,5 ETP ont été recrutés sur les investissements immobiliers. Cette expertise doit pouvoir venir au soutien de l'analyse des projets d'investissement immobiliers liés à la transformation de l'offre, même si non financés au titre du Segur investissement. La compétence d'ingénieurs ou architectes doit, selon la mission, devenir une ressource pérenne des ARS au vu de tous les chantiers des secteurs sanitaires (ES en particulier) et médico-sociaux (PA/PSH/PDS) dans un contexte double d'évolution générale de l'offre « au plus près, dans la cité » et de transition écologique.

[24] Par ailleurs, au niveau des établissements, disposer d'appuis pour mener leur transformation est nécessaire pour un déploiement plus structurel de la démarche de transformation.

[25] Au-delà du rôle de l'ANAP vu plus haut, l'appui de proximité aux ESSMS est nécessaire pour accélérer la dynamique de transformation, de manière renforcée pour des organismes gestionnaires de petite taille qui ont besoin de soutien.

[26] Les ARS ont besoin de s'appuyer pour cela sur des structures externes pour accompagner la transformation de l'offre en proximité (niveau régional pour les enjeux de sensibilisation/formation, niveau plus local en intervention technique auprès des ESSMS en

²⁵ Rapport IGAS de Stéphane MULLIEZ et Thierry PAUX « Transition énergétique des établissements sanitaires et médico-sociaux et impact du Ségur de l'investissement sur ces enjeux », juillet 2024

besoin). Elles ont commencé à le faire, selon des modalités plus ou moins structurées, auprès de différents organismes dont les centres régionaux d'études, d'actions et d'informations (CREAI) en faveur des personnes en situation de vulnérabilité. La circulaire de 2017 sur la transformation de l'offre²⁶ puis la circulaire précitée sur le fond d'appui à la transformation a d'ailleurs cité les CREAI comme pouvant utilement contribuer aux évolutions de l'offre médico-sociale.

[27] Dans une logique d'adaptation territoriale, la mission recommande de laisser aux ARS le choix des structures partenaires pouvant mener la mission d'appui, en fonction de leur tissu partenarial.

[28] Cependant, des règles nationales concernant les attendus de l'appui à la transformation des ESSMS – en collectif comme en individuel - devrait être fixées afin de ne pas faire perdurer les différences de conception qui existent encore quant à la transformation de l'offre et de faire réellement levier pour aboutir à une offre transformée sur tout le territoire. Ces règles nationales devraient comprendre des principes quant à l'association des personnes concernées et recommander une démarche d'appui de proximité dans une approche territoriale (appui commun pour plusieurs organismes gestionnaires sur un territoire afin de travailler sur la complémentarité des offres, en intégrant tous les ESSMS enfants comme adultes dans la démarche).

[29] Par ailleurs, ces organismes d'appui pourraient utilement repérer les innovations locales et participer à leur « transfert » sur d'autres territoires. En effet, comme le rapport de la FIRAH²⁷ le souligne, la clé pour augmenter l'impact des innovations et accélérer la transformation, dans un souci d'égalité des chances, est le transfert. Aujourd'hui, il y a encore trop peu d'échanges entre régions (offre sous compétence ARS) ou entre départements (offre sous compétence des conseils départementaux) sur les projets ayant abouti.

[30] Le fonds d'appui à la transformation précité a fléché une sous enveloppe dédiée de 6,5 millions en 2024 et 7 millions en 2026 pour le recours à des prestations intellectuelles (cf. annexe Crédits du fonds d'investissement).

2. Focus - Outiller les stratégies immobilières

[31] S'agissant de l'investissement pour les projets immobiliers, Jean-René Loubat²⁸ décrivait ainsi la problématique : « *Sur le plan économique, la question du patrimoine immobilier, peu abordée, représente un frein très important à tout processus inclusif. Nombre d'opérateurs possèdent en effet des patrimoines immobiliers conséquents, issus largement de dons, le plus souvent encombrants, constitués de bâtiments anciens, peu fonctionnels et mal situés (châteaux, castels, maisons bourgeoises, anciens couvents, séminaires ou écoles), dont les coûts de maintenance et de mise aux normes sont exorbitants et proportionnels au désintérêt commercial qu'ils suscitent... Quant aux bâtiments plus récents, ils ont été construits sur mesure pour une certaine conception de la vie collective et s'avèrent parfois peu réutilisables pour un autre usage.*

²⁶ Circulaire n° DGCS/3B/2017/148 du 2 mai 2017 relative à la transformation de l'offre d'accompagnement des personnes handicapées dans le cadre de la démarche « une réponse accompagnée pour tous », de la stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre médico-sociale (2017-

2021) et de la mise en œuvre des décisions du CIH du 2 décembre 2016

²⁷ Rapport FIRAH – Recherche appliquée sur le handicap - « Le transfert des innovations dans le domaine du handicap », coordination par Eléonore SEGARD, 2022

²⁸ Jean-René LOUBAT dans « La « transformation de l'offre médico-sociale » : des intentions aux pratiques », Vie sociale 2023/3 (N°43)

Après avoir beaucoup investi dans leur adaptation aux normes, il est évidemment difficile de programmer la démolition de tous ces bâtis... ».

[32] Le rapport IGAS de 2021²⁹ avait déjà recommandé de « mettre en œuvre, avec l'appui de la CNSA, une politique incitative de transformation patrimoniale pour les établissements particulièrement isolées, avec des subventions d'investissement. »

[33] En effet, pour les établissements situés sur des communes hors influence des pôles urbains (qui représentaient 68 ESSMS pour enfants et 367 ESSMS pour adultes selon les estimations de la mission dans ce rapport), plusieurs facteurs obèrent la capacité de mener à bien un projet de transformation : éloignement des familles trop important pour un accueil modulaire, séquentiel ou temporaire, renforcement de la problématique d'attractivité pour des professionnels, temps de déplacement pour une intervention en milieu ordinaire trop long pour les professionnels....

[34] Mais au-delà, la problématique des établissements géographiquement bien situés mais non adaptés est toute aussi prégnante.

[35] Ainsi, concevoir des projets immobiliers adaptés aux enjeux de transformation (locaux tournés vers l'extérieur et pour une inclusion inversée, renforcement du « chez soi », base arrière des interventions en milieu ordinaire...) est un enjeu important pour ancrer la transformation dans une réalité quotidienne.

[36] Pour les projets immobiliers et les stratégies d'investissements associées, y compris pour les enjeux de transition écologique, la mobilisation de compétences à l'échelle des établissements doit pouvoir s'effectuer dans un cadre mutualisé, notamment pour les organismes gestionnaires les moins dimensionnés en termes de service immobilier, par exemple par la voie du GCSMS, GCSMS support ou GCSMS délégataire des autorisations.

[37] S'agissant du financement de l'investissement, les ESSMS PSH n'ont pas, en tant que tels, bénéficié des crédits d'investissement SEGUR (réservé aux établissements sanitaires et aux ESSMS du champ personnes âgées). Dans le cadre de la COG CNSA, 30 millions par an étaient prévus au titre du plan d'aide à l'investissement PH à côté des crédits non reconductibles attribués chaque année par les ARS aux ESSMS (sur leur dotation régionale limitative) qui, pour l'année 2023, s'élevaient à près de 140 millions d'euros.

[38] Avec l'instruction précitée sur le fonds d'appui à la transformation, le plan d'aide à l'investissement (PAI) pour les projets immobiliers est annoncé à hauteur de 147,5 M€ dont 27 M€ disponibles en 2024.

[39] Si l'instruction inscrit l'investissement immobilier dans des projets de transformation de l'offre au regard des objectifs réaffirmés par la CNH, les orientations de l'instruction ne disent donc que peu de choses des attendus des projets immobiliers et ne précisent rien quant aux spécificités des investissements liés à l'école inclusive pour soutenir l'étayage médico-social à l'école (locaux dédiés, équipements techniques intégrés dans la conception des établissements scolaires...). Par ailleurs, ce plan d'aide à l'investissement ne peut pas, en l'état actuel, bénéficier aux ESSMS adultes sous compétence exclusive des conseils départementaux (le fonds d'appui est en soutien des ARS). Or, le secteur adultes doit tout autant se transformer que le secteur enfants, en particulier dans une optique de « suite de parcours » des enfants devenant adultes.

²⁹ Rapport IGAS Nicole BOHIC et Franck LE MORVAN « Mieux répondre aux attentes des personnes en situation de handicap – des outils pour la transformation des établissements et service sociaux et médico-sociaux », mai 2021

La mission relève d'ailleurs que l'instruction ayant été publiée en juillet 2024, la production de projets par les ESSMS et leur analyse par les ARS vont être, de fait, limités. La priorisation devrait donc se faire sur des projets déjà examinés avec l'enjeu de commencer au plus tôt l'examen de projets nouveaux en vue de la délégation 2025.

ANNEXE 11 : EXPERIMENTATION

« FACILISOINS »



Mettre en place un nouveau modèle de financement et d'organisation de la prévention et des soins pour les personnes en situation de handicap (enfants et adultes) accueillies en établissement médico-social, afin de leur garantir un parcours de santé inclusif et coordonné, qui mobilise au mieux les ressources en santé du territoire, en particulier les soins de ville

Porteur du projet :
Ministère chargé de la Santé

Partenaires :
20 établissements médico-sociaux accueillant des personnes en situation de handicap, à l'issue de l'appel à candidature



AUVERGNE-RHÔNE-ALPES,
BOURGOGNE-FRANCHE-COMTÉ
BRETAGNE, HAUTS-DE-FRANCE,
ÎLE-DE-FRANCE, NORMANDIE,
NOUVELLE-AQUITAINE, OCCITANIE,
PAYS DE LA LOIRE



Durée :
2 ans



Fonds pour l'innovation du système de santé (FISS) :
1.000 K€



Enfants et adultes en situation de handicap accueillis en établissement médico-social



Publié au Journal officiel du 21/04/2021 et modifié le 22/07/2022



Financement substitutif et complémentaire ; droit commun pour les soins de ville et les produits de santé



1 Le principe des dépenses de soins intégrées dans la dotation des ESSMS constitue un frein dans l'accès à la santé

1.1 Les difficultés liées à l'intégration de toutes les dépenses de soins dans la dotation des ESSMS

1.1.1 Les soins sur le budget de l'ESSMS sans modulation

[1] Le budget des établissements médico-sociaux pour les personnes en situation de handicap financés ou co-financés par l'assurance maladie (compétence ARS ou ARS/CD) couvre les soins et les activités de réadaptation dispensées par l'établissement ainsi que le financement des soins de ville (consultation, laboratoire, imagerie) et des médicaments et dispositifs médicaux.

[2] Le rapport IGAS de 2021³⁰ indiquait déjà : « *Les soins qui sont habituellement remboursés par l'assurance maladie en libéral ne peuvent être pris en charge par l'assurance maladie lorsque la personne bénéficie d'un accueil ou d'un accompagnement par un ESSMS. Cette situation est fréquente notamment pour les enfants qui sont alternativement en établissement et dans leur famille. (...)* ».

[3] Il est certes possible, pour un ESSMS, lorsqu'il ne dispose pas de moyens adaptés pour répondre à l'ensemble des sollicitations dont il fait l'objet – de manière structurelle ou conjoncturelle (un pic d'activité, pathologie particulière...) – d'accompagner une personne sans pour autant pouvoir lui fournir une prise en charge globale prévue dans le cadre de son autorisation. Les soins complémentaires de la personne sont alors soumis à accord préalable de l'Assurance maladie comme le prévoit l'article R314-122 du CASF.

[4] Or le budget n'est pas construit en fonction des besoins propres de chaque personne accompagnée. Ceci a pour conséquence un recours privilégié à l'hôpital public et non aux soins de ville mais pas uniquement.

[5] Le rapport de Philippe De Normandie et Stéphanie Talbot³¹ soulétait que la réglementation entraînait donc « *des effets pervers, non seulement pour les personnes elles-mêmes, mais aussi pour l'ensemble du système de soins : refus d'admission, limitation voire refus de sortie temporaire de l'établissement médico-social, limitation de la prévention et des soins.* »

[6] Le rapport IGAS récité concluait sur ce point : « Les PSH devraient pouvoir accéder aux soins qui leur sont prescrits qu'ils soient délivrés au sein d'ESSMS, par des professionnels libéraux ou par les deux. »

1.1.2 Des difficultés accrues dans un parcours modulaire

[7] Le principe même du parcours modulaire est de rendre possible d'être « dedans puis dehors », « dehors puis dedans » ou « dedans et dehors », selon les besoins et les aspirations, par nature évolutifs. Les personnes en situation de handicap seront, de plus en plus, à la fois en ESSMS

³⁰ Rapport IGAS de Nicole BOHIC et Franck LE MORVAN, « Mieux répondre aux attentes des personnes en situation de handicap – des outils pour la transformation des établissements et service sociaux et médico-sociaux », mai 2021

³¹ « Améliorer l'accès aux soins des personnes en situation de handicap accompagnées par un établissement ou service médico-social : ne pas avoir à choisir entre être accompagné et être soigné », Philippe De Normandie, Stéphanie Talbot, octobre 2019

et à domicile, qu'il s'agisse de week-end ou de vacances, d'accueil séquentiel ou d'accueil temporaire en ESSMS. Les difficultés évoquées dans plusieurs rapports ne peuvent donc que s'accroître.

2 L'expérimentation FACILISOINS (article 51) vise à fluidifier l'accès aux soins des personnes en situation de handicap accompagnées par un établissement ou service médico-social.

2.1 Une expérimentation portée au titre de l'article 51 vient tester un nouveau modèle

[8] Lancé par l'arrêté du 16 avril 2021 relatif à l'expérimentation nationale d'un forfait santé en ESSMS – nouveau modèle de financement de l'organisation de la prévention et des soins en établissement pour personnes en situation de handicap – cette expérimentation dite « article 51 » a démarré de manière effective au second trimestre 2023, après deux ans de travaux préparatoires (contractualisation, modèle financier).

[9] L'enjeu est de faire sortir les postes de dépenses « maladies » des ESSMS pour les faire supporter par le droit commun au sens de l'ONDAM ville : médicaments et dispositifs médicaux, consultations de ville liées à la maladie, qu'elle soit liée ou non au handicap, imagerie, laboratoire....

[10] Dans le cadre de cette expérimentation, les missions de réadaptation, d'accompagnement du parcours de santé (coordination) et de prévention restaient pris en charge sur le budget de l'établissement dénommé « forfait santé ». Nombre de professionnels de la rééducation et de la réadaptation fonctionnelle ne figurent en effet pas parmi les professions conventionnées avec l'assurance maladie, empêchant la prise en charge financière en ville. Le montant de ce forfait est alors négocié entre l'établissement, l'ARS et la CPAM locales et inscrit dans un document de contractualisation tripartite.

[11] Ainsi, le modèle de financement proposé repose à la fois sur :

- La dotation habituelle de l'établissement allouée par l'ARS au titre de l'OGD (via l'ONDAM médico-social) qui permet de financer les missions propres de l'établissement, élargie à ses missions spécifiques de suivi du parcours de santé de la personne ;
- Le financement des soins de ville, y compris de la pharmacie, par le droit commun dans le cadre de l'ONDAM soins de ville.

[12] Avec ce nouveau modèle il était attendu des ESSMS de renforcer la coordination des soins (dont l'accès à la prévention).

2.2 Vingt ESSMS sont engagés dans l'expérimentation

[13] 20 ESSMS sur 9 régions au départ puis, suite à désistement, 15 ESSMS sur 6 régions se sont engagés dans cette expérimentation, les ESSMS sélectionnés devant avoir une variété de modalités d'accompagnement pour pourvoir mesurer l'impact de cette réforme de financement de la partie « maladie ».

Tableau 20 : ESSMS participant à l'expérimentation

Région	Organisme gestionnaire	ESSMS	Commune et département	Capacité FINESS	Date de signature de la convention
Pays de la Loire	VYV3 PDL	FAM Horizons	ST HERBLAIN (44)	15	16/11/2022
	VYV3 PDL	MAS Horizons	ST HERBLAIN (44)	26	16/11/2022
Occitanie Territoire de pré-expérimentation	ASEI	FAM Les Hauts de Laurède	CINTEGABELLE (31)	42	22/11/2022
	ASEI	MAS jean de la Fontaine site de Brax	BRAX (31)	32	22/11/2022
	Fondation Louise	MAS Françoise de Veyrinas	GRATENTOUR (31)	51	30/11/2022
Ile-de-France	UNAPEI 92	FAM de Billancourt	BOULOGNE BILLANCOURT (92)	39	17/11/2023
Bretagne	APF	EAM Kerdonis	VANNES (56)	25	25/01/2023
	GCSMS APAJH 22/29/35	IME Dame F. HUON	QUIMPERLE (29)	105	15/12/2022
Bourgogne Franche Comté	UGECA BFC	EAM Les Boisseaux	MONTEAU (89)	49	03/10/2023
	UGECA BFC	DITEP de Côte d'Or	DIJON (21)	142	03/10/2023
	UGECA BFC	IME Les cent Tilleuls	MONTAIGU (39)	80	03/10/2023
	UGECA BFC	EAM Charnay	CHARNAY-LES-MACON (71)	60	28/09/2023
	UGECA BFC	IME René Nauroy	NOIDANS LES VESOUL (70)	49	26/09/2023
	UGECA BFC	IME de Villeneuve	ESSEY (21)	46	03/10/2023
Auvergne Rhône Alpes	Espoir 73	EAM Chardon bleu	ALBERVILLE (73)	16	15/09/2023
TOTAL des capacités				777	

Source : DGCS 2024

3 De l'impossibilité de conclure

[14] La mission a pu consulter l'évaluation du T0 faite en première partie d'expérimentation et deux bilans d'étape de cette expérimentation dont le dernier datant d'août 2024, documents insuffisants pour apprécier la conduite de l'expérimentation et porter un avis précis.

3.1 Difficultés rencontrées pendant l'expérimentation

[15] Si des difficultés liées à l'engagement des ESSMS dans cette démarche (dialogue irrégulier, désistements, turn-over) ont été signalées par les acteurs, l'expérimentation s'est heurtée à deux difficultés techniques majeures relevées dans les trois documents :

- Les difficultés de consolider un T0 du point de vue financier, c'est-à-dire d'estimer les montants par postes de dépenses de chaque ESSMS expérimentateurs (données déclaratives, incomplètes ou avec atypies signifiantes) ;
- Le manque de lisibilité du cadre budgétaire retenu : la distinction entre ce qui reste financé par la dotation au titre du « forfait santé » et ce qui relève dorénavant de l'ONDAM ville ou sanitaire, par utilisation de la carte vitale de la personne concernée.

[16] Les échanges de la DGCS avec les expérimentateurs ont fait remonter par ailleurs des difficultés qui sont en tant que telles des objets des travaux pour favoriser la démarche inclusive et la facilitation de la vie en milieu ordinaire :

- Le reste à charge des soins liés au handicap ;
- La question des transports ;
- Les modalités d'aides mises en place pour faciliter l'accès à la télémédecine et à la télé expertise mais aussi l'adaptation de ces nouvelles modalités pour des personnes en situation de handicap ;
- Des pistes pour faire évoluer les fonctions de l'IDE particulièrement positionné en matière de coordination du parcours santé de chaque résident ou usager ;
- La stratégie numérique et l'ouverture de « mon espace santé ».

3.2 Une expérimentation réorientée

[17] A l'été 2023, l'expérimentation a été réorientée à la demande du ministère de la santé et des solidarités sur l'aspect qualitatif pour évaluer les organisations innovantes susceptibles d'être mises en place par les ESSMS expérimentateurs sur leur cœur de missions pour construire un parcours de prévention et de santé des personnes en situation de handicap accompagnées en ESSMS.

[18] L'absence de clarification des règles financières et du cadre définitif de l'expérimentation n'a donc pas permis de conduire l'expérimentation pour répondre à son objectif initial, laissant toujours d'actualité la problématique que constitue le principe d'interdiction de la double prise en charge (ESSMS et ville), dans un contexte de modularité des parcours et où les dotations des

ESSMS ne sont pas encore corrélées à l'intensité des besoins de chacune des personnes accompagnées.

L'expérimentation s'est achevée en juillet 2024. La DGCS a indiqué à la mission qu'aucune évaluation finale n'est prévue par le ministère. Un atelier dit de « capitalisation » de l'expérimentation a été tenu en octobre 2024 soulignant l'intérêt de l'expérimentation pour remettre au centre la question du parcours de santé et ouvrant des pistes pour retravailler le sujet du financement.

PIECE JOINTE n°1 : LA NOMENCLATURE DETAILLEE DES BESOINS ET PRESTATIONS

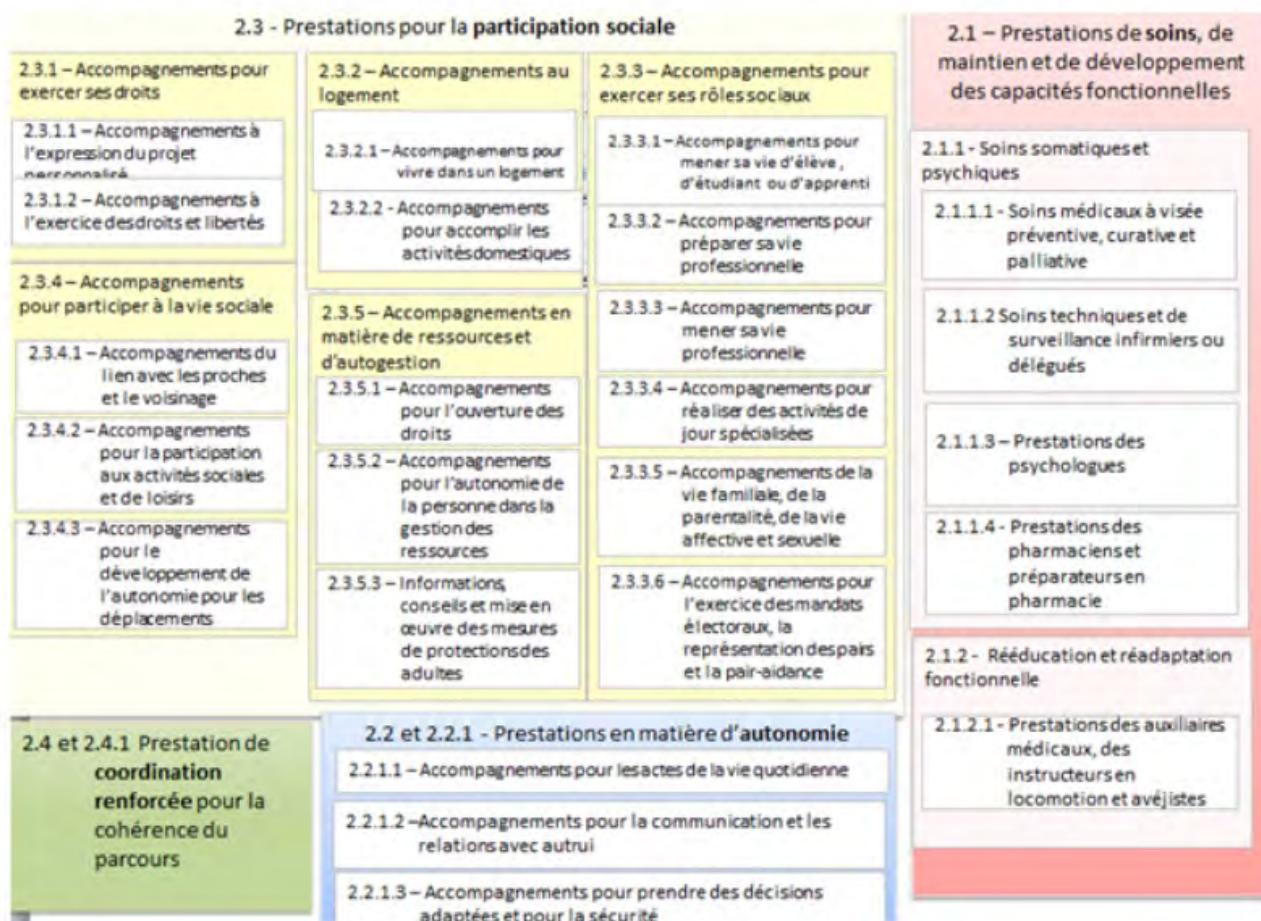
Le travail mené sur la nomenclature SERAFIN-PH a permis de fonder un socle commun de langage, à la fois pour les besoins des personnes en situation de handicap et pour les prestations que les ESSMS peuvent être amenées à délivrer.

Nomenclature des besoins

1.1 et 1.1.1 - Besoins en matière de santé somatique ou psychique	1.3 - Besoins pour la participation sociale
1.1.1.1 - Besoins en matière de fonctions mentales, psychiques, cognitives et du système nerveux	1.3.1 - Besoins pour accéder aux droits et à la citoyenneté
1.1.1.2 - Besoins en matière de fonctions sensorielles	1.3.1.1 - Besoins pour accéder aux droits et à la citoyenneté
1.1.1.3 - Besoins en matière de douleur	1.3.2 - Besoins pour vivre dans un logement et accomplir les activités domestiques
1.1.1.4 - Besoins relatifs à la voix, à la parole et à l'appareil bucco-dentaire	1.3.2.1 - Besoins pour vivre dans un logement
1.1.1.5 - Besoins en matière de fonctions cardio-vasculaire, hématopoïétique, immunitaire et respiratoire	1.3.2.2 - Besoins pour accomplir les activités domestiques
1.1.1.6 - Besoins en matière de fonctions digestive, métabolique, endocrinienne	1.3.4 - Besoins pour participer à la vie sociale et se déplacer avec un moyen de transport
1.1.1.7 - Besoins en matière de fonctions génito-urinaires et reproductive	1.3.4.1 - Besoins pour participer à la vie sociale
1.1.1.8 - Besoins en matière de fonctions locomotrices	1.3.4.2 - Besoins pour se déplacer avec un moyen de transport
1.1.1.9 - Besoins relatifs à la peau et aux structures associées	
1.1.1.10 - Besoins pour entretenir et prendre soin de sa santé	
1.2 et 1.2.1 - Besoins en matière d'autonomie	1.3.3 - Besoins pour l'insertion sociale et professionnelle et pour exercer ses rôles sociaux
1.2.1.1 - Besoins en lien avec l'entretien personnel	1.3.3.1 - Besoins en lien avec la vie scolaire et étudiante
1.2.1.2 - Besoins en lien avec les relations et les interactions avec autrui	1.3.3.2 - Besoins en lien avec le travail et l'emploi
1.2.1.3 - Besoins pour la mobilité	1.3.3.3 - Besoins transversaux en matière d'apprentissages
1.2.1.4 - Besoins pour prendre des décisions adaptées et pour la sécurité	1.3.3.4 - Besoins pour la vie familiale, la parentalité, la vie affective et sexuelle
	1.3.3.5 - Besoins pour apprendre à être pair-aidant
	1.3.5 - Besoins en matière de ressources et d'autosuffisance économique
	1.3.5.1 - Besoins en matière de ressources et d'autosuffisance économique

Source : *Guide descriptif des nomenclatures détaillées des besoins et des prestations SERAPHIN-PH*

Nomenclature des prestations: soins et accompagnements



Source : *Guide descriptif des nomenclatures détaillées des besoins et des prestations*

Nomenclature des prestations: pilotage et fonctions supports

3.1 - Fonctions gérer, manager, coopérer		3.2 - Fonctions logistiques	
3.1.1.1 - Pilotage et direction	3.1.2.1 - Gestion budgétaire, financière et comptable	3.2.1.1 - Locaux et autres ressources pour accueillir	3.2.2.2 - Fournir des repas
3.1.1.2 - Gestion des ressources humaines, de la GPEC et du dialogue social	3.1.2.2 - Gestion administrative	3.2.1.1 - Locaux et autres ressources pour héberger	3.2.2.1 - Fournir des repas
3.1.1 - Gestion des ressources humaines	3.1.2 - Gestion administrative, budgétaire, financière et comptable	3.2.1.2 - Locaux et autres ressources pour accueillir le jour	3.2.3 - Entretenir le linge
3.1.4.1 - Démarche d'amélioration continue de la qualité	3.1.3.1 - Communication (interne et externe), statistiques, rapport annuel et document collectifs 2002-2	3.2.1.3 - Locaux et autres ressources pour réaliser des prestations de soins, de maintien et de développement des capacités fonctionnelles	3.2.3.1 - Entretenir le linge
3.1.4.2 - Analyse des pratiques, espaces ressource et soutien au personnel	3.1.3.2 - Gestion des données des personnes accueillies, système d'information, informatique, TIC, archivage informatique des données, GED	3.2.1.4 - Locaux et autres ressources pour gérer, manager, coopérer	3.2.4 - Transports liés au projet individuel
3.1.4.3 Prestations de supervision	3.1.3 - Information et communication	3.2.1.5 - Hygiène, entretien, sécurité des locaux, espaces extérieurs	3.2.4.1 - Transports liés à accueillir (domicile-structure)
3.1.4 - Qualité et sécurité	3.1.6 - Transports liés à gérer, manager, coopérer		3.2.4.2 - Transports liés aux prestations de soins, de maintien et de développement des capacités fonctionnelles
3.1.5.1 - Coopérations, conventions avec les acteurs spécialisés et du droit commun			3.2.4.3 - Transports liés à l'autonomie et à la participation sociale
3.1.5.2 - Appui-ressources et partenariats institutionnels			3.2.5 - Transports des biens et matériels liés à la restauration et à l'entretien du linge
3.1.5 - Relations avec le territoire			

Source : *Guide descriptif des nomenclatures détaillées des besoins et des prestations*

Pièce-jointe n°2 : Extrait de l'instruction Fonds d'appui à la transformation

Annexe 2 de l'instruction N° DGCS/SD5DIR/CNSA/DAPO/2024/104 du 8 juillet 2024 relative à la création d'un Fonds d'appui à la transformation des établissements et services pour personnes en situation de handicap pour la période 2024-2027

ANNEXE 1 : montants prévisionnels pour 2024, 2025, 2026 et 2027

Chronique des autorisations d'engagement (AE) prévisionnelles du fond d'appui personnes handicapées (PH) pour 2024 à 2027, en millions d'euros.

		2024	2025	2026	2027	Total 2024-2027
		AE	AE	AE	AE	AE
Appui aux coopérations et à l'ingénierie régionale		6,5	2,5	9,5	2,5	21
<i>dont</i>	<i>Equivalent temps plein (ETP) par appel à projet (AAP) de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie(CNSA) au bénéfice des agences régionales de santé (ARS)</i>	0	2,5	2,5	2,5	7,5
	<i>crédits pour des prestations intellectuelles</i>	6,5	0	7	0	13,5
Plan d'aide à l'investissement (PAI) numérique		0	0	10	10	20
PAI technique et technologique		0	15	15	15	45
PAI Immobilier		27	33,5	43,5	43,5	147,5
Appui national		0	2	2	2	6
PAI Habitat Inclusif (HI)		0	3,5	3,5	3,5	10,5
TOTAL		33,5	56,5	83,5	76,5	250
TOTAL délégué aux ARS		33,5	51	78	71	233,5