

Rapport
à Madame la secrétaire d'État aux Solidarités et à la Cohésion Sociale
Marie-Anne Montchamp

**Contribution à la réflexion sur l'apport des organismes du secteur
médico- social à l'inclusion des personnes handicapées**

Des clefs pour la cité

Jean-Yves Hocquet
Directeur du Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale

Avril 2012

Peu à peu j'ai découvert que la ligne de partage entre le bien et le mal ne sépare ni les États ni les classes ni les partis, mais qu'elle traverse le cœur de chaque homme et de toute l'humanité. Dans un cœur envahi par le mal, elle préserve un bastion du bien. Cette ligne est mobile, elle oscille en nous avec les années. Dans le meilleur des cœurs il subsiste un coin d'où le mal n'a pas été déraciné... J'ai passé de nombreuses années à dévider ces réflexions douloureuses et quand on me parle de l'insensibilité de nos hauts fonctionnaires ou de la cruauté des bourreaux, je me revois avec mes galons de capitaine conduisant ma batterie (d'artillerie) à travers la Prusse ravagée par les incendies, et je dis : « Nous autres, avons-nous été meilleurs ? »

Soljenitsyne - L'archipel du Goulag

Résumé

La mission confiée par Madame Marie-Anne Montchamp secrétaire d'État aux Solidarités et à la Cohésion Sociale avait pour but de fournir une contribution à l'élaboration des orientations de l'État sur l'évolution du secteur médico-social intervenant dans le champ du handicap à l'appui de la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS). La concertation devait alimenter trois chantiers qui ont vocation à être lancés selon des échéances différentes :

- fournir dès 2012, aux agences régionales de santé des éléments pour leur action territoriale,
- évaluer le bien-fondé d'une réforme des supports juridiques sur lesquels s'appuie l'activité quotidienne des structures ainsi que leurs règles de tarification.
- proposer des orientations en matière de tarification.

Le cadre juridique établi par la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées n'a pas encore épuisé ses potentialités. Si des principes sous-jacents doivent être précisés, il fournit au secteur médico-social un support suffisant à son action en faveur de l'inclusion des personnes handicapées. L'action du secteur médico-social sera d'autant plus pertinente qu'il fera preuve d'une porosité accrue avec la société -et pas seulement dans ses relations avec le social et le sanitaire- et qu'il consolidera ce qui a fait jusqu'à présent sa force, c'est-à-dire une contribution particulière au lien social. Du côté de l'État le souhait d'une visibilité plus forte au niveau local notamment comme pivot de l'élaboration de réels diagnostics territoriaux et la hiérarchisation des priorités s'accompagne de la nécessité de définir un mode d'action basé sur la suggestion et un dialogue continu avec ses partenaires. Le management par la seule norme dans un domaine où il ne s'agit pas de réaliser un acte ponctuel mais de prendre en considération l'ensemble de la personne 24 heures sur 24 et 365 jours par an constitue un facteur inflationniste. De même la notion de place n'est plus adaptée à la mise en œuvre de réponses personnalisées. Le dialogue continu est donc la condition nécessaire pour établir les compromis souhaitables. Les conventions pluriannuelles d'objectifs et de gestion peuvent en être l'instrument. Par ailleurs un effort particulier devra être réalisé pour donner aux maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) les moyens d'assumer pleinement le rôle d'interface qui leur a été attribué par la loi entre le médicosocial et la personne handicapée.

1) Pourquoi le secteur médico-social dans le domaine du handicap et les politiques qui lui sont appliquées doivent-ils changer ? Approfondir l'ambition collective de la loi de 2005.

- 1-A Les principes de la loi de 2005 ne sont pas encore entièrement mis en œuvre.
- 1-B Des changements qualitatifs modifient le contexte de la réponse aux besoins des personnes handicapées avec le risque d'approches réductrices.
- 1-C Le secteur médico-social répond à une demande encore mal définie et toujours plus complexe.
 - 1-C-1 Les éléments minimaux de pilotage ne sont toujours pas disponibles.
 - 1-C-2 Les principes qui président à l'action administrative évoluent.
 - 1-C-3 En l'absence de réforme territoriale aboutie et stable l'organisation locale ne peut être que déséquilibrée.

2) Mettre en place les conditions d'adaptation du secteur médico-social pour une politique du handicap plus efficace

- 2-A Placer la satisfaction des besoins au centre des préoccupations.
- 2-B Les concepts de projet de vie, de parcours et d'accompagnement doivent servir à améliorer la connaissance des besoins et la pertinence des réponses.
- 2-C Que le médico-social diffuse sa compétence.
- 2-D L'évolution des associations notamment implique un chantier sur la gestion des hommes et sur la structuration de la gouvernance.

3) Quelle évolution pour l'État ? Un pilotage plus orienté sur la clarification des objectifs partagés et sur la suggestion.

- 3-A Un État animateur.
- 3-B Renforcer la capacité de l'échelon administratif à s'adapter aux besoins locaux.
- 3-C Restaurer le dialogue.

4) Des mesures d'application immédiate.

- 4-A Affirmer les compétences prévues par la loi de 2005 pour les MDPH.
- 4-B Recentrer et simplifier la procédure d'appel à projet.
- 4-C Subordonner les rapprochements à une analyse territoriale.
- 4-D Faire de la formation comme facteur de fluidité des parcours.

Conclusion

Rappel des propositions

Lettre de mission

- Personnes rencontrées**
- Réunions de travail**
- Contributions écrites**

Dans le domaine du handicap la diversification des attentes liées à la reconnaissance de handicaps spécifiques, à de nouvelles générations de parents plus exigeants et à une personnalisation plus forte s'accompagne du côté des administrations d'un effort d'évolution accélérée ainsi que le montrent la production législative et le développement d'instruments nouveaux comme la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, l'Agence nationale de l'évaluation sociale et médico-sociale et l'Agence nationale de l'appui à la performance. Après la loi de 2002 qui modifie le travail du secteur social et médico-social en établissant un environnement garantissant le respect de l'utilisateur, après la loi de 2005 qui non seulement promeut le principe d'autonomie mais celui de la liberté de choix de la personne handicapée, la loi de 2009 apparaît comme un cadrage administratif rigoureux qui place les gestionnaires comme les départements face à une logique nouvelle symbolisée par l'appel à projets.

Comme l'indique Soljenitsyne la frontière entre le bien et le mal est mobile. La bonne application de la loi n'est jamais acquise, la dégradation d'une mesure utile est la règle si le sens n'en est pas rappelé de manière constante ou si des principes contradictoires se télescopent. De plus la confiance des administrations dans leurs propres agents, la confiance des administrations dans leurs partenaires, cette attitude qui pourrait entretenir des dynamiques positives n'appartient pas à la tradition française. Le Code de l'action sociale et des familles connaît aujourd'hui comme les autres Codes une inflation de pages. Cela ne tient pas au fait que la norme existante serait contestée ou remise en cause mais à l'espérance qu'un nouveau texte permettra enfin l'application effective des principes initiaux retenus par le législateur. L'intervention administrative est aussi ambivalente car en plus des ambitions citées elle intègre, dans la définition des normes comme dans l'application des textes existants, le souci de prévention d'une judiciarisation et d'une médiatisation croissantes d'un côté et une contrainte économique accrue de l'autre.

Dix ans après la loi de 2002 c'est l'occasion de se poser la question de l'effectivité de ses principes. A travers le prisme de la personne handicapée, pour citer une responsable administrative, nous avons une mesure de l'effort d'inclusion souhaité par notre pays, le handicap pouvant être l'aune à laquelle est mesuré le traitement accordé aux personnes les plus fragiles.

Il s'agit de définir les conditions pour que les principes généraux de 2005 s'appliquent réellement. Quelle contribution le secteur médico-social est-il en capacité d'apporter dans son champ d'action? Force est de reconnaître que sa situation n'est pas facile. La prise en compte des besoins de la personne conduit à une exigence accrue à son égard et le cadre administratif devient de plus en plus rigoureux sur le plan normatif comme sur le plan économique. Un consensus s'est dégagé au cours de la préparation de ce rapport sur le fait qu'un statu quo par négligence n'était pas tenable pour les personnes handicapées, pour les organismes et pour les pouvoirs publics. Toutefois le danger pour les politiques publiques est de poser l'injonction du changement » ou pire de « la modernisation » sans en donner le « pourquoi », « l'objet » et « le comment ».

Les différentes lois qui ont marqué le secteur médico-social 2002, 2005, 2007, 2009 ont largement modifié le paysage sans toutefois développer une réflexion globale sur les missions du secteur médico-social et son organisation. Ce secteur est traditionnellement dans l'angle mort des politiques publiques. Même la loi n°2002-2 n'en donne pas une définition spécifique. Il est cité¹ avec le secteur social. La plupart de ses composantes apparaissent à l'article L 312-1 du code de l'action sociale et des familles mais sans qu'il y ait une délimitation de sa contribution particulière à la mise en œuvre de l'action sociale. On peut d'ailleurs s'interroger sur ce qui a pu pousser le législateur à retenir la publication de comptes annuels certifiés comme caractéristique du secteur social et médico-social. Le secteur médico-social est en plus composite. Si les associations y occupent une place particulière il ne faut pas oublier toute la composante publique notamment. Par commodité les remarques s'appliqueront principalement au secteur associatif mais les adaptations spécifiques devront être envisagées pour les autres branches. Le secteur médico-social n'a donc ni objet ni frontières clairement définis ce qui augmente pour les décideurs l'attractivité du modèle sanitaire, qui apparaît relativement structuré et lisible par rapport à un secteur social moins cohérent.

Le postulat de ce rapport rejoint la confiance exprimée par l'un des connaisseurs reconnus de ce domaine, Pierre Gauthier : le secteur médico-social a su évoluer et il saura s'adapter². Il faut l'aider à anticiper davantage .Trop souvent la réforme sous-estime l'héritage du passé et survalorise l'effet d'une organisation encore virtuelle. L'objectif de ce rapport est simplement d'évoquer des pistes qui contribueront à capitaliser les acquis du secteur au service des attentes des personnes handicapées.

Compte tenu de l'abondance des documents de qualité³, de la réflexion des acteurs je n'ai pas recherché à proposer une architecture nouvelle mais plutôt à mettre en perspective les constats et des questions qui paraissent structurants pour la bonne application dans le temps des principes consensuels de la loi de 2005. Par ailleurs en raison des délais de la mission, les champs de l'emploi et de l'éducation nationale ont été abordés uniquement à travers la question de l'interface avec le droit commun. L'emploi parce que l'essentiel de la problématique est du ressort de l'entreprise et l'éducation parce que, même si les problèmes de mise en œuvre sont importants, l'accueil des enfants handicapés ne pose plus de question de principe. De même la question fondamentale de la prévention n'a été pas été traitée dans cette contribution car elle s'étend bien au-delà .du secteur médico-social.

Le Conseil national consultatif des personnes handicapées (CNCPH) présidé par Patrick Gohet et son sous-groupe « établissements et services » avec Pascal Jacob et la Direction Générale de la Cohésion Sociale avec notamment Yvan Denion m'ont accompagné avec bienveillance dans ce travail. Outre les entretiens individuels, la saisine du réseau des conseillers sociaux auprès des ambassades françaises en Europe, deux réunions ont eu lieu pour prolonger ces consultations par un échange collectif. Je n'ai pas voulu peser

¹ Sont des institutions sociales et médico-sociales au sens du présent code les personnes morales de droit public ou privé gestionnaires d'une manière permanente des établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés à l'article L. 312-1.

² « Dès lors qu'il saura échapper aux références nostalgiques à un âge d'or fantasmé, et reconnaître pour les corriger ses faiblesses historiques (qui n'ont rien à voir avec le new public management), il est appelé non à une renaissance mais à de nouveaux développements » in le secteur social et médico-social : chaos ou renaissance entretiens sociaux et médico-sociaux de Toulouse 8 décembre 2011

³ Le rapport de l'IGAS la prise en charge du handicap psychique aout 2011 fournit une remarquable synthèse

trop fortement sur les représentants du secteur comme des administrations déjà très occupés. A une exception près, je crois que les entretiens que j'ai demandés ou qui m'ont été demandés ont eu lieu. Qu'il me soit permis de remercier tous ceux qui m'ont consacré de leur temps et qu'ils reçoivent mes excuses s'ils ne se retrouvent pas dans ce que j'ai écrit. J'ai souvent dit que je menais cette mission en tant que fonctionnaire. A mesure de la mission et avec la connaissance accrue des contraintes qui se posent au secteur médico-social mais aussi de ce que le secteur pouvait faire de mieux, les exigences du père d'enfant handicapé que je suis se sont accrues. C'est pourquoi certains pourront être choqués que le ton du fonctionnaire compose avec celui de l'utilisateur ou du militant associatif. Je revendique par là un effort de cohérence entre trois points de vue qui doivent se concilier. J'ai bien conscience que je multiplie ainsi par trois au moins des critiques qui seront sûrement fondées. Que l'on me fasse crédit cependant de m'inscrire dans les principes qui avaient été affichés dans l'introduction du rapport Picq (rapport de la mission sur les responsabilités et l'organisation de l'État 1994)⁴. Si un consensus peut s'établir, si la persévérance l'emporte sur la logique de l'instant, les avantages du changement dépasseront les risques et le secteur médico-social pourra confirmer qu'il n'est pas une charge mais qu'il est bien un levier qui peut faire bouger l'État et la société. « Le projet de vie 2020 » du secteur est à faire. Que ceux qui y sont parties prenantes le construisent ensemble.

⁴ « Pour introduire le changement dans l'Etat, il est préférable de préparer et d'entretenir un processus d'adaptation permanente. Peut-être notre pays, à certains moments clés de son histoire, a-t-il reconstruit l'Etat. Mais la persévérance est aussi importante sinon plus, que la clairvoyance dans les décisions. Les réformes nécessaires pour améliorer l'efficacité de l'Etat au service des Français, renforcer les chances de la nation dans la compétition mondiale et rendre à des fonctionnaires souvent désorientés le goût et la fierté de servir ne seront appliquées avec la continuité requise que si elles résultent de choix délibérés en commun. »

1) Pourquoi le secteur médico-social dans le domaine du handicap et les politiques qui lui sont appliquées doivent-ils changer ? Approfondir l'ambition collective de la loi de 2005.

1-A Les principes de la loi de 2005 ne sont pas encore entièrement mis en œuvre.

Le handicap pousse à son paroxysme les contradictions des politiques sociales. Elles doivent répondre à des besoins supérieurs et basiques à la fois. Elles érigent l'autonomie de la personne en objectif alors que la personne handicapée aspire aussi à connaître les interdépendances habituelles de la société. La reconnaissance de la vie affective et sexuelle présente dans de nombreux rapports n'est que la mise en évidence de l'aspiration à la forme d'interdépendance maximale que nous portons tous et qui est une interpellation à l'autre : « aime-moi ». Sur la mise en œuvre il s'agit de concilier le besoin de spécificité, fonction des différents handicaps, le besoin de proximité essentiel à la qualité de vie des personnes, la personnalisation et le traitement de masse. Enfin il y a des terrains où l'administration est déjà mal à l'aise par ailleurs et qu'elle écarte de sa réflexion comme par exemple le sujet de la vie spirituelle ou religieuse des personnes handicapées.

Ces tensions se retrouvent au niveau de la région, du département et de la structure mais elles interviennent aussi au cœur de l'activité des femmes et des hommes qui travaillent dans le secteur médico-social. Si elles ne peuvent pas toujours être surmontées elles doivent au moins être explicitées.

A cet égard les entretiens ont mis en évidence la question sous-jacente de la désinstitutionnalisation. La recommandation du Conseil de l'Europe correspond à un bien mauvais exemple de texte administratif⁵; elle a une bonne intention, l'intégration, mais elle pose une appréciation générale indépendamment des besoins spécifiques des personnes, de la proportionnalité des réponses. La question en France n'est pas de savoir si les services sont meilleurs et plus « modernes » ou non que l'établissement ; la question fondamentale est de savoir comment mobiliser les compétences utiles de chacun pour répondre aux besoins de la personne considérée hic et nunc dans une configuration qui changera demain. La rédaction de l'article 26 de la charte des droits fondamentaux est d'une rédaction plus large «L'Union reconnaît et respecte le droit des personnes handicapées à bénéficier de mesures visant à assurer leur autonomie, leur intégration sociale et professionnelle et leur participation à la vie de la communauté». La production attendue du secteur médico-social est le service rendu en vue de l'inclusion des personnes handicapées (qu'il s'agisse de structures avec des murs ou sans murs, d'internats ou de services à domiciles). L'organisme ne doit plus se définir en fonction de son statut mais à partir des prestations réalisées dont l'appréciation doit se faire sur la base de critères de proximité, flexibilité, modularité, ouverture, fluidité, diversité et anticipation, ces différents critères concourant à la qualité.

La contrainte est aussi économique. Tirer le meilleur parti des moyens disponibles s'impose comme un impératif. La richesse du médico-social réside dans les services qu'il apporte. Ceux-ci ne sont pas des prestations banalisées mais un accompagnement vers la plus grande autonomie des personnes handicapées, vers le maximum de participation à la

⁵ Recommandation CM/Rec (2010) 2 du Comité des Ministres aux Etats membres relative à la désinstitutionnalisation des enfants handicapés et leur vie au sein de la collectivité adoptée par le Comité des Ministres le 3 février 2010,

vie de la cité. En tout état de cause c'est cet apport qui doit être préservé. Des incertitudes apparaissent qui devront être tranchées. Une des caractéristiques du secteur médico-social est son financement notamment par l'assurance maladie et les Conseils généraux. Le financement de l'assurance-maladie contribue trop souvent à faire considérer la personne en situation de handicap comme un malade et les prestations qui lui sont apportées comme des soins avec un périmètre restrictif par rapport aux besoins. L'évolution de l'assurance-maladie elle-même dans son rôle de gestionnaire du risque orienté vers la prévention et l'action sur les comportements est-elle cohérente avec la prise en compte globale de la personne handicapée ?

La loi de 2005 par ailleurs appelle la subsidiarité. La subsidiarité doit s'appliquer au maximum pour permettre le recours au droit commun et affecter les moyens proprement médico-sociaux aux besoins spécifiques des personnes handicapées. Les personnes handicapées ont besoin comme les autres d'un logement et pas d'un hébergement. Selon les cas ce sera au domicile privé, dans des appartements médicalisés ou en internat mais le principe de base doit être le droit commun⁶. J'emprunterai une formule à M. Guy Hagège président de la Fegapei « le médico-social doit se dissoudre dans la société ». Pour la compléter par une image il doit être l'oxygène qui vivifie l'eau en s'incorporant à elle. A l'inverse il doit aussi se laisser irriguer lui-même par des apports externes. Compter ce que représente sa contribution est indispensable or nous ne sommes pas encore en état d'identifier les prestations et de les valoriser. Les indicateurs courants n'en traduisent qu'imparfaitement la réalité⁷, l'enjeu vaut tout autant pour les gouvernements que pour le secteur. Tant que les politiques publiques dans le domaine du handicap continueront à se référer presque uniquement à des indicateurs quantitatifs comme le nombre de places, elles perdront le bénéfice de la dimension qualitative sur laquelle elles peuvent avoir un effet significatif et qui correspond tout autant à une amélioration de la satisfaction des besoins des personnes. En conséquence il est indispensable que l'appréciation des personnes elles-mêmes⁸ soit prise en compte en tant que telle et que l'évaluation interne et externe notamment fasse sa place à la restitution effective de leurs besoins et à leur parole et mesure la qualité des réponses.

Les contraintes financières ne permettront jamais de satisfaire toutes les ambitions mais l'absence d'une grande Ambition risque d'être la solution la plus coûteuse. Cette Ambition existe, elle a été posée par la loi de 2005 avec l'objectif d'inclusion de la personne handicapée dans la société. La personne ne résume pas à ses besoins. Elle a des capacités à valoriser dans la vie avec les autres. Ceci exige un engagement politique partagé et permanent et un relai administratif énergique au contact des organismes. Sans cette implication toute notre communauté paiera paradoxalement de plus en plus cher pour obtenir des prestations de plus en plus inadaptées.

1-B Des changements qualitatifs modifient le contexte de la réponse aux besoins personnes handicapées avec le risque d'approches réductrices.

L'allongement de la durée de vie et le vieillissement des personnes handicapées changent considérablement les modalités d'intervention du secteur médico-social. Ce phénomène ne doit pas être apprécié uniquement selon une logique sanitaire liée aux pathologies

⁶ Voir l'opération logement des Cotes d'Armor par exemple

⁷ L'appréciation de la qualité constitue toujours un sujet compliqué. Tous ceux qui ont eu à conduire une opération informatique savent que les mêmes spécifications donnent lieu à des interprétations divergentes : là où le client attend une Clio avec les options on lui livre une Logan de base.

⁸ Voir sur ce sujet les recommandations pertinentes de l'ANESMS

induïtes. Le vieillissement général des personnes s'accompagne de l'apparition par exemple d'handicaps sensoriels qui doivent être traités en tant que tels et les besoins de la personne handicapée vieillissante peuvent être différents des autres malades. Mais le vieillissement constitue d'abord une interpellation pour les familles qui pourront être engagées par l'accompagnement de la personne handicapée plus souvent sur deux générations et pour les professionnels qui seront amenés à passer une part de plus en plus longue de leur vie avec les mêmes personnes. Cette évolution risque d'être une contrainte insupportable si elle n'est pas transformée en source de développement. La relation famille, bénéficiaire et association aboutira-t-elle à la constitution d'une communauté de vie susceptible de s'inscrire dans la durée tout en étant suffisamment souple pour s'adapter aux évolutions des besoins et des capacités de chacun ? Les uns et les autres ne peuvent être abandonnés à leurs questions. A la famille d'apporter l'affection qui est la condition du développement, au professionnel d'apporter l'expertise qui supporte ce développement. Une communauté est possible⁹. Oui le vieillissement s'accompagne d'une préoccupation sanitaire mais la préoccupation principale réside dans la construction d'une relation durable qui constitue un vrai défi.

Une autre tendance marquante est celle de l'explosion du handicap psychique en raison de mécanismes de déstructuration sociaux profonds dans notre société. Les deux tiers des personnes de la rue relèvent d'un suivi en centre médico-psychologique mais le phénomène se manifeste partout et d'une manière non prévisible. Les maisons d'accueil spécialisées et les foyers d'accueil médicalisés se sont multipliés ces dernières années pour permettre la sortie des malades mentaux des hôpitaux et portent déjà la question de leur adaptation. Il y a aussi les maisons relais rebaptisées résidences d'accueil. Des expériences très innovantes ont vu le jour avec les groupes d'entraide mutuelle et elles sont indispensables. Il reste que c'est encore un immense chantier qui pose de manière intense la question du maillage social et médico-social. Le social ne peut absolument pas se passer du médico-social sinon la politique du « logement d'abord » par exemple est vouée à l'échec. Par ailleurs, comment mailler psychiatrie et médico-social. C'est un sujet complexe que les conventions entre hôpitaux et établissements médicosociaux n'ont pas résolu. Le secteur médico-social se sent parfois l'exutoire tarifaire du sanitaire convoqué au partage de la pénurie psychiatrique. Comment assurer les interfaces avec le social et le sanitaire mais aussi gérer l'allocation des moyens par rapport à un besoin dynamique et ses effets d'éviction sur d'autres catégories. Le handicap psychique comme les handicaps rares pose toutes les questions à la fois.

⁹ « j'ai souvent rêvé que Wandrille parlait » cette phrase écrite par une orthophoniste de l'Ime de notre fils reste pour moi l'illustration de cette communauté. L'ambition du professionnel, le souhait des parents et l'attente de l'enfant ne se confondaient pas mais se rejoignaient pour constituer cette communauté de rêves considérée comme une des fondements du lien social.

1-C Le secteur médico-social répond à une demande encore mal définie et toujours plus complexe.

1-C-1 Les éléments minimaux de pilotage ne sont toujours pas disponibles.

L'inventaire des données disponibles fait apparaître une faiblesse manifeste des données :

- absence de données précises sur les populations prises en charge par les établissements et services médico-sociaux,
- absence de données fiables sur les besoins et parcours des personnes (évaluation, projet de vie, orientation),
- insuffisance de données quant aux listes d'attente/places vacantes/fluidité au sein des ESMS,
- insuffisance de données territorialisées alors que les observatoires se multiplient.

L'absence de données objectives a une conséquence. Elle préserve la capacité du pouvoir d'agrément pour répondre à une demande ressentie par un groupe de citoyens. Peut-on encore procéder de la sorte par rapport à la hiérarchisation des priorités liée à la contrainte économique et à la transparence, enjeu de la démocratie sociale ?

La connaissance fine des besoins des personnes est encore plus floue, d'autant que structurée pour gérer des situations stables l'administration est moins bien équipée pour gérer des réponses plus diversifiées. Pour prendre une comparaison avec un autre domaine, au sein de l'Europe l'assuré social qui traverse les frontières n'est plus le travailleur migrant qui s'installait dans un pays étranger pour faire carrière. Aujourd'hui c'est un travailleur frontalier qui, au cours de la même année, alternera des périodes en France et à l'étranger, de salariat, de travail indépendant et de chômage qui ont des conséquences sur la continuité de la protection sociale. Or les systèmes administratifs sont calibrés pour gérer des situations linéaires. De nouvelles catégories juridiques se sont créées dans le domaine du handicap mais il n'est plus possible de faire l'inventaire dans la loi de la liste des services ou établissements qui devrait être désormais complétée en permanence. La palette des réponses s'est élargie mais non intégrée avec des frontières supplémentaires et dans la confusion. Dans la pratique les distinctions comme service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés. SAMSAH /service d'aide à la vie sociale (SAVS) ou foyer d'accueil médicalisé (FAM)/maison d'accueil spécialisée (MAS) relèvent plus sur le terrain d'une répartition selon la règle « amstramgram » ou du jeu de bonneteau que d'une classification rigoureuse. La dénomination dépend du créneau vacant de la programmation ou du financeur disponible. On ne s'y retrouve pas et encore moins la personne handicapée appelée à faire des choix.

Malgré ses efforts d'adaptation la logique administrative reste d'évacuer la complexité. Il n'y a pourtant pas de matrice unique de correspondance entre les besoins et les réponses mais la tentation est forte de l'ignorer. Il est plus facile de lutter contre l'autisme que de répondre aux besoins des autistes surtout quand les principales représentations du décideur proviennent des films américains et non du terrain ; on s'explique mieux le courant de désinstitutionnalisation si dans cette vision l'autiste moyen est un prix Nobel en puissance ou qu'il réagit comme le Dustin Hoffman de Rain Man.

La réponse aux besoins doit intégrer aussi le critère de proximité. A la différence du secteur sanitaire auquel on a recours de manière ponctuelle, l'inclusion des personnes handicapées est une question de vie quotidienne et pour une partie non négligeable, l'accompagnement et notamment celui fourni par le secteur médico-social, s'inscrit dans

le bassin de vie. En l'absence de réponse de proximité les familles doivent arbitrer entre la qualité des prestations et la tolérance à l'éloignement. La proximité doit être un des critères privilégiés de choix de la personne. Le législateur européen et la Cour de justice de l'Union européenne ont pu dans le domaine sanitaire fixer les conditions de respect de la planification nationale et du périmètre de la mobilité patients car des critères assez simples sont disponibles (lourdeur des soins, équipement, file d'attente etc.). Pour le handicap il est bien plus difficile de déterminer un territoire objectif pertinent. Il a été signalé dans le cadre de cette mission un SAVS spécialisé départemental dont les intervenants passaient la moitié de leur temps en déplacements. Plus généralement la question des transports est apparue comme une question aiguë. L'analyse de l'efficacité globale de l'organisation incluant les coûts de fonctionnement induits et la qualité de vie des bénéficiaires doit être améliorée.

La définition des besoins doit aussi inclure les variations infra-annuelle des rythmes. Pour le travailleur vieillissant d'un établissement et service d'aide par le travail (Esat) le rythme des périodes de travail est hebdomadaire voire journalier. Pour l'enfant scolarisé, sa vie est scandée par la périodicité des vacances.

1-C-2 Les principes qui président à l'action administrative évoluent.

Des inflexions sensibles modifient les conditions de fonctionnement du secteur :

- le biotope du secteur médico-social est attiré vers le secteur sanitaire au nom de la cohérence alors que la loi de 2005 interpellait toute la société et en particulier l'ensemble des compétences ministérielles et des collectivités territoriales.

La démarche de performance combinant l'efficacité socioéconomique - c'est-à-dire le bénéfice attendu pour le citoyen et la collectivité, la qualité de service pour l'utilisateur et l'efficacité de gestion, les gains de productivité attendus dans l'utilisation des moyens, introduite par la Loi organique sur les lois de finances a fait l'objet d'une présentation boiteuse se polarisant sur le dernier volet. Il faut reconnaître aussi que mesurer ne fait pas partie de la culture spontanée des organismes.

Les objectifs d'efficacité socio-économique énoncent le bénéfice attendu de l'action de l'État pour le citoyen et la collectivité en termes de modification de la réalité économique, sociale, environnementale, culturelle, sanitaire... dans laquelle il vit, soit ici l'inclusion de la personne handicapée¹⁰. Les objectifs de qualité correspondent du point de vue de l'utilisateur et dans la définition la plus large à l'amélioration de son autonomie. Les objectifs d'efficacité de la gestion, qui correspondent au point de vue du contribuable doivent être mobilisés pour mieux répondre aux objectifs précédents. Toutefois en ne retenant que la question de l'efficacité assortie le cas échéant d'un remord en matière de qualité, l'administration donne une présentation incomplète de son action. L'abondante littérature ne connaît que ce mot. Il est symptomatique a contrario que le rapport Picq cite l'efficacité et non l'efficacité.

¹⁰ La politique du handicap vise comme pour d'autres catégories l'inclusion de l'ensemble des citoyens dans la société. C'est l'article L116-1 du code de l'action sociale et des familles.

Par ailleurs à l'égard du secteur médico-social, l'État n'a pas d'arrière pensées tordues mais les influences du new public management sont implicites et parfois fantasmées :

- exemple d'implicite, l'assimilation de la gestion du secteur à une vision réductrice de la gestion d'entreprise (plaquer une gestion inefficace sur une organisation efficiente peut être mortel¹¹).

- exemple de fantasme, l'ouverture sur le secteur lucratif (il ne m'a pas été donné de recevoir des exemples concrets dans le secteur du handicap).

1-C-3 En l'absence de réforme territoriale aboutie et stable l'organisation locale ne peut être que déséquilibrée.

La question de la réforme territoriale n'a été abordée qu'une seule fois au cours de la mission. Elle conditionne cependant toute réflexion sur l'organisation des politiques en faveur du handicap et pas seulement du secteur médico-social.

- la loi "Hôpital, patients, santé, territoires" HPST introduit un élément de changement important : le niveau de dialogue est celui de Région qui est un niveau nouveau dans l'action sociale. D'une manière exceptionnelle aussi dans l'histoire administrative française le niveau de décentralisation est différent de celui auquel se fait la déconcentration administrative.

- les territoires de santé sont le lieu de la transversalité souhaitée mais ils restent calés sur des logiques départementales qui sont au-delà des bassins de vie. Quelques expériences existent de définitions transdépartementales par l'agence régionale de santé(ARS) mais elles n'ont que peu de suite dans la gestion administrative et pour la vie quotidienne des personnes. Sans sous-estimer la notion de soins, les besoins des personnes en situation de handicap s'inscrivent dans le droit commun. L'accompagnement souhaitable se définit au niveau du bassin de vie et donc bien souvent de la commune. La place de ce niveau est minorée. Les insertions réussies ne se font souvent que quand la commune est un partenaire à part entière de l'intervention médico-sociale. On ne va à l'hôpital ou chez le médecin que de manière exceptionnelle alors que les besoins de la personne handicapée sont pour la plus grande partie des besoins de la vie quotidienne et mobilise des intervenants diversifiés. Les dispositifs locaux mis en place par certains conseils généraux en relation parfois avec les réseaux pour les personnes âgées témoignent de la pertinence de ce niveau au moins infra départemental. Les interlocuteurs rencontrés craignent finalement une métropolisation de la cartographie du médico-social alors que les zones périurbaines et rurales représentent un part importante de la population. Ils craignent aussi un dialogue restreint avec le seul sanitaire alors que le social est un élément fondamental de l'accompagnement.

L'administration d'État est désormais perçue comme absente et condescendante.

La réforme des services déconcentrés laisse le sentiment que l'État a déserté la relation avec les territoires et donc avec les gestionnaires. Les délégations territoriales des ARS n'ont pas beaucoup de poids. Les instruments pluriannuels contribuent à espacer les rencontres dans une logique « fire and forget » pour être moderne. Si la mesure de l'efficience peut se faire à la rigueur sur dossier (deux heures suffisent alors à une ARS pour régler la campagne budgétaire des Esat) l'appréciation de la qualité nécessiterait une rencontre. Il n'y a pas ici non plus d'âge d'or de l'administration sociale de l'État. Elle a

¹¹ Syndrome Motobécane : il ne suffit pas de produire de manière efficiente une mobylette bleue techniquement encore valable quand le client demande des scooters

été dans le passé une administration pauvre pour les pauvres, écartelée entre la qualité des eaux de baignade et la mise en œuvre du revenu minimum d'insertion (RMI). Mais la perception est que dans le passé les visites des inspecteurs étaient possibles même si elles ne se faisaient pas et que désormais elles ne doivent plus se faire. L'usage du powerpoint semble être le principal outil de communication dans une logique descendante. L'expression ultime de cette résignation des organismes serait perceptible dans la diminution du contentieux de la tarification qui reflèterait la perte de confiance du secteur médico-social dans le droit.

A l'inverse la responsabilité de la question du handicap est de plus en plus incarnée dans les élus départementaux. Les deux élus rencontrés l'ont indiqué. Tous les conseillers généraux s'y intéressent et sont désormais interpellés. Un vice-président de conseil général m'indiquait à l'issue de l'entretien qu'il allait devoir expliquer au visiteur suivant le pourquoi du reversement demandé de la prestation de compensation du handicap (PCH). Il m'avait dit avant : « quand il y a un problème, on essaye d'apporter une réponse et on ne se demande pas quel nom ça a. »

Dans une société idéale de partenariat, la diversité des intervenants pourrait être gérable et même source d'enrichissement. La non-synchronisation des schémas, l'absence d'articulation des appels à projets et le jeu du mistigri financier conduisent plutôt à un sentiment d'épuisement des gestionnaires locaux.

La perception de l'intervention administrative illustre les contradictions entre ce que l'on est ce que l'on veut être et ce que l'on parait. La création des ARS marquait la recherche d'une plus grande cohérence de l'action administrative. Elle a, en réalité, un effet anxiogène sur les associations mais aussi sur les collectivités territoriales. La palette des instruments administratifs adoptée à la quasi unanimité apparaît désormais comme un kit dont le plan de montage manquerait ou serait mal traduit. Un écart existe entre les orientations nationales et les messages compris sur le terrain. La loi de 2002 avait suscité une réflexion sur la qualité dans l'ensemble du secteur médico-social et la prise en compte des besoins de l'utilisateur. La loi de 2005 avait représenté pour le handicap une nouvelle étape symbolique et avait fait de la compensation l'affaire de tous. Les lois sur les tutelles et sur l'aide sociale à l'enfance ont aussi contribué à faire bouger l'environnement du secteur médico-social intervenant dans le champ du handicap. Le paradoxe est qu'à un moment où un mouvement vigoureux émerge dans le médico-social pour supprimer ses comportements autarciques, l'administration semble plus sensible à ce défaut. Le contexte économique et la montée en charge d'ARS conjugués à une période de latence due à l'attente de la réforme des services territoriaux introduisent une incertitude qui n'est pas explicite : de quoi sera fait demain si l'argent vient à diminuer mais surtout et avec qui et de quoi parlerons nous ? Au-delà, quel avenir dans un contexte où la désinstitutionnalisation semble être « moderne et économique » ?

La sensibilité traditionnellement exacerbée du secteur, le manque de recul lié à la nouvelle organisation, le refus d'une vision manichéenne sous lequel se place cette contribution conduisent à relativiser les problèmes. La demande d'État est forte mais elle s'exprime par le souhait d'une politique du handicap au niveau territorial différente de celle perçue.

2) Mettre en place les conditions d'adaptation du secteur médico-social

La politique publique du handicap nécessite tout d'abord que soit poursuivie une réflexion anthropologique sur ses modalités. La loi de 2005 tout en constituant une étape fondamentale s'appuie sur un substrat parfois contradictoire qu'il faudra éclaircir : on cite notamment sur « l'inclusion dans la communauté » des exemples empruntés au modèle scandinave et l'on place au même niveau « l'égalité de traitement au niveau national » qui la contrarie parfois. L'inclusion pour les Suédois correspond au partage du sort de la communauté. Le Suédois n'aura pas les mêmes prestations selon qu'il appartient à une communauté plus ou moins riche, chose insupportable pour un Français. De même le croisement spécificité de la réponse/proximité ne peut avoir de solution totalement satisfaisante mais les conditions d'arbitrage doivent être claires. Les gestionnaires ont besoin de cadre sur le rapport équité/égalité au niveau territorial et au niveau individuel. Une politique publique doit expliciter et expliquer la composition des intérêts de chacun aboutissant à la moins mauvaise solution collective. Le CNCPPH pourrait reprendre ce travail pour aboutir à une représentation commune.

De manière institutionnelle, la volonté affichée dans la loi de 2005, la notion de *mainstreaming* doit être réaffirmée. Le handicap reste un enjeu collectif ou « sociétal ». En termes d'organisation administrative il doit être intégré dans les priorités transversales. Le pilotage interministériel du handicap doit être renforcé et mieux reconnu. C'est dans ce cadre que le médico-social, doit trouver sa place.

2-A Placer la satisfaction des besoins au centre des préoccupations.

La mise en place d'une méthodologie d'analyse territoriale des besoins appuyée sur un système d'information reste à faire. La mutualisation des connaissances administratives mais aussi associatives, complétée par la mise en œuvre du système d'information SI pa /ph devrait permettre d'avancer dans cette direction en évitant que l'instrument ne devienne une fin en soi. Le guide de la CNSA pour la valorisation des données locales dans le champ du handicap et de la perte d'autonomie est un outil intéressant qui doit être enrichi.

La disposition de la loi n° 2002-2 enjoignant aux établissements et services médico-sociaux de se doter de système d'information compatible avec l'État et l'assurance maladie (puis la CNSA) qui a été purement et simplement abrogée, au motif de simplification administrative car elle n'avait pas été appliquée doit être rétablie. Autant il faut arrêter d'exiger des remontées d'informations portant sur le micro- management, autant il est inconcevable de vouloir mener une politique publique avec aussi peu d'indicateurs physiques et qualitatifs¹². Réciproquement le secteur doit contribuer à la fourniture de données mais aussi à l'analyse On dispose de sources qui pourraient déjà être capitalisées comme par exemple les évaluations internes qui pourraient faire l'objet d'une exploitation collective alors que leur transmission aux ARS semble rester une simple formalité administrative.

C'est une urgence pour préparer la deuxième génération de schémas régionaux d'organisation médico-sociaux SROMS si l'ambition est d'avoir une vraie planification pertinente et légitime. Par ailleurs l'analyse doit être prospective en anticipant ce que

¹² CASF Article L312-9 L'Etat, les collectivités territoriales et les organismes de protection sociale concernés se dotent de systèmes d'information compatibles entre eux. Les établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 se dotent d'un système d'information compatible avec les systèmes d'information mentionnés à l'alinéa précédent. Les systèmes d'information sont conçus de manière à assurer le respect de la protection des données à caractère nominatif. Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'Etat.

peut-être l'évolution des besoins par des analyses épidémiologiques mais aussi des enquêtes sur les attentes des usagers (marketing a-t-il pu être dit) à articuler avec une recherche plus intensive sur les instruments d'expression. L'adéquation de la mise en place des parcours ne pourra être vérifiée que si des études longitudinales viennent enfin compléter les données individuelles. Si chaque personne souhaite le mieux, l'intérêt général n'est pas l'agrégation des intérêts particuliers et l'État doit pouvoir en rendre compte par des études globales. La planification sans la prospective et la démocratie aura tout de l'efficacité du Gosplan.

L'évaluation de la qualité doit être celle de la réponse aux besoins effectifs de la personne. La loi de 2002 a fourni un certain nombre d'instruments mais l'évaluation ne doit pas se limiter au respect d'un formalisme. Il est difficile de quantifier la valeur ajoutée mais cela reste un enjeu déterminant. La première vague d'évaluation doit permettre d'éclairer cette dimension en association avec les personnes. L'adéquation entre les projets de l'organisme et celui de la personne est la première expression.¹³ L'objectif d'une structuration permettant une exploitation globale des différentes évaluations doit être poursuivi sur le moyen terme.

La notion de services rendus par des établissements ou des services (distinction qui elle-même est plus juridique qu'utile) doit remplacer la référence à la place qui correspond de moins en moins à une notion opérationnelle.

2-B Les concepts de projet de vie, de parcours et d'accompagnement doivent servir à améliorer la connaissance des besoins.

Essayer d'en définir le sens peut-être utile. Le projet de vie dont on mesure bien toute l'ambition a pour but de prendre compte les besoins et les attentes tels que ressentis et exprimés par la personne elle-même. Il insiste sur l'initiative de la personne. Il sous-entend aussi que l'expression des besoins de la personne est un processus qui prend du temps et demande elle-même une action d'accompagnement. Toutefois cette notion ne doit pas devenir une notion impérialiste : tous les citoyens n'ont pas un projet à formuler de manière instantanée et pour les plus fragiles, cette injonction peut même avoir une dimension terrorisante. La production de projet ne doit pas devenir une fin en soi. Le projet de vie doit respecter les besoins et les attentes de la personne (pour avoir un exemple sur les dérives du projet¹⁴).

La notion de parcours doit elle aussi être entendue de manière dynamique, à savoir que les besoins et les attentes de la personne évoluent dans le temps et que les satisfactions à apporter sont aussi variables dans le temps. Elle ne doit pas se cristalliser dans des organisations séquentielles ou des protocoles standardisés. La triade « pathologie, protocole, tarification à l'activité » de la santé ne semble pas adaptée. Le système de santé français est efficace pour traiter les maladies particulièrement en aigu. Le secteur médico-social doit innover mais il a lui l'avantage de l'expérience de la durée dans le service rendu aux personnes. Il y a toutefois peu de formalisation de cette notion de

¹³ Cf. le verbatim

L'établissement: « Votre fils ne peut pas aller à l'Impro, vous le comprenez c'est dangereux pour lui. »

Les parents : « Oui c'est vrai compte tenu de sa taille et de ses acquis cognitifs, nous le comprenons ; il pourra donc être prolongé à l'Emp 3 ? La DDASS avait demandé que le projet d'établissement évolue pour prendre en compte les handicaps sévères »

L'établissement : « Non c'est difficile ; compte tenu de son âge civil il vaut mieux qu'il change de cadre et qu'il aille quand même à l'Impro ».

¹⁴ D. Castra. L'insertion professionnelle des publics précaires PUF

parcours alors que la multiplication des définitions, parcours de vie, parcours de soins, parcours résidentiel porte le risque d'éclatement des besoins de la personne.

Un préalable important est d'arriver à des notions exprimées le plus concrètement possible et consensuelles. Le résumé ci-dessous adapté de la présentation d'une association reprend les étapes,

1. L'importance du diagnostic positif
2. La prise en compte du diagnostic étiologique
3. Accompagner en fonction des syndromes et des symptômes

A - Le diagnostic - symptômes et syndromes

Il est inconcevable que des diagnostics de trisomie soient posés plusieurs mois après la naissance et que pour l'autisme comme pour les déficiences rares il faille parfois plusieurs années pour obtenir un diagnostic. Liée à ce problème se pose donc la question du repérage des personnes non prises en charge.

B - Évaluations, rééducations, orientation et projet de vie

L'évaluation doit être multidimensionnelle (cf. les différentes dimensions de la situation de handicap : centre de gravité = activités et participation, dimensions « satellites » : facteurs personnels, facteurs environnementaux, et leurs rôles de facilitateurs ou d'obstacles à la réalisation effective des activités et à la participation sociale) pour définir l'accompagnement.

L'évaluation passe par des bilans pluridisciplinaires, qui doivent parfois être approfondis par des regards plus experts. Ce recours à un niveau d'expertise quand il est nécessaire doit être rendu facile par les modalités organisationnelles et budgétaires.

1. L'évaluation des besoins s'appuie sur des regards généralistes et contextuels,
2. L'évaluation nécessite une coordination et des référentiels,
3. Évaluations et intégration: partager les évaluations et éviter la redondance (cf. les premières journées scientifiques de la CNSA en février 2009),
4. L'évaluation nécessite une coordination qui peut se faire alternativement ou simultanément à différents niveaux :
 - médicale, par un médecin référent,
 - scolaire, par l'enseignant référent
 - sociale.

Cette présentation sûrement incomplète a le mérite de décrire les étapes et quelques préalables. En tout état de cause il ne faut pas oublier que le parcours n'est pas non plus un nomadisme erratique. Le rapport Jacob sur l'HAD explique très bien la difficulté entraînée par les hospitalisations pour les personnes handicapées mais la simple transition entre des équipes différentes est source de traumatisme pour la personne. L'incohérence des langages non verbaux y suffit.

En tout état de cause le droit au retour constitue l'indicateur le plus simple de la souplesse du parcours.

5. Quelle coordination de l'ensemble ?

Il est nécessaire d'ouvrir aux parents et aux personnes handicapées des possibilités de choisir qui les accompagne pour créer une dynamique. La loi sur les tutelles prévoit cette condition.

Des référentiels doivent identifier :

- les compétences à mobiliser,
- les outils et méthodes adaptés par spécialité professionnelle,
- les supports de formalisation de l'évaluation,
- les instruments d'information comme un carnet de suivi pour éviter la redondance des évaluations et faciliter un accès confidentiel en cas d'urgence.

Les outils d'évaluation doivent respecter une interopérabilité « métier » (c'est la GEVA¹⁵-compatibilité : les outils des professionnels de terrain, plus ciblés, plus précis, plus proches de la vie quotidienne des personnes, doivent permettre la vision globale nécessaire au niveau de la MDPH (dont l'outil GEVA est réglementaire et appuyé sur la CIF Classification internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé et la définition légale du handicap) qui fait un point plus « macro » en général dans une échelle de temps de quelques années.

La question est ouverte sur la fonction de coordination. Une grande souplesse doit être laissée dans l'organisation en fonction des ressources locales disponibles :

- insertion au sein des MDPH,
- insertion au sein des dispositifs locaux d'accueil des Conseils Généraux (niveau infra départemental, articulation avec les communes),
- attribution à l'un des professionnels expressément désigné, formé et rémunéré pour cette activité,
- exercice de cette fonction par une personne dédiée.

Il paraît indispensable d'éviter que la production du projet l'emporte sur sa mise en œuvre et que la fonction de coordonnateur soit déconnectée de celle-ci. La question de la neutralité par rapport à la structure à laquelle il serait rattaché est pertinente. Toutefois les inconvénients semblent plus limités avec quelques règles :

- une formation spécifique permettant réellement la compréhension du handicap,
- une prise en charge du temps consacrée à la fonction,
- une décision d'orientation suffisamment détaillée de la MDPH,
- un projet personnalisé suffisamment clair,
- une animation des chargés de coordination par les MDPH.

Pour pouvoir suivre la personne sur son parcours il faut des mécanismes simples de « géolocalisation » ou relativement sophistiqués d'information mais pas de contrôles à chaque frontière des prestations. Il faut ouvrir l'espace Schengen du médico-social. De

¹⁵ Le **GEVA**, Guide d'**EVA**luation des besoins de compensation de la personne handicapée est l'outil prévu par l'article L.146-8 du Code de l'action sociale et des familles : « Une équipe pluridisciplinaire évalue les besoins de compensation de la personne handicapée et son incapacité permanente sur la base de son projet de vie et de références définies par voie réglementaire et propose un plan personnalisé de compensation du handicap »

même Les dispositifs étaient calibrés pour gérer des groupes assez indifférenciés, les handicapés moteurs, les déficients intellectuels alors que le prêt à porter n'est plus de mise. La tentation est forte et souvent exprimée d'importer du sanitaire des protocoles types. Ceci serait inapproprié. Elle impliquerait une standardisation. La définition à travers des conférences de consensus d'un socle de prestations modulables selon des profils différents pourrait fournir le moyen de répondre à la question de l'identification et de la valorisation de ces prestations. En aucun cas il ne faudrait mettre en œuvre une sorte de mécanisme de profilage aboutissant à des prestations stéréotypées tel que l'a expérimenté parfois le secteur de l'emploi avec un succès limité. Chaque accompagnement est une aventure¹⁶.

2-C Que le médico-social diffuse sa compétence.

Le médico-social dispose de compétences spécifiques dont les modalités de valorisation sont multiples.

Des articulations astucieuses avec le droit commun ont été largement citées par les différentes associations. Celle combinant l'intervention d'un foyer de jeunes travailleurs pour des travailleurs en Esat et d'un SAVS intervenant au sein de ce foyer paraît un bon exemple. Des dispositifs généralistes, comme l'était l'« accompagnement social individualisé », pourraient être favorisés et incités à être plus accueillants pour les personnes handicapées.

De nouveaux terrains sont à labourer pour lesquels l'intervention du médico-social apparaît possible à savoir l'activité d'interface. Parmi le premier type d'interface il y a donc une contribution dont tous les services administratifs comme les associations parentales ont fait état c'est leur préoccupation des diagnostics et des personnes non connues. On m'a cité le repérage accidentel d'un enfant dyslexique à travers le passage inopiné d'un intervenant d'un SAVS dans une classe. D'une manière générale la rapidité des diagnostics est encore insuffisante alors qu'une expertise peut-être mobilisée au sein du secteur. Articulé à cette fonction peut se rattacher tout ce qui touche à la prévention¹⁷.

En matière de continuité des parcours, la question des césures apparaît fondamentale notamment dans le domaine de l'emploi. Certains dispositifs existent comme les Esat hors les murs mais pour une partie des personnes même limitée il est possible d'aller plus loin. L'insertion dans le milieu ordinaire peut-être élargie à travers une double action auprès de l'employeur mais aussi de la personne. L'enjeu est celui d'un double accompagnement, accompagnement de la personne handicapée à travers l'acquisition d'un minimum de savoir être, accompagnement des partenaires (entreprises mais aussi logeurs ...) qui, conseillés dans leur organisation, rassurés par la présence d'un accompagnateur sont plus accessibles à l'intégration de la personne handicapée. Que cette fonction soit gérée en interne ou en partenariat elle constitue une activité qui permet de valoriser la compétence du médico- social.

¹⁶ Pour une présentation de la diversité de l'accompagnement dans le domaine de l'emploi voir Solidarités nouvelles face au chômage « regards croisés sur l'accompagnement » 2009.

¹⁷ Voir par exemple l'articulation avec l'Aide sociale à l'enfance ASE dans l'exposé de Jean-Yves Barreyre aux deuxièmes journées scientifiques de la CNSA

L'articulation avec le scolaire doit être élargie. Les résultats d'une politique volontariste au sein de l'Éducation nationale sont désormais acquis. Le principe de la présence de la personne handicapée à l'école est incontesté mais il pêche peut-être par standardisation. La formule dominante est celle de l'auxiliaire de vie scolaire. Elle a l'avantage d'être facilement identifiable. L'éventail de solutions (scolarisation partielle mais articulée avec les partenaires) ouvre des possibilités encore insuffisamment exploitées. Entre le « tout école » qui fait reposer sur le système scolaire une responsabilité qui le dépasse et l'accueil dans le seul secteur médico-social, l'ingénierie est à développer, de même pour le passage de l'enseignement secondaire à l'enseignement supérieur. Accompagnement des professionnels du secteur, accompagnement des parents, accompagnement des enfants bien entendu, les chantiers à approfondir sont multiples. On retrouve aussi la question du personnel de l'Éducation nationale au sein du secteur médico-social et de leur contribution à l'interface avec les établissements scolaires. Certaines associations de parents regrettent la disparition des commissions de circonscription, CCPE. On peut tout à fait envisager que les conseils d'école puissent associer les représentants du médico-social pour porter la préoccupation du handicap.

Le soutien à la parentalité (familles monoparentales notamment) doit être renforcé ; d'une manière générale les familles monoparentales sont particulièrement touchées par la précarité a fortiori quand elles comprennent des personnes handicapées. De même l'articulation avec les aidants non rémunérés ne se limite pas à la question importante de la disponibilité de places d'accueil temporaires ou de répit ou de places d'urgence mais à une meilleure coordination et un appui. Et comme indiqué supra la gestion de « l'après nous », le maintien de l'accompagnement après la mort des parents, implique une solution collective dont le secteur peut fournir le support.

Autre exemple celui de l'articulation entre le sanitaire et le médico-social réalisée dans le cadre de la mesure 27-1 du plan cancer. Sur la partie proprement sanitaire dans la gestion des parcours évoquée supra le médico-social doit avoir rôle important pour faciliter l'accès des personnes et de leurs familles aux réseaux de soins spécialisés. La qualification de soins doit être elle-même révisée parfois. Le handicap psychique incite à faire bouger les lignes. Des prestations au sein de services de soins et de réadaptation ou de hospitalisation à domicile qui relèvent plus de l'accompagnement vers le droit commun devrait conduire à requalifier ce qui est considéré comme du soin.

De même la fonction sanitaire au sein du médicosocial devra être revue de façon à ce que sa présence ne soit pas simplement la satisfaction d'une obligation légale mais un réel enrichissement du service. Historiquement la première liaison avec le sanitaire réside dans ces compétences multiples déjà présentes dans le secteur. L'analyse de leur rôle au sein des structures et de leurs relations avec le secteur sanitaire doit être là aussi approfondie. Il semble que le manque de professionnels ou les contraintes budgétaires soient la cause d'une attrition silencieuse peut-être inévitable mais qui devrait faire l'objet d'une étude préalable. La réflexion sur l'hospitalisation à domicile ouverte par le rapport Jacob ouvre une nouvelle occasion de tisser ce rapport entre sanitaire et du médicosocial. Bien au-delà le secteur médico-social peut contribuer à faire percoler au-delà de ses limites, l'ambition qui est la sienne de considérer la personne dans sa globalité et pas simplement de soigner l'organe.

2-D L'évolution des associations notamment implique un chantier sur la gestion des hommes et sur la structuration de la gouvernance.

La réussite de l'évolution du médico-social vers plus de plasticité implique de rassurer aussi les professionnels. Là où l'identité des professionnels est jusqu'à présent facilement traduite par l'appartenance à une structure, service ou institution, c'est la compétence mise en œuvre qui va être devenir prioritaire. Un directeur de MDPH indiquait qu'il avait soigneusement recruté des compétences différentes pour son équipe d'évaluation mais la fiche de poste était unique. Cette démarche est applicable à tout le secteur.

Le secteur doit donc s'attaquer à l'évolution de ses agents pour répondre au défi déjà évoqué du vieillissement des personnes handicapées mais aussi au changement de référence liée à l'identité professionnelle issue de l'appartenance à un établissement ou un service.

De nouvelles fonctions apparaissent comme celles liées à l'évaluation, à la coordination et sont l'occasion de mobiliser des compétences complexes. Des frontières se déplacent comme celles de la division du travail entre éducateurs et aides médico-psychologiques. Par ailleurs le public parfois avec des besoins plus importants et la diversité des situations de travail avec des partenariats multiples nécessitent selon les cas un encadrement renforcé et une capacité d'autonomie plus grande.

Il est nécessaire d'examiner l'ensemble des évolutions au regard de leur impact sur les situations de travail. A un moment où la coordination apparaît importante il est difficile de ne pas repenser à cette étude réalisée par la direction générale de l'action sociale DGAS sur l'impact des 35 heures dans le secteur médico-social au tout début des années 2000. Elle mettait en évidence que c'était le temps de coordination (avec les familles, entre professionnels...) qui avait constitué la variable d'ajustement. Le même problème se pose avec l'application de normes de plus en plus nombreuses. Les progrès enregistrés par la loi de 2002 s'accompagnent de l'élaboration de documents multiples. Une collectivité territoriale soulignait le temps qui avait été nécessaire pour former les agents des ses propres institutions pour en permettre l'application. Dans certains établissements la mise en œuvre de la loi de 2002 a justifié la fermeture aux usagers une demi-journée par semaine. Quel arbitrage faire ?

La réflexion sur les situations de travail des agents, l'évolution des métiers liée à des organisations du travail différentes doit être menées rapidement. La réflexion sur les grandes conventions collectives qui couvrent le secteur doit être entamée de manière globale en tenant compte notamment de ces évolutions :

- faciliter le développement des professionnels pour accompagner le vieillissement des personnes. Il ne s'agit pas de monter là encore des dispositifs de GPEC périmés avant d'être sortis. L'entretien de la qualification, les rotations des personnes dans le cadre de parcours professionnels comme la diversification des parcours de vie des personnes handicapées, un encadrement sécurisant sont les conditions de la prévention de l'épuisement des personnels. De même devront être examinées les conditions de gestion dans un contexte de tension accrue. La question n'est pas propre au secteur et il n'y pas de déterminisme. L'employeur qui retient ses effectifs c'est celui qui leur propose du projet mais on ne peut pas ignorer un terrain de rencontre évident avec le sanitaire qui est celui de la concurrence pour les professionnels.

- renforcer l'encadrement. Dans son ouvrage « Managers not MBAs »¹⁸ Mintzberg une des autorités du management propose comme référence pour l'entreprise deux systèmes de formation qui paradoxalement proviennent du secteur public. L'un a disparu c'était l'Indian civil service, l'autre est le système de formation des collaborateurs du Comité international de la Croix Rouge. Cela pour dire que le service public peut être une source d'inspiration pour l'entreprise et qu'il peut monter son propre système de formation sans l'importer de l'extérieur. Une des priorités est donc d'accompagner l'évolution du secteur par les compétences nécessaires selon une réflexion originale. L'adage traditionnel « ce qui compte, ne se compte pas et ce qui se compte ne compte pas » est inacceptable. A l'inverse quand une grande fédération fait part de la demande de ses adhérents pour des formations sur le sens destinées à leurs cadres recrutés sur une base uniquement gestionnaire, nous avons l'illustration d'un équilibre encore instable à stabiliser.

Le regroupement des compétences autour des besoins de la personne implique la réunion de professionnels d'origines diverses. Vues de l'usager ces formations devraient mélanger les partenaires, professionnels du secteur, administrations, scientifiques, partenaires économiques et sociaux et autour d'approches complémentaires et non exclusives. A l'occasion des échanges il est apparu qu'une formation à la compréhension du handicap pouvait encore être élargie à l'ensemble des secteurs de la société. A partir du moment où l'engagement est collectif, à partir du moment où on regarde la personne handicapée comme autre chose qu'un objet de soins, toute la société est impliquée. En conséquence sans préjuger des spécialisations souhaitables il est indispensable de renforcer le savoir être avec les personnes handicapées. C'est la condition pour promouvoir un accompagnement véritable en rendant lisible à la personne handicapée les choix qui s'offre à elle et en étant capable d'écouter ce qu'elle a à dire. Le handicap doit faire l'objet d'une formation minimale à tous les niveaux des professions. L'ambition et elle n'est pas réduite, consiste donc à viser pour tous une formation de base à la compréhension du handicap. Que personne ne travaille dans ces domaines sans recevoir les clés pour mieux comprendre les attentes et les besoins des personnes ce qui inclut la détection et la prévention bien sûr. Ces formations ont presque une vocation universelle et tous les acteurs politiques, économiques devraient pouvoir en bénéficier pour répondre à l'ambition d'inclusion chacun dans son domaine de compétence.

Pour le secteur du handicap comme pour l'ensemble du secteur médico-social, une des manières d'élargir la connaissance réciproque, la perméabilité serait aussi d'utiliser les différentes possibilités qu'offre par exemple le service civique. Certains pays font de ce type d'expérience une condition pour l'accès à certains cursus médicaux ou sociaux mais nous avons dans des associations déjà ce type d'action pédagogique. Faire passer le message que l'accompagnement constitue l'affaire de tous est une fonction essentielle. Le médico-social doit se donner un rôle de pédagogie conforme à l'esprit de la loi de 2005. Il n'a pas vocation à être le lieu de relégation de la personne handicapée, il est une clé qui ouvre les droits de tous au milieu de tous avec l'accompagnement de tous.

Les fédérations ont un rôle fondamentale à jouer se saisissent de ces sujets. Elles sont déjà sollicitées et elles ont l'expertise pour amplifier ce type de démarche.

¹⁸ Henry Mintzberg Berrett-Koehler 2004

3) Quelle évolution pour l'État ; un pilotage plus orienté sur la clarification des objectifs partagés et sur la suggestion.

Les orientations de l'État à l'égard du médico-social sont d'abord une action sur lui-même. Plus encore que dans tout autre domaine si l'administration publique s'inscrit dans une logique de pilotage par la performance,- en cherchant à améliorer l'efficacité de la dépense publique et en orientant la gestion vers des résultats prédéfinis – elle doit s'engager à réformer dans le domaine du handicap, ses modes de fonctionnement et ses méthodes de travail mais surtout sa culture. Il est indispensable d'innover. Le risque fort est sinon de la perte du sens de l'action publique par rapport aux attentes des personnes.

La prudence doit être de mise. Comme l'indique un spécialiste du new public management il y a des secteurs comme celui de l'action sociale où la procédure n'offre pas le meilleur mécanisme de gouvernance, où la confiance est nécessaire entre l'administration et les groupes professionnels, qui jouent un rôle majeur dans la mise en œuvre. La confiance ne peut pas être établie par des contrats et des relations de court terme¹⁹.

3-A Un État animateur

La politique du handicap est au centre même de la nouvelle manière de conduire une politique publique. Comme le résume le professeur Duran²⁰ « la question que pose dorénavant le pilotage des affaires publiques est celle de la coordination de l'action dans un contexte élargi d'*interdépendance généralisée*. » L'État n'est ni le financeur unique, ni le décideur unique, ni même le planificateur unique. Le choix de l'acteur le mieux à même de remplir cette fonction reste entier. De toutes les manières même si désormais une préférence s'affirme pour un pilotage unique réglant notamment la question d'articulation des schémas et des financements, la question du choix entre l'État et les départements voire des régions dépend de la réforme territoriale. On pourrait envisager dans un choix étatique que les ARS en soient le relai. Leur mission s'inscrit dans la définition de la santé par l'Organisation Mondiale de la Santé²¹. Elles exerceraient explicitement le rôle d'animation transversale pour le handicap et les personnes âgées. Elles devraient être accompagnées dans ce nouveau métier car la question est celle de leur capacité à mener une action de proximité et d'établir le lien avec les autres partenaires bien au-delà du sanitaire.

Quel que soit le pilote local ARS, Région, Département il faut un État. L'État doit être en capacité de dire là où se trouve l'intérêt général et cela lui est demandé par ses partenaires. Qu'il s'entoure des consultations nécessaires, qu'il formalise les objectifs et qu'il assure le parangonnage. Le rôle de l'État animateur doit être de plus en plus d'affirmer une valeur ajoutée par l'affichage de priorités claires, la constitution de l'information, sa mise à disposition et l'accélération de sa circulation et la qualité du suivi et du contrôle. Les partenaires de l'État souhaiteraient un État plus présent et plus cohérent. Il y a une demande d'État sous une forme d'orientations stratégiques et notamment de hiérarchisation des priorités dans un cadre économique contraint. L'État

¹⁹ Ian-Erik Lane New public management Routledge 2000

²⁰ Patrice Duran, "L'(im)puissance publique, les pannes de la coordination", dans Association française pour la recherche en droit administratif, La puissance publique, Lexis Nexis, 2012

²¹ « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. Organisation mondiale de la santé. »

pourrait alors fonctionner dans le cadre de la méthode ouverte de coordination utilisée en matière sociale au niveau européen²². Les conférences de territoires pourraient y trouver un rôle plus satisfaisant.

La méthode ouverte de coordination en matière de protection et d'inclusion sociales permet à l'Union européenne de fournir un cadre pour l'élaboration de stratégies nationales et pour la coordination des politiques entre les pays de l'UE dans les domaines de la pauvreté et de l'exclusion sociale, des soins de santé, des soins de longue durée et des retraites. La méthode ouverte de coordination est un processus volontaire de coopération politique fondé sur l'établissement d'objectifs et d'indicateurs communs destinés à mesurer la progression vers ces objectifs. Les gouvernements traduisent les objectifs communs en plans d'action présentés sous forme de rapports stratégiques nationaux.

Ces rapports sont évalués par la Commission et le Conseil, dans le cadre de rapports conjoints qui analysent les résultats obtenus, dans les différents États membres, par des initiatives décidées à l'échelle européenne.

La méthode ouverte de coordination vise également à mettre en place un apprentissage mutuel en ce qui concerne l'examen approfondi des politiques, programmes et dispositifs institutionnels présentés comme constituant de «bonnes pratiques» dans les rapports nationaux. L'un des outils les plus importants à cet égard est l'examen par les pairs, qui favorise la diffusion des bonnes pratiques entre les États membres par l'évaluation de l'efficacité des principales politiques ou institutions.

3-B Renforcer la capacité de l'échelon administratif à s'adapter aux besoins locaux.

L'administration déconcentrée ou décentralisée²³ doit être la première à bénéficier d'un mécanisme de délégation. Ceci est d'autant plus nécessaire que l'action médico-sociale relève de blocs de compétences poreux et que le dialogue doit avoir lieu aussi bien avec les départements qu'avec les régions notamment pour la formation. La question des objectifs régionaux de dépenses de l'assurance maladie Ordam a été évoquée par le Haut Conseil pour l'Avenir de l'assurance-maladie. En tout état de cause la structuration des programmes nationaux obère largement la capacité d'intervention adaptée au niveau local. Le fonds d'initiative régionale répond partiellement à cette préoccupation de transversalité. Il y a un travail de déconcentration administrative mais aussi de changement des associations. La mesure de la réussite de politiques publiques au nombre de places spécialisées définies au niveau national -assez souvent selon la demande des associations elles-mêmes ne correspond ni forcément à l'intérêt général ni à la meilleure prise en charge globale des personnes handicapées dans la mesure où le réaménagement du réseau existant apparaît quantitativement tout aussi important. Les plans ne font pas un Plan. La multiplication des actions nationales sectorielles rend plus compliquée une prise en compte de la situation des personnes handicapées dans leur environnement.

²² Jean-Yves Hocquet L'Europe invente une nouvelle forme de gouvernance : la méthode ouverte de coordination, Sociétal, 2005.

²³ Yves Cannac, Sylvie Trosa La réforme dont l'Etat a besoin : Pour un management public par la confiance et la responsabilité Dunod 2007.

3-C Restaurer le dialogue.

On peut penser que les mécanismes d'évaluation interne et externe pourront fournir des éléments de référence aux différents acteurs si on les aménage pour en faire des outils dynamiques d'adaptation à des besoins en évolution. La prestation est d'un genre différent du contrôle technique automobile ou de la certification des comptes. S'il est important de militer de façon énergique pour la restauration du dialogue, il est tout autant nécessaire de rendre des comptes au payeur sur les résultats. L'évaluation interne et externe sont d'abord des outils managériaux au service des gestionnaires et non des outils de pilotage. Même si elles peuvent être un instrument d'appui pour le responsable public, il y a une certaine candeur à penser qu'elles pourront remplacer l'expression directe des personnes et l'appréciation directe de l'administration.

Afin d'assurer au moins une bonne régulation des évaluateurs eux-mêmes, il est souhaitable de maintenir une expertise administrative s'appuyant sur une bonne connaissance du terrain. La compétence technique semble s'être un peu dissoute. Les organismes gestionnaires comme les conseils généraux disposent de professionnels chevronnés alors que les mutations et les départs à la retraite affaiblissent la capacité de l'État. L'État ne semble pas en capacité d'assurer la présence souhaitée dans les différents bassins. Il ne dispose plus forcément du savoir nécessaire. Certains interlocuteurs n'hésitent pas à dire que l'État cherche à leur « pomper » leur expertise ou à préempter les MDPH comme substitut des services déconcentrés.

L'intervention de l'État est alors perçue comme une injonction à satisfaire des indicateurs et non les besoins des personnes. L'État est aussi perçu comme divisé entre la DGCS, la CNSA et les ARS dont les discours ne sont pas totalement convergents... Enfin du côté des conseils généraux le sentiment de défausse financière est très largement présent.

Une pause doit être faite dans la production de textes qui ont plutôt tendance à segmenter les prestations et vont contre la plasticité exigée du secteur. Le décret sur les instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (Itep) est une tentative très intéressante. Elle montre bien que même le regroupement des services sous un cadre commun ne répond toujours pas à la fluidité exigée par les parcours²⁴. Il est permis d'évoquer la convention du Fonds National de l'Emploi de 1963 qui permettait aux services du travail de contribuer à la continuité de l'emploi des travailleurs en utilisant un article de loi décliné sous forme contractuelle pour répondre aux besoins allant de l'insertion par l'économie aux grandes restructurations²⁵. L'instrument existe dans le médico-social. Il suffit de restituer aux conventions pluriannuelles d'objectifs et de moyens CPOM leur mission première d'application des SROMS et leur finalité de coordination, de continuité de la prise en charge ou de l'accompagnement²⁶. Leur rôle comme instrument de remise à niveau des ressources des associations n'est qu'une utilisation ponctuelle positive mais qui en a perverti l'ambition. La CPOM doit redevenir l'instrument pluriannuel qualitatif qui correspond à sa vocation. La sécurisation financière est la condition pour libérer du temps pour des échanges sur les personnes accueillies, la gestion des flux et pour le

²⁴ Etude Aire Uniopss

²⁵ Jean-Yves Hocquet les conventions du FNE Droit social 1985

²⁶ Art. L. 312-6. - Afin de coordonner la mise en oeuvre des actions sociales et médico-sociales menées dans chaque département et de garantir, notamment, la continuité de la prise en charge ou de l'accompagnement des personnes accueillies, une convention pluriannuelle conclue entre les autorités compétentes, au titre desquelles figurent les centres communaux d'action sociale et les centres intercommunaux gestionnaires d'établissements sociaux ou médico-sociaux, définit les objectifs à atteindre, les procédures de concertation et les moyens mobilisés à cet effet, notamment dans le cadre des schémas départementaux mentionnés au 2° de l'article L. 312-5. »

contrôle et le suivi. La CPOM permet aussi de permettre une meilleure fongibilité, la tarification constituant le premier facteur de viscosité dans la gestion des parcours.

Les critères de taille (places ou budget) ne paraissent pas pertinents. Ils réveillent le fantasme de la fusion forcée et semblent réserver l'avenir aux grosses structures. Le contenu pourrait pour une fois emprunter aux CPOM hospitaliers tout en faisant prévaloir une logique qualitative. Il s'agit de satisfaire des besoins pas des indicateurs. L'ouverture vers l'extérieur, la coopération, la modularité pourraient percoler d'une manière progressive. La latitude rendue aux interlocuteurs administratifs leur permettant de répondre aux besoins du territoire serait accompagnée d'une régulation grâce à la consultation des instances de la démocratie médico-sociale, les conférences de territoire qui peinent à trouver un objet concret. De même la CPOM pourrait être un instrument de convergence de l'action de l'État et des Conseils généraux.

L'État peut aussi mobiliser les instruments dont il dispose par ailleurs pour tisser les partenariats souhaitables. Les communautés hospitalières de territoire peuvent inclure des établissements médico-sociaux mais il est aussi possible d'inclure aussi dans les CPOM hospitaliers des incitations à mieux travailler avec le médico-social. La fongibilité asymétrique qui permet d'accompagner les transferts d'activités du sanitaire vers le médico-social nécessite l'expérience de coopérations concrètes pour ne pas être perçue comme un simple redéploiement de la pénurie. Des réflexions de qualité ont pu avoir lieu entre un hôpital psychiatrique et une association sur la conception d'une Mas. Ce serait déjà une grande réussite que de nouer ces partenariats intellectuels pour permettre de donner du sens aux mouvements budgétaires éventuels. Dans un monde parfait l'imagination pourrait même aller jusqu'à coordonner les CPOM hospitaliers avec les CPOM médico-sociaux.

4) Des mesures d'application immédiate.

L'objectif de cette partie est de présenter des chantiers communs sur lesquels des actions semblent nécessaires dans l'immédiat.

4-A Affirmer les compétences prévues par la loi de 2005 pour les MDPH.

La place à accorder à la MDPH dans un rapport consacré au médico-social est évidente. La MDPH apparaît comme l'acquis administratif le plus positif de la loi de 2005. Elle examine les besoins de la personne. Elle rassure la personne en officialisant le plan de compensation. Elle fournit un service en voie d'amélioration reconnue. Elle est désormais l'échelon local du contact individuel avec les politiques du handicap en liaison souvent avec la problématique plus large de la dépendance. Mais surtout l'article 64 de la loi de 2005 lui confie une mission très large qui interfère avec les enjeux mis en évidence pour le secteur médico-social sur l'accompagnement notamment²⁷. Le législateur a d'ailleurs prévu que « la maison départementale des personnes handicapées organise des actions de coordination avec les autres dispositifs sanitaires et médico-sociaux concernant les personnes handicapées ». Toutefois son fonctionnement connaît quelques limites. Ne pas les prendre en compte pourrait aboutir à une explosion d'un acteur désormais bien établi alors qu'elle doit avoir un rôle pivot dans la sollicitation des prestations du secteur médico-social ;

- la question des logiciels des MDPH a été régulièrement soulevée. Elle peut sembler secondaire mais la complexité des relations avec les prestataires comme les limites des services rendus dans des interfaces souhaitées par les gestionnaires publics en font une question qui mérite d'être relevée.
- les compétences internes sont encore limitées et ne sont pas encore stabilisées sur le plan statutaire.
- les articulations avec les diagnostics en amont ne sont pas toujours établies.
- les équipes, sauf pour la PCH, sont encore réduites alors qu'en plus de l'aspect médical tout l'environnement social de la personne est à prendre en compte en tant qu'élément facilitateur ou sur handicapant pour la personne.

- le GEVA est apprécié mais une formule simplifiée est souvent demandée. La préoccupation étant la reconnaissance équitable des besoins des personnes.
- la connaissance de l'offre médico-sociale disponible reste variable.
- le caractère focalisé de la décision d'orientation ne s'inscrit pas encore dans la logique d'une réponse diversifiée et de la gestion de parcours. Un consensus se dégage sur l'élaboration d'une décision correspondant au souhaitable et sur une décision par défaut en fonction de l'offre.

²⁷ La maison départementale des personnes handicapées exerce une mission d'accueil, d'information, d'accompagnement et de conseil des personnes handicapées et de leur famille, ainsi que de sensibilisation de tous les citoyens au handicap. Elle met en place et organise le fonctionnement de l'équipe pluridisciplinaire mentionnée à l'article L. 146-8 de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées prévue à l'article L. 146-9, de la procédure de conciliation interne prévue à l'article L. 146-10 et désigne la personne référente mentionnée à l'article L. 146-13. La maison départementale des personnes handicapées assure à la personne handicapée et à sa famille l'aide nécessaire à la formulation de son projet de vie, l'aide nécessaire à la mise en œuvre des décisions prises par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées, l'accompagnement et les médiations que cette mise en œuvre peut requérir. Elle met en œuvre l'accompagnement nécessaire aux personnes handicapées et à leur famille après l'annonce et lors de l'évolution de leur handicap.

- le plan de compensation doit être plus détaillé quitte à hiérarchiser les interventions et à fixer un calendrier et expliqué aux services chargé de le mettre en œuvre pour que la famille ne soit pas à la fois en charge de l'ingénierie et de la mise en œuvre.
- l'absence de suivi des décisions d'orientation notamment pour l'accès aux services et aux établissements. Les décisions ne sont pas créatrices de droits effectifs. Par exception avec le principe qui vise à limiter le recours à l'instrument législatif, il serait souhaitable d'expertiser comment une portée plus opérationnelle aux décisions d'orientations pour les familles sans ouvrir de fausses fenêtres en créant une opposabilité qui n'aurait pas d'effet véritable.

Une des difficultés à résoudre est celle de la zone grise : certaines associations évoquent la question de prise en charge en amont de toute reconnaissance de handicap. Cette démarche éviterait d'augmenter la charge des MDPH pour des personnes dont le parcours relève d'une logique de soins limitée et le cas échéant ce que peut avoir de stigmatisant une reconnaissance de handicap pour certains enfants. On peut imaginer qu'un diagnostic et un mécanisme d'autorisation allégés suffisent. L'autre élément de la zone grise relève de la prise en charge de professionnels qui n'est possible que dans le secteur médico-social (ergothérapeute psychologue, psychomotricien). La solvabilisation de l'accès devrait là aussi permettre de satisfaire une partie des besoins.

Enfin se pose la question des prestations éligibles à distinguer ou non du droit commun, ce que par exemple le secteur de l'aide à domicile qualifie d'activités de la vie quotidienne (préparation de repas). Indispensable à la vie quotidienne de la personne à domicile, leur prise en charge relève-t-elle du handicap ou de l'aide sociale et comment se fait le cas échéant la coordination ?

Les MDPH constituent donc un point critique pour le bon fonctionnement du système. Traditionnellement il y a toujours en France comme dans les autres pays européens un principe de vases communicants entre les politiques de l'emploi et l'invalidité/handicap pour les adultes. Alors qu'elles restent débordées et que la politique du handicap devrait être subsidiaire, elles sont sollicitées pour régler des situations sociales ou de scolarisation. Pour ce dernier aspect l'orthophonie vient en substitution des maîtres E et G.

4-B Recentrer et simplifier la procédure d'appel à projets.

Pour les organismes gestionnaires la diversité des financeurs est source de complexité. Si l'on veut trouver une justification au regroupement associatif lié au besoin de fonctions supports à créer, l'ingénierie du financement de projet en est une parfaite illustration.

Le défaut principal de l'appel à projet est de polariser l'attention des financeurs sur les flux alors que l'efficacité exigerait d'abord de travailler sur les organismes existants pour les accompagner dans leur changement. L'appel à projets n'a pas que des aspects négatifs. Il contribue à renouveler l'offre sur les territoires. La planification i.e. répartition des moyens en fonction de priorités a été longtemps ignorée. L'autorisation était le fruit du besoin explicite mais aussi de l'initiative et du dynamisme d'un porteur de projet. En tout état de cause il est peu probable que la carte des besoins d'hier coïncide quantitativement et qualitativement avec les priorités d'aujourd'hui. Les flux d'appels à projets seront relativement faibles et même s'ils contribuent à un rééquilibrage progressif, ce n'est pas suffisant pour modifier le paysage. Il paraît prioritaire de concevoir une stratégie de recomposition progressive de l'offre existante à l'aide des CPOM. Il s'agit pour cela de définir une stratégie régionale en utilisant les instruments disponibles en accompagnement des évolutions souhaitées.

La procédure est chronophage. Une présélection des projets devrait pouvoir être faite par les services afin d'éviter l'audition de l'ensemble des candidats. La multiplication des consultations de toute sorte est source d'interrogation. Pour une fois le mot efficient apparaît adapté. La procédure de concertation ou de consultation actuelle qui se développe à tous les niveaux de l'administration n'est pas efficiente. Elle représente au total une taxation couteuse sur les moyens du secteur.

Les associations mettent aussi en avant le danger de parasitisme (détournement de projet associatif par un autre organisme) ou de clientélisme. L'effet paradoxal de l'appel à projets conjugué avec l'anonymat d'une administration est plus facteur de défiance que de transparence d'autant que la planification qui devrait être le socle de la démarche n'en est qu'à ses balbutiements.

La procédure est conservatrice. Sur le plan concret les appels à projets conformes à une démarche transversale ambitieuse (prévention, sanitaire et médico-social) ou transcendant les frontières départementales sont quasiment inexistantes. Le guide sur l'élaboration des SROMS distingue bien les différents besoins par niveau territorial mais cela implique dans la majorité des cas que les appels soient placés au niveau des bassins de vie éventuellement à cheval sur les frontières départementales. Les personnes handicapées doivent recevoir les prestations nécessaires au plus près de l'endroit où elles le souhaitent. Il semble même que la cohérence des appels à projets ne soit pas respectée (ex : appel à projets ESAT sans réflexion sur l'hébergement).

La procédure d'appel à projets innovants faiblement utilisée est une fausse fenêtre. Avec une évaluation à trois ans, il y a un risque de privilégier les résultats faciles. On est un peu loin de la persévérance, vertu cardinale de l'action administrative. Tapez à la porte d'une structure nouvelle et un directeur désolé vous dira qu'il doit rendre des comptes dans trois ans et que votre enfant ne permettra pas d'avoir une vitrine attractive au regard de la performance attendue. L'Éducation nationale s'efforce de mesurer la plus-value d'un lycée et pas simplement le fait qu'il a de bons résultats parce qu'il recrute de bons élèves. De facto des institutions ou services se développent hors de toute planification, hors de toute autorisation par des financements publics ou privés ou solvabilisés par la PCH. Ils répondent à un vrai besoin mais posent aussi un vrai problème d'égalité de traitement et de sens de planification. L'avenir d'une planification et d'une tarification qui ignorerait les initiatives un peu innovantes serait discutable.

Si d'aventure il y avait un emprunt à faire à la procédure de marché il serait alors pertinent de se tourner vers la procédure de dialogue compétitif²⁸ qui est lourde mais respecte l'initiative conjuguée des pouvoirs publics et des prestataires (article 67 Code des marchés publics). Un premier exemple qui s'apparenterait à cette démarche est l'appel à projet lancé dans la Région Pays de la Loire sur les amendements Creton qui laissait une grande latitude à la réponse.

D'une manière globale les politiques doivent décider si leurs administrations (d'État ou des collectivités territoriales) sont gestionnaires d'une procédure de mise en concurrence ou si elle souhaite conserver une capacité d'ingénierie. Quel est leur rôle de conseil aux projets intéressants ? Il y a un risque fort que des projets soient récusés pour des raisons formelles alors qu'ils sont les plus innovants. Mais surtout les agents risquent de perdre toute dimension qualitative de leur action. Encore une fois si les ministres prennent le risque de se piéger en n'affichant que des objectifs quantitatifs toujours en-deçà du besoin

²⁸ Le dialogue compétitif est une solution adaptée à la conclusion des marchés complexes, pour lesquels le pouvoir adjudicateur ne peut définir seul et à l'avance les moyens techniques répondant à ses besoins ou encore pour lesquels il n'est pas en mesure d'établir le montage juridique ou financier. Il n'est pas un élément d'accélération des procédures, mais d'amélioration de la définition des besoins. Le dialogue compétitif est, en effet, une procédure assez longue.

d'autant que celui-ci reste mal défini, l'administration prend le risque d'une perte de compétence, d'une perte de légitimité et de perte de sens pour les agents. Au minimum les motivations des rejets devraient pouvoir servir de support à une action pédagogique de dialogue.

4-C Subordonner les rapprochements des organismes à une analyse territoriale.

Cette question pollue largement la perception de la politique de l'État alors qu'elle ne constitue pas d'ailleurs une orientation de la DGCS. Le regroupement qu'il se fasse par le biais des outils de coopération introduits par la loi de 2002 ou par le biais de fusions absorptions n'est pas à exclure mais à la condition de correspondre à un projet.

La notion de plateforme suscite sur le principe un large consensus mais il y a encore un risque de mettre des notions très différentes. Il est plus facile de définir ce qu'elle ne doit pas être :

- un organisme autarcique couvrant les besoins de 7 à 77 ans. Il n'est pas évident de gagner sur le plan économique. Les coûts de coordination ou liés à la rigidité organisationnelle limitent voire suppriment les bénéfices d'un élargissement des activités²⁹.

- un simple regroupement porteur de recherche d'économies d'échelle risquant d'aboutir à la constitution de monstres ingouvernables par l'administration. Par ailleurs il n'est pas évident que l'opération soit rentable. Les économies d'échelle de production mais aussi des économies d'échelle de consommation peuvent avoir un effet contradictoire. Une fusion peut faciliter une mutualisation des moyens du siège mais aussi une redistribution des moyens d'intervention sans gain collectif³⁰.

L'évolution spontanée d'un rapprochement n'apporte pas toujours des économies. Les conditions nécessaires à une réflexion sur le sujet devraient être les suivantes :

- pouvoir réaliser un diagnostic territorial des besoins plus affiné grâce à une méthodologie et l'apport des différents partenaires locaux ;
- poursuivre la démarche des SROMS pour dessiner le futur mais en veillant à permettre les actualisations ;
- respecter la maturité des partenaires et l'envie de coopérer qui nécessite un apprentissage subtil et patient ;
- prendre acte de solutions diversifiées selon les territoires en élargissant aux liens à créer au moins avec le sanitaire et le social ;
- rechercher dans un premier temps les mutualisations spontanées ;
- constituer une base généraliste qui fait appel en tant que besoins à des compléments spécialisés ;
- faciliter la mise en œuvre de projet (même) symbolique.

La bonne plateforme serait donc un réseau défini au niveau territorial approprié selon les compétences disponibles et restant ouvert sur l'extérieur. Là aussi le secteur sanitaire fournit une pratique qui peut être examinée avec les communautés de territoire.

Mais que l'on ne trompe pas. Le mécanisme qui peut conduire à une fusion n'est pas tant la position prêtée à l'administration que la dynamique liée à l'épuisement des conseils d'administration. Or la légitimité du secteur associatif réside dans sa capacité à porter un

²⁹ Ewan Rawley Diversification, coordination costs and organizational rigidity :evidence from micro data strategic management journal 2010

³⁰ Pommerehne Werner.W,Blankart Charles Beat. Les économies d'échelles dans les services urbains Revue économique Volume 30, n°2,1979.pp 338-354

projet avec des adhérents, des bénévoles, des donateurs Leur présence ou leur absence seront au total déterminantes pour l'évolution du secteur.

4-D Faire de la formation un facteur de fluidité des parcours.

Sans remettre en cause le souci de formation généraliste des professions, le constat est que le handicap occupe une place finalement assez faible dans la formation de l'ensemble des personnels qui auront à en connaître : médecins, personnels soignants, travailleurs sociaux, personnels des administrations, membres des associations.

En complément de la formation à la compréhension du handicap qui a une vocation quasiment universelle évoquée supra, le renforcement des formations initiales ou continues doit être soutenu, beaucoup de choses ont été écrites³¹ sur le sujet. Ce sur quoi il paraît souhaitable d'insister dans une logique d'amélioration des coordinations est la pertinence d'une approche transversale et pluridisciplinaire qui a été régulièrement demandée. L'intérêt principal est que les formations puissent être réalisées en regroupant des professionnels issus d'origines variées. Des modules de formation commune obligatoires, intégrant des cas pratiques, devraient pouvoir rassembler régulièrement des étudiants en médecine, en pharmacie, en biologie, en soins infirmiers, en masso-kinésithérapie, ainsi qu'en travail social et dans les métiers socio-éducatifs. Cela suppose de revoir les maquettes de formation initiale des différentes professions pour constituer ce tronc commun entre les métiers de la santé et de la solidarité. La Région bénéficie d'une compétence de droit commun en matière de formation professionnelle. Elle doit être sollicitée de manière plus effective.

Les problèmes de diagnostic témoignent de l'ignorance du handicap et des compétences des autres métiers. Comme indiqué supra la réponse aux besoins des personnes est transversale. La rencontre entre les professionnels constituerait la première étape du partenariat. Au delà des professionnels, la formation pourrait concerner les administrateurs et les administrations. Plus modestement aussi des réunions de personnes provenant des administrations, des collectivités territoriales, des associations pour traiter des sujets d'intérêt commun hors contexte de gestion immédiate pourraient être organisées régulièrement. Les deux réunions organisées sur ce principe à l'occasion de cette mission semblent avoir satisfait les participants.

Liée à la formation est revenue souvent la question de la recherche. Au-delà de son insuffisance, se pose la question de la diffusion de ses résultats. Les extrêmes se trouvent soit dans des lieux de recherche dont le travail ne percole pas au niveau du médico-social soit de lieux de recherche qui sont embolisés par des prestations qui pourraient être faites par d'autres.

³¹ Marcel Jaeger quels professionnels, quelles formations pour l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes 2011

En conclusion

Le cadre juridique est aujourd'hui largement complété. L'explosion du code de l'action sociale et des familles se traduit-elle par une amélioration de la satisfaction de l'utilisateur ? Des trois instruments de la politique administrative, la règle, la subvention et la conviction, ce sont les deux premiers outils qui restent les plus utilisés. La conviction qui relève de la suggestion laisse le plus souvent la place à l'injonction.

Par rapport à la question de la définition des supports juridiques la conclusion de ma mission est claire. Une pause textuelle est nécessaire. Les différents rapports sur la maîtrise législative ne trouvent plus dans le secteur social, un terrain d'exemple vertueux. Le code de l'action sociale a rejoint le code des impôts et le code du travail dans ce que le Conseil d'État appelait le stroboscope législatif dans son rapport de 2006. Le rapport du gouvernement au CNCPPH est de ce côté tout à fait éclairant dans le recensement de la production de textes. En plus de la production législative, le secteur bénéficie de recommandations de la haute autorité de sante, de l'agence nationale de l'évaluation du secteur social et médico-social, de l'agence nationale d'appui à la performance. Là où au moment des lois de 1975 il y avait 60 agents à la Direction de l'action sociale, il y a aujourd'hui une héritière, la DGCS, une excroissance, la CNSA et le secrétariat général du ministère qui manage, les ARS. Le bon sens commun a une expression : « trop de cuisiniers gâtent la sauce ».

Il n'est pas nécessaire de procéder à un toilettage global des textes. Les dispositions législatives n'empêchent pas de fonctionner et d'aller dans le sens indiqué. Il apparaît utile de faire un bilan de la loi de 2002 à l'occasion de l'échéance symbolique de son dixième anniversaire. Elle a mis la qualité au centre du dispositif. Les interlocuteurs s'interrogent cependant pour savoir s'il s'agit d'une incantation ou si elle a été réellement assimilée. La place de l'utilisateur et sa relation avec le professionnel, sachant expert reste discutée. Elle doit être prise en compte dans l'évaluation interne et externe comme la capacité à coopérer des organismes. Il est donc utile d'attendre pour procéder à des modifications législatives, l'action prioritaire étant de modifier les comportements.

L'objectif partagé est celui de faire sortir la personne handicapée d'une situation de surprotection. La contrepartie actuelle est bien souvent la suresponsabilisation des gestionnaires. Le phénomène est d'autant plus accentué que les contacts directs sont limités. L'artisan dont on est satisfait n'a pas besoin d'être certifié. Pour celui que l'on ne connaît pas, la référence à une norme est utile pour limiter l'incertitude mais dans l'industrie le donneur d'ordres attend le respect de ses spécifications et pas d'une certification générale et il l'impose par la présence de ses équipes chez son fournisseur. Il y aura matière à une réflexion articulée du CNCPPH avec d'autres partenaires (académie de médecine, ...) pour définir les limites du principe de précaution dans le secteur du handicap. Cette approche devrait donc conduire à réviser les modes de fonctionnement par exemple. Les barrières d'âges semblent pouvoir être levées dans un certain nombre de cas. L'organisation des transports semble en donner une caricature. Il n'est pas possible de faire cohabiter adultes et mineurs dans le même car de ramassage et d'un autre côté l'éducateur va emmener les enfants prendre le bus pour les former à la vraie vie. Plus globalement l'âge n'est pas forcément le critère pertinent au regard du développement physiologique et cognitif. Il est permis aussi de s'interroger sur les effets du cycle : norme, fonctions support, taille critique. L'évaluation ex ante des normes doit porter sur les coûts induits mais aussi sur la structuration qu'elle implique.

Il y a effectivement pour l'État à passer dans le secteur à une politique de conviction. Personne n'ignore que la situation sera difficile. Après avoir donné le sentiment de

plonger dans les délices du meccano social, remettre les besoins de la personne handicapée dans le débat est une première étape du consensus nécessaire. Quant au secteur médico-social tant que les bases de sa légitimité resteront les mêmes, une vraie capacité de fédération autour de d'innovation, une vraie démocratie, et un vrai respect des attentes de la personne handicapé son développement sera assuré. L'intervention de l'administration peut lui faciliter la vie ou la rendre plus difficile mais ses questions existentielles trouveront leurs réponses dans son dynamisme.

Propositions

I - Détecter les besoins

Procéder à une analyse prospective par bassin de vie des besoins collectifs et individuels

Développer les techniques de recueil des besoins des personnes

Mettre en place une remontée d'information sur les bénéficiaires des prestations

II - Mieux prendre en compte les besoins

Faire de la prise en compte des besoins un critère essentiel des évaluations internes et externes incluant la vérification de l'adaptation continue du projet d'établissement au projet de vie de la personne

Définir les décisions d'orientation à la fois en fonction des besoins et par défaut en fonction de l'offre

III - Inciter à l'intégration

Inciter à la connaissance progressive par la mobilisation des instruments de coopération avec le sanitaire (CPOM, CHT)

Appuyer la constitution de réseaux

Intégrer la coopération et l'inclusion dans les évaluations des ESMS

IV - Placer les MDPH au centre de la mise en œuvre des parcours de vie

Faciliter le recueil des diagnostics et des évaluations réalisées

Mettre en place des plans personnalisés à échéances pluriannuelles directement utilisables par les personnes handicapées et leur entourage

Confier à la MDPH le soin de réaliser la coordination des coordinateurs

Réfléchir au moyen de donner une effectivité aux décisions d'orientation

V - Faciliter la fluidité des parcours par une gestion administrative plus adaptée

Élargir les références des politiques du handicap à des notions autres que les places

Dynamiser les CPOM au service d'évolution du secteur

Rendre à l'administration déconcentrée des possibilités de dialogue

VI - Améliorer le pilotage

Unifier le pilotage en fonction de la réforme territoriale

Introduire le bassin de vie comme critère de l'organisation

VII - Valider les principes d'action

Faire un bilan de la loi de 2002

Éclaircir les principes de la loi de 2005



Secrétariat d'Etat aux Solidarités et à la Cohésion sociale

Le Secrétaire d'Etat

Paris, le 27 OCT. 2011

Réf. : Cab MAM/ED/JM - Mer/11-7320

Monsieur le Directeur,

La politique du handicap a fait l'objet ces dernières années d'une attention renforcée et a connu une forte inflexion conduisant à privilégier la participation sociale des personnes handicapées.

La loi de 2002 portant rénovation de l'action sociale et médico-sociale, la loi de 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées et la loi de 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients à la santé et aux territoires constituent aujourd'hui, avec l'ensemble des mesures qui les accompagnent, un cadre cohérent en faveur de l'autonomie des personnes handicapées. Elles représentent aussi un défi pour le secteur médico-social à qui il est demandé des efforts importants d'adaptation que ce soit sur son mode de fonctionnement ou sur les réponses nouvelles qu'il lui est demandé d'apporter, dans un environnement administratif restructuré.

Si les grandes orientations de cette politique font l'objet d'un large consensus, « le comment faire » inquiète un secteur très fortement marqué par l'initiative et la culture associatives. Il connaît un renouvellement important de ses interlocuteurs. Il perçoit aussi que certains textes qui fondent son action ou les modalités de son financement appellent sans doute des modifications tenant compte des inflexions générales déjà mises en œuvre. A moyen terme c'est l'organisation du travail et la façon de travailler avec les partenaires qui seront différentes sans que l'on puisse en définir les contours.

Afin d'accompagner les évolutions indispensables à la mise en œuvre des grandes ambitions de la loi et de préciser les attentes réciproques de l'Etat et du secteur médico-social, il est aujourd'hui nécessaire que l'Etat et ses partenaires, en particulier associatifs, précisent ensemble les implications de ces nouvelles orientations sur les missions des établissements et services médico-sociaux.

Monsieur Jean-Yves Hocquet
Directeur du CLEISS
11, rue de la Tour des Dames
75436 - PARIS CEDEX 09

Je vous demande ainsi, en accord avec Madame Roselyne BACHELOT-NARQUIN, ministre de solidarités et de la cohésion sociale, d'engager une concertation avec les principaux acteurs concernés par l'évolution des établissements et services du secteur médico-social intervenant dans le champ du handicap. La concertation devra permettre, d'une part, de réaliser un diagnostic partagé portant sur les attentes des partenaires et sur les effets déjà constatés ou attendus des grandes évolutions législatives intervenues ces dernières années sur l'exercice des missions et les modalités de fonctionnement et d'organisation des établissements et services intéressés ; d'autre part, de proposer les axes et aspect opérationnels stratégiques sur lesquels pourraient être élaborées les orientations de l'Etat concernant l'évolution du secteur.

La concertation et le document de référence que vous proposerez serviront notamment à alimenter trois chantiers qui ont vocation à être lancés selon des échéances différentes. Il s'agira d'enrichir, en 2012, le pilotage national des agences régionales de santé déjà engagées dans la mise en œuvre territoriale des évolutions précitées, par de nouveaux éléments de compréhension du secteur, par la clarification et l'ajustement des objectifs et par la diffusion de bonnes pratiques. A moyen terme, cette démarche favorisera la réforme des supports juridiques sur lesquels s'appuie l'activité quotidienne des structures ainsi que leurs règles de tarification.

En étroite liaison avec la Direction Générale de la Cohésion Sociale (DGCS), vous mettrez en œuvre les moyens appropriés pour associer toutes les parties prenantes, départements, services de l'Etat, gestionnaires, professionnels et usagers. Le Conseil national consultatif des personnes handicapées (CNCPH) désignera les modalités d'association des représentants du secteur. Si besoin est, vous pourrez utiliser les moyens internet pour élargir la concertation. Un comité de pilotage associant notamment les instances du ministère et la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) vous appuiera dans votre travail qui fera l'objet d'un document remis avant mars 2012.

Je vous remercie de votre précieuse contribution et vous prie de croire, Monsieur le Directeur, en l'assurance de ma considération distinguée.



Marie-Anne MONTCHAMP

Associations

Agapsy	Mme Barroche
Espoir 54	M. Dandel la Forge
Aire	MM. Deniau, Desmet, Gonnard
APF	Mmes Penon, Séjon-Onillon, M. Velut
Apetreimc	M. Belin
Ares	Mme Faure
Cnape	M. Carlais
Collectif déficiences intellectuelles	M. de Compiègne
Fédération française des Dys	Mme Cabouat, M. Lochman
Fegapei	Mme Poulet, MM Calmette, Tortuyaux, M. Hagège
Fehap	Mme Leberche, MM. Dupuis, Perazzo
Fisaf	MM Beccari, Bonnet
FNMF	Mmes Grosyeux, Haumesser, Millet-Caurier
Intellicure	Mme Bébin
Iris Messidor	Mme Ducre-Sie
L Adapt	Mme Paparelle
Un autre regard	M. Karinthi
Unapei	Mme Prado, M. Nouvel
Uniopss	MM Allier, Balmory, Thevenin
Trisomie 21	Mme Bonhomme
Una	Mmes Martel, Lartigue

Administrations/comités/conseils

DGCS	Mme Fourcade, M. Didier-Courbin M. Risselin, M. Denion
CIH	M Dieuleveux
HCAAM	M. Piveteau
ARS	Mmes Desaulle, Lejeune, M. Laforcade
CNSA	Mmes Gilbert, Sylvain
CNCPH	M. Gohet, M. Jacob
ADF	M. Hardy
CG 52	M. Dutertre
CG 91	M. Guedj
CG 74	Mmes Pesenti, Maljean, M. Tormento,
CG 22	Mme Burlot-Tual (téléphone)
Paris	Mmes Gueydan, Marc
Ville de Nantes	Mme Monier, Conseil Nantais des Personnes Handicapées (téléphone)

Experts

Cedias	M. Jean-Yves Barreyre
ONFRIH	M. Jean-Louis Faure
CNAM	M. Marcel Jaeger
Défenseur des droits	Mme Lyazid

Visite

Centre La Gabrielle MFP	Mme Grosyeux
-------------------------	--------------

Réunion 6 mars 2012

Secrétariat général ministères sociaux Mme Bentegeat

Gepso M. Croize

DGCS M. Denion

ARS Lorraine Dr. Dequidt

association des directeurs de MDPH M. Dupin

CNSA M. Dupont

Unifors M. Gauthier

UNAFAM M. Dybal

ADF M. Hardy

Président I=MC2 groupe établissement
et services CNCPH M. Jacob

APF Mme Penon

Fehap M. Perazzo

APF M. Sigour

Appui à l'animation M. Gérard Guitton

Réunion du 21 mars 2012

Fegapei	Mme Aboussa
Fédération générale des PEP	M. Cargnelutti
Association des directeurs de MDPH	M. Deimat
Aire	M. Desmet
Clapeah	M. Faivre
ARS Franche-Comté	M. Guillaumot
ADF	M. Hardy
Fehap	Mme Leberche
Gepso	Mme Le Flohic
ARS Auvergne	M. May
FHF	Mme Malnou
L'ADAPT	Mme Paparelle
Adapei 28	Mme Thavard
Unapei	Mme Ragon

Appui à l'animation M. Gérard Guitton

Contributions écrites

Collectif Handicap Mental 13
Réseau de santé Canton Vert