

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

RAPPORT

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 constitueraient 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 Ségur 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.

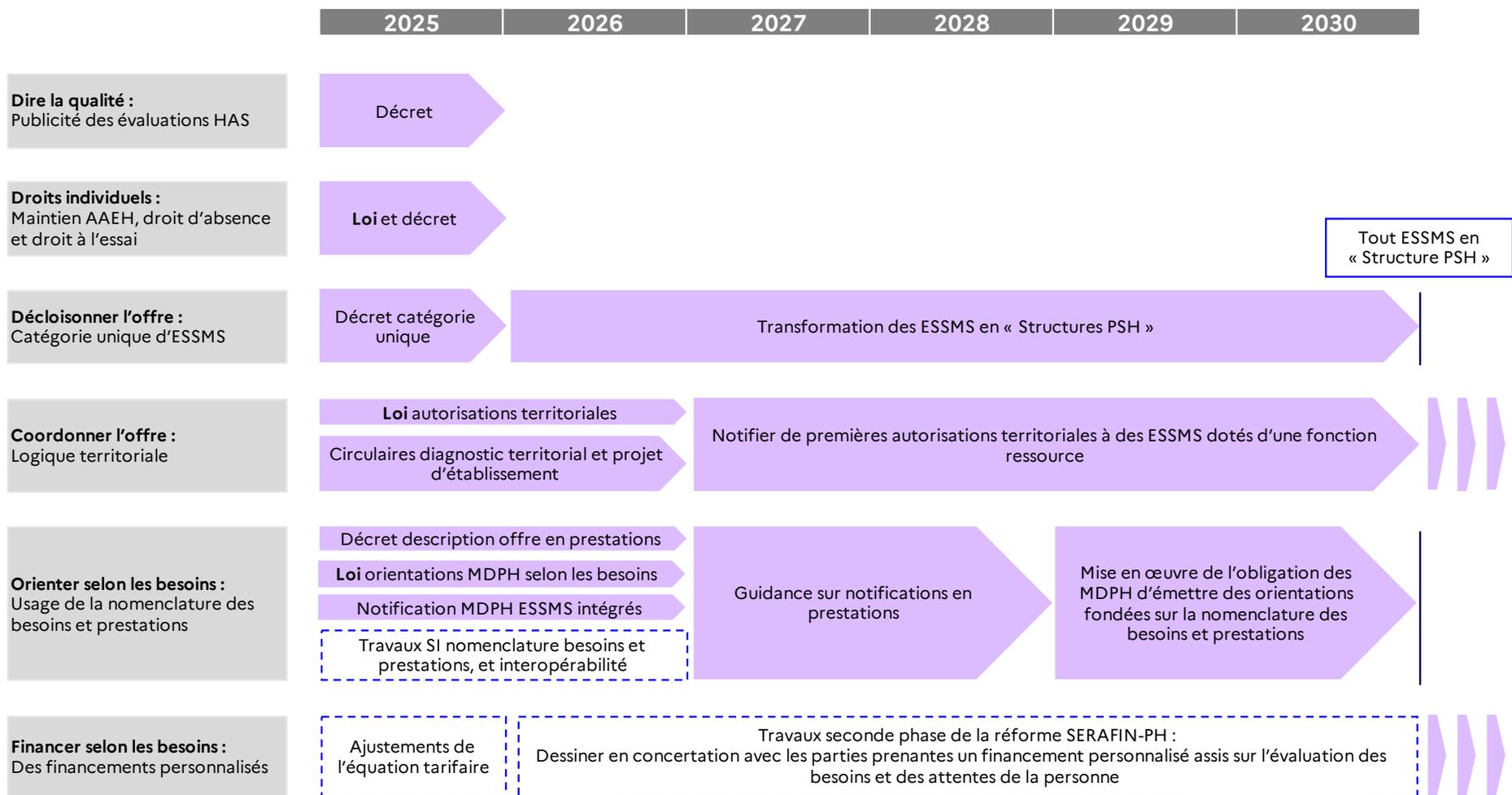
[22] L'exercice de l'autodétermination dans le choix de son mode de vie suppose aussi **la solvabilisation systématique des prestations nécessaires de soins de rééducation, de réadaptation fonctionnelle et de soutien psychologique fournies par des professionnels paramédicaux**, que la personne soit ou 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'AAEH 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 parvenir**, 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 traduiraient 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	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.	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	Systematiser un lien CCAS et MDPH, par designation 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 règlementée 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 privé – 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 hyperspécialisation, 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'autres 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, concernera 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 capacitant.

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 capacitant 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.

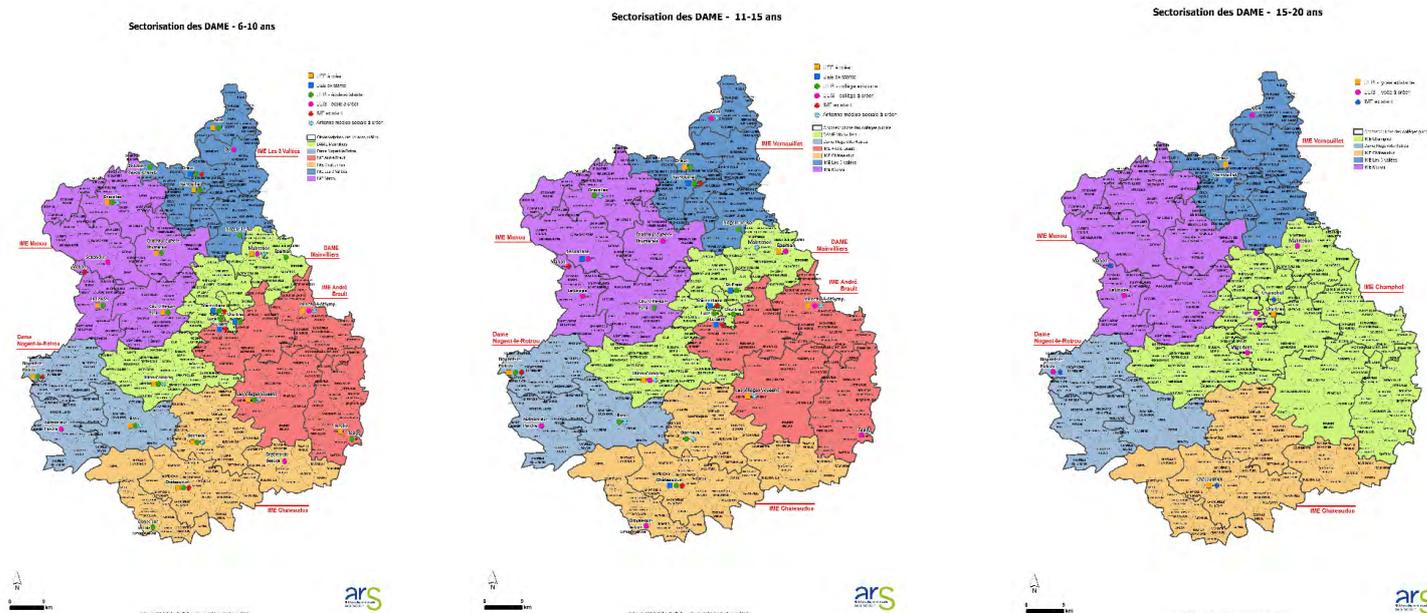
FAM C : déficience du psychisme / accueil de jour, hébergement permanent. Ne se présente pas en plateforme mais a une démarche transformative : dynamique d'autonomisation de personnes accompagnées avec une logique de tremplin vers le milieu ordinaire (hébergement collectif, semi collectif en maison et en appartement de colocation avec un appartement individuel par partenariat). Démarche 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 (autorisation 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 terme « 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 édicition. 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 a 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).

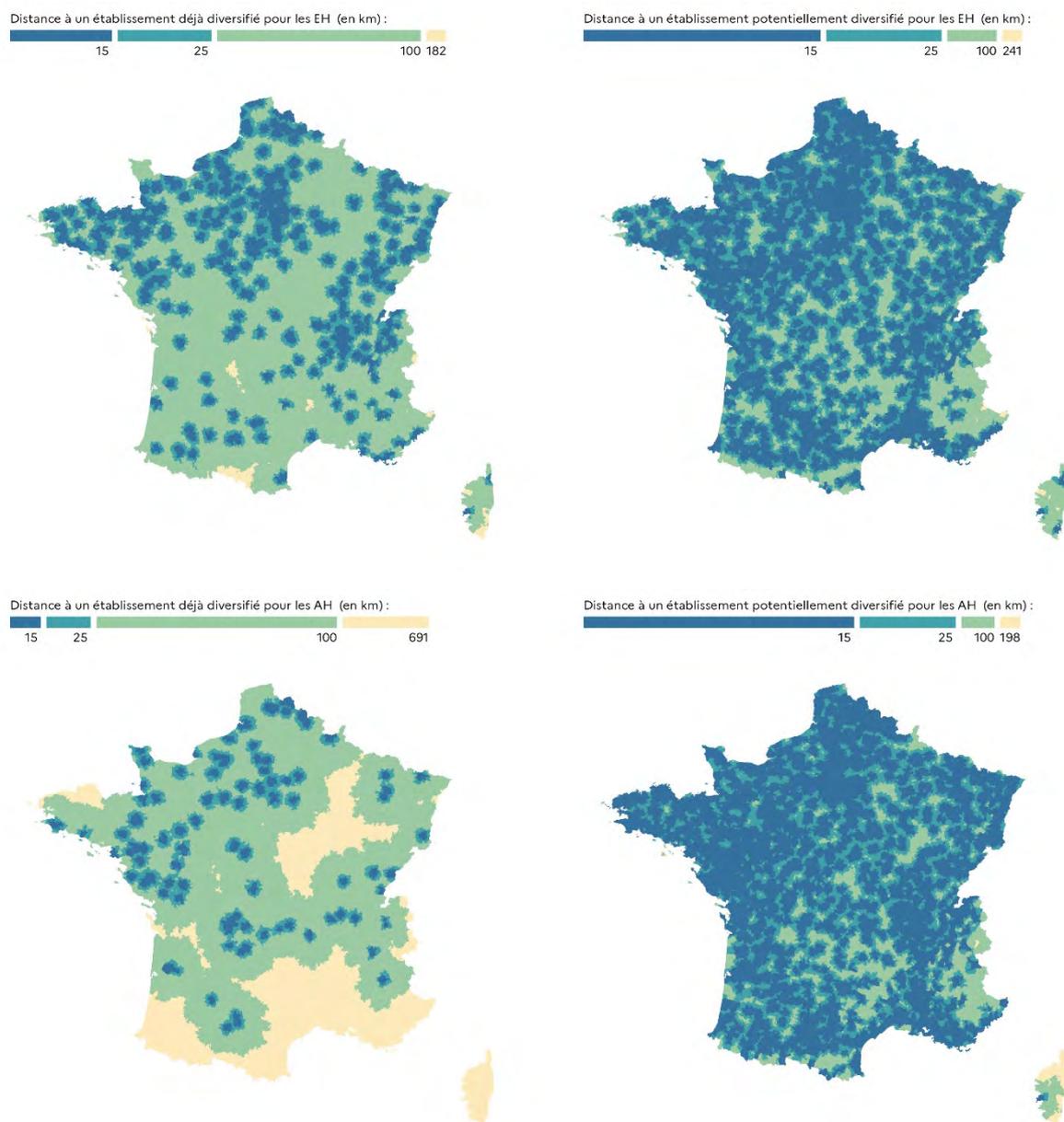
[57] Les deux séries de cartes qui suivent permettent de comparer les deux situations en distinguant les structures pour enfants et celles principalement dédiées aux adultes.

[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.

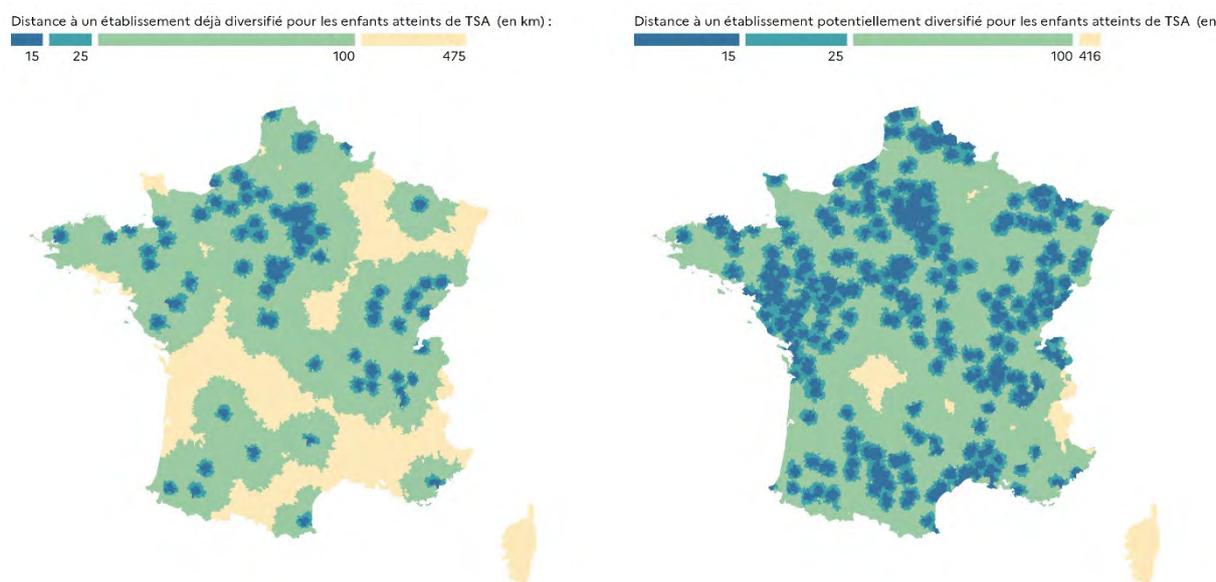
Carte 2 : Distances à un établissement proposant l'ensemble des modes d'accueil et d'accompagnement – tous établissements pour enfants et pour adultes



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 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 traduiraient 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.

[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°, 3°, 5° et 7° 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° 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 « délégataire », 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° du CASF, un tel groupement n'est ni le détenteur direct d'autorisations regroupées, ni un simple groupement 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 réserver 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 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.

[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° 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 (SAAAIS)		
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	Orientation 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		Orientation ESMS Adultes
		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 SAAAIS 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'ADMDPH, 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 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.

- 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 groupe 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 pas un seul périmètre parfait. En effet, un outil programmatique dont le périmètre est sous sa compétence exclusive permet des engagements fermes et de décroisonner plusieurs politiques, en l'occurrence ici PA/PSH. Si le décroisonnement 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 (CAMPS, 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 accrus, 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 (vieillesse 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, FINES, 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°, III, V et VIII 4° de l'article R314-105.

⁸⁷ Article R314-115 du CASF.

⁸⁸ cf. le 2° 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° 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 compléterait 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.

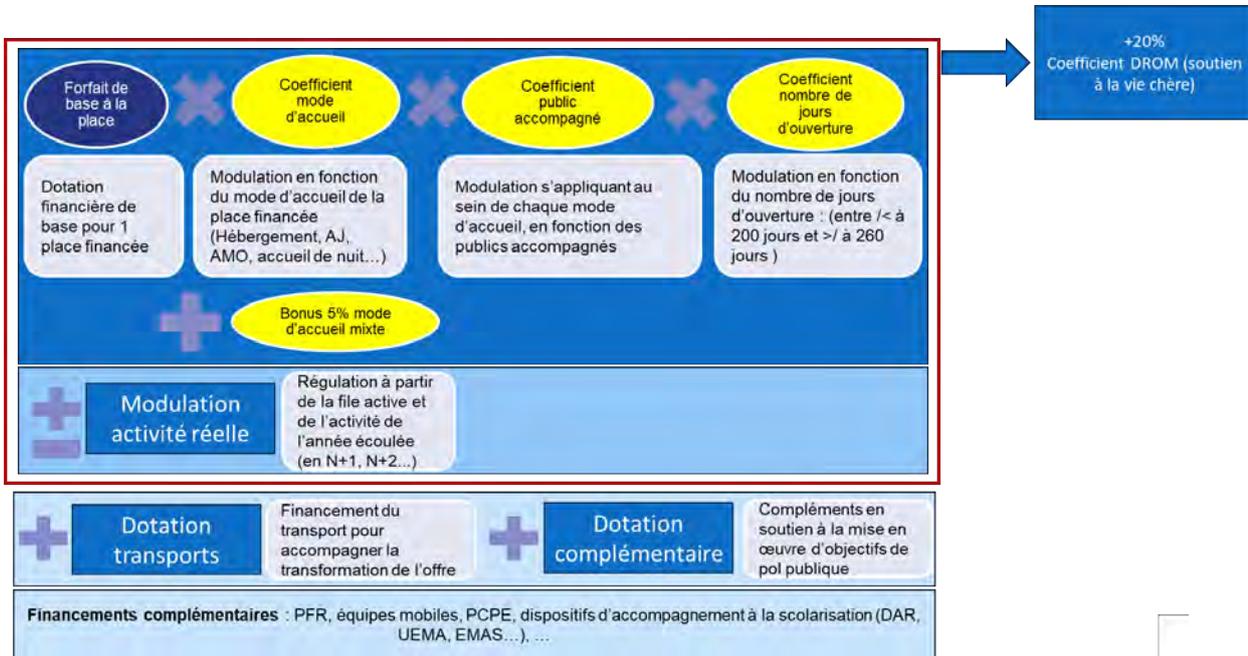
[155] Le premier scénario fondé sur un droit de tirage individuel de prestations en nature a été écarté en raison de sa complexité, à la fois pour les gestionnaires et pour les bénéficiaires, et des craintes d'un renforcement des inégalités de l'accès effectif aux droits. De surcroît, la variabilité 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 tarifificateur, 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 fonctions 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'aidant 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 si 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

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 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.

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 diagnostics 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 facilitateurs 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'AAE 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 FINISS - ROR et SI-SDO (ViaTrajectoire PH) :
- Actualiser le SI FINISS au regard des mesures préconisées dans le présent rapport et assurer l'actualisation du FINISS ;
- Adapter la nomenclature ROR en « mode de fonctionnement » (par interopérabilité FINISS) 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 capacitant), 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 ; Outillage 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 Inscrire 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 structure 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 fléchi 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° 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° à 10° et 12° à 17° 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 bâtis... ».

[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 isolés, 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 Ségur (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.

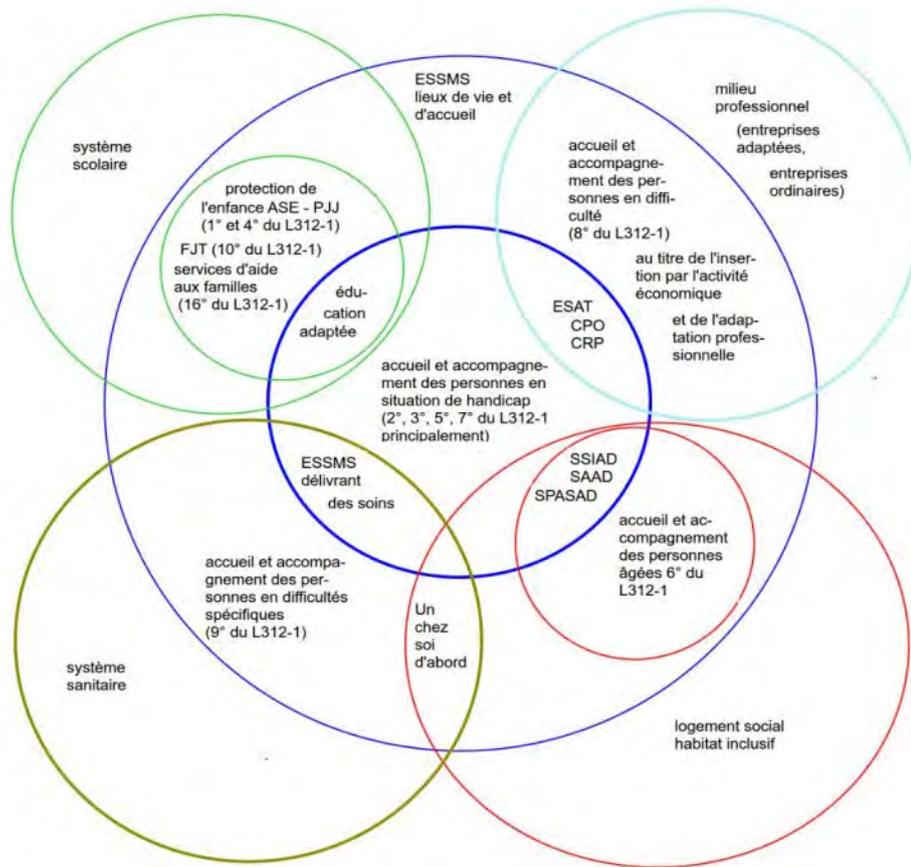
[252] Au titre des modalités de coordination et de coopération du projet d'établissement ou de service sont visés les partenariats « *avec d'autres personnes physiques ou morales concourant aux missions exercées* »¹²⁰ : cette notion doit aujourd'hui inclure les partenariats avec les acteurs de droit 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 croissante d'autres diplômes, notamment s'agissant des cadres (voir le rapport IGAS-IGESR sur La certification des diplômés 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 complément 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'équité 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 bienveillance 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 réalisée pour les ESSMS 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 impacterait 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 CNCPPH, 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 solvabiliser 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'AAEH 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'AAEH 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'AAEH 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 (AAEH), 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'AAEH 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'AAEH, 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'AAEH), 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'AAEH ;
--	--

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'AAEH 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'AAEH 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'AAEH (6ème catégorie, lorsque le handicap contraint 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'AAEH 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'AAEH 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 :

- 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'AAEH de base est maintenu et le complément éventuel est suspendu** mais sans générer d'indu.
- Pour les enfants en situation de handicap avec un TI compris entre 50 % et 80 % : information de la CDAPH qui suspend l'AAEH 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.

LISTE DES ANNEXES

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 AURENCHE, 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)

Abigaël 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 Caisses 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 MADAOUI, 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-THIBAUT, 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 CNAM

Sandrine BILLET, directrice générale adjointe de l'UGECAM

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 DUTAUIA, 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 BOBLET, 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 SEBILO, 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 GIRAULT, 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'Orangerie, 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 BONDOUX, 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 TOUROUDE (UNAFAM)

Pascal USSEGLIO (APF France handicap)

Jacky VAGNONI (Paralysie cérébrale France)

Didier VOITA (Unanimes)

6.19 Croix Rouge Française

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 LORIOU, responsable autonomie

Marie BLANC, présidente de Décllic 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 Elie 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)

Francois 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 GUIFFAULT, 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, directrice 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 LAINE (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 VINCENNELLI, responsable réglementation sectorielle

6.51 UNADMR (Union Nationale des Associations d'Aide a 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 tutélares)

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

Francois-Mathieu ROBINEAU, inspecteur des affaires sociales, IGAS

Françoise THOMAS-VIALETES, présidente EIPAIR 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 CREA
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-psycho-pédagogique
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

RAPPORT IGAS N° 2024-017R

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
FINES	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-rpdd-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 CREAL et de l'ANCREAL 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

