

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

JANVIER 2025  
2024-017R

## ANNEXES

Magali  
**Guegan**

Yannick  
**Le Guillou**

Franck  
**Le Morvan**

Membres de l'Inspection générale  
des affaires sociales

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



## SOMMAIRE

<b>ANNEXE 1 : METHODOLOGIE .....</b>	<b>3</b>
<b>ANNEXE 2 : LE PLAN DE CREATION DE 50 000 SOLUTIONS .....</b>	<b>11</b>
<b>ANNEXE 3 : RESULTATS DES ENQUETES MENEES DANS LE CADRE DE LA MISSION .....</b>	<b>16</b>
<b>ANNEXE 4 : OUTILS DE GOUVERNANCE TERRITORIAUX .....</b>	<b>29</b>
<b>ANNEXE 5 : EXPERIMENTATION DIAGNOSTIC TERRITORIAL .....</b>	<b>78</b>
<b>ANNEXE 6 : L'ORIENTATION MEDICO-SOCIALE PAR LES MDPH .....</b>	<b>80</b>
<b>ANNEXE 7 : LE TRANSPORT POUR LES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP ACCOMPAGNEES PAR UN ETABLISSEMENT OU SERVICE SOCIAL ET MEDICO-SOCIAL .....</b>	<b>90</b>
<b>ANNEXE 8 : SYSTEMES D'INFORMATION .....</b>	<b>99</b>
<b>ANNEXE 9 : MESURE D'ACTIVITE .....</b>	<b>112</b>
<b>ANNEXE 10 : APPUI A LA TRANSFORMATION .....</b>	<b>119</b>
<b>ANNEXE 11 : EXPERIMENTATION « FACILISOINS » .....</b>	<b>127</b>
<b>PIECE JOINTE N°1 : LA NOMENCLATURE DETAILLEE DES BESOINS ET PRESTATIONS .....</b>	<b>133</b>
<b>PIECE-JOINTE N°2 : EXTRAIT DE L'INSTRUCTION FONDS D'APPUI A LA TRANSFORMATION</b>	<b>136</b>

# ANNEXE 1 : Méthodologie

## Données de l'état des lieux

Pour construire l'état des lieux de la transformation de l'offre sociale et médico-sociale, la mission avec l'appui du pôle data s'est basée sur le répertoire FINISS. Les données chiffrées ont été extraites à partir de l'outil EDONISS en mars 2024 pour les tableaux chiffrés et en juin 2024 pour les cartes.

Pour établir les cartographies, les modalités de la variable « mode de fonctionnement » ont été regroupées en six ensembles, selon qu'ils correspondent à un hébergement, un accueil de jour, un accompagnement en milieu ordinaire ou à leur combinaison (hébergement et accueil de jour, accueil de jour et accompagnement en milieu ordinaire, tous modes d'accueil et d'accompagnement).

Un établissement est considéré comme « diversifié » s'il peut déjà assurer seul un hébergement, un accueil de jour et un accompagnement en milieu ordinaire. On considère qu'un établissement est « potentiellement diversifié » s'il peut les assurer conjointement avec les autres établissements relevant de la même entité juridique (personne morale) situés dans le même département.

Les travaux se sont centrés sur la distance des communes de France métropolitaine avec le mode de fonctionnement de l'établissement étudié, afin de mesurer son accessibilité, au regard de la distance à parcourir pour y parvenir. Cette distance est une distance routière. Elle est mesurée à l'aide du package `metrics.osrm` produit par l'INSEE. Il permet de faciliter l'interrogation d'un serveur de routage de type OSRM (Open Source Routing Machine), qui exploite des données routières d'Open Street Map notamment. Grâce à ce package de l'INSEE, il est possible de déterminer la distance minimale d'une commune (son centre-bourg) avec un type d'établissement. Ces distances ont été regroupées en 4 catégories : moins de 10km, entre 10 et 25km, entre 25km et 100km, plus de 100km.

Enfin, la mission a bénéficié par ailleurs du travail de recensement des dispositifs et offres de services coordonnés réalisé par l'ANAP par enquête auprès des ARS.

## Les auditions et déplacements de la mission

Pour mener ses travaux sur la transformation de l'offre sociale et médico-sociale, après une revue bibliographique, la mission s'est attachée à auditionner le maximum d'acteurs du secteur médico-social du handicap : administrations, collectivités territoriales, associations de famille, de personnes concernées, gestionnaires d'établissements médico-sociaux ou non, maisons départementales des personnes handicapées, fédérations, représentants syndicaux du travail social, experts et personnalités qualifiées... et d'acteurs plus généralistes comme les associations tutélaires, des organismes de recherche ... Plus de 120 auditions ont eu lieu, associant plus de 300 personnes.

La mission a également choisi de se déplacer dans 1 ou 2 départements de quatre régions choisies sur les critères suivants :

- Région où la diversification des modalités d'accompagnements des ESSMS était la plus forte
- Région où la diversification des modalités d'accompagnements des ESSMS était la moins forte
- Régions avec de grands écarts départementaux en termes de diversification des modalités d'accompagnements

Pour chaque département, étaient rencontrés : l'ARS, le CD, la MDPH et 2 établissements et services médico-sociaux en recherchant une diversité d'ESSMS : IME, DITEP (dont DIME/DAME ; DITEP), IEM, SESSAD, FAM, MAS, SAMSAH, DITEP et DIME/DAME, EANM.

Au cours des rencontres avec les ESSMS, une session d'échanges, non guidés, avec des professionnels de la structure et une session d'échanges libres avec professionnels et personnes concernées ont été réalisées.

Aux côtés des déplacements, la mission a fait une immersion-observante sur deux jours dans un dispositif médico-social de catégorie juridique IME en toute modalité d'accueil et d'accompagnement », pour des jeunes de 15 à 20 ans avec déficience intellectuelle (avec des pluri-handicaps) avec prestations sur site, prestations en UEE et en classe ordinaire afin d'observer le quotidien des jeunes accompagnés et des équipes médico-sociales et appréhender les enjeux concrets de la modularité des parcours.

Plusieurs enquêtes sur les freins à la transformation de l'offre sociale et médico-sociale ont été lancées pour nourrir les travaux. Une auprès de toutes les ARS (15 répondants) après de premiers échanges avec les ARS, une auprès d'organismes gestionnaires publics et privés à but non lucratifs (non représentative, 56 répondants) après la première phase d'auditions.

## Fiches d'impact détaillées

<p><b>Recommandation n°9</b></p>	<p>Confier à la DREES et la CNSA la mise en place d'une méthodologie pour alimenter les observatoires territoriaux des besoins et la production des données socles nécessaires au diagnostic et à l'analyse des besoins des personnes en situation de handicap, et mener une réflexion sur la faisabilité de projections dans le temps.</p>	
<p>Calendrier : 2026</p>	<p>Pilote : CNSA/DREES</p>	<p>Acteurs impliqués : DGCS et ARS</p>
<p><b>Résultats attendus :</b> Diffusion aux ARS d'une méthodologie pour les observatoires territoriaux des besoins avec les jeux de données dont les données issues des SI MDPH dès que possible</p>		
<p><b>Principales étapes (mise en œuvre et pilotage) proposées par la mission :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Arbitrage pour mesure en projet de loi de financement pour 2026 : 2 options : uniquement des ETP dédiés ou un portail national et des ETP dédiés</li> <li>- Lancement des travaux sous l'égide DRESS/CNSA</li> </ul>		
<p><b>Condition de réussite/moyens :</b> Copilotage DRESS/CNSA et association des ARS, CD et éducation nationale, et des représentants des personnes concernées.</p>		
<p><b>Éléments de chiffrage :</b> Les besoins estimés par la CNSA étaient de 3 ETP (fiabilisation de la saisie des données et animation de réseaux de référents territoriaux, exploitation des données, création d'un portail de consultation des données statistiques produites par la CNSA et gouvernance de la mise à disposition des données du handicap et 1,6 M€ par an sur 3 ans pour la création du portail (Investissement et fonctionnement). Les besoins estimés par la DREES étaient de 3 ETP également (exploitation des données, gouvernance de la mise à disposition des données du handicap). Ces sommes sont modestes, mais supposent un desserrement de la contrainte sur les plafonds d'emploi.</p>		
<p><b>Risques associés à l'inaction :</b> chaque ARS devra tenter d'obtenir les données de ses partenaires avec des méthodologies différentes (et les données MDPH ne seront toujours pas exploitées) et aucune exploitation nationale ne pourra en être faite pour le suivi de la politique publique.</p>		

<p><b>Recommandation n°14</b></p>	<p>Reprendre rapidement les travaux sur les transports des personnes en situation de handicap accompagnées par un ESSMS pour redéfinir les périmètres de responsabilité de chaque acteur au regard des évolutions de l'accompagnement médico-social et, sans attendre, considérer tous les trajets domicile/école comme relevant bien de la compétence départementale au titre du transport scolaire, y compris pour les enfants accompagnés par un ESSMS au sein de l'école (UE, IME dans l'école, SESSAD dans l'école...)</p>	
<p>Calendrier : 2026</p>	<p>Pilote : DGCS</p>	<p>Acteurs impliqués : CD</p>
<p><b>Résultats attendus :</b> avoir une répartition des compétences entre acteurs lisible et en cohérence avec les objectifs d'inclusion et de rapprochement du droit commun</p>		
<p><b>Principales étapes (mise en œuvre et pilotage) proposées par la mission :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Travaux à conduire dont étude à lancer sur le coût des transports</li> <li>- Arbitrage</li> <li>- Vecteur législatif le cas échéant</li> </ul>		
<p><b>Condition de réussite/moyens :</b> participation aux travaux de tous les acteurs concernés y compris région, départements</p>		
<p><b>Éléments de chiffrage :</b> Une étude est nécessaire</p>		
<p><b>Risques associés à l'inaction :</b> la problématique de la prise en charge financière des transports vers le milieu ordinaire freinera les accompagnements hors les murs.</p>		

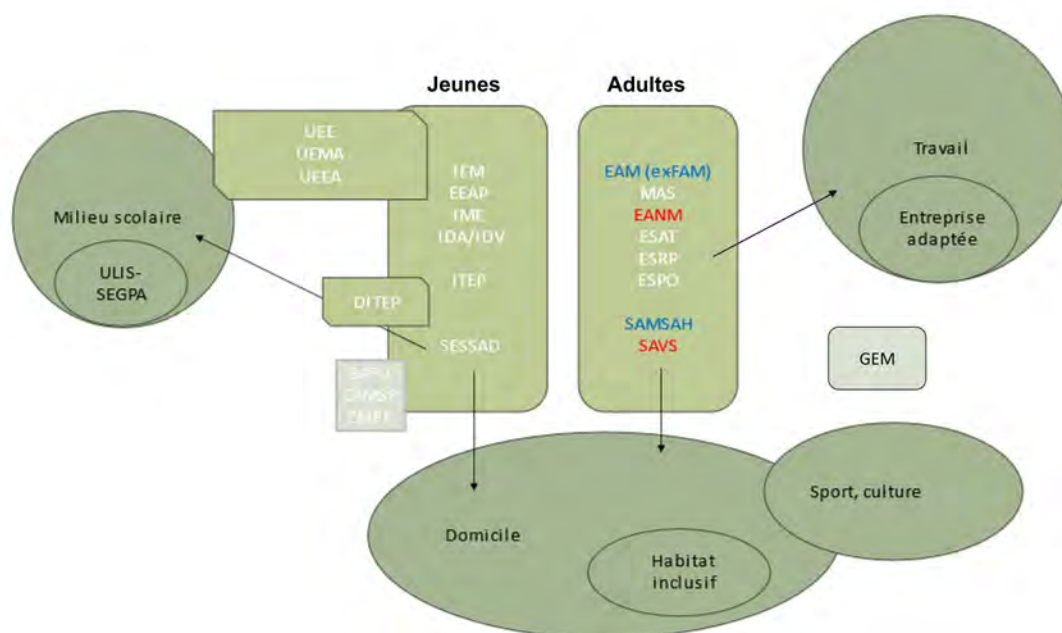
<p><b>Recommandation n°20</b></p>	<p>Poursuivre le déploiement du DUI, en garantissant des crédits après 2025, et adapter les fonctionnalités du DUI aux enjeux de transformation de l'offre et de mesure d'activité des ESSMS transformés, fonctionnalités permettant des exports pour le suivi d'activité.</p>	
<p>Calendrier : 2025</p>	<p>Pilote : DGCS</p>	<p>Acteurs impliqués : DNS</p>
<p><b>Résultats attendus :</b> l'équipement et l'usage par tous les ESSMS d'un DUI fonctionnant de manière harmonisée et interopérable et permettant des exports en vue de la mesure d'activité</p>		
<p><b>Principales étapes (mise en œuvre et pilotage) proposées par la mission :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Arbitrage dès que possible sur de nouvelles exigences techniques pour le DUI (nomenclature des prestations, export à partir des agendas, interopérabilité) puis travaux avec les éditeurs</li> <li>- Arbitrage pour des crédits de fonctionnement au sein de l'OGD à partir de 2026 et des crédits en soutien aux CD pour les ESSMS de leur compétence</li> </ul>		
<p><b>Condition de réussite/moyens :</b> maintien d'une dynamique forte de pilotage (national et ARS/CD) sur le DUI, délégations de crédits aux ESSMS au titre du numérique</p>		
<p><b>Éléments de chiffrage :</b> L'estimation réalisée par la DNS (délégation au numérique en santé) est de 15 000 € par ESSMS, soit un total d'environ 200 M€, en prenant pour hypothèse la couverture de l'abonnement éditeur, la chefferie mutualisée de projet et les formations liées au <i>turn over</i>.</p>		
<p><b>Risques associés à l'inaction :</b> Sans des DUI harmonisés/interopérables, les possibilités de modularité des parcours seront freinées en termes de qualité par l'impossibilité de partager les informations</p> <p>Sans exigences nouvelles pour le DUI adaptées aux enjeux de mesure de l'activité, risque de lacunes dans le suivi de l'activité par les ATC (notamment absence d'indicateur de transformation.</p>		

<b>Recommandation n°31</b>	Déployer une offre de formation continue dédiée à la transformation de l'offre et à l'autodétermination dans le champ du handicap, et prévoyant systématiquement l'intervention d'experts d'usage et une initiation aux méthodes de communication alternative améliorée	
Calendrier : 2025-2028	Pilote : DGCS	Acteurs impliqués : ARS + CD
<p><b>Résultats attendus :</b> Assurer rapidement la formation de l'ensemble des personnels en poste aux enjeux de la transformation et de l'autodétermination, sans préjudice des améliorations à apporter aux référentiels des diplômés d'Etat du travail social</p>		
<p><b>Principales étapes (mise en œuvre et pilotage) proposées par la mission :</b> L'offre existe, mais pas à la hauteur de l'objectif, d'où le lissage sur 4 ans</p>		
<p><b>Condition de réussite/moyens :</b> Financement via les ARS (en lien avec les CD pour les ESSMS relevant de leur compétence)</p>		
<p><b>Éléments de chiffrage :</b> Au regard des coûts unitaires communiqués par l'UNAPEI (coût moyen de 4 800 € pour une formation de 3 jours par groupe de 15 personnes), 170 M€ au total pour quelque 530 000 salariés (soit 42,5 M€ par an, à comparer avec les crédits non reconductibles de 30 M€ par an alloués par les ARS à la formation dans les établissements relevant de leur compétence)</p> <p>Nb : le nombre de salariés est approximé à partir des effectifs hors SAD (343 000 d'après l'enquête ES 2022 de la DREES) auxquels est ajoutée la moitié des effectifs des SAD (soit 185 000 salariés – sur un total de 370 000 d'après Insee Première n° 1981 janvier 2024)</p>		
<p><b>Risques associés à l'inaction :</b> une difficulté à atteindre l'objectif de transformation à horizon 2030</p>		



## Les ESSMS dédiés aux PSH

Tableau 1 : Les ESSMS DEDIES AUX PSH ET LEUR ENVIRONNEMENT



En blanc : ESSMS sous compétence ARS

En bleu : ESSMS sous compétence partagées ARS/CD

En rouge : ESSMS sous compétence CD

### Etablissements et services dédiés aux jeunes en situation de handicap

IEM : Institut d'éducation motrice

EEAP : Etablissement pour Enfants ou Adolescents Polyhandicapés

IME : Institut Médico-Educatif

IDA/IDV : Institut pour Déficiants Auditifs / Visuels

ITEP : Institut Thérapeutique Éducatif et Pédagogique

DITEP : Dispositif ITEP (regroupant un ITEP et un SESSAD)

SESSAD : Service d'Éducation Spéciale et de Soins à Domicile

BAPU : Bureau d'Aide Psychologique Universitaire

CAMSP : Centre Action Médico-Sociale Précoce

CMPP : Centre Médico-Psycho-Pédagogique

**Etablissements et services principalement dédiés aux adultes en situation de handicap**

EAM : Etablissement d'Accueil Médicalisé en tout ou partie personnes handicapées

MAS : Maison d'Accueil Spécialisée

EANM : Etablissement d'Accueil Non Médicalisé pour personnes handicapées

ESAT : Etablissement et Service d'Aide par le Travail

ESRP : Etablissement et Service de Réadaptation Professionnelle

ESPO : Etablissement et Service de Préorientation

SAMSAH : Service d'accompagnement médico-social adultes handicapés

SAVS : Service d'Accompagnement à la Vie Sociale

**Structures en milieu scolaire**

UEE : Unité d'Enseignement Externalisée

(UEEP : Unité d'Enseignement pour les Elèves Polyhandicapés)

UEMA : Unité d'Enseignement en Maternelle Autisme

UEEA : Unité d'Enseignement en Élémentaire Autisme

ULIS : Unité Localisée pour l'Inclusion Scolaire

SEGPA : Section d'Enseignement Général et Professionnel Adapté

**GEM : Groupe d'Entraide Mutuelle**

## ANNEXE 2 : LE PLAN DE CREATION DE 50 000 SOLUTIONS

[1] Un plan de création de 50 000 solutions à horizon 2030, financé à hauteur d'1,5 milliard d'euros, a été annoncé en Conférence nationale du handicap (CNH) du 26 avril 2023.

[2] Son but est de permettre d'apporter à la fois une réponse massive sur les territoires les plus en tension (Île-de-France, Outre-mer...) dans une logique de rattrapage, tout en renforçant l'offre pour des publics sans solution. Sont cités parmi ces publics, les enfants et adultes nécessitant un accompagnement renforcé (personnes polyhandicapées, avec troubles du neurodéveloppement...), les enfants relevant de l'aide sociale à l'enfance, les personnes handicapées vieillissantes, et les personnes avec un handicap psychique ou cognitif nécessitant notamment un accompagnement à domicile.

[3] Ce plan repose sur les grands principes suivants :

« - Une approche transversale du développement de solutions au sein d'une stratégie régionale de transformation de l'offre, destinée à prendre en compte la diversité des besoins en amplifiant l'effort débuté il y a plusieurs années en faveur de modes d'accompagnement plus modulaires, individualisés, en proximité des lieux de vie, dans une logique de plateformes de services coordonnés avec la personne ;

- Une déconcentration forte de la planification de ces solutions pour une meilleure évaluation des besoins à couvrir, prenant en compte la diversité des territoires ;

- Un pilotage régional rénové associant étroitement les élus, les représentants des personnes comme des professionnels ;

- Un accompagnement renforcé des organismes gestionnaires par la mobilisation de ressources nouvelles. »

[4] La circulaire aux ARS<sup>1</sup>, qui ne précisait pas ce que recouvrait le terme « solution » soulignait que chaque stratégie ou orientation nationale<sup>2</sup> avait été intégrée dans ce plan avec un niveau de crédits correspondants mobilisables progressivement entre 2024 et 2030 :

---

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

<sup>2</sup> Stratégie aidants du 6 octobre 2023, stratégie nationale 2023-2027 pour les troubles du neurodéveloppement, plan de prévention des départs non souhaités des enfants en situation de handicap en Belgique, plan de développement accéléré de l'offre médico-sociale pour les départements d'Outre-mer annoncé en comité interministériel des Outre-mer de juillet 2023, poursuite des efforts de déploiement de solutions pour les enfants en situation de handicap relevant de l'aide sociale à l'enfance).

- 985 millions d'euros, dédiés aux solutions pour les enfants (400 millions dont 50 millions dédiés aux solutions pour les enfants protégés par l'ASE) et les adultes (585 millions d'euros) ;
- 110 millions d'euros, destinés à soutenir notamment la création d'un service de repérage, de diagnostic et d'intervention précoce pour les enfants de 0 à 6 ans (L.2134-1 du code de la santé publique<sup>3</sup>) via les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP), les plateformes de coordination et d'orientation (PCO) et les actions d'intervention précoce ;
- 400 millions d'euros, consacrés au financement de l'appui aux établissements scolaires par le secteur médico-social pour la scolarisation des élèves en situation de handicap.

Tableau 2 : Répartition des autorisations d'engagements par région (extrait de la circulaire précitée)

Région	Socle	Montant précoce	Montant école	Total CNH	Poids CNH / DRL 2023
Auvergne-Rhône-Alpes	70,52	13,11	50,45	<b>134,08</b>	8,90%
Bourgogne-Franche-Comté	28,68	4,27	12,85	<b>45,80</b>	7,00%
Bretagne	32,41	5,53	16,02	<b>53,96</b>	8,10%
Centre-Val de Loire	28,30	4,08	13,47	<b>45,85</b>	8,00%
Corse	9,06	0,40	1,68	<b>11,14</b>	16,20%
Grand Est	62,76	8,27	30,12	<b>101,15</b>	7,90%
Guadeloupe	9,45	0,74	2,58	<b>12,77</b>	11,20%
Guyane	24,15	1,45	2,43	<b>28,03</b>	27,90%
Hauts-de-France	122,20	10,04	45,36	<b>177,60</b>	12,20%
Île-de-France	224,44	20,09	66,40	<b>310,93</b>	13,30%
La Réunion	19,90	2,29	7,66	<b>29,85</b>	22,30%
Martinique	18,90	0,75	2,48	<b>22,13</b>	18,60%
Mayotte	10,80	1,47	9,95	<b>22,22</b>	77,90%
Normandie	38,17	5,30	18,77	<b>62,24</b>	8,00%
Nouvelle-Aquitaine	67,89	8,82	29,09	<b>105,80</b>	8,10%
Occitanie	100,03	9,17	44,42	<b>153,62</b>	11,10%
Pays de la Loire	31,44	6,57	17,09	<b>55,10</b>	7,40%
Provence-Alpes-Côte d'Azur	85,87	7,65	29,18	<b>122,70</b>	12,60%
<b>Total</b>	<b>985,0</b>	<b>110,00</b>	<b>400,00</b>	<b>1 495,0</b>	
<i>Dont total DOM</i>	<i>83,20</i>	<i>6,70</i>	<i>25,10</i>	<i>115,00</i>	<i>22,90%</i>

Source : CNSA

<sup>3</sup> Loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024 (1), article.

## Une programmation réalisée dans des délais très contraints qui doit pouvoir s'ajuster au fil de l'eau

[5] En quelques mois, les ARS ont été amenées à programmer le déploiement d'une offre jusqu'à 2030 sur la base de leur diagnostic territorial partagé avec les acteurs.

[6] La CNSA a relevé une hétérogénéité dans la granularité de la programmation : certaines ARS ont une démarche stratégique formalisée avec une grande précision sur l'augmentation de capacitaire quand d'autres n'ont pas abouti à une programmation complète.

[7] De manière générale, la programmation est généralement plus aboutie sur la période 2024-2025. Cette programmation repose très majoritairement sur la procédure d'extension des capacités des ESSMS au regard des échéances de paiement annuels des crédits 2024, peu compatible avec les délais des appels à projets réglementés par le CASF.

[8] Concentrée pour l'essentiel sur la période 2025 – 2027 (77,5 % des programmations), en cohérence avec les stratégies nationales thématiques, cette programmation ne peut être appréhendée que comme une « première programmation » qui nécessitera d'être réajustée :

- à l'initiatives des ARS dans le cadre des travaux sur les besoins par exemple, et lien avec les conseils départementaux pour l'offre adulte ;
- du fait de travaux parallèles en cours ou à venir pouvant impacter la programmation comme ceux sur le service public du repérage, de diagnostic et d'intervention précoce pour les enfants de 0 à 6 ans (qui ne repose pas uniquement sur l'offre médico-sociale PH) , ceux liés à la généralisation à venir des Pole d'appui à la scolarité (PAS) ou plus largement ceux liés à l'outillage des acteurs sur la transformation de l'offre médico-sociale PSH ;
- ou encore du fait de lissage budgétaire au regard du contexte budgétaire pouvant impacter la répartition des crédits de paiement chaque année.

## Un format de remontée qui ne permet pas de donner une vision prospective des transformations de l'offre à venir.

[9] Les remontées des ARS, faites sous Excel dans des délais très contraints, ne permettent pas de donner une image de la transformation telle que soutenue par les ARS puisqu'il s'agit principalement de données administratives (qui ne donnent pas systématiquement d'indication sur la transformation de l'ESSMS existant) et quantitatives avec des informations sur le capacitaire qui reste très majoritairement exprimées en nombre de places (le terme « solutions » n'ayant pas été défini avant le lancement du plan).

[10] La CNSA a mené un travail de consolidation des données. Elle en a tiré les graphiques et tableaux suivants :



Tableau 3 : En répartition de consommation des crédits fléchés par bloc (source CNSA)

Régions	Ecole		Repérage précoce		Socle		Total	
	Trajectoire	Progra. ARS	Trajectoire	Progra. ARS	Trajectoire	Progra. ARS	Trajectoire	Progra. ARS
<b>Total</b>	<b>400 000 000</b>	<b>385 354 113 96%</b>	<b>110 000 000</b>	<b>107 516 474 98%</b>	<b>984 970 000</b>	<b>1 004 634 533 102%</b>	<b>1 494 970 000</b>	<b>1 497 505 120 100%</b>



Cercle intérieur = enveloppe CNH // Cercle extérieur = programmation ARS

Tableau 4 : En augmentation de capacitaire de l'offre médico-sociale (source CNSA)

	Ecole		Repérage précoce		Socle		Total	
	Capacitaire précisé par les ARS	Capacitaire redressé	Capacitaire précisé par les ARS	Capacitaire redressé	Capacitaire précisé par les ARS	Capacitaire redressé	Capacitaire précisé par les ARS	Capacitaire redressé
<b>Total général</b>	<b>5 899</b>	<b>13 450</b>	<b>7 733</b>	<b>10 809</b>	<b>23 942</b>	<b>32 886</b>	<b>37 574</b>	<b>57 144</b>

Tableau récapitulatif des créations de capacitaire déclaré par les ARS dans le cadre des remontées à l'enquête de la CNSA.

Le redressement est opéré par la conversion des montants en équivalent capacitaire au coût moyen unitaire de la « place », lorsque le capacitaire n'a pas été renseigné par l'ARS

[11] Le capacitaire est exprimé en nombre maximal de personnes pouvant être accueillies au même moment mais il doit être souligné que la conversion d'un nombre de places en nombre maximal de personnes accueillies peut différer d'un ESSMS à l'autre ou d'une activité à l'autre.

Tableau 5 : En répartition par processus d'augmentation du capacitaire des ESSMS (source CNSA)

	Création				Extension				Transfo.				Total					
	Création	Extension	Transfo.	Total	Création	Extension	Transfo.	Total	Création	Extension	Transfo.	Total	Création	Extension	Transfo.	Total		
Enfants	5 417	14 914	339	20 670	26%	72%	2%	100%	Enfants	26%	72%	2%	100%	Enfants	26%	72%	2%	100%
Adultes	3 657	5 171	297	9 125	40%	57%	3%	100%	Adultes	40%	57%	3%	100%	Adultes	40%	57%	3%	100%
Enfants / adultes	6 746	1 041	17	7 804	86%	13%	0%	100%	Enfants / adultes	86%	13%	0%	100%	Enfants / adultes	86%	13%	0%	100%
<b>Total général</b>	<b>15 820</b>	<b>21 126</b>	<b>653</b>	<b>37 599</b>	<b>42%</b>	<b>56%</b>	<b>2%</b>	<b>100%</b>	<b>Total général</b>	<b>42%</b>	<b>56%</b>	<b>2%</b>	<b>100%</b>	<b>Total général</b>	<b>42%</b>	<b>56%</b>	<b>2%</b>	<b>100%</b>

Tableau récapitulatif des créations de capacitaire déclaré par les ARS dans le cadre des remontées à l'enquête de la CNSA par type de public

[12] Les ARS devaient en effet identifier leur projet au titre du processus « création », « extension » ou « transformation ». Ce triplet mérite d'être précisé :

- un projet identifié comme « transformation » est un changement de nature de places ou de public et ne répond donc pas nécessairement aux enjeux de la transformation de l'offre (par exemple, si des places de FAM transformées en places de MAS ou un SAVS devenant SAMSAH répondent à un enjeu d'adaptation de l'offre aux besoins du territoire, ces

démarches ne s’inscrivent pas nécessairement dans un projet visant à la modularité des parcours de personnes accueillies)

- un projet identifié comme « création » (nouvelle structure) ou « extension » (augmentation du capacitaire d’une structura existante) peut être un projet répondant aux enjeux de transformation de l’offre ou qui ne procède qu’à un rattrapage d’équipement sur le territoire.

Tableau 6 : En répartition par stratégie / orientation nationale (source CNSA)

Thématique	Montant théorique	Montant programmé par les ARS
Aidants	100 000 000	75 252 613
Appuie à la scolarisation	400 000 000	385 354 113
ASE	50 000 000	43 440 890
Autres	594 970 000	559 440 346
Polyhandicap	5 000 000	2 937 800
Renforcement- CAMSP	50 000 000	39 654 644
TSA-TND	295 000 000	391 424 715
<b>Total général</b>	<b>1 494 970 000</b>	<b>1 497 505 120</b>

[13] La ventilation des crédits par enjeu/public cible montre une discordance entre crédits théoriquement alloués et crédits ventilés par les ARS au profit des personnes TND/TSA.

[14] Les échanges conduits par la mission permettent d’éclairer les raisons possibles de cette discordance :

- La répartition théorique nationale n’est pas basée sur les diagnostics territoriaux et des ajustements peuvent être nécessaires par les ARS ;
- Les acteurs sont parfois en difficulté pour identifier de manière conjointe les réponses les plus adaptées, notamment pour répondre à des besoins mixtes comme ceux des jeunes en situation de handicap suivis par l’ASE.

[15] La mission s’est par ailleurs intéressée au « mode de fonctionnement » identifié par les ARS pour chaque projet (notion qui diffère ici de celle utilisée dans la nomenclature FINESS) et constate que la moitié de l’augmentation de capacitaire porte sur des approches identifiables comme en ouverture sur le milieu ordinaire (unités externalisées, prestations en milieu ordinaire, dispositif intégré, dispositif d’autorégulation à l’école, accueil séquentiel ou temporaire). Cependant, il est impossible d’affirmer qu’un projet « milieu ordinaire » s’inscrirait systématiquement dans une démarche de transformation (exemple : l’ESSMS porteur ne propose que de la prestation en milieu ordinaire, sans pouvoir répondre aux enjeux d’hébergement temporaire), ni qu’un projet identifié comme « hébergement » ou « accueil de jour » ne s’inscrirait pas en réalité dans un projet de transformation de l’ESSMS.

[16] De manière générale, la CNSA relève que les programmations permettent « d’identifier de grandes tendances et préoccupations, sans pour autant permettre d’identifier avec certitude l’aspect transformateur des projets : amplification des transformations antérieures (ex: fonctionnement en dispositif), nouvelles modalités d’accompagnement (plateformes de services), vs créations de places et extensions « classiques » ».

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

## 1 Enquête ARS sur les freins à la transformation de l’offre

Les ARS ont été amenées à présenter un à trois projets d’ESSMS transformés ou en cours de transformation et d’identifier les difficultés rencontrées spécifiquement pour ces projets et, de manière plus générale, les freins à la transformation de l’offre identifiés en vue de déployer la transformation. Les résultats présentés ci-dessous portent sur les freins identifiés de manière générale.

- Nombre d’ARS répondantes : 14 ARS dont 3 d’outre-mer.
- Nombre de projets transformatifs présentés : 23
- Chiffres clés issus de l’enquête :
  - Les 23 projets présentés se répartissent comme suit : 6 dispositifs intégrés, 5 « plateformes » et 12 ESSMS diversifiés (au sens où ils n’ont pas de reconnaissance juridique de dispositif intégré) ;
  - 12 projets concernent le champ des enfants dont des adultes maintenus en structure enfants et des enfants en situation de handicap relevant de l’ASE, 8 projets concernent le champ adultes, dont des adultes maintenus en structure enfants et des personnes handicapées vieillissantes, et 3 projets couvrent les champs enfants et adultes ;
  - 12 projets ont un seul « public »<sup>4</sup>, 3 ont plusieurs publics, 8 accueillent des personnes avec « tout type de déficience » ;
  - Parmi les motifs avancés en soutien du projet (plusieurs motifs pouvaient être renseignés) l’enjeu de graduation des accompagnements arrive en tête, suivis de la diversification des spécialités et du soutien aux répit ;

Tableau 7 : Résultats de l’enquête ARS sur les freins identifiés pour généraliser une démarche de transformation de l’offre

Type de freins	Nombre d’ESSMS	Commentaires

<sup>4</sup> Champs proposés : TND et plus particulièrement Déficience intellectuelle, TND et plus particulièrement Troubles du spectre de l’autisme, Handicap psychique, Difficultés psychologiques avec troubles du comportement, Polyhandicap, Déficience motrice, Déficience auditive ou visuelle grave, Cérébro-lésés, Handicap cognitif spécifique, Tous Types de Déficiences Personnes Handicapées



<p>Juridique</p>	<p>13</p>	<p>Les typologies d'ESSMS existantes tendent à devenir un obstacle à la transformation, notamment dans le champ de l'enfance. Celui-ci, qui ne relève principalement que de l'ARS, distingue encore des IME, EEAP, ITEP, IDA, IDV.</p> <p>Attente du décret relatif à l'organisation et au fonctionnement en dispositif intégré.</p> <p>Difficulté à autoriser et financer un fonctionnement en plateforme/offre de services coordonnés regroupant des catégories actuelles d'ESSMS sous compétence propre du DGARS ou du président du conseil départemental, voire sous compétence partagée.</p> <p>La nomenclature et les codes FINESS ne permettent pas de retranscrire certains dispositifs (type équipes mobiles, UEMA/UEEA ou populations type PHV). Cela implique des gymnastiques d'utilisation des codes FINESS actuels. Pour les gestionnaires cela a des conséquences en termes de difficultés à mesurer et transmettre les données d'activité. Globalement les cadres ne sont pas adaptés pour les nouveaux fonctionnements.</p> <p>Nomenclatures FINESS, annexes activités des établissements PH non adaptées.</p> <p>Les textes relatifs à l'accueil temporaire en ESSMS disposent toujours qu'une orientation CDAPH spécifiquement accueil temporaire est nécessaire pour y accéder. Cette disposition complexifie l'accès aux places d'ESSMS ouvertes en « répit » sur des plages de vacances par exemple.</p>
<p>Bâti</p>	<p>11</p>	<p>Nécessité d'adapter les locaux parfois anciens, vétustes et/ou non adaptés à de nouvelles modalités d'accompagnement (ex l'installation d'un accueil de jour suppose notamment des locaux dédiés ou l'installation de services).</p> <p>La transformation de l'offre peut également impliquer l'accueil de nouveaux publics nécessitant une adaptation des espaces et de leur aménagement (TND dont TSA, handicap psychique...).</p> <p>Le « calibrage » des locaux est particulièrement complexe. Les investissements dans le champ du handicap en lien notamment avec l'évolution des missions du secteur sont à ce jour trop peu documentés.</p> <p>Certains projets nécessitent des investissements immobiliers complémentaires, soumis à la capacité à investir et avec des délais de réalisation.</p> <p>La problématique est encore plus aigüe dans le milieu scolaire et les grandes agglomérations (rationalisation des cartes scolaires avec désormais peu de possibilités d'implanter des classes de type UEE ou des UEMA/UEEA/DAR dans les bâtiments actuels).</p>

		Difficulté liée au contexte de tensions sur l'offre immobilière et coût de l'immobilier.
RH	10	<p>Difficultés en termes d'évolution des pratiques professionnelles (cf. impact de l'autodétermination ou dans le cadre du respect des RBPP) : nécessité de revoir la formation initiale.</p> <p>Nécessité de décloisonnement des champs de formation (sanitaire/ MS /Education nationale...).</p> <p>Les projets de transformation demandent une importante évolution des pratiques professionnelles mais pour autant cela semble être dynamisant pour les équipes, avec des perspectives nouvelles.</p>
Financier	9	<p>Malgré les CPOM et les dotations globalisées, la tarification (arrêtés) repose encore techniquement sur des outils qui distinguent accueil de jour, internat et PMO, ce qui est soit trop détaillé soit pas assez dans la mesure où les catégories d'accueil temporaire, de tous modes d'accueil, d'accueil de nuit, etc. ne sont pas prises en compte. Cela est source de confusion pour les gestionnaires.</p> <p>Pas de référentiels de coûts actifs sur les dispositifs.</p> <p>Difficulté à évaluer les marges de manœuvre disponibles au sein des OG pour les mobiliser sur la transformation de l'offre.</p> <p>Dans l'attente de SERAFIN-PH, l'ARS ne peut mener une politique de soutien financier que par CNR ou modulation du taux d'évolution pour soutenir les projets et nouvelles modalités plaçant la personne et ses choix au centre et les organismes en capacité de mettre en œuvre de nouvelles organisations</p>
		<p>Très faible outillage existant à destination des ARS en ce qui concerne l'analyse des prises en charge des situations complexes. Ces situations sont à ce jour prises en charge au cas par cas à des coûts souvent très élevés, financés en crédits non reconductibles, sur lesquels l'ARS n'a pas de prise objective, dans des contextes souvent très émotionnels. Il n'existe pas d'éléments de relativisation ou de comparaison. L'ARS est ainsi trop souvent directement tributaire des arguments des établissements, en général dans l'urgence, et peut difficilement faire prévaloir des positions plus mesurées, créant des situations parfois délicates lorsque les financements disponibles se raréfient (crédits non reconductibles).</p>

		<p>Les outils de tarification et de recueil de l'activité doivent pouvoir permettre une meilleure prise en compte des nouvelles catégories d'accompagnement. A ce jour, le recueil des données d'activité est fondé sur des catégories datées (« externat », « semi-internat », ...) et des saisies libres pour toutes les autres modalités. Ces saisies libres, non corrélées aux autorisations, conduisent les ESSMS à renseigner les données selon leurs propres critères, rendant toute constitution de bases de données régionales impossible, et rendant le suivi de l'activité des ESSMS assez illusoire.</p>
Processus d'orientation	12	<p>Orientations réalisées trop souvent en fonction de l'offre disponible et non uniquement au regard du projet des personnes.</p> <p>Vision établissement très présente, interrogation insuffisante des capacités de milieu ordinaire étayé par le secteur médico-social.</p> <p>Orientations qui se font sur la base des catégories existantes, par exemple IME ou SESSAD, et ne savent pas comment prendre en compte la modalité « prestation en milieu ordinaire » quand elle est réalisée par un IME, ce qui est source de confusion pour les familles comme pour les MDPH elles-mêmes.</p> <p>Orientations qui ne prennent pas en compte des dispositifs ou des offres de services coordonnés (avec maintien de notification vers un ESSMS de catégorie X)</p> <p>Les notifications CDAPH doivent évoluer pour prendre en compte la transformation de l'offre vers une logique de parcours et le pouvoir d'agir des personnes concernées tout en sécurisant les modalités d'attribution des prestations de compensation. Ces évolutions engendrent une modification des pratiques pour les MDPH qu'il faut prendre en compte et accompagner.</p> <p>Outils d'évaluation des situations à rénover, notamment pour les adultes.</p> <p>Le lien avec les MDPH mériterait d'être renforcé pour travailler les suites de parcours.</p>
Politique d'admission	7	<p>Responsabilité territoriale et populationnelle des gestionnaires insuffisamment affirmée, avec parfois des directeurs refusant les admissions de manière sèche, ce qui fait passer en 1er lieu l'adaptation de la personne à l'offre proposée comme critère de décision plutôt que l'inverse.</p> <p>A ce jour, il est demandé aux ARS d'outrepasser leurs missions en posant des injonctions à l'admission, ce qui remet en question le pouvoir du directeur d'ESSMS et met l'ARS en difficulté pour garantir que l'injonction posée pour telle ou telle situation est bien plus prioritaire que telle ou telle</p>

		<p>autre qui n'est pas portée à sa connaissance. En effet, le rôle des ARS n'est pas compatible avec l'orientation et l'analyse fine des situations individuelles dans chaque territoire.</p> <p>Les évolutions portées par la démarche Réponse accompagnée pour tous doivent se traduire dans les pratiques d'admission des établissements et services. Ceux-ci doivent s'adapter en particulier pour permettre plus de souplesse pour l'accueil et l'accompagnement des personnes concernées.</p> <p>Nécessité de mener une réflexion sur l'harmonisation des pratiques d'admission et les outils afin d'améliorer la lisibilité de l'offre sur les territoires et l'égalité de traitement. En outre, il faut simplifier les démarches des personnes et de leurs familles dans leur parcours de vie. La dynamique doit être portée via une animation régionale et départementale de l'ARS en partenariat avec les CD et les MDPH. Les directeurs doivent être accompagnés dans l'évolution de leur public, notamment sur la prise en charge de la complexité.</p>
Autres	11	<p>La connaissance des besoins spécifiques des personnes en situation de handicap est complexe, en particulier pour les handicaps rares</p> <p>Toutes les prestations et droits individuels connexes se basant sur une distinction entre établissement et service sont perturbées par l'effacement de la frontière entre les deux, liée aux « dispositifs intégrés ». Elle conduit les établissements et les familles à des incertitudes sur les statuts ou les droits. Ainsi, l'ouverture des droits à un AESH se fait pour les jeunes suivis en SESSAD et non pour un IME. Par ailleurs, les DITEP font parfois des « attestations d'internat » pour les parents des jeunes dont l'orientation CDAPH ne mentionne pas le mot « internat », en vue de pouvoir attester leur situation vis-à-vis de l'AEEH).</p> <p>Difficulté des porteurs à présenter leurs projets de transformation avec des modalités concrètes de mise en œuvre des différentes missions, leurs partenariats sur le territoire, les outils garantissant les droits des usagers et la participation des familles, l'établissement d'une comptabilité analytique mettant en exergue la répartition des charges entre les dispositifs.</p> <p>Difficulté pour certains ESSMS à trouver un partenariat pour fonctionner en dispositif intégré.</p> <p>Problématique majeure sur la question du financement des transports pour les enfants en inclusion scolaire.</p> <p>Coût des transports engendrés par la modularité de l'accueil et l'orientation vers des parcours inclusifs.</p>

		<p>Le suivi de l'activité des ESSMS est un corollaire nécessaire à la transformation de l'offre et à la tarification en dotation globale. Or celui-ci souffre de plusieurs défauts :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• L'absence d'une méthode nationale imposée, y compris sur des sujets simples sans compétences partagé ARS-CD (guide CNSA 2019 laisse des choix ouverts) ;</li> <li>• L'absence de méthode de suivi d'activité pour les « dispositifs » pratiquant indifféremment la PMO, l'internat et l'accueil de jour, se pose depuis la création des DITEP.</li> </ul>
		<p>Outils SI non adaptés aux offres de services coordonnés /plateforme (SI MDPH, Viatrajectoire PH)</p> <p>Manque de fiabilité de Viatrajectoire PH pour identifier le nombre de personnes ayant besoin d'accompagnement médico-social</p>

## 2 Enquête ESSMS

Des ESSMS ont été amenées à présenter leur structure et identifier les freins à la transformation de l'offre. Les résultats présentés ci-dessous portent sur les freins identifiés.

Cette enquête a été diffusée par l'intermédiaire du « groupe des 10+ », constitué de 13 opérateurs (la Fondation ANAIS, la Fondation OVE, la Fondation des Amis de l'Atelier, le Gapas, le Groupe SOS Solidarités, la Croix-Rouge française, le Groupe UGECAM, la Fédération générale des PEP, LADAPT, l'ALEFPA, l'ASEI, la fondation Léopold Bellan, « Place pour tous ») et par l'UNAPEI.

Nombre d'ESSMS répondants (dont certains fonctionnant en services coordonnés mais sans FINESS unique) : 54<sup>5</sup>, dont 5 FH, 4 FV, 3 EANM, 1 FAM, 5 ESAT, 3 SAVS, 3 MAS, 1 EAM, 17 IME (majorité en fonctionnement « dispositif intégré » ou « offre de services coordonnés/plateforme et dont 1 Impro), 1 IEM, 1 SAMSAH, 1 ESRP, 2 DITEP, 5 SESSAD, 1 établissement expérimental, 1 Jardin d'enfant spécialisé.

<sup>5</sup> Avec (en plus) 3 réponses d'union/fondation pour l'ensemble de ses ESSMS sans précision des ESSMS concernés, non comptabilisé dans la colonne « Nombre ESSMS » mais réponses intégrées dans la colonne « commentaires » / et 2 ESSMS ayant répondu « aucun frein ».

Tableau 8 : Résultats de l'enquête ESSMS sur les freins identifiés pour généraliser une démarche de transformation de l'offre

Type de freins	Nombre d'ESSMS	Commentaires
Juridique	28	<p>Rigidité des autorisations et du FINESS qui cadre « trop » la mixité et la variété des accompagnements possibles.</p> <p>Délai trop long de modification des autorisations par les autorités publiques (entraînant des décalages entre autorisation et réalité de terrain)</p> <p>Rattachement des nouveaux services et activités à des FINESS existants sans que ce soit forcément cohérent. Cela complique la gestion administrative et le suivi comptable et RH des nouveaux dispositifs.</p> <p>Fonctionnement en offre de services coordonnés mais maintien de plusieurs FINESS.</p> <p>Les dispositions du décret dispositif et certaines orientations laissent craindre une remise en question de l'indépendance des organismes gestionnaires par l'instauration d'un système de partenariats et relations asymétriques sous forme de sous-traitance avec un ESSMS « porteur » du dispositif.</p> <p>Manque d'anticipation des appels à projets (et parfois de logique territoriale) et logique de concurrence entre organismes gestionnaires qui peut freiner ensuite les partenariats</p> <p>Statut des jardins d'enfants spécialisés non reconnu par le CASF.</p> <p>Statut des chambres individuelles (notamment dans les MAS avec besoin d'utiliser les chambres en cas d'absence de la personne).</p> <hr/> <p>Le secteur adultes ne fonctionne pas en dispositif intégré alors que cela faciliterait les passages entre le domiciliaire, l'accueil de jour et l'hébergement séquentiel.</p> <p>Millefeuille des modèles (PCPE, PAS, EMAS, UEE, UEEA, ULIS, DAR, SESSAD, ...) qui rend illisible l'offre pour les partenaires et les familles.</p> <p>Les textes qui décrivent les ESSMS datent des années « tout établissement » et sont obsolètes quant aux profils des professionnels nécessaires et à l'organisation interne.</p> <p>Nécessité de conduire la réflexion sur la territorialisation et la couverture par plusieurs ESSMS de zones déterminées (cf. expérimentation des zones d'intervention prioritaire – ou ZIP – par la DT-ARS 77).</p>

		<p>La recherche d'une souplisse pour utiliser les plateaux techniques de différents organismes gestionnaires afin d'apporter une réponse singulière aux besoins pose opérationnellement des questions de répartition des responsabilités et des questions juridiques non résolues.</p>
Bâti	23	<p>Nécessité d'adapter les locaux aux accompagnements (exemple TND ou extension 0-20 ans, chambre en couple) ou de rénover des structures immobilières vieillissantes : des organismes gestionnaires ne disposent pas de fonds propres suffisants pour financer ces opérations de grande envergure. Si des PAI sont bien alloués par les ARS, les enveloppes sont trop limitées pour répondre à tous les besoins.</p> <p>Difficulté à réorganiser les locaux pour l'offre de services coordonnés : temps partagés des personnes accueillies quelle que soit la modalité, temps séquentiels, travail avec l'extérieur mais à l'intérieur, adaptation à tout public mais donc adaptation à différents types de caractéristiques ; ex : PolyH vs TSA, etc.</p> <p>Inadaptation des locaux – nécessité de démultiplier les antennes en proximité, avec des variations régulières des implantations suivant les besoins des jeunes et de leurs familles.</p> <p>Le fonctionnement en dispositif ou modulaire implique d'avoir plus de chambres que la capacité autorisée pour pouvoir accueillir en file active plus d'enfants. Exemple : avoir 30 chambres individuelles avec chaque chambre identifiée et personnalisée pour un enfant, mais pas plus de 20 enfants dormant chaque nuit à l'internat.</p> <p>Les grosses opérations immobilières ne sont possibles qu'en site non occupé, ce qui implique de déménager l'activité de manière transitoire. Or dans les zones en tension immobilière, les biens sont rares et onéreux, ce qui diffère la réalisation des travaux.</p> <p>Nécessité de mutualiser les locaux pour optimiser le fonctionnement en offre de services coordonnés, mais cela peut donner lieu à une promiscuité des RH si le bâtiment ne s'y prête pas (bureaux insuffisants).</p> <p>Pénurie de logements pour l'hébergement diffus.</p> <p>Difficulté à trouver des écoles proposant des surfaces suffisantes.</p> <p>Difficulté d'extension dans les locaux contraints des crèches.</p> <hr/> <p>Concurrence défavorable des promoteurs immobiliers, manque de foncier disponible.</p> <p>PLU restrictifs et concurrence avec les promoteurs difficile à concilier avec l'enjeu de territorialisation</p>

		<p>Nécessité de mieux travailler en amont avec les collectivités pour intégrer des projets médico sociaux dans les projets d'aménagement.</p> <p>L'implantation des structures médico-sociales n'est pas prise en compte dans la conception des nouveaux quartiers / rénovations de quartiers / programmes immobiliers.</p>
RH	35	<p>Faible attractivité des métiers et turn-over impactant la qualité des accompagnements.</p> <p>Du fait des rémunérations peu attractives en établissement, des postes ne sont pas pourvus de manière pérenne : paramédicaux (orthophonistes, kinés), assistantes sociales, médecins (psychiatres).</p> <p>Tensions accrues dans certaines zones métropolitaines (ex : Seine Saint Denis) et en Outre-mer (manque de formations disponibles sur place).</p>
		<p>Manque d'outil de formation et de montée en compétence.</p> <p>Nécessite d'évolution de culture et de regard sur les missions de l'ESSMS.</p> <p>La polyvalence des professionnels doit être permanente et nécessite un plan de développement des compétences conséquent. Les formations initiales, notamment sur le secteur éducatif, ne correspondent pas aux besoins actuels dans l'accompagnement des personnes.</p> <p>Nécessité d'un changement de posture des professionnels, y compris avec les familles.</p>
		<p>Nécessité de structuration de l'organigramme pour accompagner la montée en expertise des équipes.</p> <p>Nécessité de créer des postes de coordinateur de parcours et de mettre en place une nouvelle instance de collaboration pour faciliter la transversalité des accompagnements.</p> <p>Nécessité d'intensifier la supervision des pratiques (coût important).</p> <p>Impératif de mutualiser les moyens humains pour permettre la flexibilité des réponses aux besoins des personnes accompagnées.</p> <p>Souplesse des emplois du temps des professionnels à partir des besoins des personnes accompagnées ; conduite du changement.</p> <p>Les budgets ne prévoient pas des ressources humaines pour accompagner la transformation (métier de coordination de parcours, manager de proximité, accès au numérique, formation des professionnels)</p>



Financier	35	<p>Nouveaux besoins liés à la transformation non financés (mission ressources, liens partenaires, coordination du projet, préparation de l'admission...) plus importants dans un projet inclusif.</p> <p>Surcoût file active et accompagnements séquentiels / temporaires (autant de projets à suivre, de familles, partenaires, etc)</p> <p>Financements fléchés sur accompagnements plus collectifs qu'individuels (surcoût de l'individualisation : transport, un pour un) et insuffisance de la prise en compte des couts liés aux RBPP HAS (évaluation fonctionnelles réitérées pour des projets personnalisés adaptés)</p> <p>Les enveloppes allouées aux dispositifs dans le cadre de la transformation de l'offre ne tiennent pas compte des besoins en fonctions supports.</p> <p>Un dispositif inclusif ne coûte pas moins cher qu'un ESSMS classique. Les coûts portent sur la pluralité et la diversité des modalités d'accompagnement, sur la logistique et sur la dématérialisation de la gestion des données et du système d'informations.</p> <hr/> <p>Problème de délai sur CPOM.</p> <p>Le passage en CPOM ne rend pas systématiquement possible la fongibilité des moyens.</p> <p>SERAFIN-PH n'est pas adapté au fonctionnement en dispositif.</p> <p>Lorsqu'une personne est accompagnée dans un établissement qui ne correspond pas à l'orientation MDPH, nécessité d'adapter le financement pour qu'il corresponde à celui de l'établissement cible.</p> <p>Le financement des situations complexes pendant toute la durée de l'accompagnement dans l'établissement accueillant n'est pas garanti (financé par CNR chaque année).</p> <p>Manque d'enveloppes dédiées et ressources trop limitées pour mise en place de plateaux techniques répondant aux besoins des personnes en situation complexe.</p> <hr/> <p>Financement des investissements pour adaptation des locaux.</p> <p>Coût des transports.</p> <p>Nécessité de revisiter ce qui doit être fourni par l'ESSMS et ce qui doit l'être via le droit commun (carte vitale) car l'interdiction de double prise en charge (des actes en libéral en plus des prestations de l'ESSMS) est incompatible avec un accompagnement modulaire.</p> <hr/> <p>Difficulté avec les multiples financements et modes de financement (dotation ou prix de journée).</p>
-----------	----	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

		<p>Distinction sur l'allocation de crédits pour les « oubliés du Ségur » entre ARS et CD.</p> <p>Problématique du financement du droit commun pour l'accessibilité et l'accompagnement (ex : un centre de loisirs ne peut être financé par l'ONDAM médico-social et n'a pas de budget dédié au handicap ; insuffisance des handiconsult pour garantir l'accès à la santé...).</p> <p>Constats sur les comptes administratifs 2023 et le prévisionnel 2024 d'une dégradation forte des résultats d'un grand nombre d'établissements, du fait de dépenses conjoncturelles (augmentation des coûts de l'alimentation, de l'énergie) et de dépenses structurelles (charges salariales – dont sujet des « oubliés du Ségur », besoins d'investissement) non compensées ou insuffisamment compensées par les financeurs.</p> <p>Gel des créations de places en ESAT et travail d'accompagnement dans les conventions d'appui (ESAT/milieu ordinaire) non valorisé.</p> <p>Taux d'équipements insuffisants sur certains territoires nécessitant de créer des places (et ne pas faire que du redéploiement).</p>
Processus orientation	30	<p>Les orientations vers les ESSMS ne disent rien des besoins des personnes : nécessité d'une évaluation fonctionnelle qui devrait être obligatoire. Les diagnostics écologiques et fonctionnels (au sens de la CIF) sont très insuffisants pour décrire précisément les interventions justes (en lien avec les connaissances actualisées) et nécessaires (en lien avec les besoins et attentes de la personne).</p> <p>Absence de diagnostic en amont de l'orientation du fait de la désertification médicale.</p> <p>Manque de fluidité dans les orientations.</p> <p>Nécessité de faciliter le changement d'orientation pour des parcours flexibles.</p> <p>Retard des notifications.</p> <p>Certaines MDA/MDPH ne pensent pas en dispositif mais encore en système d'orientation vers un type d'établissement.</p> <p>Nécessité d'adapter les notifications pour notifier vers des dispositifs ou offres de services coordonnés.</p> <p>Difficulté avec les doubles notifications faites pour élargir les options en contexte de tension ; nécessité de faire des doubles notifications lorsque les besoins repérés de la personne requièrent des types d'accompagnement relevant de compétences et de champs d'intervention complémentaires.</p>

		<p>Les orientations sont encore exclusives les unes des autres. Une orientation ESAT + FAM doit être possible. En effet une personne peut être compétente dans une tâche de travail et avoir besoin d'un soutien résidentiel H24.</p> <p>Evolution du public accompagné dont les pathologies deviennent de plus en plus complexes, avec des personnes en situation de « pluri-handicap ».</p> <p>Pression inégale sur les ESSMS pour des orientations complexes en limite d'agrément / nécessité pour les MDPH de disposer d'une connaissance et d'un suivi des situations complexes pour les orienter de manière équitable avec une cohérence territoriale ; considérer les situations qui font moins de bruit mais tout aussi critiques.</p> <p>Les outils utilisés par les MDPH, à l'image de Via Trajectoire, ne sont pas toujours opérationnels et mis à jour.</p>
Autres	29	<p>Problématique des transports en territoire rural enclavé.</p> <p>Le transport pour les enfants accompagnés en internat ou en accueil de jour et financé par l'établissement, alors que pour ceux accompagnés par le service ambulatoire, les transports vers l'école sont pris en charge par le département. Cela vient poser un frein à la mixité des accompagnements entre l'ambulatoire et l'établissement.</p> <p>Surcoûts générés par toutes les individualisations des transports + parc de véhicule insuffisant + financement des taxis - plus d'individualisation des accompagnements diminue le nombre d'interventions des professionnels avec davantage de temps passé en transport, plutôt qu'en prise en charge directe. Nécessité d'avoir un système de transport souple et réactif.</p> <p>Pénurie de logement à loyer modéré pour permettre la transition vers le domicile.</p> <p>Manque d'espaces dédiés et d'accès aux dispositifs de droits commun.</p> <p>Divergences d'enjeux entre médico-social, éducation nationale et CD et nécessité de préparation très en amont des partenaires et particulièrement l'éducation nationale identifiée comme non prête.</p> <p>Difficulté de la mesure d'activité dans un fonctionnement en dispositif.</p> <p>Les enquêtes menées par l'Etat ne correspondent pas au fonctionnement d'un dispositif mais à celui d'un établissement.</p> <p>Nécessité de développer les espaces qui permettent l'interconnaissance des différents acteurs sociaux, médico-sociaux, sanitaires, à l'échelle des territoires, œuvrant pour un accompagnement proche des besoins et des souhaits des personnes en situation de handicap.</p>

		<p>Les familles doivent également être bien informées et soutenues car à ce jour il existe de fortes inquiétudes des parents et, particulièrement les plus âgés, pour lesquels l'accueil de leur enfant à temps plein en établissement présente un caractère rassurant.</p>
--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## ANNEXE 4 : OUTILS DE GOUVERNANCE TERRITORIAUX

### 3 Le secteur du handicap, une compétence qui reste partagée entre les agences régionales de santé et les conseils départementaux

#### 3.1 Agences régionales de santé

[17] Aux termes de l'article L. 1431-1 du code de la santé publique (CSP) « Dans chaque région et dans la collectivité territoriale de Corse, une agence régionale de santé a pour mission de définir et de mettre en œuvre un ensemble coordonné de programmes et d'actions concourant à la réalisation, à l'échelon régional et infrarégional : [...] des principes de l'action sociale et médico-sociale énoncés aux articles L. 116-1 et L. 116-2 du code de l'action sociale et des familles (...) ».

[18] L'article L. 1431-2 du CSP dispose, quant à lui, que « Les agences régionales de santé sont chargées, en tenant compte des particularités de chaque région [...] 2° De réguler, d'orienter et d'organiser, notamment en concertation avec les professionnels de santé et les acteurs de la promotion de la santé, l'offre de services de santé, de manière à répondre aux besoins en matière de prévention, de promotion de la santé, de soins et de services médico-sociaux, aux besoins spécifiques de la défense et à garantir l'efficacité du système de santé. : A ce titre : [...] b) Elles autorisent la création et les activités ... des établissements et services médico-sociaux au b de l'article L. 313-3 du code de l'action sociale et des familles ; elles contrôlent leur fonctionnement et leur allouent les ressources qui relèvent de leur compétence ... ».

#### 3.2 Conseils départementaux

[19] Le rôle du département dans le champ social est issu des deux grandes phases de décentralisation de 1982-1983 et 2003-2004.

[20] L'article L121-1 du CASF dispose que « Le département définit et met en œuvre la politique d'action sociale, en tenant compte des compétences confiées par la loi à l'Etat, aux autres collectivités territoriales ainsi qu'aux organismes de sécurité sociale. Il coordonne les actions menées sur son territoire qui y concourent. (...) Les prestations légales d'aide sociale sont à la charge du département dans lequel les bénéficiaires ont leur domicile de secours, à l'exception des prestations énumérées à l'article L. 121-7. »

[21] A ce titre, le département est compétent en matière de handicap, il arrête les schémas relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie (cf. supra) et a une compétence d'autorisation d'établissements sociaux et médico sociaux pour les personnes handicapées.

### 3.3 Compétence d'autorisation des ESSMS

[22] L'article L313-3 établit la répartition des compétences pour les autorisations des établissements sociaux et médico sociaux. Ainsi, l'autorisation est délivrée :

- Par le président du conseil départemental, pour les établissements et services mentionnés aux 1°, 6°, 7°, 8°, 11°, 12° et 17° du I de l'article L. 312-1 et pour les lieux de vie et d'accueil mentionnés au III du même article L. 312-1, lorsque les prestations qu'ils dispensent sont susceptibles d'être prises en charge par l'aide sociale départementale ou lorsque leurs interventions relèvent d'une compétence dévolue par la loi au département ;
- Par le directeur général de l'agence régionale de santé pour les établissements et services mentionnés aux 2°, 5°, 6°, 7°, 9°, 11° et 12° du I de l'article L. 312-1 et pour les lieux de vie et d'accueil mentionnés au III du même article, lorsque les prestations qu'ils dispensent sont susceptibles d'être prises en charge par les organismes d'assurance maladie ;
- Conjointement par le président du conseil départemental et le directeur général de l'agence régionale de santé, pour les établissements, les services et les lieux de vie et d'accueil dont l'autorisation relève simultanément des a et b du présent article, ainsi que pour ceux dont l'autorisation relève du 3° du I de l'article L. 312-1.

[23] Dans le champ du handicap, la répartition des compétences est résumée ci-après.

Tableau 9 : Répartition des compétences

Etablissements et services <sup>6</sup>	Autorités compétentes
Enfants	
IEM, EEAP, IME, IDA/IDV, ITEP, SESSAD, CMPP	ARS
CAMSP	ARS – Dpts
Adultes	
MAS, ESAT, ESRP, ESPO	ARS
FAM et SAMSAH	ARS – Dpts
EANM et SAVS	Dpts

<sup>6</sup> Etablissements et services dédiés aux jeunes en situation de handicap

IEM : Institut d'éducation motrice

EEAP : Etablissement pour Enfants ou Adolescents Polyhandicapés

IME : Institut Médico-Educatif

IDA/IDV : Institut pour Déficients Auditifs / Visuels

ITEP : Institut Thérapeutique Éducatif et Pédagogique

DITEP : Dispositif ITEP (regroupant un ITEP et un SESSAD)

SESSAD : Service d'Éducation Spéciale et de Soins à Domicile

CAMSP : Centre Action Médico-Sociale Précoce

CMPP : Centre Médico-Psycho-Pédagogique

Etablissements et services principalement dédiés aux adultes en situation de handicap

EAM : Etablissement d'Accueil Médicalisé en tout ou partie personnes handicapées

MAS : Maison d'Accueil Spécialisée

EANM : Etablissement d'Accueil Non Médicalisé pour personnes handicapées

ESAT : Etablissement et Service d'Aide par le Travail

ESRP : Etablissement et Service de Réadaptation Professionnelle

ESPO : Etablissement et Service de Préorientation

SAMSAH : Service d'accompagnement médico-social adultes handicapés

SAVS : Service d'Accompagnement à la Vie Sociale

## 4 Les outils de la gouvernance multiples et parfois cloisonnés restent un faible levier pour une transformation structurelle

### 4.1 Des projets régionaux de santé et des programmes interdépartementaux d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie : des leviers assez faibles de transformation de l'offre.

[24] Les projets régionaux de santé (articles L. 1434-1 et suivants du code de la santé publique) sont définis par les agences régionales de santé, en cohérence avec la stratégie nationale de santé et dans le respect des lois de financement de la sécurité sociale, les objectifs pluriannuels de l'agence régionale de santé dans ses domaines de compétences, ainsi que les mesures tendant à les atteindre. Ils sont constitués d'un cadre d'orientation stratégique fixé pour 10 ans et d'un schéma régional de santé fixé pour 5 ans sur la base d'une évaluation des besoins sanitaires, sociaux et médico-sociaux et « qui détermine, pour l'ensemble de l'offre de soins et de services de santé, y compris en matière de prévention, de promotion de la santé et d'accompagnement médico-social, des prévisions d'évolution et des objectifs opérationnels ».

[25] Ainsi, le schéma régional de santé « détermine l'ensemble de l'offre de soins et de services de santé, y compris en matière de prévention, de promotion de la santé et d'accompagnement médico-social (...) » et entre autres, « fixe les objectifs quantitatifs et qualitatifs de l'offre des établissements et des services médico-sociaux » du champ de compétence de l'ARS ou de compétence partagée ARS/CD. Il est précisé que pour certains établissements médico-sociaux, ce schéma régional de santé est établi et actualisé en cohérence avec les schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie arrêtés par les présidents de conseil départemental de la région.

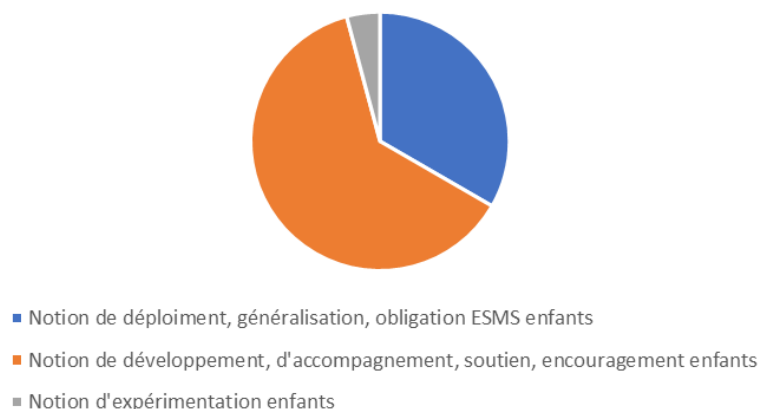
[26] Les schémas régionaux de santé ont été révisés en 2023 pour couvrir la période 2023-2027. Après analyse de tous les schémas régionaux de santé 2023-2027, il peut être indiqué que tous comportent des mesures sur le champ du handicap, et des établissements médico-sociaux en particulier. La fixation d'objectifs opérationnels prévue par les textes est plus inégale.

[27] La volonté de faire des projets régionaux resserrés, pour une meilleure appropriation des acteurs, d'impulser à travers ces schémas régionaux portant sur tous le champ de compétence des ARS dans des priorisations au regard des spécificités du territoire, amènent à des mesures rédigées en termes parfois très généraux, avec des objectifs et leviers opérationnels clairs mais peu prescriptifs.

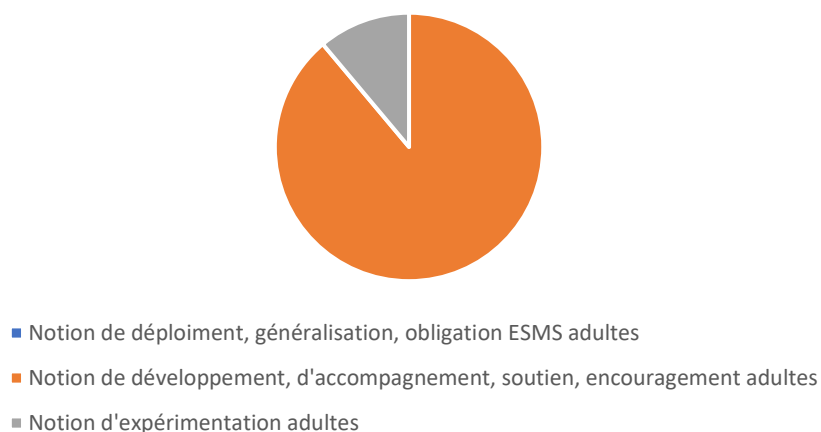
[28] La transformation de l'offre est présente dans tous les schémas régionaux de santé 2023-2027, qu'il s'agisse de la transformation de l'offre existante ou de création d'une nouvelle offre diversifiée, avec une des objectifs opérationnels de transformation souvent plus précis pour le champ enfant que pour le champ adulte. Le champ lexical utilisé pour affirmer les objectifs de transformations est différent entre les régions.



Graphique 1 : Sémantique transformation Champ enfant



Graphique 2 : Sémantique transformation champ adulte



[29] En grande majorité, les projets régionaux de santé ne comportent pas de déclinaisons départementales. Cependant s’agissant de l’offre médico-sociale dans le seul champ de compétence de l’ARS, la programmation est fixée à la maille départementale à travers un autre outil qu’est le programme interdépartemental d’accompagnement des handicaps et de la perte d’autonomie (PRIAC).

[30] En effet, l’adaptation et l’évolution de l’offre médico-sociale régionale sont encadrées par le programme interdépartemental d’accompagnement des handicaps et de la perte d’autonomie (PRIAC), arrêté par le directeur général de l’ARS en application de l’article L. 312-5-1 du CASF pour 5 ans. Cet outil de programmation financière fixe, pour une durée de cinq ans, les priorités régionales de financement des créations, extensions et transformations de places en établissements et services médico-sociaux à destination des personnes âgées dépendantes et des personnes en situation de handicap et qui sont financés par la branche autonomie (à travers l’ONDAM et les financements spécifiques de la Caisse Nationale de Solidarité pour l’Autonomie).

[31] Les PRIACs n’ont pas de cadre normalisé et sont de formes et contenus différents d’une ARS à l’autre et plus ou moins actualisés. Pour les PRIACs des quatre régions visitées, soit il

s'agit de documents exclusivement programmatiques avec projection des crédits prévus par type de structures mis à jour annuellement ou non, avec ou sans mention des capacités, avec ou sans mention des procédures (AAP, AMI, extension) avec ou sans mention des projets déjà autorisés mais non encore installés, soit de documents plus explicites sur la stratégie menée mais se rapprochant du contenu des rapports d'orientation budgétaires publiés annuellement par les ARS pour les ESSMS. La visibilité pluriannuelle rendue possible par les PRIACs est certes utile lorsqu'il y a actualisation, mais, de l'avis de tous les acteurs rencontrés, ne fait pas levier dans la transformation de l'offre.

#### 4.2 Les schémas relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie : une dynamique transformative pour les ESSMS adulte PSH peu explicitée.

[32] Les conseils départementaux élaborent, de leur côté, des schémas relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie. Ils sont arrêtés pour une période maximum de 5 ans par le président du conseil départemental, en cohérence avec le schéma régional de santé, après concertation avec le représentant de l'Etat dans le département et avec l'agence régionale de santé, dans le cadre de la commission de coordination des politiques publiques relative au secteur médico-social (article L. 312-4 et L. 312-5 du CASF).

[33] L'objectif de ces schémas, selon l'article L. 312-5 du CASF, est « d'assurer l'organisation territoriale et l'accessibilité de l'offre de services de proximité destinée aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie et à leurs proches aidants. Ils comportent des dispositions relatives au logement, notamment des objectifs en matière d'adaptation des logements existants et d'offre de nouveaux logements adaptés en vue de préserver l'autonomie des personnes ».

[34] Les schémas départementaux de l'autonomie des départements visités (dont certains sont anciens, les nouveaux n'ayant pas encore été adoptés à la date de rédaction du présent rapport) donnent les orientations aux acteurs du territoire, orientations plus ou moins précises mais s'inscrivant toutes dans une démarche de société inclusive. La mission relève cependant que ces schémas ne comportent que peu ou pas d'orientations sur la transformation des établissements et services sociaux et médico-sociaux pour les personnes en situation de handicap sous compétence du département.

[35] Cependant, la pratique peut être parfois plus ambitieuse que ce qui est indiqué dans les schémas départementaux. Ainsi, un des conseils départementaux rencontrés a engagé très tôt une démarche transformative auprès des gestionnaires de son ressort en systématisant la modularité des places pour plus de flexibilité dans les parcours.

### 4.3 Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie et schéma départemental relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie : vers un schéma unique conjoint ?

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

#### Rappel des outils

Projet régional de santé au sein du schéma régional de santé (ARS)

Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (ARS)

Schéma départemental relatif aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie (CD)

Diverses feuilles de routes non réglementées (majoritairement ARS, parfois CD)

[37] Tout outil programmatique entraîne des cloisonnements et il n'y a pas un seul périmètre parfait. En effet, un outil programmatique dont le périmètre est sous sa compétence exclusive permet des engagements fermes et de décloisonner plusieurs politiques, en l'occurrence ici PA/PSH voire même d'aller plus loin que les textes. En effet, certains conseils départementaux ont pu faire le choix de schémas départementaux uniques pour les publics ASE, PA, PSH. Si le décloisonnement PA/PSH, lorsqu'il est vraiment opéré dans ces outils, peut être intéressant, il n'en reste pas moins que les deux autorités compétentes ont donc deux outils distincts.

[38] Or, dans le champ PSH, la transformation de l'offre sociale et médico-sociale et l'accessibilité du droit commun sont intrinsèquement liées. Les besoins des personnes sont évolutifs et le passage des ESSMS enfants aux ESSMS adultes est un enjeu central. En effet, si les ESSMS enfants proposent des offres modulaires et adaptables aux besoins des personnes concernées mais que les ESSMS adultes n'opèrent pas leur transformation propre pour assurer une continuité, les risques de rupture de parcours plus individualisés et/ou plus inclusifs et de retour à moins d'autodétermination et moins d'autonomie deviendront prégnants.

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

[40] La mission propose donc ici de retenir un périmètre lié à la personne concernée et formule donc une recommandation miroir à celle précitée pour les personnes âgées. Elle propose un schéma départemental relatif à l'accompagnement des personnes en situation de handicap, commun ARS/CD, associant les organismes gestionnaires, la MDPH, l'éducation nationale et France travail et des acteurs du logement pour établir un diagnostic partagé, définir les objectifs de transformation de l'offre ESSMS et la programmation de cette offre ainsi que des autres types d'offres médico-sociales comme ESSMS PA pour PHV et comme les

futurs Services autonomie à domicile et offres non médico-sociales (habitat inclusif, PIAL, services d'aide à l'accès au logement, aide à l'emploi avec France travail...).

[41] Ce schéma serait construit à partir d'un diagnostic territorial partagé élaboré à partir de divers indicateurs permettant de :

- Identifier les besoins, les publics prioritaires et l'offre disponible ;
- Cartographier les résultats par bassin de vie ;
- Identifier les zones blanches ou insuffisamment couvertes pour assurer une meilleure équité territoriale ;
- Réfléchir à la complémentarité de l'offre existante.

[42] Ce schéma sera d'autant plus utile si une programmation pluriannuelle des crédits au niveau national est décidée permettant ainsi de fixer sur 5 ans les transformations attendues qui peuvent nécessiter du redéploiement comme des crédits nouveaux.

#### **Force opposable du schéma de départemental**

Le financement des ESSMS n'est pas censé être sans lien avec les outils de gouvernance prévus par les textes. En effet, en vertu de l'article L. 313-4 du CASF, les autorisations habilite les ESSMS à dispenser des soins remboursés par l'assurance maladie ou des prestations prises en charge par l'Etat et à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale, sous réserve du respect du schéma régional de santé ou du schéma départemental relatif aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie. L'article L313-9 1° du CASF prévoit en outre que les mêmes habilitations peuvent être retirées au regard de l'évolution des objectifs et des besoins sociaux et médico-sociaux fixés par ces schémas.

Or, le projet régional de santé comme le schéma départemental actuel ne sont pas suffisamment précis à ce jour pour mettre en œuvre ces dispositions. Un futur schéma départemental conjoint relatif à l'accompagnement des personnes en situation de handicap, rédigé de manière plus précise sur l'offre, pourrait alors être le fondement de la poursuite des financements des structures, donnant un ultime recours aux autorités de tarification lorsque des structures refuseraient de réorienter leur projet au regard des stratégies territoriales destinées à offrir une réponse adaptée à toutes les personnes concernées.

## SCHEMAS REGIONAUX DE SANTE (Partie II des PRS) des ARS

Tableau 10 : Recension des objectifs et indicateurs retenus dans les schémas régionaux de santé

	ESSMS Enfants	ESSMS Adultes	Indicateurs de suivi ou objectifs chiffrés ESSMS de niveau régional	Gouvernance	Autres (nouveaux métiers, SI, bâti)	Lien PRS ou SRS
Occitanie	<p><i>Renforcer les solutions de répit pour les enfants et adultes en situation de handicap de la région et articuler la politique régionale répit avec les différentes initiatives portées par les acteurs engagés dans l'aide aux aidants selon leurs propres champs de compétence (CD et MDPH/MDA, DRAJES/SDJES, CAF, acteurs associatifs, etc.).</i></p> <p>Création de nouvelles unités de répit pour les enfants en situation de handicap afin de compléter le maillage régional, avec un rôle d'accueil des enfants mais aussi une fonction de soutien des aidants dans la recherche d'information sur l'offre de répit du territoire et de solutions adaptées.</p> <p>Développement de solutions médico-sociales dans l'école :</p>	<p><i>Renforcer les solutions de répit pour les enfants et adultes en situation de handicap de la région et articuler la politique régionale répit avec les différentes initiatives portées par les acteurs engagés dans l'aide aux aidants selon leurs propres champs de compétence (CD et MDPH/MDA, DRAJES/SDJES, CAF, acteurs associatifs, etc.).</i></p>		Volet départementalisé du SRS Occitanie	<p>Développer une politique régionale favorisant la formation et l'intervention des médiateurs de santé pairs au sein des différents dispositifs et services. Poursuivre l'effort de mutualisation des établissements médico-sociaux et leur équipement en Dossier Usager informatisé référencé SEGUR.</p> <p>Amélioration de l'utilisation de l'outil ViaTrajectoire dans la gestion du parcours patient dont la simplification et complétude de son usage</p> <p>Des opérations architecturales pensées en amont avec les usagers (ateliers de co-design), des équipements/ implantations favorisant les interactions sociales avec la population ;</p>	<p><a href="#">@ARSOCC</a>  <a href="#">#PRS_COS</a>  <a href="#">Couv</a>  <a href="#">(sante.fr)</a></p>

RAPPORT IGAS N° 2024-017R

	<p>des ESSMS enfants intégrés dans des groupes scolaires ; Poursuivre l'accompagnement des établissements et services pour enfants fonctionnant en dispositif intégré et le partage des pratiques dans le cadre de la construction de ces nouveaux modèles d'organisation <i>Encourager les ESSMS à proposer des actions visant à garantir une continuité d'accompagnement sur leur territoire et lors des périodes habituelles de fermeture, dans le cadre d'une organisation territoriale et en coopérations avec les acteurs du secteur et/ou du milieu ordinaire.</i></p>	<p><i>Encourager les ESSMS à proposer des actions visant à garantir une continuité d'accompagnement sur leur territoire et lors des périodes habituelles de fermeture, dans le cadre d'une organisation territoriale et en coopérations avec les acteurs du secteur et/ou du milieu ordinaire.</i></p>			<p>Adaptation du projet architectural à tous les âges de la vie (exemple de MAS accueillant des personnes de 20 à 70-80 ans), Bâti intégrant l'objectif de prévention des troubles du comportement et de soutien du pouvoir d'agir des personnes. Créer les conditions pour que les Etablissements Médico-Sociaux (EMS) puissent bénéficier de l'appui d'experts et de ressources techniques Impulser la création d'équipes ressources Accompagner l'évolution des projets d'établissement pour s'adapter aux besoins de personnes</p>	
Nouvelle Aquitaine	<p><i>Renforcer l'offre de services existants (enfants et adultes) et la création de dispositifs passerelles (jeunes adultes, personnes en situation de handicap vieillissantes) ; Adapter la transformation des places existantes d'établissement en services spécialisés à visée inclusive, fonctionnant en dispositif ou en plate-forme proposant des</i></p>	<p><i>Renforcer l'offre de services existants (enfants et adultes) et la création de dispositifs passerelles (jeunes adultes, personnes en situation de handicap vieillissantes) ; Adapter la transformation des places existantes d'établissement en services spécialisés à visée inclusive, fonctionnant en dispositif ou en plate-forme proposant des</i></p>	<p>Taux de scolarisation en milieu ordinaire des enfants accompagnés par un établissement médico-social porté à 80 % à l'échéance du PRS 100 % des unités d'enseignement (UE) relocalisées au</p>		<p>Mobiliser la fonction ressource territoriale des opérateurs médico-sociaux pour venir en appui des acteurs du droit commun du territoire (prévention, soins, scolarisation-formation-emploi, logement, culture et loisirs...) et des aidants, pour construire une société inclusive non plus à partir des établissements et services</p>	<p><a href="#">download (sante.fr)</a></p>

RAPPORT IGAS N° 2024-017R

	<p><i>accompagnements diversifiés, en poursuivant la diversification des modalités d'accueil (accueil de jour, internat, accueil temporaire...) et d'accompagnement proposés en associant les usagers et les familles, et en préservant l'expertise des plateaux techniques et les places avec hébergement pour l'accompagnement des situations plus complexes (sévérité des troubles, situation sociale, intensité des accompagnements);</i>  <i>Développer l'offre de répit modulaire à destination des personnes en situation de handicap (hébergement temporaire, accueil de jour, interventions à domicile...), renforcer l'accompagnement des familles et des aidants (dont guidance parentale) ;</i>  <i>Créer une offre nouvelle en soutien aux parcours des jeunes adultes (maintenus en établissements enfants en amendement Creton) dans le cadre de stratégie territoriale partagée avec les conseils départementaux (déploiement de l'offre de services et d'habitats inclusifs notamment) et en lien avec les opérateurs de droit</i></p>	<p><i>accompagnements diversifiés, en poursuivant la diversification des modalités d'accueil (accueil de jour, internat, accueil temporaire...) et d'accompagnement proposés en associant les usagers et les familles, et en préservant l'expertise des plateaux techniques et les places avec hébergement pour l'accompagnement des situations plus complexes (sévérité des troubles, situation sociale, intensité des accompagnements);</i>  <i>Développer l'offre de répit modulaire à destination des personnes en situation de handicap (hébergement temporaire, accueil de jour, interventions à domicile...), renforcer l'accompagnement des familles et des aidants (dont guidance parentale) ;</i>  <i>Transformation de l'offre orientée vers la création de « plateformes » regroupant une pluralité de prestations issues des secteurs « personnes âgées » et « personnes handicapées » et proposant un panel de solutions ;</i>  <i>Renforcement de l'offre de places en services de soins infirmiers à domicile - SSIAD</i></p>	<p>sein des établissements scolaires  Part des services (visée inclusive) dans l'offre médico-sociale : 50 % à échéance du SRS pour les enfants et les adultes</p>		<p>médico-sociaux, mais avec leur soutien, et ce, dans une logique de coopération territoriale et de responsabilité populationnelle</p> <p>Identification des dispositifs experts/fonction « ressources » des établissements et services médico-sociaux (ou sanitaires) dans l'accompagnement des situations complexes et très complexes, avec le développement de réponses nouvelles de haute technicité (unités de vie pour personnes en situation très complexe) et de dispositifs de transition (unités d'accueils temporaires en lien étroit avec un plateau technique sanitaire pour le volet somatique).  Engager l'ensemble des établissements médico-sociaux sous compétence ARS dans des démarches de certification qualité en fonction des publics accompagnés (selon le déploiement des référentiels qualité et les recommandations de bonnes pratiques HAS)</p>	
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

	<p>commun (logement, formation et emploi...)          Déployer sur le champ de l'enfance, le fonctionnement en dispositif dans les établissements de l'enfance (DITEP et DIME/DAME) permettant de fluidifier les parcours des enfants, et renforcer l'adossement de compétences médico-sociales aux établissements scolaires (équipes mobiles d'appui à la scolarisation, dispositifs d'autorégulation, coopérations renforcées ESSMS/établissements scolaires) et aux opérateurs de la formation professionnelle dans une logique d'accessibilité universelle. Une vigilance particulière sera apportée dans ce cadre aux enfants également pris en charge par l'aide sociale à l'enfance (ASE).</p>	<p>« Handicap » et/ou la spécialisation de SSIAD « personnes âgées », dans le but d'intervenir à domicile mais aussi pour soutenir le déploiement des formes nouvelles d'habitat inclusif ou partagé, y compris pour les personnes avec des besoins de soins et d'accompagnements soutenus, et le maintien en lieu de vie collectif (type foyer) si choisi ;          Identification d'une offre spécialisée d'accompagnement des PSHV au sein d'unités spécifiques en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), garantissant la qualité et la technicité des accompagnements (cahier des charges régional concerté avec les conseils départementaux) et selon l'offre existante sur les territoires ;          Adaptation de l'offre en Etablissements et services d'aide par le travail (ESAT), en anticipant et préparant les transitions au passage à la retraite des travailleurs en situation de handicap (volets santé, logement, vie sociale...).</p>				
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--	--



RAPPORT IGAS N° 2024-017R

<p>Auvergne Rhône Alpes</p>	<p>Poursuivre le déploiement du fonctionnement en dispositif intégré : mise en œuvre des plans d'action territoriaux actualisés des DITEP avec tous les partenaires ; Extension progressive aux IME Développer les services à domicile et les modalités « d'aller-vers », au travers des SESSAD</p>	<p>Développer les services à domicile et les modalités « d'aller-vers », au travers des SAMSAH, SSIAD PH, PCPE..., et des modalités de fonctionnement des établissements hors les murs Développer les offres de répit, en renforçant les modalités d'accueil d'urgence, séquentiel vacances-week-end, relayage, soutien à domicile., et en améliorant l'efficacité des Plateformes de répit. Mettre en œuvre le plan de transformation des ESAT en : -organisant une graduation des parcours des personnes, - proposant des parcours inclusifs pour ceux qui le souhaitent et le peuvent, en garantissant le droit au retour, -développant la formation et les dispositifs de reconnaissance des compétences professionnelles, - travaillant les périodes de transition : en particulier préparer l'entrée et la sortie en ESAT, - optimisant l'offre et les capacités d'accompagnement, - adaptant les compétences aux besoins des travailleurs de l'ESAT et identifiant au moins</p>	<p>La part des services en milieu ordinaire sur l'offre totale (établissements et services) doit atteindre 50 % 80 % des enfants des établissements médico-sociaux devront pouvoir bénéficier de modalités inclusives de scolarité (dispositif externalisé, inclusion individuelle, etc.) à horizon 2028</p>	<p>Conduire une étude qualitative en vue d'un plan d'action infraterritorial en lien étroit avec les collectivités, sur 4 territoires : Métropole lyonnaise, Loire, Puy-de-Dôme, Savoie.  Répit : Mettre en place une animation régionale pour permettre les échanges de pratiques, avec l'appui d'un COFIL régional et d'experts.</p>	<p>Inscrire dans les CPOM et projets d'établissements des ESSMS une dynamique de parcours dès le plus jeune âge (projet professionnel, habitat, autonomie, transition vers autre ESSMS, transports, etc.). Définir les modalités de quantification de l'activité des établissements et services (méthodologie complète présentée dans le SRS) Mieux repérer les besoins au sein des territoires par une intensification et une amélioration de l'utilisation de ViaTrajectoire –Personnes handicapées (PH) Favoriser l'appui des pair-aidants et reconnaître leurs compétences,</p>	<p><a href="#">download (sante.fr)</a> Volet par département</p>
---------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------

		<p>20 % des places pour le handicap psychique.</p> <p>Conduire l'évolution des Centres de réadaptation professionnelle (CRP) en ESRP et des Centres de pré-orientation (CPO) en Etablissement et service de pré-orientation (ESPO), en :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- élargissant le public accompagné en développant notamment l'accueil des jeunes et des travailleurs d'ESAT,</li> <li>- assurant des prestations diversifiées et personnalisées avec des modes d'intervention plus flexibles, une ouverture sur l'extérieur et des partenariats de proximité (mode plateforme), des temporalités adaptées (séquentiel, discontinu, temps complet ou partiel...),</li> <li>- déployant pour tout ou partie des prestations nouvelles (évaluation médico-psycho-sociale et professionnelle, expertise auprès des organismes de formation et d'insertion de droit commun),</li> <li>- améliorant la couverture territoriale des besoins par une recomposition de l'offre dans le cadre des CPOM et à moyens constants.</li> </ul>				
--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--	--

		<p>Assurer une meilleure couverture des besoins en SAMSAH.</p> <p>Amendement creton : Réaliser le développement de l'offre programmée et s'assurer de la priorisation d'admission des publics jeunes adultes dans cette offre nouvelle. Renforcer l'offre avec hébergement pour les adultes sur les territoires prioritaires en complémentarité avec les Conseils Départementaux et la Métropole lyonnaise.</p> <p>PHV : Développer la transversalité avec le secteur PA, pour la création d'unités PHV en EHPAD et en établissements adultes en situation de handicap, et pour la mutualisation des formations sur les PHV, des professionnels sur les deux secteurs. Médicaliser des places pour adultes (SAVS en SAMSAH, Foyer de vie, en EAM). -Conforter l'accompagnement des PHV et de leurs aidants à domicile en développant l'offre d'aide à domicile et de places de répit en structures (accueil temporaire).</p>				
--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--	--

RAPPORT IGAS N° 2024-017R

		<p>- Développer les partenariats avec le secteur sanitaire (gérontologie, Handiconsult, unités d'accueil et de soins pour personnes sourde, etc.).</p> <p>- Aménager l'activité professionnelle des travailleurs en ESAT et leur cessation progressive d'activité (postes de travail et temps de travail aménagés, développement des temps partiels, offre d'activités adaptées sur les temps libérés, etc.). Par ailleurs, la cessation définitive de l'activité professionnelle doit être préparée et le changement de lieu de vie anticipée.</p>				
Ile-de-France	<p>Accompagner les adolescents et les jeunes adultes en situation de handicap lors des périodes de transition reste l'un des points d'évolution de l'offre attendue pour les établissements et services médicosociaux pour personnes en situation de handicap. Développement d'offres spécifiques permettant de favoriser l'autonomie des jeunes. Développement des places en structures médico-sociales doit pouvoir accompagner</p>	<p>Développement d'une offre de service autour du domicile des personnes et facilitant leur accès au soin, au travail, à la vie sociale ;</p> <p>Développement de solutions médico-sociales permettant l'accompagnement des situations les plus complexes ;</p> <p>Offre adaptée aux personnes en situation de handicap vieillissantes ;</p> <p>Offre de relayage et d'aide aux aidants</p>	<p>Augmentation du nombre de solutions installées pour les personnes handicapées dans les Etablissements et Services Médico-Sociaux (ESSMS), enfants et adultes : 2022 : 56 280 solutions, publication de l'indicateur : 1<sup>er</sup> trimestre 2024</p> <p>ESSMS enfants : 70 % des places</p>	<p>Déployer un observatoire régional sur le handicap pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• donner une bonne visibilité de l'offre aux personnes en situation de handicap, à leurs parents et à leurs aidants</li> <li>• rendre compte de l'identification des besoins des personnes et outiller le développement de l'offre</li> </ul>	<p>Renforcer l'usage (par les ESSMS et les usagers) de ViaTrajectoire Handicap pour améliorer la lisibilité et la visibilité de l'offre médico-sociale disponible, faciliter le suivi des décisions d'orientation et l'identification des besoins via l'observatoire SID SDO (Système d'information décisionnel de suivi des orientations de ViaTrajectoire Handicap). Pour la transformation, accompagnement des</p>	<p><a href="https://sante.fr">download (sante.fr)</a></p>

RAPPORT IGAS N° 2024-017R

	<p>l'inclusion des enfants en milieu scolaire Créer des dispositifs médico-sociaux inclusifs par rectorat tels que des équipes mobiles, dispositifs d'autorégulation, unités d'enseignement externalisées, dispositifs du second degré ; Transformation des établissements pour enfants en plateformes de services coordonnés, obligatoire en 2030.</p>		<p>créées sous forme d'externat</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• partager des pratiques innovantes</li> <li>• mettre en place et animer des communautés de pratiques.</li> </ul> <p>Mieux accompagner les jeunes en situation de handicap confiés à l'aide sociale à l'enfance, par le biais de conventions passées entre l'Agence et les conseils départementaux, sanctuarisant une offre dédiée. Installer un Copil régional dédié à la prise en charge de cette population pour instaurer une réelle collaboration entre tous les acteurs du champ du handicap et du grand âge impliqués dans la prise en charge de cette population. Réaliser des diagnostics territoriaux partagés actualisés annuellement qui constituent des</p>	<p>établissements volontaires dans le cadre d'un programme d'appui, mis en œuvre par le CREA Île-de-France. Partage d'outils pour accompagner le passage en plateformes des établissements médico-sociaux, prioritairement sur le secteur de l'enfance mais également concernant les adultes. Soutenir le recrutement, dans les structures aussi bien sanitaires que sociales et médico-sociales, de médiateurs pairs aidants formés, et en examinant l'opportunité de diversifier les modes d'intervention. Identifier le foncier en mobilisant la préfecture de région, les préfectures de département et les élus locaux.</p>	
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	-------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

				<p>feuilles de route concrètes pour déployer le plan Inclusif 2030 au sein des départements. Mobiliser pleinement l'ensemble des conseils départementaux dans le portage du plan et dans leur participation financière, notamment pour le développement d'établissements non médicalisés et des cofinancements avec l'Agence (CAMSP, SAMSAH, EAM, ASE et handicap), le déploiement de l'habitat inclusif et d'aides à la vie partagée. Mobiliser les rectorats franciliens dans le portage du plan, l'émergence de nouveaux dispositifs de scolarisation et le déploiement de structures médico-sociales dans les murs des écoles, collèges et lycées.</p>		
--	--	--	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

RAPPORT IGAS N° 2024-017R

				Mettre en place une gouvernance régionale et départementale pour la mise en œuvre, l'animation et le suivi du plan Inclusif 2030		
Corse	<p><i>Renforcer le capacitaire d'accueil temporaire au sein des ESSMS handicap et développer les séjours de répit programmés</i></p> <p><i>Renforcer la territorialisation des Etablissements médicosociaux (EMS) de référence (Institut Médico-Educatif (IME), Dispositif institut thérapeutique, éducatif et pédagogique (DITEP), Etablissement d'accueil médicalisé (EAM)) et de l'offre d'accompagnement en faveur des personnes présentant les troubles les plus complexes</i></p> <p><i>Soutenir la continuité des parcours des usagers des établissements médico-sociaux à travers une évolution des organisations (plateformes de prestations intégrant des dispositifs intégré, procédure d'admission, âge de transition) et des pratiques professionnelles</i></p>	<p><i>Renforcer le capacitaire d'accueil temporaire au sein des ESSMS handicap et développer les séjours de répit programmés</i></p> <p><i>Renforcer la territorialisation des Etablissements médicosociaux (EMS) de référence (Institut Médico-Educatif (IME), Dispositif institut thérapeutique, éducatif et pédagogique (DITEP), Etablissement d'accueil médicalisé (EAM)) et de l'offre d'accompagnement en faveur des personnes présentant les troubles les plus complexes</i></p> <p><i>Soutenir la continuité des parcours des usagers des établissements médico-sociaux à travers une évolution des organisations (plateformes de prestations intégrant des dispositifs intégré, procédure d'admission, âge de transition) et des pratiques professionnelles</i></p>	<p>Part des services enfance dans l'offre médicosociale enfance</p> <p>Nombre d'équipes mobiles et de facilitateurs</p> <p>Nombre d'adultes maintenus en ESSMS pour enfants au titre de l'amendement Creton</p> <p>Taux d'équipement en établissement médico-social pour enfants d'une part et pour adultes en situation de handicap d'autre part</p> <p>Taux d'équipement offre de répit en faveur des enfants et adultes en situation de handicap</p>		<p>Pour la transformation de l'offre d'accompagnement des personnes en situation de handicap, nécessité d'intégrer à la stratégie immobilière le virage inclusif (localisation des structures, optimisation des surfaces, mises aux normes règlementaires, articulation avec le milieu ordinaire, inclusion des nouvelles formes de prise en charge).</p>	<p><a href="#">ANNEXES (sante.fr)</a></p>

RAPPORT IGAS N° 2024-017R

	<p><i>recommandées (formation et sensibilisation)</i>  <i>Poursuivre le développement de l'offre médico-sociale à tous les âges de la vie dans une dynamique d'inclusion, de territorialisation et de soutien aux aidants</i></p> <p>Renforcer l'offre de SESSAD dans une logique de territorialisation accrue  Favoriser l'accès à l'expertise médico-sociale dans une logique d'Inclusion et d'auto-détermination  Soutenir la scolarisation des élèves en situation de handicap (bénéficiant d'une orientation en ESSMS) en milieu ordinaire ainsi que l'accès à la formation et à l'emploi (agrément 16-25 ans)  Faire évoluer les organisations et les pratiques professionnelles en Etablissement et service médico-social (ESSMS) (procédure admission ; prestations SERAFIN ; ...)</p>	<p><i>recommandées (formation et sensibilisation)</i>  <i>Poursuivre le développement de l'offre médico-sociale à tous les âges de la vie dans une dynamique d'inclusion, de territorialisation et de soutien aux aidants</i></p> <p>Améliorer l'employabilité des personnes en situation de handicap en milieu ordinaire (transformation des Etablissements et services d'aide par le travail (ESAT), développement de l'emploi accompagné, poursuite des accompagnements dans le supérieur)  Soutenir le développement d'une offre d'hébergement répondant aux besoins des personnes en situation de handicap notamment vieillissantes</p>	<p>Taux d'établissements médico-sociaux ayant mis en place un dispositif de gestion de liste d'attente  Taux de Contrat pluriannuel des objectifs et des moyens (CPOM) signés entre l'ARS et les établissements médicosociaux intégrant des objectifs de transformation de l'offre et d'évolution des pratiques professionnelles (cible : 100 %)  Nombre de places médico-sociales de réhabilitation psychosociale  Taux d'élèves accompagnés en établissements médico-sociaux scolarisés en milieu ordinaire (unité d'enseignement externalisée, ...)  Nombre de travailleurs d'ESAT sortant pour un</p>			
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--



RAPPORT IGAS N° 2024-017R

			emploi dans le milieu ordinaire et nombre de suivis individuels au titre du dispositif d'emploi accompagné			
Provence Alpes Côte d'Azur	<p><i>Accompagner le passage des établissements et services médico-sociaux (ESSMS) vers une logique de « dispositif » afin de répondre de manière souple et réactive à l'évolution des besoins de ces personnes durant tout leur parcours de vie ;</i></p> <p><i>Expérimenter des modalités d'offre croisées et transversales en impulsant la création de groupements de coopération sanitaire et médico-Sociale (GCSMS) et ainsi répondre aux enjeux de complémentarités d'actions entre les secteurs psychiatriques et médico-sociaux ;</i></p> <p><i>Promouvoir la formation des professionnels des ESSMS pour accompagner l'évolution des métiers, répondre à l'enjeu de l'attractivité des métiers, des pratiques professionnelles dans le cadre de la transformation de l'offre,</i></p>	<p><i>Accompagner le passage des établissements et services médico-sociaux (ESSMS) vers une logique de « dispositif » afin de répondre de manière souple et réactive à l'évolution des besoins de ces personnes durant tout leur parcours de vie ;</i></p> <p><i>Expérimenter des modalités d'offre croisées et transversales en impulsant la création de groupements de coopération sanitaire et médico-Sociale (GCSMS) et ainsi répondre aux enjeux de complémentarités d'actions entre les secteurs psychiatriques et médico-sociaux ;</i></p> <p><i>Promouvoir la formation des professionnels des ESSMS pour accompagner l'évolution des métiers, répondre à l'enjeu de l'attractivité des métiers, des pratiques professionnelles dans le cadre de la transformation de l'offre, l'évolution des</i></p>	<p>Nombre de personnes en situation de handicap sans solution : cible : en diminution</p> <p>Taux de scolarisation à l'école des enfants accompagnés en établissement spécialisé : 65 % en 2025 et 80 % en 2028</p> <p>Nombre d'aidants de personnes en situation de handicap qui ont été relayés au moins une fois dans l'année : 158 en 2025 et 210 en 2028</p> <p>Nombre d'adultes maintenus en ESSMS pour enfants au titre de l'amendement</p>	<p>Améliorer la connaissance et l'évolution de l'offre médico-sociale régionale (observatoire en lien avec les communautés 360, Via Trajectoire) ;</p> <p>Travail de concert entre les services déconcentrés de l'État (dont l'ARS, les services de l'Éducation nationale, la Dreets ou encore les services de la protection judiciaire de la jeunesse) et les collectivités territoriales (dont les départements, et en particulier les services de l'aide sociale à l'enfance) pour prendre en compte les besoins des personnes en</p>	<p>Intensifier l'usage de Via Trajectoire afin :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-de disposer en temps réel d'informations sur les parcours et l'effectivité de la mise en œuvre des décisions d'orientation prononcées par la MDPH ;</li> <li>-d'avoir une vision plus précise des besoins individuels et collectifs, de l'offre sur le territoire et des places disponibles, notamment pour favoriser le dialogue avec l'ensemble des institutions ;</li> <li>-de fluidifier les interactions et la capacité d'agir sur les situations critiques.</li> </ul> <p>Développer la fonction « ressource » pour répondre aux besoins des professionnels exerçant au sein d'ESSMS plus « généralistes » afin d'être appuyés et sécurisés sur l'accompagnement de</p>	<p><a href="https://download.sante.fr">download (sante.fr)</a></p>

RAPPORT IGAS N° 2024-017R

	<p><i>l'évolution des postures, les pratiques managériales ;</i>  Poursuivre le déploiement des dispositifs inclusifs :  - Suivre et accompagner les établissements et services qui ne se sont pas encore engagés dans la démarche d'externalisation des unités d'enseignement (UE) localisées dans des ESSMS pour enfants en situation de handicap, afin d'orienter ces derniers vers l'école ;  - renforcer et déployer, en tant que de besoin sur les territoires en tension, les équipes mobiles d'appui médico-social à la scolarisation des enfants en situation de handicap (EMASCO) ;  - renforcer les services d'éducation et de soins spécialisés à domicile (SESSAD) de manière à élargir leurs plages horaires d'intervention, afin de soutenir et d'accompagner l'inclusion en milieu ordinaire.</p>	<p><i>postures, les pratiques managériales ;</i>  Soutenir le répit de l'aidant en relais à domicile, en « séjour répit » ou en « séjour répit famille », accueil par une structure sur un temps assez court – comme le week-end – ou plus long, sur une dizaine de jours. Renforcement des moyens alloués à ces séjours et développement des « séjours répit famille ». Augmentation de l'offre notamment par augmentation de l'amplitude d'ouverture des ESSMS certains week-end et vacances scolaires.  - Expérimenter de nouvelles réponses « souples et modulables » aux besoins d'accompagnement des personnes en situation de handicap (expérimentation de nouvelles modalités d'accompagnement afin de diversifier l'offre existante et de répondre à l'ensemble des besoins identifiés : comme c'est le cas par exemple avec les dispositifs d'équipes mobiles ou de maisons d'accueil spécialisé (MAS) hors-les-murs)  Investir de nouvelles modalités d'offre pour améliorer la réponse aux</p>	<p>Creton : 700 en 2025 et 450 en 2028</p>	<p>situation de handicap dans les différentes politiques publiques qu'ils mettent en œuvre. Des partenariats au niveau régional et départemental seront développés en ce sens et les actions communes seront privilégiées.</p>	<p>personnes avec handicap spécifique (handicaps rares, troubles du spectre autistique complexe, déficients visuels ou déficients auditifs...).</p>	
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

		<p>besoins des personnes en situation de handicap vieillissantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Déployer des unités pour les personnes en situation de handicap vieillissantes dans les Ehpad afin d’opérer des passerelles entre le secteur des personnes handicapées et celui des personnes âgées : un appel à candidatures pour créer à minima cette unité au sein d’un Ehpad dans chaque département sera lancé en 2023.</li> <li>- Accompagner les ESSMS qui accueillent des personnes en situation de handicap pour favoriser l’accompagnement des personnes handicapées vieillissantes en les renforçant afin de répondre aux besoins accrus de soins qui peuvent émerger avec l’avancée en âge et en développant les actions de « qualité de vie et des conditions de travail »</li> </ul> <p>Intégrer de manière plus opérationnelle les ESSMS spécialisés dans l’apprentissage et la formation professionnelle afin de faciliter et favoriser l’intégration des personnes en situation de handicap dans l’emploi ;</p>				
--	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--	--

RAPPORT IGAS N° 2024-017R

		<p>- accompagner les établissements et services de pré-orientation (ESPO) et les établissements et services de réadaptation professionnelle (ESRP) pour l'appropriation de leurs nouvelles missions qui résultent de la modification du Code de l'action sociale et des familles (CASF) ;</p> <p>- accompagner les ESSMS dans la mise en œuvre du plan de transformation des établissements et services d'accompagnement par le travail (ESAT) afin de développer les mesures relatives au renforcement des droits des travailleurs et des dynamiques de parcours et d'inclusion professionnelle ;</p> <p>- piloter et accompagner la montée en charge des « plateformes emploi accompagné » dans les différents départements.</p>				
Pays de Loire	<p><i>Organisation de dispositifs territoriaux proposant un panel de réponses diversifiées et modulaires permettant de prévenir les ruptures de parcours ou l'absence de solution (réponse en urgence temporaire-permanent-ambulatoire...) et enfin d'en améliorer la lisibilité par une</i></p>	<p><i>Organisation de dispositifs territoriaux proposant un panel de réponses diversifiées et modulaires permettant de prévenir les ruptures de parcours ou l'absence de solution (réponse en urgence temporaire-permanent-ambulatoire...) et enfin d'en améliorer la lisibilité par une</i></p>	<p>Nombre d'enfants en situation de handicap ne bénéficiant d'aucun temps de scolarisation</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de jeunes en situation d'amendement Creton</li> </ul>	<p>Structurer une organisation et une gouvernance territoriale au service des parcours, conjointement avec les départements, chefs de file des solidarités (autonomie, enfance,</p>	<p>En santé mentale, soutien au développement de la pair-aidance sous formes diversifiées, avec reconnaissance de leurs statuts</p> <p>Soutenir les ESSMS pour accélérer la modernisation des SI</p>	<p><a href="#">download (sante.fr)</a></p>

RAPPORT IGAS N° 2024-017R

	<p><i>cartographie des guides adaptés aux différentes situations</i>          Développer l'accès à la scolarisation afin de garantir une accessibilité en proximité :</p> <p>Poursuivre le déploiement des classes d'enseignement externalisées</p> <p>S'assurer que tout enfant ou adolescent accueilli dans un établissement bénéficie d'un temps de scolarisation adapté à son potentiel ainsi que d'une évaluation régulière de ses acquis</p> <p>Soutenir l'apprentissage et la formation préprofessionnelle, l'accès à l'enseignement supérieur et l'insertion professionnelle</p> <p>Réduire les situations complexes et d'inadéquation en proposant des solutions d'accompagnement adaptées aux jeunes relevant notamment de l'amendement CRETON et/ou de l'ASE : en créant des solutions d'accompagnement cofinancées avec les conseils départementaux, sur le secteur adultes (pour les jeunes dits Cretons) et les enfants de l'ASE (hébergement) et en</p>	<p><i>cartographie des guides adaptés aux différentes situations</i>          Développer l'accompagnement et la coordination en milieu ordinaire pour les adultes en situation de handicap, dans une visée dispositif et soutien au domicile</p> <p>Développer des réponses intermédiaires entre le domicile et l'établissement (habitat intermédiaire, unités dédiées...) et promouvoir des accompagnements pour des logements de transition pour l'apprentissage de la vie en autonomie notamment pour les jeunes adultes</p> <p>Promouvoir l'accès à l'emploi des personnes en situation de handicap :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Développer l'accompagnement à la vie professionnelle en milieu ordinaire notamment par l'emploi accompagné et incluant le droit au retour</li> <li>• Tirer les enseignements du bilan des actions ESRP/ESPO en région et redéfinir leur stratégie de développement</li> <li>• Poursuivre la modernisation des ESAT, et la simplification des droits des travailleurs en situation de handicap</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Augmentation du nombre de personnes en situation de handicap bénéficiant d'un emploi accompagné</li> <li>ESSMS numérique : nombre de structures équipées d'un Dossier Usager Informatisé (DUI) atteignant les cibles d'usage.</li> <li>• Nombre de recherches, orientations, inclusions ou prises en charge avec les outils numériques : e-Parcours, Articulation Régionale des Samu, SI SMUR, ViaTrajectoire, Télésanté (indicateurs PPG), ROR, Santé.fr</li> <li>Pourcentage d'établissements du secteur PH couverts par une stratégie immobilière</li> </ul>	<p>précarité), en assurant la coordination des politiques publiques (collectivités territoriales, ARS, Education Nationale, Emploi...), et une meilleure visibilité de l'offre et des besoins sur les territoires, notamment via le SID-SDO, Viatrajectoire grand-âge et le ROR</p> <p>Poursuivre et renforcer le travail de partenariat avec l'Education Nationale, les MDPH/MDA, via les Comités départementaux de Suivi de l'Ecole Inclusive (CDSEI)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Poursuivre la coordination et coopération médico-social/enseignement par le déploiement des dispositifs d'appui médico-social à la scolarisation (PIAL renforcés, EMASco, PCPE...)</li> </ul>	<p>Accompagner la transformation des établissements et dispositifs du secteur du handicap vers davantage d'inclusion en développant des stratégies immobilières et des projets au service des enjeux de transformation.</p>	
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

RAPPORT IGAS N° 2024-017R

	renforçant le partenariat avec le secteur sanitaire dont la santé mentale et la rééducation fonctionnelle Faire évoluer l'offre médico-sociale en dispositif intégré afin de proposer des accompagnements souples et plus inclusifs et renforcer quantitativement l'offre pour les publics prioritaires (TSA, polyhandicap). Et adapter les accompagnements aux besoins de publics spécifiques (TDAH, TSLA...)	Décliner la stratégie régionale en faveur des personnes handicapées vieillissantes (unités dédiées) Décliner la stratégie régionale en faveur des adultes ayant un TSA (unités complexes)				
Bretagne	Appuyer et soutenir l'expertise des ESSMS auprès communautés éducatives – via les EMAS Equipes mobiles d'appui à la scolarisation mais aussi en subsidiarité auprès du droit commun ALSH, clubs sportifs, etc. ; Favoriser la coopération des acteurs au services des parcours scolaires, autour des PIAL (Pôles Inclusifs d'accompagnement Localisés) de l'Education Nationale et des ESSMS du territoire : scolarités partagées, unités d'enseignement externalisées ; Promouvoir le fonctionnement en «	Accompagner la transformation des Etablissements et services de réadaptation professionnelle (ESRP) et Etablissements et services de pré-orientation (ESPO) vers des interventions hors les murs auprès des personnes accompagnées ou des professionnels ; Mettre en œuvre du plan de transformation des Etablissements ou services d'aide par le travail (ESAT) : o S'appuyer sur un groupe de travail régional chargé faciliter les orientations partagées entre milieu ordinaire de travail et milieu protégé, o Faciliter et valoriser l'ensemble des	Pourcentage d'enfants inscrits en établissements médico-sociaux poursuivant une scolarité partagée Nombre de travailleurs handicapés en ESAT en double activité (ESAT et milieu ordinaire)	Favoriser la participation des acteurs et la conduite de projets dans le cadre du Plan régional pour l'insertion des travailleurs handicapés (PRITH) et de sa gouvernance régionale ; Consolider les gouvernances départementales en élargissant progressivement la logique des plateformes "emploi accompagné" aux priorités liées à la formation		<a href="#">Schéma régional de santé (sante.fr)</a>

RAPPORT IGAS N° 2024-017R

	dispositifs » intégrés, qui permet d'adapter l'accompagnement et le mode de scolarisation aux besoins évolutifs de l'enfant (modularité) ;	accompagnements permettant l'accès au milieu ordinaire de travail, o Accompagner l'évolution des métiers de l'accompagnement des travailleurs en situations de handicap : conseiller en insertion professionnel, job coach, ...		professionnelle et à l'emploi des personnes en situation de handicap		
Normandie	<i>Développer dans les établissements sociaux et médico-sociaux une offre de répit, notamment via les modalités séquentielles d'accompagnement (accueil de jour ; accueil de nuit ; hébergement temporaire). Encourager les initiatives de fonctionnement en mode parcours dans le champ médico-social.</i> Structurer et développer la fonction ressource médico-sociale d'appui à la scolarisation via les Équipes mobiles d'appui à la scolarisation (EMAS) et la mobilisation de l'ensemble des établissements médico-sociaux, Renforcer le déploiement de modes de scolarisation en milieu ordinaire associant le médico-social tels que les Dispositifs d'autorégulation	<i>Développer dans les établissements sociaux et médico-sociaux une offre de répit, notamment via les modalités séquentielles d'accompagnement (accueil de jour ; accueil de nuit ; hébergement temporaire). Encourager les initiatives de fonctionnement en mode parcours dans le champ médico-social.</i> Garantir le renforcement des droits des personnes, notamment dans le cadre du plan de modernisation des Établissements et services d'aide par le travail (ESAT), Encourager les initiatives favorisant l'immersion des personnes en milieu ordinaire dans le cadre de stages de découverte, le plus en amont possible, Simplifier les démarches et fluidifier les parcours des	Part des enfants en situation de handicap scolarisés en milieu ordinaire (rapporté au nombre total d'enfants scolarisés) - Valeur 2023 : 3,3 %, Valeur 2028 : 5 % Nombre de territoires dotés de pair-aidants professionnels ou en cours de professionnalisation : 2023 : 2 à 2028 : 7 Nombre de places en unités résidentielles spécialisées dans l'accueil des personnes avec Troubles du spectre de l'autisme (TSA) très complexes –	Améliorer la connaissance des besoins des enfants pour mieux y répondre, notamment par un travail renforcé avec les Maisons départementales pour les personnes handicapées (MDPH) sur la base des notifications et listes d'attente.	Favoriser la pair-aidance dans les dispositifs de soins et d'accompagnement social et médico-social, en soutenant notamment la professionnalisation Favoriser la mise en œuvre de coordonnateurs de parcours pour permettre d'accompagner la mise en œuvre des projets de vie, Situation complexe/crise : Favoriser l'intervention de tiers comme les équipes mobiles, et expérimenter de nouveaux modèles d'accompagnement Garantir la bonne intégration des grands enjeux sociétaux (virage écologique, virages domiciliaire et ambulatoire, virages inclusif et d'accessibilité sur les territoires) dans tous les projets de modernisation	<a href="https://sante.fr">download (sante.fr)</a>

RAPPORT IGAS N° 2024-017R

	<p>(DAR) ou les Unités d'enseignement élémentaire autisme (UEEA), Accompagner les organisations innovantes Poursuivre le développement des Unités d'enseignement externalisées (UEE) - dispositifs médicosociaux - et garantir leur caractère inclusif, définir leur place au sein de l'école, Développer les scolarités partagées entre les unités externalisées et le milieu ordinaire, Permettre aux enfants présentant un retentissement important de leur handicap d'accéder à l'école ordinaire (accompagnement au sein d'une école d'un groupe d'enfants ne pouvant être scolarisés en unité d'enseignement externalisée), Préparer la sortie d'établissement médico-social « enfant » pour organiser la suite du parcours des jeunes sur le secteur adultes et créer des débouchés (médico-social, habitat inclusif ou ordinaire) en nombre et en type adaptés pour les jeunes adultes en situation de handicap,</p>	<p>personnes en facilitant les allers-retours tout en permettant la poursuite d'accompagnement par l'Établissement et service d'aide par le travail (ESAT) d'origine ou le cumul d'activités le cas échéant, Amplifier l'adaptation de l'offre existante pour les personnes en en situation de handicap vieillissantes en améliorant l'accès aux soins dans les foyers de vie, en favorisant l'adaptation des Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et des établissements d'accueil médicalisés au vieillissement et en favorisant le développement de projets d'habitat inclusif.</p>	<p>valeur 2023 :0 Valeur 2028 : 12 Nombre de places d'établissements sociaux et médico-sociaux restructurées ou modernisées dans le cadre du Plan d'aide à l'investissement (PAI) annoncé dans le cadre du Ségur de la santé initié en 2021 : Valeur 2023 :0 Valeur 2028 :2714</p>		<p>Déployer les usages du Répertoire opérationnel des ressources (ROR), de ViaTrajectoire, du système d'information décisionnel « SID-SDO » et le suivi des enjeux d'interopérabilités des solutions</p>	
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--



RAPPORT IGAS N° 2024-017R

	Développer l'appui médico-social aux établissements d'enseignement général, technologique et professionnel,					
Grand Est	<i>Poursuivre l'étayage domiciliaire en renforçant, par la transformation de l'offre à moyens constants ou par l'augmentation des capacités d'accompagnement sur les territoires (sous réserve des crédits nationaux), notamment les SESSAD et les SAMSAH. Pour les SESSAD, l'intervention précoce ou orientée vers l'insertion professionnelle fera l'objet d'une attention particulière</i> <i>Développement du répit à domicile : un professionnel spécialement formé (aide-soignant, infirmier, accompagnant éducatif et social, éducateurs spécialisés, psychomotriciens) prend temporairement le relais de l'aidant familial au domicile ; Incitation au développement de modalités d'accueil ou d'accompagnement de répit diversifiées (accueil temporaire, accueil de jour, accueil séquentiel) dans le cadre des partenariats territoriaux.</i>	<i>Poursuivre l'étayage domiciliaire en renforçant, par la transformation de l'offre à moyens constants ou par l'augmentation des capacités d'accompagnement sur les territoires (sous réserve des crédits nationaux), notamment les SESSAD et les SAMSAH. Pour les SESSAD, l'intervention précoce ou orientée vers l'insertion professionnelle fera l'objet d'une attention particulière</i> <i>Développement du répit à domicile : un professionnel spécialement formé (aide-soignant, infirmier, accompagnant éducatif et social, éducateurs spécialisés, psychomotriciens) prend temporairement le relais de l'aidant familial au domicile ; Incitation au développement de modalités d'accueil ou d'accompagnement de répit diversifiées (accueil temporaire, accueil de jour, accueil séquentiel) dans le cadre des partenariats territoriaux.</i>	100 % d'établissements disposant d'au moins une Unité d'enseignement externalisée (UEE) ; Nombre d'UEE spécifiques pour enfants polyhandicapés en augmentation SESSAD en augmentation	Nécessité de renforcer autant que possible le pilotage des politiques publiques par la prise en considération des données (INSEE, DREES, ViaTrajectoire, etc.) qui doivent pouvoir être davantage produites, recueillies et exploitées Spécificités des besoins des personnes en situation complexe et/ou critique : réflexion territoriale collective (ARS/Conseils départementaux/préfectures), dans une approche de co-responsabilité populationnelle des acteurs de tous champs (social, médico-social, sanitaire, etc.), pour construire des		<a href="https://sante.fr">download (sante.fr)</a>

RAPPORT IGAS N° 2024-017R

	<p>Poursuite du déploiement des unités d'enseignement externalisées des établissements pour enfants. Poursuite du déploiement des unités d'enseignement pour enfants autistes des niveaux maternelle et élémentaire et dispositifs d'autorégulation, en déclinaison des objectifs nationaux ; les unités ou dispositifs existants seront suivis afin d'adapter leur fonctionnement si nécessaire ;</p> <p>Renforcement de l'offre en SESSAD (cf. infra) ;</p> <p>Préparation et mise en œuvre du fonctionnement des IME et SESSAD en dispositifs, sous réserve de la parution des textes réglementaires afférents ;</p> <p>Soutien aux organisations permettant au secteur médico-social de déplacer son action au sein de l'école ordinaire (primaire, collège et lycée) ;</p> <p>Poursuite de la montée en charge des équipes mobiles d'appui à la scolarisation.</p>	<p>Diversifier les solutions d'accompagnement répondant aux enjeux spécifiques provoqués par le vieillissement des personnes en situation de handicap.</p>		<p>solutions permettant une identification consensuelle des situations au regard de leur complexité, des protocoles de coopération précis, un positionnement clair de la fonction ressources, un engagement des acteurs, au-delà d'une logique de places.</p>		
Hauts de France	<p><i>Poursuivre le déploiement au sein de tous les départements d'une offre d'accueil</i></p>	<p><i>Poursuivre le déploiement au sein de tous les départements d'une offre d'accueil séquentiel</i></p>	<p>100 % des départements couverts par une</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disposer d'une connaissance objectivée du recours</li> </ul>	<p>Investissement des ESSMS PH : en lien avec les Conseils départementaux</p>	<p><a href="#">download (sante.fr)</a></p>

	<p><i>séquentiel pour enfants, accessible pendant les week-ends et les vacances scolaires. Analyser le niveau de satisfaction aux besoins des accueils de jour et des hébergements temporaires existants, et engager, en tant que de besoin, une recomposition de l'offre existante dans un souci d'égal accès et de diversification de l'offre de répit existante sur tous les territoires</i></p> <p>Développer les structures d'aval : poursuite de l'autorisation de places de SESSAD supplémentaires, incitation au fonctionnement en mode dispositif médico éducatif (DIME) pour plus de souplesse et de réactivité en matière de réponse. Conforter le développement des unités d'enseignement (UEMA, UEEA et DAR) mais également des unités d'enseignements pour enfants polyhandicapés. Faire de la réduction du nombre d'adultes maintenus en établissement pour enfant faute de place adéquate en établissement ou service pour adulte (dits « amendements Creton ») une priorité.</p>	<p><i>pour enfants, accessible pendant les week-ends et les vacances scolaires. Analyser le niveau de satisfaction aux besoins des accueils de jour et des hébergements temporaires existants, et engager, en tant que de besoin, une recomposition de l'offre existante dans un souci d'égal accès et de diversification de l'offre de répit existante sur tous les territoires</i></p> <p>Poursuivre le développement et l'adaptation de l'offre d'accompagnement pour adultes dans la perspective de pouvoir disposer au sein de chaque département d'une palette de réponses et de solutions diversifiées et graduées entre le « tout domicile » et le « tout établissement »</p> <p>Mettre en œuvre le plan de transformation des ESAT (notamment le renforcement des droits des travailleurs ainsi que les dynamiques de parcours et d'inclusion professionnelle de l'ESAT vers le milieu ordinaire ou à l'intérieur de l'ESAT).</p> <p>Adapter l'offre d'accompagnement en établissement aux spécificités</p>	<p>palette de solutions diversifiées adulte</p>	<p>à l'offre, des besoins d'accompagnement et de solutions selon les types de déficiences au sein des territoires en se donnant les moyens de faire de l'outil ViaTrajectoire PH un véritable levier de planification et de programmation de solutions nouvelles d'accompagnement ainsi que d'adaptation de l'offre d'accompagnement existante.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Partager cette connaissance des besoins avec les partenaires institutionnels (Conseils départementaux, MDPH, Éducation Nationale, CPAM) ainsi qu'avec les organismes gestionnaires d'établissements et services médico-sociaux dans le cadre de l'élaboration de diagnostics territoriaux partagés</li> </ul>	<p>pour les établissements à périmètre conjoint, il s'agira de promouvoir des établissements plus adaptés, inclusifs et contribuant à apporter des réponses innovantes pour les situations complexes.</p>	
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

RAPPORT IGAS N° 2024-017R

	<p>Accorder une attention particulière aux enfants « à double vulnérabilité » (enfants de l'ASE en situation de handicap). Favoriser le développement d'offres de solutions nouvelles dans une logique de promotion de l'école inclusive.</p>	<p>des besoins en fonction des différents types de handicaps (handicap psychique, polyhandicap, troubles du spectre de l'autisme -TSA-, troubles sensoriels, troubles sévères du comportement...). Renforcer l'offre de solutions adaptées à l'accompagnement des personnes vieillissantes en établissement.</p>		<p>permettant de mettre en perspective au sein de chaque territoire les besoins identifiés avec l'offre d'accompagnement existante, sur le fondement desquels pourront être élaborés des plans d'adaptation et de transformation de l'offre pluriannuels (susceptibles d'être révisés en fonction de l'évolution des besoins, des capacités à adapter le milieu ordinaire et des attentes des personnes).</p>		
Centre Val de Loire	<p>Généraliser le fonctionnement en dispositifs qui doivent constituer un ensemble de prestations d'accompagnement réalisées seules ou en partenariat sur un territoire donné, au service de la population de ce territoire :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Accompagner les transformations vers une culture de l'accompagnement souple,</li> </ul>	<p>Favoriser les dispositifs qui préparent et accompagnent vers l'emploi, en amont de l'élaboration du projet professionnel et jusqu'à l'intégration en milieu ordinaire</p> <p>Développer l'apprentissage et la formation en alternance</p> <p>Accompagner, sécuriser, assurer la réforme des ESAT et leur ouverture vers le droit commun :</p>	<p>Nombres de jeunes en situation de handicap scolarisés en lycée - Valeur actuelle : 1 302, cible à 5 ans : + 20 %</p> <p>Nombre de places en établissements/services/dispositifs à destination des PHV - Valeur actuelle : 72 places</p>	<p>Mettre en place des outils permettant l'évaluation quantitative et qualitative des parcours des enfants en situation de handicap, notamment en permettant aux ESSMS de développer des indicateurs d'impacts de leur action</p>	<p>Cartographier l'offre, les institutions et les dispositifs existants et communiquer sur les actions déjà existantes auprès des professionnels et des bénéficiaires, notamment par l'utilisation du ROR et de Via Trajectoire.</p> <p>La généralisation de l'équipement aux services socles doit être suivie par l'ARS concernant les établissements médico-sociaux, avec des contacts</p>	<p><a href="#">Projet régional de santé (PRS) 2018-2028 révisé en Bourgogne-Franche-Comté   Agence régionale de santé Bourgogne-Franche-</a></p>

RAPPORT IGAS N° 2024-017R

	<p>décloisonné et coordonné autour de la personne et de ses choix de vie</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Promouvoir l'acculturation des professionnels aux nouvelles formes d'accompagnement, former les professionnels à des modalités d'intervention plus coopératives, et plus "hors les murs".</li> <li>- Développer les offres intermédiaires, parallèlement à l'offre existante, entre le tout-établissement et le tout-service, en prenant en compte les besoins de chaque enfant qui peuvent aller de l'inclusion complète à un accueil en hébergement médico-social</li> </ul> <p>Développer l'intégration en lycée, chaque fois que cela correspond au projet exprimé par le jeune concerné, notamment en lycée professionnel avec un appui DAME.</p> <p><i>Structurer/renforcer/améliorer les solutions d'accompagnement et de répit existantes</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Soutenir financièrement la transformation organisationnelle des ESAT :</li> <li>- Moderniser et diversifier les outils de production pour consolider économiquement les ESAT et améliorer les débouchés des travailleurs.</li> <li>- Garantir la mission de « tremplin » des ESAT vers le milieu ordinaire en développant des postes de conseiller d'insertion pour favoriser le lien avec le milieu ordinaire, en développant les services d'insertion mutualisés entre ESAT et en développant les compétences avec traçabilité dans un document.</li> <li>-Développer et adapter les conventions d'appui</li> <li>-Développer une offre de formation professionnelle mutualisée entre ESAT</li> </ul> <p>Généraliser le fonctionnement en dispositifs agiles et à l'écoute des besoins particuliers :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Soutenir le développement des dispositifs qui construisent des réponses modulaires avec les bénéficiaires et leur famille :</li> <li>-Expérimenter le fonctionnement en dispositif/plateforme pour adultes avec une offre variée</li> </ul>	<p>Cible à 5 ans : En augmentation de 20 %</p> <p>% Travailleurs ayant quitté l'ESAT pour être recrutés dans le milieu ordinaire privé ou public, adapté, y compris en intérim – valeur actuelle : 0,7 %</p> <p>Valeur cible à 5 ans : 2 % de sorties par an</p> <p>Suivi du nombre de bénéficiaires de l'amendement Creton – valeur 2022 : 483</p> <p>Valeur cible à 5 ans : en baisse de 20 %</p>	<p>Amendement Creton :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Élaborer avec les Conseils départementaux une stratégie régionale « Creton » : Affiner l'analyse des besoins dans chaque département et identifier les leviers mobilisables ;</li> <li>Intégrer dans le PRIAC les places à créer spécifiquement dédiées aux bénéficiaires de l'amendement Creton</li> <li>-Co-construire avec les ESAT des actions facilitant l'accès des jeunes aux postes vacants : Analyser les points de blocage à l'admission en ESAT des jeunes sortant d'IME ou de scolarisation en milieu ordinaire, dans un contexte de difficultés de certains ESAT à recruter des travailleurs ;</li> <li>Mettre en place dans chaque département une instance</li> </ul>	<p>directs avec les directions et les équipes des Systèmes d'information (SI).</p> <p>Développer les équipes mobiles d'appui aux situations complexes pour assurer une évaluation et une intervention adaptée au fil du parcours et de ses risques de rupture</p>	<p><a href="mailto:Comte@sante.fr">Comté (sante.fr)</a></p>
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------

		<p>d'accompagnement en milieu ordinaire.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Développer les offres intermédiaires entre le tout-établissement et le tout-service.</li> </ul> <p>Développer les dispositifs d'appui à l'inclusion sociale pour favoriser le libre choix de son parcours de vie en renforçant notamment les organisations favorisant la pair-aidance et la souplesse dans des accompagnements élaborés à l'écoute des personnes (GEM, PEVA, SAMSAH, plateforme de service...).</p> <p>PHV :</p> <p>Dimensionner les besoins d'accueil à venir pour les PHV en prenant en compte le besoin exprimé et le projet de vie de la personne, les anticiper et développer l'approche capacitaire globale PA/PH par adaptation de l'organisation territoriale de l'offre :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Diversifier les offres alternatives à domicile, notamment l'accueil familial.</li> <li>- Soutenir les évolutions administratives pour lever les freins potentiels dans les projets d'orientation, en faveur des solutions inclusives</li> </ul>		<p>pluripartenariale de suivi des situations en charge d'identifier ces points de blocage et de proposer aux acteurs de travailler des solutions personnalisées permettant d'adapter le projet des jeunes maintenus en secteur enfance aux offres d'emploi en ESAT</p>		
--	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

RAPPORT IGAS N° 2024-017R

		<p>pour les PHV (limite d'âge en structures, etc.).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Favoriser l'accès en établissement pour personnes âgées et aux accompagnements spécifiques et adaptés</li> <li>- Développer les accompagnements relais pour faciliter les transitions liées au vieillissement</li> </ul> <p><i>Structurer/renforcer/améliorer les solutions d'accompagnement et de répit existantes</i></p>				
Bourgogne Franche comté	<p><i>Faire évoluer l'offre pour apporter plus de souplesse et de nouvelles modalités d'accompagnement adaptées (dont une palette de solutions diversifiées pour les personnes en situation de handicap vieillissantes), soutenir la citoyenneté par une meilleure inclusion sociale</i></p> <p><i>Soutenir les proches aidants dont font partie les aidants familiaux : renforcer et pérenniser l'offre existante (répit, soutien...) et faire émerger de nouvelles offres</i></p> <p><i>Accompagner l'inclusion et l'évolution d'une offre de services à domicile : SSIAD, SPASAD, SESSAD, SAMSAH, SAAD, SAVS, ESA/ES-MND,</i></p>	<p><i>Faire évoluer l'offre pour apporter plus de souplesse et de nouvelles modalités d'accompagnement adaptées (dont une palette de solutions diversifiées pour les personnes en situation de handicap vieillissantes), soutenir la citoyenneté par une meilleure inclusion sociale</i></p> <p><i>Soutenir les proches aidants dont font partie les aidants familiaux : renforcer et pérenniser l'offre existante (répit, soutien...) et faire émerger de nouvelles offres</i></p> <p><i>Accompagner l'inclusion et l'évolution d'une offre de services à domicile : SSIAD, SPASAD, SESSAD, SAMSAH, SAAD, SAVS, ESA/ES-MND,</i></p>	<p>Diminution du nombre d'adultes maintenus en ESSMS pour enfants au titre de « l'Amendement Creton » : cible Réduction de 20 % par an du nombre d'adultes maintenus en ESSMS pour enfants</p> <p>Scolarisation à l'école, c'est-à-dire en dehors d'une unité d'enseignement implantée dans un établissement spécialisé, des enfants</p>	<p>Champ enfants : planification et programmation conjointes avec les services de l'Education Nationale des UEE, étayage à l'école et lieux de vie</p> <p>Construction et déploiement d'un plan d'action régional en faveur de l'accompagnement des personnes en situation de polyhandicap (plan régional de formation, diagnostic régional des besoins et ressources, accompagnement à</p>	<p>Développement des outils ROR, Viatrajectoire et SI-SDO dans tous les ESSMS PH</p> <p>Mesure et suivi de l'activité des ESSMS à partir du guide national CNSA « Mesure de l'activité des ESSMS » et mise en œuvre du décret relatif à la modulation à l'activité en secteur PH.</p> <p>Politique d'investissement durable et favorable : aux structures favorisant les rapprochements/mutualisations ; dont la plus-value pour les personnes en situation de handicap est démontrée dans un objectif d'inclusion dans la cité ; dans le respect de la transition écologique et économique.</p>	<p><a href="https://sante.fr">download (sante.fr)</a> volet par territoire de démocratie sanitaire</p>

RAPPORT IGAS N° 2024-017R

	<p>dispositifs en secteur handicap, PCPE, activité « Hors les murs », habitat inclusif, ... dans un objectif de renforcement du soutien à domicile et une offre alternative à l'institutionnalisation</p> <p>Développement d'une palette d'offres inclusives en favorisant des dispositifs ou plateformes d'expertise, souples et modulaires sans jamais opposer « tout domicile » et « tout établissement » : accueils séquentiels, accueil temporaire, accueil de jour, équipes mobiles, pôles de compétence et de prestations externalisées (PCPE), pôles ressources...</p> <p>Déploiement d'offres de répit en lien avec les PFR et en appui sur les organismes gestionnaires et le milieu ordinaire (relayage, accueils de jour et temporaires, structures périscolaires adaptées).</p> <p>Poursuite de l'externalisation des unités d'enseignement ; étayage des scolarisations individuelles et collectives dans les lieux de scolarisation et dans l'ensemble de leurs lieux de vie.</p> <p>Mise en place de structures enfance-adolescence</p>	<p>dispositifs en secteur handicap, PCPE, activité « Hors les murs », habitat inclusif, ... dans un objectif de renforcement du soutien à domicile et une offre alternative à l'institutionnalisation</p> <p>Développement d'une palette d'offres inclusives en favorisant des dispositifs ou plateformes d'expertise, souples et modulaires sans jamais opposer « tout domicile » et « tout établissement » : accueils séquentiels, accueil temporaire, accueil de jour, équipes mobiles, pôles de compétence et de prestations externalisées (PCPE), pôles ressources...</p> <p>Déploiement d'offres de répit en lien avec les PFR et en appui sur les organismes gestionnaires et le milieu ordinaire (relayage, accueils de jour et temporaires, structures périscolaires adaptées).</p> <p>Développement de la prise en charge des personnes handicapées à domicile par création de place de SSIAD/SAD et ou SAMSAH, financés au besoin par l'assurance maladie à 100 % en l'absence d'engagement par les Conseils Départementaux.</p>	<p>accompagnés dans ces structures : Cible : Taux de scolarisation en milieu ordinaire porté à 50 % d'ici 2020 et 80 % au terme du PRS</p> <p>Participation systématique aux sollicitations de la MDPH à participer aux Groupes Opérationnel de Synthèse (GOS) : cible : 100 % de réponse favorable aux sollicitations pour tous les ESSMS concernés (CPOM Socle)</p> <p>Généralisation du travail en mode dispositif* (=3 modalités d'accompagnement : hébergement, prestations à milieu ordinaire, accueil de jour) – cible : 100% des structures</p> <p>Enfance disposent d'une autorisation type Dispositif</p> <p>Intégration des SSIAD-SPASAD PH dans Viatrajectoire</p>	<p>la transformation de l'offre des structures concernées, ...)</p>	<p>Limitation de toutes politiques d'investissement dès lors que l'EPRD/ERRD montre une structure financière fragilisée (fonds de roulement négatif, CAF &lt; remboursement des emprunts, endettement important) et vigilance des trajectoires financières, notamment liées aux frais de transports et évolution du bâti.</p> <p>Engagement annuel des ESSMS dans la campagne et l'utilisation des tableaux de bord de la performance dans le cadre de leur pilotage interne</p>	
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--



RAPPORT IGAS N° 2024-017R

	<p>proposant une ouverture « de répit » durant les week-end et vacances scolaires. Afin d'éviter les situations de jeunes adultes maintenus en secteur enfants faute de place en secteur adultes, anticipation des parcours et projets de vie, de tous les jeunes dès l'âge de 16 ans avec obligation de Plans d'Accompagnement Global (PAG) dès 21 ans le cas échéant.</p>	<p>Développement palette d'offre inclusives : foyer d'accueil médicalisé (FAM) et/ou Etablissements spécialisés d'aide par le travail (ESAT) et/ou maison d'accueil spécialisée (MAS) « hors les murs »</p>	<p>Sanitaire : cible : 100% des places SSIAD-SPASAD PH enregistrées et mises à jour dans VT SAN Diversification de l'offre Adulte au profit de la prise en charge inclusive (accueil de jour ou temporaire) – cible : 50% des MAS-EAM proposent au moins un type d'offre différent de l'hébergement permanent Mesure et suivi de l'activité des ESSMS dans le cadre de la contractualisation CPOM Socle, en appui sur le guide national CNSA « mesure de l'activité en ESSMS » -Cible : - Augmentation des files actives et Diminutions des listes d'attente Remplissage de l'outil national d'appui à l'évolution de l'offre médicosociale pour personnes</p>			
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--

RAPPORT IGAS N° 2024-017R

			présentant des troubles du spectre autistique (TSA) – cible : 100 % des ESSMS qui accompagnent des personnes avec TSA Mise en place de coopérations voire mutualisations pour tous les ESSMS (professionnels, fonctions, locaux, finances, partenariats, ...) – cible : 100 % des ESSMS-PH disposeront d'une mise en coopération voire mutualisation			
La Réunion	Renforcer l'accompagnement médico-social à l'inclusion scolaire : - Intégration des IME/SESSAD dans les établissements scolaires en mettant fin à la distinction établissement/service et en promouvant un modèle d'équipe médico-sociale ressource au service des élèves d'un même établissement scolaire ou groupe d'établissements scolaires	Encourager les dispositifs de FAM/MAS hors les murs et le rôle de plateformes ressources de ces établissements pour favoriser l'autonomisation des adultes vivant avec un handicap Poursuivre le développement d'unités de vie résidentielles pour personnes avec autisme en situation complexes Augmenter les capacités d'accueil temporaire adultes Construire des dispositifs personnalisables	Évolution des listes d'attente enfants et adultes (orientations MDPH/capacités ESSMS installées) Taux de scolarisation des enfants porteurs de handicap Part de l'offre des services dans les capacités médico-sociales pour enfants et adultes	Installer une commission régionale de coordination des politiques publiques en matière de handicap Définir, avec la MDPSH, les ESSMS et le Département, un dispositif d'accès renforcé à l'accompagnement médico-social des enfants vivant avec un handicap et	Santé mentale : Intégrer la pair-aidance et les Infirmiers en Pratique Avancée (IPA) dans la prise en charge des patients Mesures de renforcement des CVS des ESSMS	<a href="#">La Réunion Schéma Régional de Santé (SRS) 2023-2028.pdf</a>

RAPPORT IGAS N° 2024-017R

	<p>- Ouverture de nouvelles unités d'enseignement externalisées</p> <p>- Renforcement des capacités des SESSAD avec une gestion en file active</p> <p>- Identification de capacités de repli médico-social temporaire pour les élèves avec handicap dont le projet d'inclusion scolaire est mis en échec</p> <p>Redéployer les capacités d'internat médico-sociaux en veillant au maintien d'une offre de proximité par territoire</p> <p>Déployer des programmes personnalisés d'accompagnement vers l'autonomie des jeunes relevant de l'amendement Creton par autorisation de surcapacités temporaires des IME</p> <p><i>Augmenter les capacités d'accueil temporaire enfants</i></p> <p><i>Intégrer le soutien aux aidants dans les missions des établissements et services médico-sociaux</i></p> <p><i>Développer l'accueil et l'hébergement temporaires en établissement pour soutenir les familles</i></p> <p><i>Développer avec le Département des solutions</i></p>	<p>d'accompagnement des personnes vivant avec un handicap et vieillissantes, leur garantissant la continuité des aides au quotidien</p> <p>Améliorer l'offre d'accompagnement médico-social en milieu ouvert de type SSIAD/SAD et SAMSAH pour les adultes vivant avec un handicap</p> <p>Fluidifier les parcours d'emplois protégés adaptés en milieu ordinaire (EPMO)</p> <p>Créer une unité d'évaluation de réentraînement social et professionnel (UEROS) (pour accueillir et accompagner les personnes dont le handicap résulte d'un traumatisme crânien ou d'une lésion cérébrale acquise)</p> <p>Accroître les capacités d'accompagnement vers le logement autonome et domotique, développer l'offre d'accompagnement et d'éducation à la vie relationnelle, affective, intime, l'offre d'accompagnement à la parentalité</p> <p><i>Augmenter les capacités d'accueil temporaire enfants</i></p> <p><i>Intégrer le soutien aux aidants dans les missions des établissements et services médico-sociaux</i></p>	<p>en situation de handicap</p> <p>Nombre d'adultes maintenus en ESSMS enfants au titre de l'amendement Creton</p>	<p>relevant de l'aide sociale à l'enfance (ASE)</p>		
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------	--	--

RAPPORT IGAS N° 2024-017R

	<i>temporaires de familles d'accueil social, avec soutien des établissements et services médico-sociaux</i>	<i>Développer l'accueil et l'hébergement temporaires en établissement pour soutenir les familles Développer avec le Département des solutions temporaires de familles d'accueil social, avec soutien des établissements et services médico-sociaux</i>				
Guadeloupe	<p>Augmenter le nombre de places en établissements scolaires pour les enfants en situation de handicap, notamment ceux présentant des troubles psychologiques (avec le dispositif de l'école inclusive) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Un appel à contribution en 2024 pour la mise en place d'un dispositif d'auto-régulation sur Saint-Martin (pour les enfants avec troubles du spectre de l'autisme) :</li> <li>- <i>Un appel à contribution en 2025 pour une nouvelle UEEA en Guadeloupe.</i></li> </ul> <p><i>Développer les structures de répit pour les aidants familiaux</i></p> <p>Structurer le parcours des enfants souffrant de handicaps sévères en accompagnant les ESSMS à la prise en charge des parcours complexes</p>	<p>Accompagner la transformation de l'offre de structures d'accueil médico-sociales avec et sans hébergement</p> <p>Accompagner la transformation des Etablissements et Services d'Aide par le Travail (ESAT) et des centres de réadaptation professionnelle.</p> <p>Améliorer, travailler sur le maillage du territoire pour couvrir les communes et diminuer les trajets domicile - structure d'accueil</p> <p>Développer les structures dédiées aux polyhandicaps avec le personnel dédié</p> <p><i>Développer les structures de répit pour les aidants familiaux</i></p> <p>Renforcer les dispositifs d'accompagnement à l'insertion professionnelle</p> <p>Développer une offre à destination des personnes en</p>	<p>Nombre de places PH en établissement scolaire</p> <p>Nombre d'unités d'enseignements au sein des ESSMS pour élèves en situation de handicap</p> <p>Nombre d'appels à projet, appels à candidature ou AMI lancés pour la création et le renforcement de l'offre de répit</p> <p>Nombre de solutions adaptées mises en place pour améliorer l'accompagnement du polyhandicap (création de lieux d'accueil, mesures de scolarisation)</p>	<p>Sujet de la caractérisation des besoins</p>	<p>Faciliter l'accès financier à certaines structures pour les personnes en situation de handicap ayant un reste à charge et des difficultés financières</p>	<p><a href="https://srs.sante.fr">SRS (sante.fr)</a></p>

RAPPORT IGAS N° 2024-017R

	<p>Développer les unités d'enseignement pour les élèves polyhandicapés          Adapter l'offre de Services d'Education Spéciale et de Soins à Domicile (SESSAD) aux besoins du territoire et améliorer la prise en charge des TND          Augmenter le nombre de places en établissements scolaires pour les jeunes en situation de handicap (avec le dispositif d'école inclusive) et renforcer le lien entre établissements scolaires et établissements médico-sociaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Accompagner la transformation de l'offre SESSAD pour favoriser l'inclusion scolaire ;</li> <li>-Accélérer le développement des unités d'enseignement externalisées collège et lycée pour favoriser l'inclusion scolaire</li> </ul>	<p>situation de handicap vieillissantes</p>	<p>Création ou renforcement d'unités d'enseignement pour les élèves polyhandicapés          Nombre d'unités d'enseignement installées en lien avec le Rectorat          Taux d'occupation des places en SESSAD          Nombre d'appels à projets ou AMI lancés par l'ARS pour créer et optimiser l'offre (transfo de l'offre)          Nombre de places dédiées au polyhandicap          Spécialisation d'une unité d'hébergement renforcée pour l'accueil des PSH vieillissantes en EHPAD          Nombre de places créées PHV          Nombre d'unités d'hébergement renforcée (UHR) pour l'accueil des personnes</p>			
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--

RAPPORT IGAS N° 2024-017R

			ayant des troubles associés aux MND			
Mayotte	<p>Poursuivre l'ouverture d'unités d'enseignement en élémentaire autisme (UEEA) en lien avec le rectorat ; Ouvrir une première unité d'enseignement en maternelle pour enfant autiste (UEMA) en lien avec le rectorat.</p> <p><i>Augmenter les capacités d'accueil et d'hébergement pour adultes et enfants ; Développer des équipes mobiles pour les personnes en attente d'une prise en charge en établissement.</i></p>	<p><i>Augmenter les capacités d'accueil et d'hébergement pour adultes et enfants ; Développer l'accompagnement des personnes en situation de handicap à domicile ; Augmenter le nombre de services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH) ; Développer des équipes mobiles pour les personnes en attente d'une prise en charge en établissement.</i></p> <p>Pour les adultes, soutenir la mise en place de dispositifs d'insertion professionnelle (PRAPP) et créer des établissements et services d'aide par le travail (ESAT) ou dispositif équivalent innovant</p>				<a href="#">download (sante.fr)</a>
Martinique	<p>Développer les dispositifs médico-sociaux intégrés sur le territoire afin d'apporter des réponses souples et individualisées. Ce mode d'organisation vise à décloisonner les structures, notamment entre le secteur médicosocial et l'éducation nationale, à donner de la souplesse pour une réponse</p>	<p>Favoriser l'insertion professionnelle des personnes en situation de handicap, notamment en milieu ordinaire en créant des passerelles entre le milieu protégé et le milieu ordinaire Accompagner les transitions et prévenir les risques de rupture dans les parcours de vie :</p>	<p>Taux de scolarisation des enfants accompagnés en établissement spécialisé Part de l'offre médico-sociale des services proposant un accompagnement en milieu ordinaire</p>	<p>Nécessité d'état des lieux des besoins Organiser un séminaire annuel entre les acteurs accompagnant les personnes en situation de handicap (social, sanitaire et médicosocial) afin de favoriser leur interconnaissance et</p>	<p>Engager les ESSMS dans « ESSMS numérique » Sensibiliser les acteurs au renseignement de la plateforme Viatrajectoire Remobiliser les établissements à renseigner le tableau de bord ANAP afin d'exploiter les données publiées et partager les conclusions</p>	<p><a href="#">SCHEMA REGIONAL DE SANTE</a> Volet territorial</p>

RAPPORT IGAS N° 2024-017R

	<p>adaptée aux besoins évolutifs de l'enfant ou adolescent.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Définir les besoins et les modalités d'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes par les secteurs du grand âge et du handicap,</li> <li>- Favoriser la coordination entre les structures du handicap (SAVS, SAMSAH, établissements) et les acteurs du champ gérontologique (CCAS, DAC SAAD, médecins coordinateurs...) pour construire des réponses adéquates,</li> <li>- Poursuivre le développement de l'offre adulte ayant de faibles taux d'équipement pour éviter les ruptures de parcours,</li> <li>Développer des offres innovantes pour accompagner les situations de handicap complexes : équipes itinérantes, équipes mobiles d'appui aux situations complexes, etc.</li> </ul>	<p>(enfants et travailleurs handicapés)                  Nombre de dispositifs intégrés sur le territoire (créé puis évolution) pour les enfants scolarisés en école spécialisée (ITEP, IME et EAP)                  Part de l'offre médico-sociale en établissement réservée aux personnes handicapées vieillissantes                  Taux d'évolution des dispositifs innovants (PCPE)</p>	<p>le partage des expertises et savoirs relatifs à l'accompagnement du handicap</p>	<p>Mettre en place un CREAL (mise en œuvre prévue pour 2025)                  Favoriser le regroupement des établissements d'accompagnement des personnes en situation de handicap afin d'optimiser leur organisation et leur fonctionnement et d'harmoniser les pratiques entre les établissements offrant le même type de service</p>	
--	-----------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

Tableau 11 : Eléments de diagnostic figurant dans les PRS

	Diagnostic
Occitanie	<p>L'Occitanie bénéficie d'une offre riche, en termes de diversité d'établissements et de compétences professionnelles expertes dans le secteur du handicap. Toutefois, cette offre est répartie de façon historiquement inégale dans les territoires. En outre, les catégories d'établissements, bien que différenciées dans leurs autorisations, ne permettent pas d'apporter une réponse spécialisée à tous les besoins des personnes, en proximité.</p> <p>Les Personnes vivant avec un handicap (PSH) sont accompagnées par les Etablissements et Services Médico-Sociaux (ESSMS) pour des besoins très différents d'une personne à l'autre, dans les dimensions du soin, de l'éducatif, de la participation à la vie sociale, des actes de la vie quotidienne ... et leurs besoins évoluent, tout au long de leur vie.</p>
Nouvelle Aquitaine	<p>En Nouvelle-Aquitaine environ 67 400 personnes, de 50 ans ou plus, sont porteuses d'un handicap (en tenant compte de tous les allocataires de l'allocation adulte handicapée - AAH). Parmi ces personnes, 84% vivent à domicile, 12% en établissement pour adultes en situation de handicap, et 4% en établissement pour personnes âgées.</p>
Auvergne Rhône Alpes	<p>130 000 adultes en situations de handicap, bénéficiaires de l'Allocation adulte handicapé (AAH) et près de 40 000 enfants bénéficiaires de l'Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH).</p> <p>En 2021, le taux d'équipement en structures médico-sociales pour le secteur adultes de la région Auvergne-Rhône-Alpes apparaît dans la moyenne ou au-dessus de la moyenne nationale à l'exception des places en Maison d'Accueil Spécialisée. Dans le secteur enfants, le taux d'équipement apparaît globalement encore en-dessous de la moyenne. De fortes disparités départementales sont cependant observables. Globalement, la part des services dans l'offre totale autorisée des Etablissements et services médico-sociaux (ESSMS) de la région (hors Etablissement et service d'aide par le travail – ESAT) est passée de 31,2 % au 31 décembre 2018 à 33,4 % au 1er janvier 2022, marquant ainsi une évolution favorable servant l'objectif inclusif.</p> <p>Quelques chiffres clés en 2023 (source tableau de bord de l'offre au 01/01/2023) : Une dotation régionale limitative de 1.5 Md€ ; 458 Organismes gestionnaires pour près de 1450 ESSMS médicalisés ; Près de 45 000 places établissement /services (45% enfants / 55% adultes) dont plus de 8000 places de SESSAD ; 2018-2022 : 1800 places ou dispositifs créés pour un total de 59 M€</p>
Ile de France	<p>Malgré les plans récents mis en œuvre dans la région, notamment le plan décidé dans le cadre du moratoire des départs en Belgique, l'Île-de-France se caractérise par un sous-équipement massif et généralisé pour la prise en charge des personnes handicapées :</p> <p>la région compte 21% de la population adulte métropolitaine, mais seulement 16% des places en établissement ; trois départements franciliens sur huit figurent parmi les dix départements les plus sous-dotés en termes de taux d'équipements pour adultes rapporté à la population du territoire métropolitain ;</p> <p>pour les enfants, la situation est encore plus aiguë, puisque sept des huit départements franciliens font partie des dix départements métropolitains les plus sous-dotés (Seine-Saint-Denis, Val-de-Marne, Val d'Oise, Hauts-de-Seine, Yvelines, Essonne et Paris) ; le taux métropolitain d'équipement moyen hors</p>



RAPPORT IGAS N° 2024-017R

	<p>Île-de-France pour 1 000 enfants représente 150% du taux moyen francilien. Dit autrement, un enfant en métropole hors Île-de-France a en moyenne 50 % de chances en plus de trouver une place qu'un enfant francilien.</p> <p>Cette situation conduit à des situations sociales et familiales complexes et à des pertes de chances pour les enfants et les adultes concernés. En outre, elle a des conséquences en chaîne délétères pour le fonctionnement d'autres services publics, notamment l'aide sociale à l'enfance.</p>
Corse	<p>Concernant les interventions précoces : le capacitaire de SESSAD a été augmenté, notamment sur les Troubles du spectre autistique (TSA), les troubles des apprentissages et les Troubles du déficit de l'attention avec/sans hyperactivité (TDAH) dans une logique de maillage territorial renforcé.</p> <p>Au titre de l'inclusion scolaire et professionnelle : des Equipes médico-sociales d'appui à la scolarisation (EMAS) couvrant l'ensemble de la Corse ont été mises en place ; le nombre d'unités d'enseignement « autisme » (maternelle et élémentaire) a été renforcé ; le Dispositif d'emploi accompagné (DEA) a été consolidé.</p> <p>Enfin, pour le renforcement de l'offre médico-sociale en faveur des personnes en situation de handicap complexe : le capacitaire de Maison d'accueil spécialisé (MAS) a été accru de 45 places dont 8 en direction des personnes en situation de handicap aux besoins très complexes (cette offre mobilise des compétences sanitaires et médico-sociales renforcées) ; la Réponse accompagnée pour tous (RAPT) a été structurée et les Pôles de compétences et de prestations externalisées (PCPE) déployés ; les plateformes de répit TSA ont été renforcées ; l'autodétermination s'est développée via le poste de facilitateur ; l'accès aux ressources expertes (centre ressources sexualité, vie affective – service d'accompagnement à la parentalité des personnes en situation de handicap) a été amélioré ; ...</p> <p>Enfin, la Mission d'accompagnement Santé (MisAS) par l'assurance maladie s'est déployée. Elle vise à faciliter l'accès aux droits et aux soins pour les personnes peu autonomes notamment.</p>
Provence Alpes Côte d'Azur	<p>La région Paca présente une offre médico-sociale destinée aux personnes en situation de handicap en deçà des ratios nationaux. Cette offre, inégalement répartie sur le territoire, est majoritairement composée d'acteurs proposant une seule modalité d'accompagnement, ce qui a un impact sur la fluidité du parcours des personnes. La marge de progrès reste importante pour réduire de manière conséquente le nombre de jeunes adultes de plus de 20 ans maintenus au sein d'établissements pour enfants au titre des amendements Creton</p>
Pays de Loire	<p>Si le nombre d'enfants scolarisés en milieu ordinaire ou en unité externalisée a fortement progressé depuis 2010, les besoins d'accompagnement demeurent supérieurs à l'offre disponible dans la région.</p> <p>De plus, en institution, les modalités et les temps de scolarisation demeurent très disparates d'une structure à l'autre.</p>
Normandie	<p>Au niveau national, la scolarisation des élèves en situation de handicap dans les établissements scolaires a connu une augmentation significative passant de 321 500 élèves accueillis en 2017 à plus de 430 000 en 2022.</p> <p>En Normandie, ils étaient 14 794 en 2017 et sont aujourd'hui 20 797 soit plus de 40 % d'augmentation.</p>

RAPPORT IGAS N° 2024-017R

Grand Est	<p>Visuels – capacité d’accueil en ESAT SAVS et SAMSAH, en SSIAD et SPASSAD et taux d’équipement adulte et enfants/adolescents</p> <p>Généralisation du dispositif ITEP dans les 10 départements du Grand Est : 54 ITEP fonctionnent en dispositif ;</p> <p>Création de nouvelles places de SESSAD : 99 places supplémentaires en 2022, s’ajoutant aux créations antérieures</p> <p>Développement d’unités d’enseignements externalisées : 221 UEE sont déployées au profit de 20 284 enfants ;</p> <p>Ouverture d’unités autisme : 30 Unités d’enseignement maternelle autisme (UEMA), 8 Dispositifs d’autorégulation (DAR), 10 Unités d’enseignement élémentaire autisme (UEEA) sont opérationnels :</p> <p>Création de 10 équipes mobiles médico-sociales d’appui à la scolarisation (EMAS) organisées via des protocoles de saisines ayant permis près de 1800 interventions</p> <p>14 Pôles de compétences et prestations externalisés en Grand Est (PCPE), couvrant l’ensemble des départements</p>
Hauts de France	<p>Offre de services intervenant « en milieu ordinaire » : Services d’éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD), 24 équipes mobiles d’appui médico-social à la scolarisation (EMAS) couvrant la totalité des bassins d’éducation et de formation, 230 places d’unités d’Enseignement en maternelle autisme (UEMA), unités d’enseignement élémentaire autisme (UEEA) et dispositifs d’autorégulation (DAR).</p> <p>Offre d’accompagnement pour adultes en situation de handicap : dans le cadre du déploiement du plan régional de prévention des départs non souhaités vers la Belgique création de 634 places nouvelles pour adultes, dont 221 places en établissements et 413 concernant des services ou des dispositifs) ; création de dispositifs innovants visant à permettre à des personnes lourdement handicapées de pouvoir revenir, ou, rester vivre « à domicile » : dispositifs d’accompagnement et de soins en milieu ordinaire (DASMO), unités d’accompagnement et de soutien à domicile pour personnes handicapées psychiques (UAS), maisons d’accueil spécialisées (MAS) à domicile, foyers d’accueil médicalisés (FAM) externalisés</p>
Centre Val de Loire	<p>110 dispositifs inclusifs à fin 2022. La part des enfants en situation de handicap scolarisés augmente constamment mais avec une décroissance proportionnelle à l’avancée en âge et des effectifs faibles en lycée (1 302 sur un total de 16 693 jeunes scolarisés)</p> <p>En cours de déploiement dans le secteur de l’enfance : transformation des Instituts médico-éducatifs (IME)/Services d’éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) en Dispositifs d’accompagnement médico-éducatifs (DAME) et dispositifs scolaires inclusifs (Unité d’enseignement externalisée, Unité d’enseignement polyhandicap, Unité d’enseignement maternelle autiste, Unité d’enseignement élémentaire autiste, Dispositif d’autorégulation...)</p>

RAPPORT IGAS N° 2024-017R

<p>Bourgogne Franche comté</p>	<p>En Bourgogne-Franche-Comté, la part des allocataires de l'AAH dans la population âgée de 15 ans à 64 ans est de 3,9 contre 3,3 en France</p> <p>87 organismes gestionnaires en BFC</p> <p>L'offre régionale reste supérieure à l'offre nationale en taux d'équipement moyen. Ainsi, les taux d'équipement ne sont plus l'indicateur utilisé pour la prise de décision régionale : chaque territoire disposant d'une feuille de route, il lui appartient de décliner territorialement les crédits délégués (historiquement ou crédits nouveaux) en fonction des besoins exprimés dans son territoire</p> <p>Entre 139 (VT PH) et 284 (annexe activité) adulte amendement Creton selon la source</p> <p>Jeunes scolarisés : 53% (en hausse)</p> <p>Création de 9 Equipes Mobiles d'Appui Médico-social à la Scolarisation (EMAS) entre septembre 2019 et septembre 2021</p> <p>Développement de l'externalisation d'unités d'enseignement (UE) : 155 en 2021.</p> <p>Création de 18 unités d'enseignements maternelle Autisme et 9 Unités d'enseignements élémentaires Autisme.</p> <p>3 unités d'enseignements externalisées pour élèves en situation de polyhandicap à la rentrée 2022.</p> <p>100 % des ITEP sont devenus DITEP en Bourgogne Franche-Comté en 2019</p> <p>Lancement de 8 réseaux départementaux « PRISME » favorisant l'insertion professionnelles des jeunes en sortie d'IME et SESSAD, ou amont d'une admission en ESAT.</p> <p>Les établissements médico-sociaux, et plus particulièrement dans le champ de l'enfance, ont désormais la possibilité de disposer d'un nombre de places défini de Prestations en Milieu Ordinaire (PMO).</p> <p>Création entre 2019 et 2022 de 29 PCPE</p>
<p>La Réunion</p>	<p>La population reconnue vivant avec un handicap à La Réunion par la Maison Départementale pour les Personnes Handicapées (MDPH) est évaluée à 60 743 personnes fin 2021, soit 7 % de la population réunionnaise, avec un taux de progression d'environ 8 % par an depuis 2011, principalement en raison de l'amélioration de l'accès aux droits.</p> <p>Un peu plus de la moitié des personnes vivant avec un handicap (58%) âgée de 20 à 60 ans et un quart âgé de plus de 60 ans.</p> <p>La situation régionale présente des faiblesses persistantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Déficit d'offre d'accompagnement, avec des taux d'équipement en retrait sur les moyennes nationales, mais également très deçà des besoins recensés au travers des orientations en vigueur de la MDPH,</li> </ul>

RAPPORT IGAS N° 2024-017R

	<p>- Répartition encore inégale de l'offre sur le territoire,</p> <p>- Augmentation des jeunes en amendement Creton : progression de 146 % en 10 ans, mobilisant un quart de l'offre IME pour les enfants.</p>
<p>Guadeloupe</p>	<p>En Guadeloupe, 55% des usagers de la plateforme de coordination et d'orientation ont entre 3 et 5 ans, 73% sont des garçons, 42% sont issus de familles monoparentales et 17% ont au moins un parent en situation de handicap<sup>3</sup></p> <p>Plusieurs établissements sociaux ou médico-sociaux (ESSMS) sur le territoire sont spécialisés dans la prise en charge d'enfants, à l'instar des 4 Centres d'Action Médico-sociale Précoce (CAMSP) disposant de 255 places et des 9 Instituts médicoéducatif avec 569 places. Ces ressources sont quantitativement suffisantes au regard de la moyenne nationale mais nécessitent d'être ajustées à la prise en charge des différents troubles et déficiences.</p> <p>La prise en charge des enfants en situation de handicap est un enjeu particulièrement saillant dans le milieu scolaire. En 2021, dans la région, 24 enfants de 6 à 11 ans ont bénéficié d'une inclusion scolaire.</p> <p>Dans le cadre du plan autisme et afin de prendre en charge les enfants de 3 à 6 ans, 1 unité d'enseignement en maternelle autisme (UEMA) et 1 unité d'enseignement en élémentaire autisme (UEEA) ouvriront dans les Îles du Nord à la rentrée scolaire 2023. La région dispose déjà de 3 UEMA et 1 UEEA.</p> <p>Le handicap est officiellement reconnu pour 13 600 personnes (3 % de la population), et le handicap ressenti concerne 30 100 personnes (7,5 % de la population) en Guadeloupe et Îles du Nord</p> <p>Un haut taux de démarche tardive de Reconnaissance de Qualité de Travailleur Handicapé (RQTH) : 90% d'entre eux ont plus de 22 ans en Guadeloupe</p> <p>En Guadeloupe et Îles du Nord, 45% des jeunes en Reconnaissance de Qualité de Travailleur Handicapé (RQTH) ne travaillent pas</p> <p>En 2023, en Guadeloupe, on dénombre 24 établissements et services médico-sociaux en capacité d'accueillir des adultes en situation de handicap soit un total de 1048 places autorisées. L'offre d'hébergement en établissements médico-sociaux pour les adultes atteints de déficience motrice, de déficience intellectuelle, de handicap psychique et de polyhandicap reste insuffisante en Guadeloupe. L'île possède par ailleurs un seul foyer d'accueil médicalisé.</p> <p>En avril 2023, 10 jeunes adultes relevant de « l'amendement Creton » sont recensés,</p> <p>En 2020, 42% des adultes dont la situation de handicap est reconnue administrativement occupent un emploi</p> <p>2 services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH) ;</p> <p>1 centre de rééducation professionnelle ;</p> <p>7 ESAT</p>

Mayotte	<p>Cinq gestionnaires sont présents sur le territoire.</p> <p>La prise en charge médicale des personnes polyhandicapées reste très limitée. L'accès compliqué à l'immobilier et au foncier limite la création de nouveaux établissements.</p> <p>L'inclusion dans la société des enfants et adultes en situation de handicap est encore balbutiante à Mayotte. De premières unités d'enseignement pour enfants autistes ont été créées, de même que des structures d'insertion professionnelle. Ces structures sont cependant en nombre insuffisant pour permettre à l'ensemble des personnes en situation de handicap d'en bénéficier.</p>
---------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## ANNEXE 5 : EXPERIMENTATION DIAGNOSTIC TERRITORIAL

[1] Au niveau territorial, dans une démarche de stratégie transformative, une expérimentation permettrait de tester une méthodologie de diagnostic territorial en vue de l'élaboration des outils programmatiques, méthode qui pourrait bénéficier aux ESSMS eux-mêmes dans leur projet de transformation.

[2] Cette réévaluation serait faite avec en lien avec les facilitateurs, assistants au parcours et projet de vie et pair-aidants, pour aider à l'expression de la demande des personnes en situation de handicap, et avec l'appui des partenaires locaux (MDPH, Centres de ressources, autres ESSMS) pour la réévaluation des besoins et modalités d'accompagnement.

[3] La méthode de diagnostic à concevoir pourrait reposer sur les principes présentés dans l'encadré ci-dessous :

### **Territoire expérimental**

*Quelle maille territoriale ?* départementale (ou infra départementale le cas échéant)

*Quelle durée ?* 2 ans

*Quel acteur pour accompagner la démarche et en faire le suivi ?* : partenaire externe retenu par l'ARS au titre de l'appui à la transformation (cf. partie 4.1.2)

*Quelles données de diagnostic ?*

- Données sur les besoins (issues du socle de données défini par la DREES dans le cadre des futurs observatoires territoriaux des besoins) et, le cas échéant des données locales comme celles des CCAS ;
- Données sur l'offre médico-sociale PSH
- Données sur l'offre médico-sociale PA/services à domicile ayant une composante PSH
- Données sur les personnes en situation de handicap en secteur médico-social, publics en difficultés spécifique (PDS) ou en hospitalisation maintenue à défaut d'aval
- Données sur l'offre non médico-sociale (habitat inclusif, PIAL, services d'aide à l'accès au logement, aide à l'emploi avec France travail)

*Quelle méthode de diagnostic qualitatif des besoins ?*

Phase 1

Méthode de diagnostic des besoins par les ESSMS pour contribuer au diagnostic territorial :

- Réévaluation de toute la file active des ESSMS avec prise en compte des attentes des personnes concernées
- Analyse des listes d'attente avec réévaluation de la situation si la notification est ancienne.

*Qui fait le diagnostic interne ?*

Chaque ESSMS, à partir des projets d'accompagnements individualisés des personnes accompagnées, en lien avec :

- Assistants au parcours de vie ou autres facilitateurs, pair-aidants, experts d'usage, experts en communication facilitée, experts en autodétermination, GEM impliqué dans l'autodétermination, pour l'expression des demandes des personnes concernées
- PCPE, centres de ressources ou autre ESSMS pour la réévaluation ; et MDPH pour les personnes sur liste d'attente.

*Comment ?* Renforts temporaires dans les ESSMS (chargés de projets), et le cas échéant dans les organismes partenaires, pour organiser les réévaluations partenariales.

Phase 2

Lorsque la réévaluation conduit à un changement de modalités d'accompagnement ou un besoin de prestation spécifique :

- Soit l'ESSMS est en mesure d'apporter une nouvelle réponse à la personne concernée (changement de modalité d'accompagnement, accompagnement d'une transition avec un autre ESSMS...);
- Soit l'ESSMS s'estime en incapacité d'apporter une nouvelle réponse, y compris en partenariat, les acteurs du territoire se réunissent alors en configuration GOS/RAPT (MDPH).

Dès lors que la nouvelle orientation ne peut se faire, décrire les raisons en les répartissant par bloc :

- Problématique d'accessibilité au droit commun
- Problématique d'étayage médico-social
- Problématique d'accès au logement (pb accès logement adapté, logement social, pb financier)

Phase 3

Identifier les solutions possibles à moyen et long terme à l'échelle du territoire dans une logique programmatique.

Identifier les freins ne pouvant être levés au niveau du territoire pour alimenter l'organisme en charge du suivi pour une synthèse destinée à alimenter les autorités nationales.

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

[1] Poursuivant l'objectif « Zéro sans solution », l'article L146-8 du code de l'action sociale et des familles décrit très précisément le processus d'évaluation et d'orientation de la MDPH. Il est donc reproduit ci-après :

*« L.146-8 Une équipe pluridisciplinaire évalue les besoins de compensation de la personne handicapée et son incapacité permanente sur la base de son projet de vie et de références définies par voie réglementaire et propose un plan personnalisé de compensation du handicap. Elle entend, soit sur sa propre initiative, soit lorsqu'ils en font la demande, la personne handicapée, ses parents lorsqu'elle est mineure, et la personne chargée de la mesure de protection juridique s'il s'agit d'un majeur faisant l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne. Dès lors qu'il est capable de discernement, l'enfant handicapé lui-même est entendu par l'équipe pluridisciplinaire. L'équipe pluridisciplinaire se rend sur le lieu de vie de la personne soit sur sa propre initiative, soit à la demande de la personne handicapée. Lors de l'évaluation, la personne handicapée, ses parents s'il s'agit d'un mineur ou, s'il s'agit d'un majeur faisant l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne, la personne chargée de cette mesure peuvent être assistés par une personne de leur choix. La composition de l'équipe pluridisciplinaire peut varier en fonction de la nature du ou des handicaps de la personne handicapée dont elle évalue les besoins de compensation ou l'incapacité permanente.*

*L'équipe pluridisciplinaire sollicite, en tant que de besoin et lorsque les personnes concernées, leurs représentants légaux s'il s'agit de mineurs ou, s'il s'agit de majeurs faisant l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne, les personnes chargées de ces mesures en font la demande, le concours des établissements ou services visés au 11° du I de [l'article L. 312-1](#) ou des centres désignés en qualité de centres de référence pour une maladie rare ou un groupe de maladies rares.*

*L'équipe pluridisciplinaire propose le plan personnalisé de compensation du handicap, comprenant le cas échéant un plan d'accompagnement global, à la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées, afin de lui permettre de prendre les décisions mentionnées à l'article [L. 241-6](#).*

*En vue d'élaborer ou de modifier un plan d'accompagnement global, l'équipe pluridisciplinaire, sur convocation du directeur de la maison départementale des personnes handicapées, peut réunir en groupe opérationnel de synthèse les professionnels et les institutions ou services susceptibles d'intervenir dans la mise en œuvre du plan.*

*La personne concernée, ou son représentant légal s'il s'agit d'un mineur, ainsi que la personne chargée de la mesure de protection juridique s'il s'agit d'un majeur faisant l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne, font partie du groupe opérationnel de synthèse et a la possibilité d'en demander la réunion. Ils peuvent être assistés par une personne de leur choix.*

*Si la mise en œuvre du plan d'accompagnement global le requiert, et notamment lorsque l'équipe pluridisciplinaire ne peut pas proposer une solution en mesure de répondre aux besoins de la personne, la maison départementale des personnes handicapées demande à l'agence régionale de santé, aux collectivités territoriales, aux autres autorités compétentes de l'Etat ou aux organismes*



de protection sociale membres de la commission exécutive mentionnée à l'article [L. 146-4](#) d'y apporter leur concours sous toute forme relevant de leur compétence. »

## 1 L'évaluation réalisée par la MDPH

[2] Après la phase d'instruction de la demande (vérification des pièces, enregistrement dans le SI), l'évaluation des besoins des personnes en situation de handicap est réalisée en équipe pluridisciplinaire. Dans les faits, cette évaluation repose sur :

- La compréhension de la situation de l'utilisateur à partir des éléments de son dossier et parfois d'un échange direct avec l'utilisateur ou les partenaires de la MDPH (service public de l'emploi ou établissements et services médico-sociaux ESSMS, par exemple), rarement par une visite sur le lieu de vie ;
- L'identification de ses besoins, y compris depuis 2019 les besoins génériques qui ne sont pas associés à une demande (ex : identification d'un besoin de compensation sans que la PCH ait été demandée dans le formulaire) ;
- Le codage dans le SI des déficiences et des pathologies ;
- La détermination, à partir de différents référentiels d'éligibilité, des droits susceptibles de répondre aux besoins ;
- L'élaboration d'une réponse inscrite pour décision à l'ordre du jour d'une CDAPH. Cette réponse est formalisée dans un plan de compensation (PC), qui comporte parfois un plan d'accompagnement global (PAG), qui est, selon les cas transmis ou non en amont à la personne concernée.

### 1.1 Plusieurs référentiels coexistent pour le processus d'évaluation des MDPH

[3] L'évaluation des demandes en MDPH est outillée par plusieurs référentiels dont le nombre et la complexité reflètent la multiplicité des types de handicap et le caractère multidimensionnel de l'évaluation demandée aux équipes pluridisciplinaires des MDPH. Le principe d'évaluation globale emporte en effet la nécessité pour l'équipe de se prononcer le cas échéant sur des besoins d'adaptation du logement, d'étayage médico-social, d'insertion professionnelle, d'aménagement du logement ...

[4] La récente mission IGAS sur les MDPH<sup>7</sup> s'est intéressée en immersion à l'évaluation réalisée par les MDPH, dont les principaux outils peuvent être présentés comme suit :

---

<sup>7</sup> Accueillir, évaluer, décider : Comment les maisons départementales des personnes handicapées traitent les demandes des usagers ?, JUIN 2024, 2023-098R.

### Evaluation globale

Le GEVA constitue l'outil global dont l'objet est de permettre aux équipes pluridisciplinaires de « recueillir les éléments d'évaluation pour définir et décrire les besoins de compensation des personnes handicapées de façon appropriée, équitable, avec un langage commun et en interdisciplinarité »

Concrètement le GEVA a pour objet de permettre d'établir une « photographie » de la situation de la personne : ce qu'elle fait, mais aussi ce que son environnement lui permet ou au contraire l'empêche de réaliser. Il permet d'explorer, avec la personne en situation de handicap, les dimensions nécessaires à l'évaluation des besoins, dont les domaines suivants : professionnel, scolaire, social, médical, environnemental... Le caractère très complet et riche du GEVA le rend difficilement exploitable pour l'usage quotidien des évaluateurs. A des fins de simplification, une « version graphique » a été produite sous l'égide de la CNSA pour rendre le GEVA « plus maniable »<sup>8</sup>.

Cependant, c'est pour l'évaluation du droit à la PCH que le GEVA paraît le plus utilisé sur le terrain.

Le GEVA-sco constitue depuis 2015 l'outil sur lequel les équipes<sup>9</sup> s'appuient pour évaluer les besoins de l'élève selon une approche globale. Le GEVA-sco est renseigné par l'équipe éducative pour une première demande et par l'équipe de suivi de la scolarisation pour un réexamen associant la famille.

Les observations de la mission MDPH tendent à confirmer que le GEVA-sco est devenu un élément fondamental du travail d'évaluation. Comme l'a indiqué le rapport IGAS IGESR sur l'acte 2 de l'école inclusive<sup>10</sup>, l'éducation nationale apparaît comme « prescriptrice cachée » des droits attribués par la MDPH, à travers la rédaction des GEVA-sco. Le rapport met en lumière la diversité de la qualité des GEVA-sco selon le degré d'appropriation des équipes éducatives et recommande une révision du GEVA-sco pour y inclure davantage les mesures d'accessibilité de droit commun.

---

<sup>8</sup> CNSA, présentation de la version graphique du GEVA.

<sup>9</sup> Article D. 351-10 et arrêté du 6 février 2015 relatif au document de recueil d'informations mentionné à l'article D. 351-10 du code de l'éducation, intitulé Guide d'évaluation des besoins de compensation en matière de scolarisation (GEVA-Sco).

<sup>10</sup> Août 2023, IGAS n° 2022-114R.

### Evaluation spécifique

Pour évaluer certains volets de la demande, sur une prestation ou sur un type de handicap, les équipes d'évaluation utilisent plusieurs outils, des référentiels réglementaires mais aussi des guides pratiques ou outils d'aide à la décision.

Evaluation du taux d'incapacité : le guide-barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées qui figure à l'annexe 2-4 du code de l'action sociale et des familles. La non-actualisation du guide barème constitue une source récurrente de critiques de la part aussi bien des associations, de certaines MDPH que de la cour des comptes<sup>11</sup>.

Attribution de la PCH : l'annexe 2-5 du CASF, modifiée à chaque évolution des conditions d'accès à la prestation.

Attribution de l'AAH : la restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi (RSDAE) définie à l'article D 821-1-2 du code de la sécurité sociale. La définition réglementaire complexe de la RSDAE a été précisée par la circulaire de 2011 et en particulier l'annexe comportant un arbre de décision pour guider l'évaluation de la RSDAE, annexe qui est apparue à la mission MDPH comme encore aujourd'hui très utilisé dans les équipes.

Les référentiels réglementaires sont déclinés dans des guides construits par la CNSA pour la PCH, ou la DGCS s'agissant de l'AAH et du de la RSDAE.

Des guides d'orientation, sans caractère réglementaire, datant de plusieurs années viennent également appuyer le travail des équipes, par exemple pour l'orientation professionnelle avec le « référentiel de l'orientation professionnelle » de 2019. Pour autant, les équipes ne disposent pas de guide ni de référentiel pour la reconnaissance de la RQTH.

Dans le champ de la scolarisation, les MDPH disposent également d'un « vademecum de la rentrée scolaire » datant de 2018 et construit par la CNSA en lien avec le ministère de l'Education nationale. En outre, des MDPH s'appuient sur une fiche technique de la CNSA sur les critères d'attribution d'une AESH.

Plusieurs guides ont par ailleurs été construits par la CNSA pour outiller les équipes pluridisciplinaires face à des situations particulières : guide sur les « troubles dys » (2014), guide sur les troubles du spectre autistique (2016).

Les RPBB de la HAS sont aussi utilisés dans l'évaluation.

[5] Au-delà des outils harmonisés sur le territoire, certaines MDPH ont construit des outils locaux soit pour compléter les outils nationaux, soit pour les rendre plus appropriables par les équipes quand trop complexes. Concernant l'orientation en ESSMS, par exemple, un guide de priorisation pour l'admission en ESSMS peut être diffusé aux acteurs (Finistère) ou des fiches d'aide à l'évaluation peuvent être construites permettant notamment aux équipes pluridisciplinaires d'identifier les ESSMS sur le territoire.

<sup>11</sup> Cour des comptes, « L'allocation aux adultes handicapés », 2019.

## 1.2 Les besoins qui ont émergé

[6] La mission MDPH indiquait : « Deux types de besoin sont donc identifiés sur le terrain concernant les référentiels nationaux : un besoin d'actualisation pour certains d'entre eux, notamment pour tenir compte des évolutions réglementaires, ainsi qu'un besoin de disposer d'outils d'aide à la décision déclinant les référentiels de manière plus opérationnelle. La construction par la CNSA d'arbres de décision ou de logigrammes pour guider l'action des équipes pluridisciplinaires aurait donc une valeur ajoutée importante, voire la généralisation d'outils de type « chatbot » pour permettre aux professionnels de mobiliser rapidement des informations précises au sein d'une grande masse de guides et de référentiels. En s'inspirant des bonnes pratiques locales, la systématisation de ce type d'outil permettrait de compléter l'outillage national et d'éviter à chaque MDPH de répliquer des outils locaux. »

[7] Lors des travaux préparatoires de la CNH 2023, l'Association des MDPH indiquait dans sa contribution :

*« La transition vers la société inclusive, dans le droit fil des recommandations internationales (ONU en tête) et des engagements européens et nationaux, s'accompagne d'une évolution en profondeur du positionnement des structures spécialisées sur le handicap. Celles-ci sont appelées à s'ouvrir sur leur environnement et des dynamiques de parcours, tout en conservant la capacité à accueillir des situations de handicap ne s'accommodant pas du milieu ordinaire. Ce déplacement progressif des frontières nécessite d'aligner les partenaires concernés dans leurs représentations et référentiels d'orientation. La qualité de cet alignement est sans doute le facteur n°1 pour éviter que les usagers soient renvoyés d'une structure à une autre, en considérant qu'elle serait mieux adaptée.*

*2.1. Pour les jeunes : Mettre à jour de façon partenariale la matrice d'orientation entre les différentes composantes suivantes : IME/ unités d'enseignement externalisées/ Ulis/ AESH/ MPA/ accessibilité de l'école/ école ordinaire... Ce travail de mise à jour doit s'accompagner de plans de rattrapage de l'offre en IME et/ ou en Sessad dans les départements qui en sont carencés.*

*2.2. Pour les adultes : Mettre à jour de façon partenariale la matrice d'orientation entre les différentes composantes suivantes : Esat/ Emploi accompagné/ Entreprises adaptées/ CDD Tremplin et EATT/ contrats aidés/ RLH/ aménagement des situations de travail/ emploi ordinaire... Ce travail de mise à jour doit s'accompagner de plans de rattrapage de l'offre en Esat et/ ou en EA dans les départements qui en sont carencés. »*

[8] Des outils relatifs à l'orientation médico-sociale sont donc aujourd'hui une nécessité.

[9] La CNSA s'est donnée pour objectif de créer un référentiel d'appui aux pratiques d'orientation médico-sociale afin de favoriser une réponse sous forme de bouquet de prestations dans une logique de parcours.

## 2 Vers des orientations plus globales centrées sur les besoins ?

### 2.1 Après l'évaluation, la décision de la Commission des droits et de l'autonomie

[10] Sur la base de l'évaluation de l'équipe pluridisciplinaire, la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées est compétente pour se prononcer sur l'attribution des

prestations sociales, sur la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé et sur l'orientation de la personne et les mesures propres à assurer son insertion scolaire ou professionnelle et sociale.

[11] L'article L.241-6 du CASF indique, en matière d'orientation médico-sociale :

*« I.-La commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées est compétente pour :*

*1° Se prononcer sur l'orientation de la personne handicapée et les mesures propres à assurer son insertion scolaire ou professionnelle et sociale ;*

*2° Désigner les établissements, les services mentionnés à l'article L. 312-1 ou les dispositifs au sens de l'article L. 312-7-1 correspondant aux besoins de l'enfant ou de l'adolescent ou concourant à la rééducation, à l'éducation, au reclassement et à l'accueil de l'adulte handicapé et en mesure de l'accueillir ;*

*2° bis Lorsqu'elle a défini un plan d'accompagnement global, désigner nominativement les établissements, services de toute nature ou dispositifs qui se sont engagés à accompagner sans délai la personne ;*

*(...)*

*5° Statuer sur l'accompagnement des personnes handicapées âgées de plus de soixante ans hébergées dans les structures pour personnes handicapées adultes.*

*(...)*

*III.-Lorsqu'elle se prononce sur l'orientation de la personne handicapée et lorsqu'elle désigne les établissements ou services susceptibles de l'accueillir, la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées est tenue de proposer à la personne handicapée ou, le cas échéant, à ses parents, s'il s'agit d'un mineur ou, s'il s'agit d'un majeur faisant l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne qui n'est pas apte à exprimer sa volonté, à la personne chargée de cette mesure, un choix entre plusieurs solutions adaptées.*

*(...)*

*Lorsque les parents ou le représentant légal de l'enfant ou de l'adolescent handicapé ou l'adulte handicapé ou, s'il s'agit d'un majeur faisant l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne qui n'est pas apte à exprimer sa volonté, la personne chargée de cette mesure, en tenant compte de l'avis de la personne protégée, font connaître leur préférence pour un établissement ou un service entrant dans la catégorie de ceux vers lesquels la commission a décidé de l'orienter et en mesure de l'accueillir, la commission est tenue de faire figurer cet établissement ou ce service au nombre de ceux qu'elle désigne, quelle que soit sa localisation.*

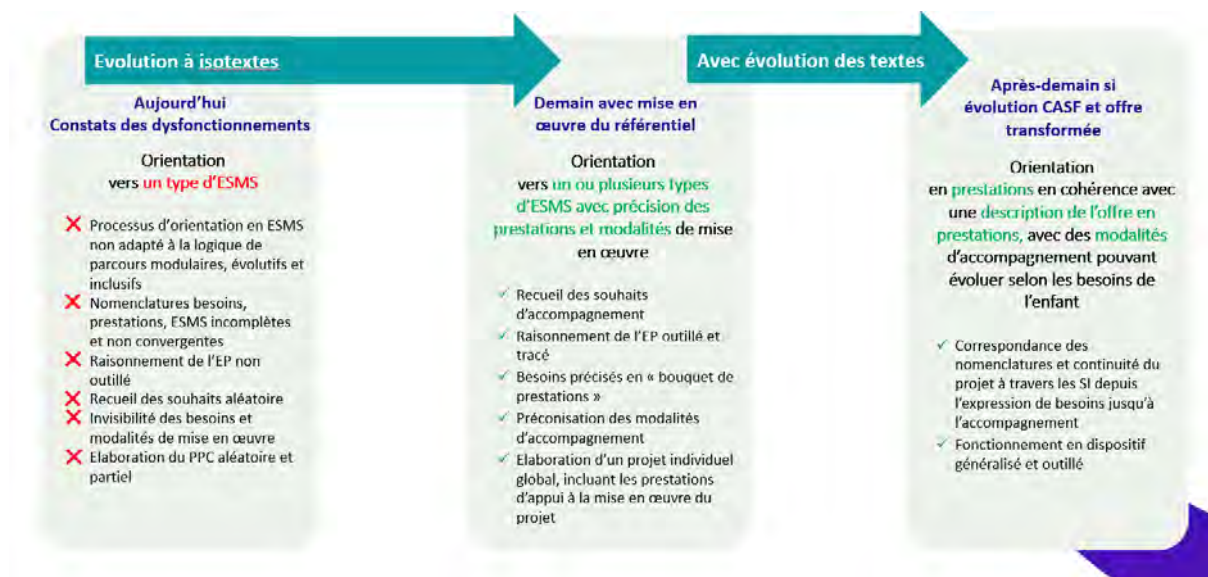
*A titre exceptionnel, la commission peut désigner un seul établissement ou service. »*

[12] La plupart des interlocuteurs de la mission ont mentionné la faible lisibilité des notifications de la CDAPH et les pratiques diverses des MDPH en la matière, certaines acceptant de notifier en dispositif malgré l'absence de décret – publié depuis – (comme pour les dispositifs IME/SESSAD), d'autres l'acceptant ; certaines CDAPH multiplient les orientations (plan A, B ou C) rendant confuse l'identification du réel besoin de la personne (exemples : SAMSAH/FH/EAM ou IME internat/IME AJ/SESSAD ou EAM-MAS), ce qui induit que le travail d'évaluation des besoins

recommence à l'entrée en ESSMS pour que l'ESSMS évalue finement le besoin de la personne et sa capacité à y répondre (disponibilité de l'offre, technicité de l'accompagnement)...

[13] Avec la logique du référentiel d'appui à l'orientation, c'est également la décision de la CDPAH qui doit donc évoluer vers une notification des besoins de prestations (au sens de la nomenclature détaillée des besoins et prestations) avec l'identification de la « structure PSH » pouvant assurer ces prestations.

Graphique 3 : Travaux de la CNSA sur les orientations MDPH



Source : CNSA

[14] La nomenclature des décisions de la CDAPH, fixée par la CNSA doit donc évoluer en même temps que la description de l'offre dans les SI, en particulier dans le ROR, Viatrajectoire « aspirant » les données du ROR.

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

la discipline (nature du projet éducatif, pédagogique et thérapeutique pour les jeunes<sup>12</sup>, prégnance des soins pour les adultes<sup>13</sup>) ;

la nature du ou des handicaps<sup>14</sup> ;

mode d'accueil ou d'accompagnement (avec possibilité d'adaptation).

<sup>12</sup> Article D312-0-3 II du CASF – commun aux différentes catégories d'établissements pour enfants et aux SESSAD.

<sup>13</sup> Ce qui correspond, au sein d'un établissement ayant des activités différenciées, à des activités de type MAS dans ou hors les murs / EAM ou SAMSAH /EANM ou SAVS ; ; les ESAT, ESPO et ESRP ne sont pas concernés.

<sup>14</sup> Article D312-0-3 I du CASF.

## 2.2 Pour des orientations en prestations, les MDPH auront besoin de contributions externes supplémentaires

[16] La compilation des rapports d'activité 2022 réalisée par la CNSA établit<sup>15</sup> à l'échelle nationale que neuf évaluations sur dix sont faites sur dossier.

[17] Les ESSMS fonctionnant en dispositifs intégrés ou les ESSMS proposant une offre de services coordonnés pourraient contribuer, sous réserve de compétence spécifiques, aux évaluations fonctionnelles par exemple, surtout par une démarche hors le murs sur les lieux de vie de la personne concernée. Cela permettrait d'évaluer les besoins des personnes ayant une notification MDPH mais aussi d'évaluer des personnes qui n'en n'ont pas encore dans le cadre d'un accueil temporaire élargi par exemple. L'évaluation alors réalisée serait être jointe à la demande MDPH ou communiquée à l'équipe pluridisciplinaire (EPP) de la MDPH lorsque la demande est déjà en cours.

[18] Lorsqu'un ESSMS aura réalisé en amont une évaluation des besoins d'accompagnement médico-social, l'EPP pourra ainsi la prendre en compte. A défaut d'évaluation médico-sociale préalable, l'EPP devrait systématiquement réaliser une évaluation des besoins d'accompagnement médico-sociale au domicile de la personne en sa présence et avec ses représentants légaux ou la personne chargée de la mesure de protection juridique, à l'instar des visites réalisées pour l'attribution de l'APA et des visites réalisées, non systématiquement, pour l'attribution de la PCH.

[19] Ces réflexions n'ont pu aboutir dans le cadre du temps dévolu à la mission et mériteraient d'être poursuivies sous forme de groupe de travail piloté par la DGCS.

## 2.3 En contexte d'autorisations territoriales, des orientations qui changeraient de nature.

[20] La CDAPH, en application de l'article L. 241-6 du CASF, est compétente pour désigner les établissements correspondants aux besoins de la personne demandeuse. Selon ce même article, la décision de la CDAPH s'impose à tout établissement dans la limite de la spécialité au titre de laquelle il a été autorisé.

[21] L'article L246-6 du CASF précise en effet :

« III (...)

*La décision de la commission prise au titre du 2° du I s'impose à tout établissement ou service dans la limite de la spécialité au titre de laquelle il a été autorisé. Dans le cas des décisions mentionnées au 2° bis du I, l'autorité ayant délivré l'autorisation peut autoriser son titulaire à y déroger.*

*Toute décision de refus d'admission par l'autorité habilitée à la prononcer est adressée à la maison départementale des personnes handicapées, à la personne handicapée s'il s'agit d'un mineur, à la personne chargée de la mesure de protection juridique s'il s'agit d'un majeur faisant l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne, ainsi qu'à l'autorité qui a délivré l'autorisation. Elle comporte les motifs de refus au regard du deuxième alinéa du présent III. »*

---

<sup>15</sup> Pour 52 MDPH pour lesquelles ces données sont cohérentes.



[22] Avec des autorisations territoriales, la désignation d'établissement n'aura plus de portée puisqu'un gestionnaire (y compris par GCSMS) aura la responsabilité d'un territoire.

[23] Et si dans le domaine de l'enfant, l'orientation sera encore utile du fait de l'enjeu de scolarisation, chez les adultes cette décision n'aura plus de caractère nécessaire.

En corollaire, la portée de la décision changera également de nature vis-à-vis du « pouvoir d'admission » du directeur. Les personnes en besoin d'accompagnement « relèveront » d'office de l'accompagnement par une « Structure PSH » déterminée, charge à celle-ci de trouver les modalités d'accompagnements adaptées, le cas échéant en partenariat avec d'autres acteurs du territoire.

### **Le pouvoir d'admission du directeur d'ESSMS**

Le directeur de l'établissement est le seul compétent pour prononcer l'admission de l'enfant ou de l'adolescent conformément à la décision de la CDAPH. Il est tenu d'informer dans un délai de quinze jours la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) de la suite réservée à la désignation opérée par cette commission, en application de l'article D. 312-35 du CASF.

Dans plusieurs territoires, ont été initiées des démarches d'harmonisation et de priorisation des politiques d'admission, mais elles reposent sur une dynamique volontariste et ne sont pas généralisée sur un territoire donné.

Quelques tempéraments existent dans le cadre de la « Réponse accompagnée pour tous » (RAPT). En effet, en amont de la désignation d'un ou plusieurs établissements par la CDAPH, l'équipe pluridisciplinaire de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) propose un plan personnalisé de compensation du handicap (PPCH) qui permet notamment de répondre aux besoins de scolarisation de l'enfant à travers l'élaboration d'un projet personnalisé de scolarisation (PPS).

Ce PPCH peut comprendre un plan d'accompagnement global (PAG), conformément à l'article L. 146-8 du CASF lorsque la personne handicapée est sans solution d'accompagnement ou lorsque sa prise en charge est inadaptée à ses besoins. A cet égard, l'article D. 146-29-1 du CASF dispose que : « *Pour l'application de l'article L. 114-1-1, l'agence régionale de santé, les services de l'Etat ou les établissements publics qui en relèvent, le conseil départemental ou les établissements publics qui en relèvent, les établissements publics de coopération intercommunale constitués sur le territoire départemental, le conseil régional et la métropole de Lyon, chacun pour leur ressort territorial et dans leur champ de compétences, communiquent à l'équipe pluridisciplinaire mentionnée à l'article L. 146-8 les informations nécessaires à l'élaboration des plans d'accompagnement globaux et à leur modification* ». Parmi ces informations mentionnées à l'article D. 146-29-2 du même code, figurent « *1° Les ressources et les dispositifs sociaux et médico-sociaux permettant d'accompagner les personnes handicapées, notamment l'offre des établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnée au I de l'article L. 312-1 (...)* ».



Selon l'article L. 146-8 du CASF, l'équipe pluridisciplinaire, sur convocation du directeur de la MDPH en vue d'élaborer ou modifier un PAG, peut réunir en groupe opérationnel de synthèse (GOS) les professionnels et les institutions ou services susceptibles d'intervenir dans la mise en œuvre du plan. Si la mise en œuvre du PAG le requiert, et notamment lorsque l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH ne peut pas proposer une solution en mesure de répondre aux besoins de la personne, le dernier alinéa de l'article L. 146-8 du CASF prévoit que la MDPH demande « à l'agence régionale de santé, aux collectivités territoriales, aux autres autorités compétentes de l'Etat ou aux organismes de protection sociale membres de la commission exécutive mentionnée à l'article L. 146-4 d'y apporter leur concours sous toute forme relevant de leur compétence ».

Ces textes mettent ainsi en avant le concours des autorités de tarification qui n'ont cependant pas la compétence d'injonction d'admission en ESSMS.

# ANNEXE 7 : Le transport pour les personnes en situation de handicap accompagnées par un établissement ou service social et médico-social

## 1 Les transports des personnes en situation de handicap : la multiplicité des organismes responsables

### 1.1 La compétence générale des autorités organisatrices de la mobilité (AOM)

[1] L'article L. 1231-1-1 du code des transports définit les compétences des autorités organisatrices de la mobilité (AOM) comme suit : « I. - Sur son ressort territorial, chacune des autorités organisatrices de la mobilité mentionnées au I de l'article L. 1231-1, ainsi que la région lorsqu'elle intervient dans ce ressort en application du II du même article L. 1231-1, est compétente pour : 1° Organiser des services réguliers de transport public de personnes ; 2° Organiser des services à la demande de transport public de personnes ; (...) »

[2] L'article L. 1221-1 du code des transports dispose : « L'institution et l'organisation des services publics de transport réguliers et à la demande sont confiées, dans les limites de leurs compétences, à l'Etat, aux collectivités territoriales et à leurs groupements en tant qu'autorités organisatrices (...) »

[3] Les services publics réguliers de transport routier de personnes sont « des services collectifs offerts à la place, dont le ou les itinéraires, les points d'arrêt, les fréquences, les horaires et les tarifs sont fixés et publiés à l'avance. » (R3111-1 code des transports)

[4] Les services publics à la demande de transport routier de personnes sont « des services collectifs offerts à la place, déterminés en partie en fonction de la demande des usagers, dont les règles générales de tarification sont établies à l'avance et qui sont exécutés avec des véhicules dont la capacité minimale est de quatre places, y compris celle du conducteur. » (R.3111-2 du code des transports)

[5] Ces services publics de transport régulier et à la demande peuvent par ailleurs prendre la forme de services de mobilité à destination des personnes à mobilité réduite, de services de substitution et de services de mobilité solidaire à destination d'un public vulnérable.

[6] L'article R. 3111-3 précise : « Les services publics réguliers et les services publics à la demande de transport routier de personnes peuvent être organisés en faveur de catégories particulières d'usagers ».

[7] Le ressort territorial de l'AOM correspond au périmètre de l'intercommunalité qui exerce la compétence mobilité. Certaines communautés exercent cette compétence de manière obligatoire – métropoles, communautés urbaines et communautés d'agglomération – les

communautés de communes peuvent, selon le souhait de leurs membres, choisir de ne pas se doter de cette compétence ou l'exercer en tout ou partie.

[8] Les régions sont, depuis 2017, les autorités organisatrices de l'ensemble des transports interurbains – classiques et scolaires – en lieu et place des départements.

## 1.2 Des dispositions spécifiques à la prise en charge du transport scolaire des élèves en situation de handicap

[9] La loi portant Nouvelle organisation territoriale de la République a confié à compter du 1er septembre 2017 la compétence des transports scolaires aux régions, le transport scolaire adapté restant de la compétence des départements (sauf exception en région Ile-de-France R3111-31 et suivants).

[10] L'article R. 3111-24 du code des transports indique :

[11] « Les frais de déplacement exposés par les élèves handicapés qui fréquentent un établissement d'enseignement général, agricole ou professionnel, public ou privé placé sous contrat, en application des articles L.442-5 et L.442-12 du code de l'éducation, ou reconnu aux termes du livre VIII du code rural et de la pêche maritime, et qui ne peuvent utiliser les moyens de transport en commun en raison de la gravité de leur handicap, médicalement établie, sont pris en charge par le département du domicile des intéressés. »

[12] L'article R3111-25 précise que « Les frais de transport mentionnés à l'article R. 3111-24 sont remboursés directement aux familles ou aux intéressés s'ils sont majeurs ou, le cas échéant, à l'organisme qui en a fait l'avance. » et l'article article R3111-26 que « Pour les déplacements dans des véhicules appartenant aux élèves ou à leur famille, le remboursement des frais mentionnés à l'article R. 3111-24 s'opère sur la base d'un tarif fixé par le conseil départemental. Pour les déplacements dans des véhicules exploités par des tiers rémunérés à ce titre, le remboursement des frais s'opère sur la base des dépenses réelles dûment justifiées.

[13] Chaque département adopte un règlement départemental dans lequel il définit les publics bénéficiaires, les modalités d'organisation du transport adapté, et les règles de prise en charge financières.

[14] La majorité des règlements spécifient que l'enfant doit être bénéficiaire de l'AEEH et que la famille doit solliciter un avis de la CDAPH en faveur du transport adapté (mais cela n'est pas imposé par les textes).

[15] Pour favoriser la mobilité inclusive des élèves et étudiants en situation de handicap, de nombreux départements prennent en charge partiellement ou totalement les abonnements de transports en commun des élèves en situation de handicap, ainsi que celui de leurs accompagnants éventuels.

[16] A noter qu'en Ile-de-France, la compétence sur les transports scolaires adaptés est exercée au niveau régional par IDF Mobilités (sauf en Seine-et-Marne où le département la gère directement via une délégation d'IDF Mobilités) et que certains départements ont fait le choix de déléguer leur compétence à la région.

### 1.3 Des dispositions spécifiques sur la prise en charge des transports des personnes en situation de handicap accompagnés par des ESSMS ESSMS

[17] En fonction du statut de l'établissement social ou médico-social, ces derniers ont des obligations de prise en charge des transports des personnes qu'ils accompagnent.

#### **ESSMS enfants**

[18] L'article L242-12 du CASF indique : « *Les frais de transport des enfants et adolescents handicapés accueillis dans les établissements d'éducation mentionnés à l'article L. 160-8 du code de la sécurité sociale sont inclus dans les dépenses d'exploitation desdits établissements. Un décret détermine les conditions d'application du présent article et notamment les catégories d'établissements médicoéducatifs intéressés.* »

[19] L'article D242-14 (article non actualisé après la loi e 1986 étendant la prise en charge de transports aux transports individuels) précise : « *Le coût du transport collectif des enfants ou adolescents handicapés pour se rendre dans les établissements d'éducation mentionnés à l'article L. 321-1 du code de la sécurité sociale fonctionnant en externat ou semi-internat et en revenir est inclus dans les dépenses d'exploitation, quelles que soient les modalités de leur distribution, lorsque ces établissements entrent dans l'une des catégories suivantes : [utilisation de l'ancienne nomenclature - équivalent IEM, IME, ITEP, IDV-IDA, EEAP].* »

[20] Ainsi, en vertu de ces dispositions, le coût du transport des élèves en situation de handicap fréquentant les établissements IME, IEM, ITEP, IDV-IDA, EEAP doit être inclus dans les frais d'exploitation de ces établissements. C'est donc à ces établissements de prévoir la prise en charge du transport des élèves et jeunes adultes qui les fréquentent.

[21] Pour les SESSAD, aucune mention de prise en charge des transports par le SESSAD n'existe, sauf pour des prises en charge collectives venant en complément des prises en charge individualisées (R. 314-121 CASF) et dans un cas très spécifique, celui du trajet vers les UEE et UEEP prévu par circulaire. Non pensés initialement pour des accompagnements sur site du SESSAD, la question du trajet domicile/SESSAD n'a donc jamais été traitée laissant ces trajets à la charge des familles, la seule aide possible relevant alors du complément d'AAEH ou de PCH (souvent insuffisant pour couvrir tous les trajets) avec parfois des refus de département d'intégrer ces dépenses dans le plan de compensation de la PCH, considérant que le transport relève du SESSAD. L'assurance maladie a accepté par dérogation de prendre en charge les transports vers le SESSAD lorsque les soins sont dispensés par des professionnels de santé au sein des locaux du SESSAD.

[22] La question qui se pose déjà depuis quelques années et ne fait que s'amplifier avec le mouvement de transformation est celle du transport vers l'école lorsque les apprentissages ne font plus ou plus exclusivement « dans les murs » de l'établissement. Les textes législatifs et réglementaires précités n'ont pas été pensés pour de l'accompagnement médico-social en milieu ordinaire. Le cas d'accompagnement hors-les murs d'un établissement en classe ordinaire (dont ULIS-SEGPA) n'a pas été précisé.

[23] Avec le développement des unités externalisés ou dispositifs au sein de l'école, des instructions/circulaires ont traité de la prise en charge des frais de transports :

- UEE - Instruction n° DGCS/3B/2016/207 du 23 juin 2016 : les frais de transports sont pris en charge par l'ESSMS, et sont compris dans la dotation globale de l'ESSMS conformément à la réglementation applicable (pour les SESSAD également).
- UEEP – Circulaire interministérielle n° DGCS/3B/DGESCO/2020/113 du 02 juillet 2020 : les transports sont compris dans la dotation globale de l'ESSMS porteur.
- UEMA – Instruction interministérielle N° DGCS/SD3B/DGESCO/CNSA/2016/192 du 10 juin 2016 : une enveloppe financière est attribuée aux ESSMS porteurs pour couvrir les ressources humaines, les transports, la restauration... Les frais de transports sont donc compris dans le budget attribué à l'ESSMS.
- UEEA Instruction interministérielle N° DGCS/SD3B/DIA/DGESCO/2019/158 du 30 août 2019 : le transport vers le l'UEEA est effectué par les parents qui le souhaitent ou être pris en charge par le conseil départemental conformément à l'article R.213-3 du Code de l'éducation qui renvoie au code des transports dont l'article R.3111-24 du code des transports sur la compétence du département pour le transport scolaire adapté
- DAR- Instruction interministérielle N° DIA/DGCS/SD3B/DGESCO/2021/195 du 3 septembre 2021 : le transport vers le DAR est effectué par les parents qui le souhaitent ou être pris en charge par le conseil départemental conformément à l'article R.213-3 du Code de l'éducation qui renvoie au code des transports dont l'article R.3111-24 du code des transports sur la compétence du département pour le transport scolaire adapté

Tableau 12 : Les trajets dans le champ Enfants

Trajets	Personne responsable
Du domicile ordinaire vers l'Etablissement enfant et inversement	ESSMS
Etablissement/Ecole	Classe ordinaire : Etablissement *
	UEE et UEEP: Etablissement *
	UEMA : Etablissement *
	UEEA : non précisé**
	DAR : non précisé**
Domicile ordinaire/SESSAD	Pour des prestations collectives : SESSAD (R314-121 CASF)
	Pour des prestations individuelles : non prévu ***
Domicile ordinaire/Ecole si accompagnement SESSAD	Classe ordinaire : Département
	UEE et UEEP : SESSAD
	DAR : Département
Domicile ordinaire/Ecole si accompagnement par du hors les murs d'établissement (IME, ITEP, IDV-IDA-EEAP, IEM)	Classe ordinaire : Etablissement
	UEE et UEEP : Etablissement
	UEMA : Etablissement
	UEEA : Département
	DAR : Département
IME/Autre établissement dans l'école : ESSMS	
Transports liés aux prestations externalisées ou aux activités de l'ESSMS	ESSMS ****

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

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

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

*\*\*\*\* pour des prestations individuelles de soins externalisés, le transport vers des soins complémentaires remboursables en sus du budget des ESSMS au titre des articles R314-122 du CASF (hors mission de l'ESSMS ou lorsque ces soins ne peuvent, en raison de leur intensité ou de leur technicité, être assurés par l'ESSMS de façon suffisamment complète ou suffisamment régulière) peuvent être pris en charge par l'assurance maladie selon les critères du droit commun du transport adaptés prévues à l'article R. 322-10 du code de la sécurité sociale.*

### **ESSMS adultes avec médicalisation**

[24] Les textes concernent les FAM et MAS.

[25] L'article L344-1-2 du CASF indique : « *Les frais de transport entre le domicile et l'établissement des personnes adultes handicapées fréquentant en accueil de jour les établissements mentionnés à l'article L. 344-1 ou les foyers d'accueil médicalisés mentionnés au 7° du I de l'article L. 312-1 sont inclus dans les dépenses d'exploitation de ces établissements et foyers et sont financés par l'assurance maladie* ».

[26] L'article R.314-17 du CASF indique : « I.- Les propositions budgétaires de l'établissement ou du service comportent, en annexe, les documents suivants : Pour les établissements mentionnés à l'article L. 344-1 et les foyers d'accueil médicalisé mentionnés au 7° du I de l'article L. 312-1 qui assurent l'accueil de jour de personnes adultes handicapées, un plan détaillant les modalités d'organisation du transport de ces personnes entre leur domicile et l'établissement, la justification de ces modalités au regard des besoins des personnes accueillies et les moyens permettant de maîtriser les coûts correspondants. Ce plan ainsi que ses modifications ultérieures sont soumis au préalable, sauf pour le premier budget suivant la création de l'établissement, à l'avis du conseil de la vie sociale mentionné à l'article L. 311-6 ».

[27] Les coûts de transport des personnes qui fréquentent des accueils de jour des FAM et MAS sont donc être inclus dans les dépenses d'exploitation de ces établissements, ce qui suppose une exclusion de la prise en charge de transports des personnes en hébergement pouvant ainsi freiner les sorties en famille ou l'hébergement séquentiel.

[28] Pour les SAMSAH, il n'existe dans les textes aucune mention de prise en charge des transports pour se rendre dans les locaux du SAMSAH, laissant ces trajets à la charge des familles, la seule aide possible relevant alors du complément d'AAEH ou de PCH (souvent insuffisant pour couvrir tous les trajets) avec parfois des refus de départements d'intégrer ces dépenses dans le plan de compensation de la PCH, considérant que le transport relève du SAMSAH.

Tableau 13 : Trajets des ESSMS adultes médicalisés

Trajets	Personne responsable
Domicile/Etablissement adulte	ESSMS
Domicile /SAMSAH	Non prévu*
Transports liés à des activités de l'Etablissement ou des prestations externalisées	ESSMS**

\* L'Assurance maladie accepte, par dérogation, de recourir au transport adapté vers le soin pris en charge par l'assurance maladie (au titre du R322-10 du code de la sécurité sociale) pour aller vers des professionnels de santé au sein des locaux du SAMSAH.

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

#### Etablissements ou services non médicalisés

[29] Aucun texte ne prévoit de prise en charge des transports. Il peut arriver que des EANM assurent le transport, selon leur projet d'établissement. Les frais sont donc à la charge de la personne concernée qui peut mobiliser la PCH pour les « surcoûts transport » (montant plafonné).

[30] S'agissant spécifiquement de l'accès aux soins, les personnes accompagnées bénéficient des mêmes conditions d'accès au transport sanitaire que toute autre personne. Il incombe au médecin de reconnaître si la situation médicale nécessite un transport sanitaire.

Tableau 14 : Trajets des ESSMS non médicalisés

Trajets	Personne responsable
Domicile/ESSMS adulte	Non prévu*
Transports liés à l'activité de l'ESSMS	ESSMS
Transport individuel vers le soin	Assurance maladie si conditions du transport sanitaire réunies

\*PCH 3 mobilisable

#### ESAT

[31] L'article R. 344-10 du code de l'action sociale et des familles et la circulaire n°2011-260 du 24 juin 2011 traitent de la question du transport : « Le budget principal de l'activité sociale comprend notamment en charges : (...) 2° Les frais de transport collectif des travailleurs handicapés lorsque des contraintes tenant à l'environnement ou aux capacités des travailleurs handicapés l'exigent ».

[32] Si les AOM sont donc chargées de transporter les personnes travaillant en ESAT, sur leur réseau de transport, l'ESAT peut être amenés à effectuer lui-même ce transport dans l'hypothèse de contraintes tenant à l'environnement (dont insuffisance de l'offre proposée par l'AOM) ou lorsque les capacités des travailleurs handicapés l'exigent.



Tableau 15 : Trajets des ESAT

Trajets	Personne responsable
Lieu de vie/ESAT	Famille* ou, à défaut d'offre transport accessible ou au vu des capacités des personnes concernées, ESAT (sur budget principal activité sociale)
Transports liés à l'activité de l'ESAT	ESAT (sur budget commercial)



\* PCH mobilisable pour les « surcoûts transport » à la charge de la personne, notamment pour les déplacements entre le domicile et l'établissement médico-social dès lors qu'ils sont effectués par un tiers ou lorsque la distance aller-retour est supérieure à 50 km.

## 2 Le coût des transports : un frein à la transformation


[33] Tous les acteurs s'accordent sur l'augmentation importante du budget transport (ESSMS et ARS, conseil départementaux, CNSA).

[34] Cette hausse s'analyse comme une tendance structurelle liée au développement de l'accompagnement en milieu ordinaire et en particulier au renforcement de dispositifs d'école inclusive, hausse majorée par le contexte d'inflation et d'augmentation des prix de l'essence.

### Exemples fournis à la mission par des ARS et des ESSMS

Contexte introductif



Une plateforme de services coordonnés représente une entité cohérente possédant un statut unique, regroupant, pilotant et coordonnant divers services complémentaires afin d'accompagner dans leurs parcours respectifs des destinataires communs. Le modèle de plateforme de services coordonnés fait évoluer l'activité des ESMS en accordant une place centrale aux besoins personnalisés et évolutifs des personnes en situation de handicap. Il **permet de travailler en partenariat sur son territoire pour proposer toutes prestations d'accompagnement : domicile, vie ordinaire, au sein d'une structure, dans un lieu de scolarisation...** Ceci à titre temporaire ou permanent et selon un mode d'accompagnement qui peut être séquentiel, à temps complet ou partiel.

Ainsi, la plateforme de services coordonnés propose une **coordination agile et individualisée du parcours**. Elle permet aux personnes d'accéder à une palette de prestation modulable selon leurs besoins et choix. Ces modalités d'accompagnement ont un impact sur les déplacements au cours de la journée, des professionnels et des personnes accompagnées.

Dans le cadre du comité d'expérimentateurs rassemblant 20 opérateurs d'IDF souhaitant passer à un mode de fonctionnement en plateforme, différents groupes de travail ont été mis en place afin de cibler les évolutions nécessaires à ce type de fonctionnement. Parmi ces groupes de travail, il est envisagé d'en constituer un concernant l'analyse de l'évolution des coûts de transports. En amont, **les opérateurs volontaires nous ont transmis leurs premiers constats ou prévisions concernant leurs établissements, en voici la synthèse.**



## RAPPORT IGAS N° 2024-017R

- **ESMS n°1** : Malgré une recherche de maîtrise des coûts, des négociations avec des transporteurs et concessionnaires (pour achat ou LOA), constat d'une évolution significative des budgets. NB : DITEP 100% opérationnel et chiffres proches de la réalité, plateforme opérationnelle à 50% aujourd'hui donc chiffres en constante évolution.

		2019	2020	2021	2022	projeté 2023		
carburant	DITEP	6 826,05	9 681,17	25 876,23	29 122,24	31 515,48	↑	+8,22%
entretien des véhicules	DITEP	5 974,52	9 124,24	17 198,92	8 906,39	13 320,05	↑	+49,56%
amort des véhicules	DITEP	19 541,67	17 049,37	22 012,61	25 270,97	24 977,59	↓	-1,16%
location des véhicules	DITEP	.	2 328,24	5 304,84	5 304,84	5 304,84	=	
transports des usagers	DITEP	97 774,78	83 055,20	256 626,00	204 238,02	162 779,51	↓	-20,59%
		130 117,02	121 238,22	327 018,60	272 842,46	237 897,46	↓	-12,87%
		2019	2020	2021	2022	projeté 2023		
carburant	Plateforme	59 615,71	42 451,33	53 040,61	73 568,97	89 326,39	↑	+21,92%
entretien des véhicules	Plateforme	35 550,25	27 818,78	64 425,42	44 411,12	86 522,36	↑	+95,45%
amort des véhicules	Plateforme	137 753,22	99 569,25	102 556,33	105 607,45	108 739,60	↑	+2,86%
location des véhicules	Plateforme	15 888,12	37 549,07	27 079,23	57 519,34	46 455,29	↓	-19,3%
transports des usagers	Plateforme	992 627,23	839 687,88	1 218 138,40	1 161 975,43	951 640,77	↓	-20,59%
		1 241 434,53	1 047 076,31	1 465 239,99	1 443 082,31	1 282 684,42	↓	-18,1%

### Informations complémentaires :

- augmentation du budget 2023 projeté pour la plateforme (1 443 082 de budget total)
- explications supplémentaires : renégociation des contrats avec les transporteurs fait par l'acheteur + ajout d'un poste de coordination des transports et d'un chauffeur en interne (coût 82 283€) + difficulté avec les sociétés de transport qui amène l'établissement à envisager 2 postes en interne (pas suffisamment pour absorber les besoins liés au fonctionnement modulaire besoin de coordination de transport pour la plateforme -> **nécessité de moyens matériels, financiers et humains**).

### • ESMS n°2 : tableau comparatif 2019 VS 2022

- Augmentation ++ de l'externat (+55%)
- Diminution ++ de l'internat (-61%)
- Augmentation du nombre de places (+9%)
- Augmentation du nombre de journées réalisées (+17%)
- **Coût annuel des transports +174%**

### Comparatif avant et après passage en plateforme

Mode d'accueil	2019	2022	Taux d'évolution
Nbre de jours Externat / Accueil de jour	11 861	18 365	+ 55%
Nbre de jours Internat de semaine	7 156	4 425	- 61 %
Nbre de jours Internat Complet	2 771	2 623	- 5,4 %
Nombre de places (hors SESSAD)	160	174	+ 8,75 %
Total journées réalisées	21 788	25 413	+ 16,64 %
Coût annuel des transports	527 074 €	918 813€	+ 174 %

L'année 2019 a été choisie comme référence, l'impact COVID étant trop important sur les années 2020 et 2021.

### Informations complémentaires :

- Concernant cet ESMS ce n'est pas l'éloignement géographique qui explique les coûts de transport (15km maximum de distance)
- 6 sociétés de transport différentes mobilisées
- Pour 114 enfants accompagnés -> 754 trajets hebdomadaires

- Coût moyen d'un externe : 13 000 € par an
- Coût moyen d'un interne de semaine : 3 000 € par an

= Ce qui a fait exploser le coût de transport ici c'est **l'augmentation de l'externat** (qui nécessite beaucoup plus de transport), phénomène qui augmentera lors d'un passage en plateforme avec une augmentation de la modularité et des changements de lieux en cours de journée.

- **ESMS n°3** : n'observe pas de modification des coûts de transport car il n'y a pas de mise en place de transports individuels dans le cadre du parcours. En revanche, impact du passage en plateforme sur le temps de déplacement des professionnels (passage de 0,75 ETP en 2021 à 5,19 ETP en 2023). Cela pourrait être fortement diminué si un budget transport permettait la mise en place de transports individuels par exemple.

Temps de transport en interne (mesure d'activité)	2021	2022	2023
Temps de transport (heure)	1181,75	3912,07	8132,57
Temps de transport (ETP annuel, soit temps/OAT)	0,75	2,49	5,19
Déplacement professionnels (heure)	1280,68	1547,98	1854,42
Déplacement professionnels (ETP annuel, soit temps/OAT)	0,82	0,99	1,18

Déplacement = Personnel allant d'un point A à un point B dans le cadre de son travail sans usager dans le véhicule

Transport = Personnel allant d'un point A à un point B dans le cadre de son travail avec un ou des usagers dans le véhicule

### ESSMS n°4 DITEP 68 places et Plateforme 370 places

		2019	2020	2021	2022	Réel 2023
carburant	DITEP	6 826,05	9 681,17	25 876,23	29 122,24	33 784,27
entretien des véhicules	DITEP	5 974,52	9 124,24	17 198,92	8 906,39	15 293,77
amort des véhicules	DITEP	19 541,67	17 049,37	22 012,61	25 270,97	24 977,59
location des véhicules	DITEP	-	2 328,24	5 304,84	5 304,84	5 304,84
transports des usagers	DITEP	97 774,78	83 055,20	256 626,00	204 238,02	158 969,93
		<b>130 117,02</b>	<b>121 238,22</b>	<b>327 018,60</b>	<b>272 842,46</b>	<b>238 330,40</b>
		2019	2020	2021	2022	projeté 2023
carburant	PPIT	59 615,71	42 451,33	53 040,61	73 568,97	82 134,78
entretien des véhicules	PPIT	35 550,25	27 818,78	64 425,42	44 411,12	96 080,32
amort des véhicules	PPIT	137 753,22	99 569,25	102 556,33	105 607,45	108 739,60
location des véhicules	PPIT	15 888,12	37 549,07	27 079,23	57 519,34	46 455,29
1 ETP chauffeur + 0.5 ETP	PPIT					82 283,18
coordination transports	PPIT					1 020 049,43
transports des usagers	PPIT	992 627,23	839 687,88	1 218 138,40	1 161 975,43	1 020 049,43
		<b>1 241 434,53</b>	<b>1 047 076,31</b>	<b>1 465 239,99</b>	<b>1 443 082,31</b>	<b>1 435 742,60€</b>

De manière plus large, la Cour des Comptes, en 2019, dans son rapport annuel sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale<sup>16</sup> avait tenté d'estimer la dépense de transports des établissements médicaux sociaux. Elle avait souligné les données éparées et incomplètes empêchant une estimation fine des dépenses en la matière. Par extrapolation de données issues de contrôles d'établissements, la dépense sur le transport en régie a été estimée à 600 M€ par an. Les dépenses par recours à un prestataire extérieur ont été évaluées à 338 M€ (en 2017). La prise en charge des surcoûts transports au titre de la PCH versée par les départements a quant à elle été estimée à 100 M€ par an.

<sup>16</sup> Rapport annuel de la Cour des Comptes sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, 2019, chapitre V- Les transports programmés dans les secteurs sanitaire et médico-social : des enjeux à mieux reconstruire, une régulation à reconstruire », 2019.

## ANNEXE 8 : Systèmes d'information

[1] La doctrine du numérique en santé s'appuie sur un ensemble de référentiels et de services socles qui participent aux règles fondamentales de sécurité et d'interopérabilité.

[2] En juin 2020, est publiée « La trajectoire du numérique en santé adaptée pour le secteur médico-social ». Cette feuille de route est présentée comme ayant vocation à accompagner le mouvement de transformation de l'offre médico-sociale par le numérique afin de faciliter les démarches des personnes accompagnées, de contribuer à les replacer au cœur de leur parcours, de garantir une meilleure équité de traitement sur tout le territoire, de favoriser la circulation de l'information, la coopération et la coordination des professionnels du secteur sanitaire, médico-social et social.

[3] Cette trajectoire pour le médico-social est pilotée par la Délégation ministérielle du numérique en santé (DNS), en lien avec la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS), de la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), l'Agence du numérique en santé (ANS), la Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM) et l'Agence nationale d'appui à la performance (ANAP).

Graphique 4 : La trajectoire du numérique en santé



Source Trajectoire du numérique en santé adaptée au secteur médico-social, juin 2020

[4] Dans le cadre du Ségur de la santé, 600 millions d'euros ont été spécifiquement fléchés pour le secteur médico-social et social, en sus des 30 millions d'euros mobilisés par la CNSA en 2021, soit 630 millions d'euros prévus pour 2021 à 2025.

### 1 Hors Ségur numérique : Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux (FINESS)

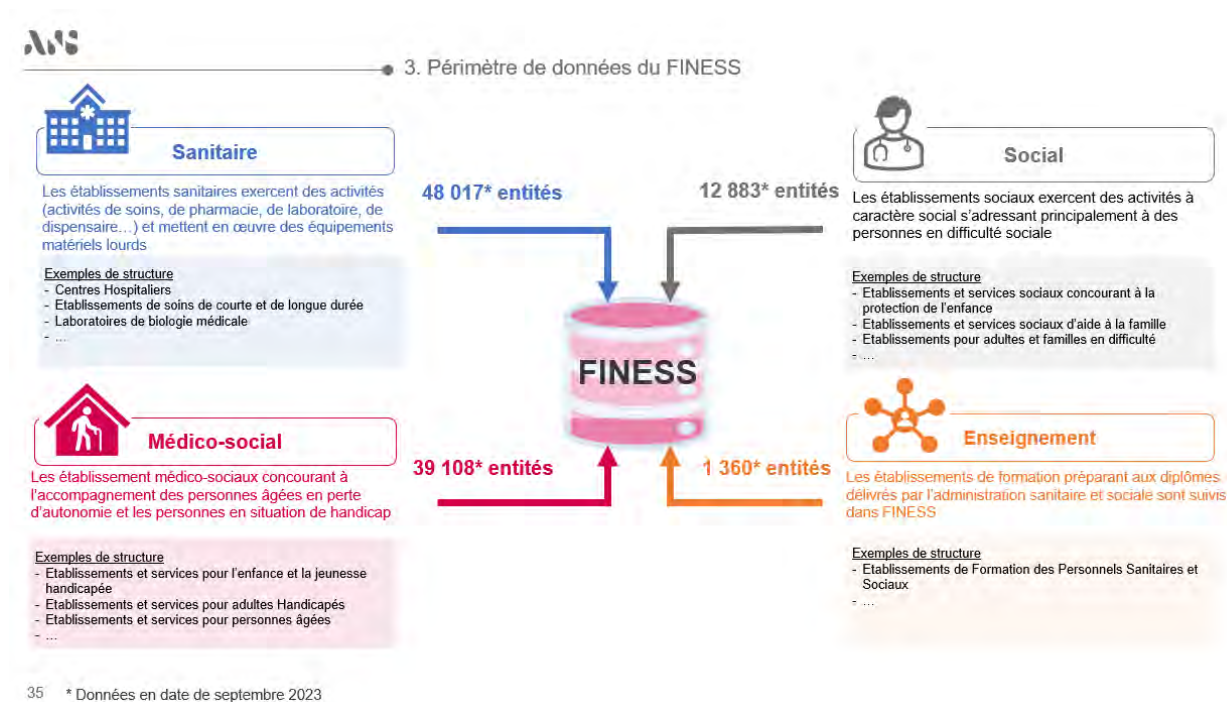
[5] Le FINESS est le répertoire sectoriel de référence opposable, à portée nationale des personnes morales et leurs établissements ayant une activité qui relève du champ sanitaire, médico-social, social et la formation aux professions sanitaires et sociales.

## 1.1 Présentation

[6] Sont enregistrées dans FINESS :

- Les structures à activités régulées (motif d'enregistrement historique et obligatoire) ;
- Les structures non nécessairement soumises à autorisation et qui souhaitent bénéficier de moyens d'identification électronique pour accéder à des services numériques en santé (motif récent et optionnel);

Graphique 5 : Le périmètre du FINESS



Source : Agence du numérique en santé

[7] Les principaux objets de la nomenclature FINESS sont :

- Identité de la Personne morale
- Entité géographique d'exercice
- Activité Autorisée/exercée

[8] Les principaux usages des données de FINESS sont, selon l'ANS :

- Identifier les structures participant au système sanitaire et médico-social ;
- Fournir une identité numérique aux personnes morales concernées et leurs entités géographiques ;
- Contribuer au pilotage des activités autorisées et à l'orientation des politiques publiques ;
- Contribuer au financement des structures sanitaires et médico-sociales ;
- Contribuer à l'inspection et aux contrôles des structures ;



- Réaliser des études et des enquêtes statistiques sur les structures.

[9] L'enregistrement des structures dans FINESS repose sur l'application de procédures auxquelles sont soumises toutes les régions et dont l'objectif est d'homogénéiser la qualité des données.

[10] Pour être enregistrée dans FINESS, une structure doit répondre nécessairement à un minimum d'exigences : avoir un cadre réglementaire clair et précis et présenter des pièces justificatives qui permettent son enregistrement dans FINESS. Ces exigences garantissent la qualité des données du répertoire.

[11] Les autorités de régulation et d'enregistrement sont fonction des secteurs d'activité et des catégories de structures. L'ARS pour le secteur médico-social pour les personnes handicapées et pour le compte du CD sur les établissements sociaux pour les personnes handicapées (avec projet d'enregistrement par les CD directement).

[12] Le répertoire FINESS se structure autour de 3 grands types « objets métier » :

- Personne morale identifiée par un numéro FINESS juridique, elle détient des droits d'activité sous forme d'autorisations, d'agrément, de conventions ou de tout type d'acte administratif de nature à autoriser
- Entité géographique d'exercice, identifiée par un numéro FINESS géographique, elle dépend d'une personne morale et correspond au site géographique où sont exercées des activités de même nature et autorisées au niveau de la personne morale
- Activité autorisée / exercée : correspond à un triplet : discipline/mode de fonctionnement/clientèle.

[13] En tant que source d'informations réglementaire, les données inscrites dans ce répertoire sont considérées comme authentiques et servent de base légale lors de contrôles réglementaires ou de vérifications par les autorités compétentes.

## 1.2 Actualités

[14] L'Agence du numérique en santé travaille sur la mise en œuvre d'une nouvelle version du FINESS « afin de remédier à certaines limites du répertoire actuel et de bénéficier de l'apport de nouvelles technologies, avec pour principales évolutions :

- Tracer l'historique de la vie des structures, de leurs activités et des relations entre elles, afin de disposer de l'état des structures et activités à l'instant présent, mais aussi d'avoir connaissance des événements et des modifications apportées dans le passé ;
- Décrire les groupes de structures et leur composition sous forme de relations collaboratives ou juridiques ;
- Fiabiliser les enregistrements avec des contrôles d'existence d'une personne morale ou un établissement dans SIRENE lors de la saisie ;
- Intégrer une gestion classique d'historisation en masse des changements de valeurs des données du répertoire ;

- Permettre l'enregistrement des documents juridiques et de gestion (arrêté, CPOM, ...) en les rattachant à la personne morale ou à l'entité géographique concernée ;
- « Renverser le processus » : générer l'arrêté à l'issue de l'enregistrement au lieu d'enregistrer à partir de l'arrêté, et permettre aux structures de se pré-enregistrer. »

[15] Dans le champ médico-social PH, l'identification des ESSMS PH fonctionnant en dispositifs intégrés est prévue dans la nouvelle version de FINESS. Cependant, il n'est pas prévu à date et à la connaissance de la mission, de modifier ou élargir le champ sur le capacitaire exprimé en nombre de places.

## 2 Ségur numérique - Le dossier usager informatisé en ESSMS PH

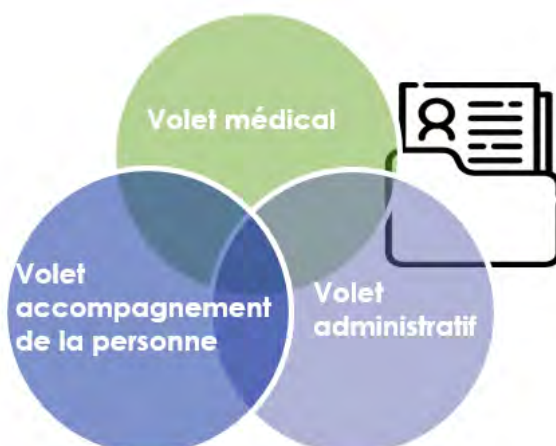
[16] Dans la stratégie nationale du numérique en santé et de la trajectoire du numérique en santé adaptée pour le secteur médico-social de juin 2020, le programme ESSMS numérique, vise à généraliser l'utilisation du numérique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS). Il repose principalement sur le déploiement d'un dossier usager informatisé (DUI) pour chaque personne accompagnée.

[17] Concrètement, l'objectif est que tous les ESSMS, quel que soit le champ, soit équipé d'un Dossier usager informatisé (DUI) interopérable, initialement d'ici 2025, grâce aux crédits du Ségur du numérique en santé.

### 2.1 Le DUI

[18] Appliqué au champ du handicap, le dossier de l'utilisateur informatisé (DUI) centralise l'ensemble des informations qui concernent les personnes handicapées et leur parcours de santé et de vie, que ce soit dans les dimensions administratives, d'accompagnement ou de santé.

Graphique 6 : Les trois volets du DUI



Source : Groupement régional d'appui au développement de la E-santé Ile-de-France

[19] Il permet de mieux construire et de suivre le projet personnalisé de la personne, d'éviter les ruptures en cas d'évolution des besoins, de changement d'établissement médico-social, de retour à domicile ou d'hospitalisation. Il permet également à l'usager d'évaluer les services rendus et d'être un acteur de son propre parcours.

[20] L'informatisation du dossier usager s'inscrit dans une logique d'amélioration de la qualité des services et des soins délivrés aux personnes accompagnées. Elle améliore la traçabilité et la transmission des informations, dans le respect des normes de sécurité.

[21] Outil de suivi et de partage d'informations entre les professionnels (médicaux, paramédicaux, sociaux et médico-sociaux), le DUI est aussi un support d'échange avec les accompagnants (familles, aidants). Les informations peuvent être complétées par les professionnels des structures ou du soin, la personne elle-même ou son proche.

[22] Pour échanger avec d'autres systèmes, le DUI doit être « interopérable et communicant ». Ainsi, le DUI doit échanger avec d'autres composants du système médico-social, tels que :

- le système des MDPH en ligne, le téléservice qui permet aux personnes handicapées d'instruire et suivre leurs demandes d'aide et de droit de chez elles. Les informations du DUI seront transmises automatiquement à MDPH en ligne, et inversement ;
- le logiciel Via trajectoire (cf. ci-après) ;
- Le répertoire opérationnel de ressources (cf. ci-après).

Graphique 7 : L'interopérabilité du DUI

### L'interopérabilité du Dossier Usager Informatisé (DUI) avec les référentiels et services socles



Source : Groupement régional e-santé Bretagne

[23] Selon qu'ils sont déjà équipés d'un dossier usager informatisé ou non, les organismes gestionnaires d'établissements peuvent bénéficier de financements.

[24] Ces financements sont précisés dans les instruction successives relatives à la mise en œuvre de la généralisation du programme ESSMS numérique<sup>17</sup> et dans les arrêtés relatifs à un programme de financement destiné à encourager l'équipement numérique des établissements et services sociaux ou médico-sociaux (ESSMS)<sup>18</sup>.

## 2.2 Le processus

### *Les éditeurs de logiciel DUI*

[25] Les éditeurs de logiciels DUI candidatent au référencement de leur solution auprès de l'ANS. Le référencement garantit le respect des règles de sécurité, d'éthique et d'interopérabilité.

### *Les ESSMS*

[26] Les établissements et service déjà équipés d'un dossier usager informatisé peuvent bénéficier de la mise à jour de leur logiciel, les organismes gestionnaires doivent passer commande auprès de leur éditeur parmi la liste des éditeurs référencés. Hors abonnement, l'ensemble de la prestation (de l'installation à la formation) est directement pris en charge par l'État. Il s'agit du dispositif SONS (système ouvert et non sélectif), dispositif d'achat pour compte de l'Etat au profit des ESSMS. Ils peuvent recevoir une aide à l'investissement permettant d'atteindre des objectifs en matière d'usages du DUI et d'échange et de partage des données de santé et médico-sociales au travers du programme « ESSMS numérique ».

[27] Les établissements et services non équipés d'un dossier usager informatisé ou qui souhaitent changer de logiciel peuvent bénéficier d'une aide à l'investissement permettant l'acquisition d'un DUI, et d'être accompagnés dans la conduite du projet (installation, formation au nouveau logiciel, accompagnement au pilotage du projet pour sécuriser les usages). Les organismes gestionnaires de petite taille peuvent également bénéficier d'une aide supplémentaire qui couvre l'achat de matériel et d'infrastructure (ordinateur, tablette, wifi...) et l'accompagnement à la mise en œuvre de la passation de marché public permettant le choix du logiciel.

[28] Pour bénéficier de ces aides du programme « ESSMS numérique », les établissements et services doivent déposer un dossier lors des appels à projets ESSMS numérique lancés les ARS (candidature à déposer par groupement d'au moins 15 ESSMS, 8 pour la Corse et les territoires ultramarins- situés dans une seule région), ou si leur projet concerne 50 ESSMS ou plus dans plusieurs régions, lors des appels à projets ESSMS numérique nationaux lancés par la CNSA et la DNS.

## 2.3 Le bilan en avril 2024

[29] Sur un peu plus de 14 000 structures PH, l'objectif du programme ESSMS Numérique dont le pilotage opérationnel est assuré par la CNSA est d'en embarquer 98%, soit la quasi-totalité des ESSMS du champ PH à fin 2025.

---

<sup>17</sup> La dernière en date : instruction n° DNS/DGCS/CNSA/2024/15 du 1er février 2024 relative à la mise en œuvre de la phase de généralisation du programme « ESSMS numérique »

<sup>18</sup> Le dernier en date : Arrêté du 14 novembre 2023 modifiant l'arrêté du 2 février 2022 relatif à un programme de financement destiné à encourager l'équipement numérique des établissements et services sociaux ou médico-sociaux (ESSMS) - Fonction « Dossier usager informatisé pour les domaines Personnes âgées, Personnes en situation de handicap et Acteurs de l'aide et du soin à domicile »



[30] Il est à noter que cette cible comprend à la fois les ESSMS bénéficiant d'un financement à l'usage ESSMS Numérique et ceux qui bénéficient le cas échéant uniquement d'un financement SONS pour la mise à niveau de leur logiciel de dossier usager informatisé (DUI) conformément aux exigences Ségur.

[31] A novembre 2024, avec 18 éditeurs référencés, 9000 ESSMS PH ont bénéficié d'un financement aux usages ESSMS Numérique et 2 430 ESSMS PH ont bénéficié uniquement d'un financement SONS (40 % des ESSMS PH financés ont bénéficié à la fois de SONS et d'ESSMS Numérique).

[32] Au total, 11 430 ESSMS PH sont donc déjà engagés dans le Ségur numérique, soit 81 % du champ PH. Le tableau ci-après précise la part d'ESSMS du champ PH ayant bénéficié d'un financement Ségur (SONS et/ou ESSMS Numérique) par catégorie d'établissement.

Tableau 16 : Taux d'engagement dans le Ségur numérique pour les ESSMS (liste non exhaustive)

Catégorie d'activité	Taux d'engagement dans le Ségur
Etablissement et Service d'Aide par le Travail (ESAT)	86 %
Institut Médico-Educatif (IME.)	86 %
Foyer de Vie pour Adultes Handicapés (FV)	85 %
Etab.Accueil Non Médicalisé pour personnes handicapées (EANM)	82 %
Foyer Hébergement Adultes Handicapés (FH)	87 %
Maison d'Accueil Spécialisée (MAS.)	75 %
Etab.Acc.Médicalisé en tout ou partie personnes handicapées (EAM)	84 %
Service d'accompagnement médico-social adultes handicapés (SAMSAH)	80 %
Institut Thérapeutique éducatif et Pédagogique (ITEP)	79 %
Foyer d'Accueil Médicalisé pour Adultes Handicapés (FAM)	83 %
Centre Médico-Psycho-Pédagogique (CMPP)	80 %
Centre Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP)	81 %

Source CNSA - Part d'ESSMS ayant bénéficié d'un financement Ségur (SONS et/ou ESSMS Numérique) par catégorie d'activité, novembre 2024.

[33] Les structures PH financées par le programme ESSMS Numérique (hors ceux bénéficiant uniquement d'un financement SONS) comptabilisent plus de 180 000 DUI actifs à novembre 2024.

[34] Pour être considéré comme « actif », le DUI doit nécessairement remplir 3 conditions :

[35] Exister dans l'application,

[36] Être associé à une personne accompagnée,

Avoir été mis à jour (une fois au moins).

### 3 Les SI MDPH

[37] Les compétences de la CNSA sur les systèmes d'informations des MDPH ont été renforcées en 2015 (L14-10-1 du CASF). La CNSA a pour mission « 13° De concevoir et de mettre en œuvre un système d'information commun aux maisons départementales des personnes handicapées, comportant l'hébergement de données de santé en lien avec le groupement d'intérêt public prévu à l'article L. 1111-24 du code de la santé publique. Pour les besoins de la mise en œuvre de ce système d'information, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie peut définir des normes permettant de garantir l'interopérabilité entre ses systèmes d'information, ceux des départements et ceux des maisons départementales des personnes handicapées et, en lien avec le groupement précité, labelliser les systèmes d'information conformes à ces normes »

[38] Plutôt qu'un SI unique, c'est un SI harmonisé (SIH) qui a été arbitré dans un premier temps. Concrètement, il s'agit d'harmoniser l'informatisation des processus métier au sein des MDPH allant de l'instruction de la demande jusqu'au suivi des décisions et d'automatiser les échanges avec ses partenaires : la Caisse nationale d'allocations familiales, l'Imprimerie nationale, les agences régionales de santé (ARS), les établissements et services médico-sociaux (ESSMS) l'Éducation nationale, Pôle emploi et la CNSA.

[39] La procédure d'obtention du label SI commun MDPH est ouverte à toute personne morale propriétaire d'une solution logicielle destinée aux Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH). Celle-ci inclut les MDPH qui développent leurs propres solutions conjointement avec les Conseils Départementaux avec lesquels elles sont liées.

[40] A date, 4 éditeurs se partagent les SI des MDPH (SI des départements) : Inetum, Arche Mc2, Worldline, Atol.

[41] Le périmètre fonctionnel du SIH couvre l'ensemble de l'activité de production de la décision de la MDPH. Le SI, outre les processus métier de la MDPH, vise à outiller les échanges d'information avec les partenaires et avec les usagers (téléservice) jusqu'au suivi des orientations prononcées par la CDAPH.

[42] Une première version du SI MDPH a été généralisée à la quasi-totalité des MDPH dès 2020.

[43] Le palier 1 comporte le tronc commun des principaux processus métier d'une MDPH et plusieurs fonctionnalités d'échanges. Plus précisément, le palier 1 comprend :

- Les processus métiers de gestion des individus, d'enregistrement des demandes, d'évaluation des besoins et de construction des réponses, de décision des CDAPH et de notification, de gestion des alertes ;
- L'édition des courriers ;
- Les échanges avec les CAF, l'accès au système national de gestion des identités SNGI, les échanges avec les ARS et ESSMS (suivi des orientations), avec l'Imprimerie nationale sur les cartes mobilités et avec le centre de données (LCD) pour le pilotage par la CNSA.

[44] La COG de la CNSA fixe comme objectif de « déployer le palier 2 à toutes les MDPH pour élargir en particulier son périmètre fonctionnel à l'évaluation des besoins ». Le palier 2 du SI comporte plusieurs fonctionnalités :

- Flux d'échanges avec les partenaires :
- Les échanges avec le ministère de l'Éducation nationale sur la scolarisation (transmission des décisions de la CDAPH et livret de parcours inclusif permettant notamment la transmission des plans personnalisés de scolarisation),
- Les échanges avec Pôle emploi (transmission des décisions de RQTH et d'orientation professionnelle),
- L'amélioration des échanges avec les CAF,
- L'interconnexion entre le téléservice de demande et le SI MDPH,
- Des nouveaux modèles de courriers harmonisés,
- Des nouvelles fonctionnalités sur les recours et conciliations.

[45] L'article L247-2 du CASF issu de La LFSS pour 2023 prévoit que les MDPH « doivent utiliser un système d'information commun, conçu et mis en œuvre par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, interopérable avec les systèmes d'information des départements, ceux de la Caisse nationale d'allocations familiales et ceux de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, dans des conditions précisées par décret ». L'exposé des motifs de l'article expose clairement les objectifs de la disposition introduite : le « modèle harmonisé atteint ses limites et il est désormais proposé de basculer vers un SI unique pour les MDPH ».

[46] Les travaux de préparation du SI évaluation sont en cours à la CNSA. Parmi les missions de la MDPH, la phase d'évaluation a en effet été priorisée car elle constitue le cœur de métier de la MDPH. Initialement envisagé et annoncé à fin 2023, le lancement de l'expérimentation du SI-Évaluation est reporté à fin 2024.

[47] La mission IGAS sur les MDPH souligne cependant que « toutes les difficultés dans la mise en œuvre du système d'information des MDPH ne seront pas résolues pour autant par la mise en place d'un SI évaluation unique. Ainsi, la mise en place du SIE comme de ses évolutions dépendront toujours des éditeurs et des priorités des départements puisque le SIE devra être interfacé avec les logiciels locaux qui continueront d'outiller la phase d'instruction en particulier. » et précise en conclusion : « Dès lors, le projet de SI évaluation est porteur d'une véritable valeur ajoutée s'il est mené à bien mais également porteur de risques en particulier en ce qu'il continuera à coexister avec le SIH. La question de l'opportunité d'un SI commun national outillant l'ensemble du traitement du dossier, au-delà de la seule phase d'évaluation, a été renvoyée à la prochaine COG. Cette hypothèse d'un SI unique mériterait d'être instruite et arbitrée de manière globale, sur la base d'une analyse de l'ensemble des apports de ce type de solution et des risques d'un tel projet. »

## 4 ViaTrajectoire

[48] Le SI ViaTrajectoire propose deux principaux services :

- le suivi des décisions d'orientation Maison Départementale des personnes handicapées (MDPH) qui correspond au module Handicap de ViaTrajectoire ;
- le référencement de toute l'offre médico-sociale du secteur handicap dans un annuaire unique

[49] ViaTrajectoire est devenue le SI suivi de orientations au niveau national retenu par la CNSA.

## 4.1 Présentation

[50] Viatrajectoire PH permet de disposer en temps réel d'informations sur les parcours et sur l'effectivité d'une décision d'orientation émise par la MDPH tout en donnant aux autorités de contrôle et de tarification une vision plus précise des besoins individuels et collectifs, de l'offre sur le territoire et des places disponibles.

[51] Pour les usagers, il doit permettre :

- de rechercher les établissements ou services souhaités conformément aux orientations émises par la MDPH ;
- de renseigner un dossier unique d'admission (expérimentation DUA) pour envoyer les demandes dans les établissements et services médico-sociaux ; entre septembre 2023 et juin 2024, 11 départements pilotes doivent tester le dossier unique d'admission afin de confirmer qu'il répond bien aux besoins des usagers, de leurs aidants et des accompagnants professionnels et d'intégrer des améliorations grâce aux retours des testeurs ; la généralisation est prévue pour juillet 2024.
- de suivre l'avancée des demandes adressées aux établissements et services médico-sociaux.

[52] ViaTrajectoire est accessible à l'utilisateur, le cas échéant son représentant légal (parents, tuteurs...) ou toute autre personne choisie par l'utilisateur (proches aidants, travailleurs sociaux, professionnel de santé...).

[53] ViaTrajectoire ne permet pas de retrouver les décisions concernant les prestations financières (Ah, PCH, AAEH...) ou autres droits.

[54] Pour les professionnels des ESSMS PH, l'objectif dans le cadre du programme « ESSMS numériques », est de permettre l'interopérabilité entre ViaTrajectoire et leurs nouveaux DUI afin de réaliser, depuis leur DUI, le suivi des notifications envoyées par la MDPH, la mise à jour des statuts et de leur liste d'attente en fonction de l'état d'avancement de l'admission de l'utilisateur dans les autres ESSMS et la récupération des données qui permettent la création du dossier de l'utilisateur.

[55] Plus globalement, tous les acteurs intervenant dans le suivi des orientations des personnes handicapées ont accès à un tableau de bord de pilotage élaboré à partir des données de Via Trajectoire Handicap : le SI Décisionnel Suivi des orientations (SID SDO) mais du fait de la présence de nombreux doublons, une action de nettoyage des doublons a débuté en 2023 et doit se terminer en 2024.

## 4.2 Bilan des usages

[56] Toutes les MDPH implémentent les décisions d'orientation vers une structure médicosociale de la CDAPH dans ViaTrajectoire.

[57] Les ESSMS doivent mettre à jour les dossiers reçus dans Viatrajectoire PH (admission, liste d'attente, rejet de la demande...)

[58] Au 3 mai 2024, le taux d’usage par les ESSMS, dont l’objectif est fixé à 90% d’ESSMS actifs (part des ESSMS qui ont fait évoluer au moins une décision d’orientation dans les 3 derniers mois dans ViaTrajectoire PH) est variable d’une région à l’autre.

Tableau 17 : Taux d’ESSMS actifs sur ViaTrajectoire PH

Région	Taux d’ESSMS actifs (objectif national 90%)
AUVERGNE-RHONE-ALPES	85,6
BOURGOGNE-FRANCHE-COMTE	89,0
BRETAGNE	70,6
CENTRE	67,9
CORSE	73,5
GRAND-EST	92,0
GUADELOUPE	44,2
GUYANE	83,3
HAUTS-DE-FRANCE	79,6
ILE-DE-FRANCE	79,1
LA REUNION	89,6
MARTINIQUE	50,0
NORMANDIE	85,7
NOUVELLE-AQUITAINE	77,9
OCCITANIE	86,6
PAYS DE LA LOIRE	88,3
PROVENCE-ALPES-COTE D'AZUR	83,3

Source : IGAS à partir des données du GCS SARA éditeur de ViaTrajectoire

## 5 Répertoire opérationnel des ressources

[59] Le Répertoire national de l’Offre et des Ressources en santé et accompagnement médico-social (ROR) est le référentiel de données qui centralise la description de l’offre de santé des structures sanitaires et médico-sociales sur l’ensemble du territoire national.

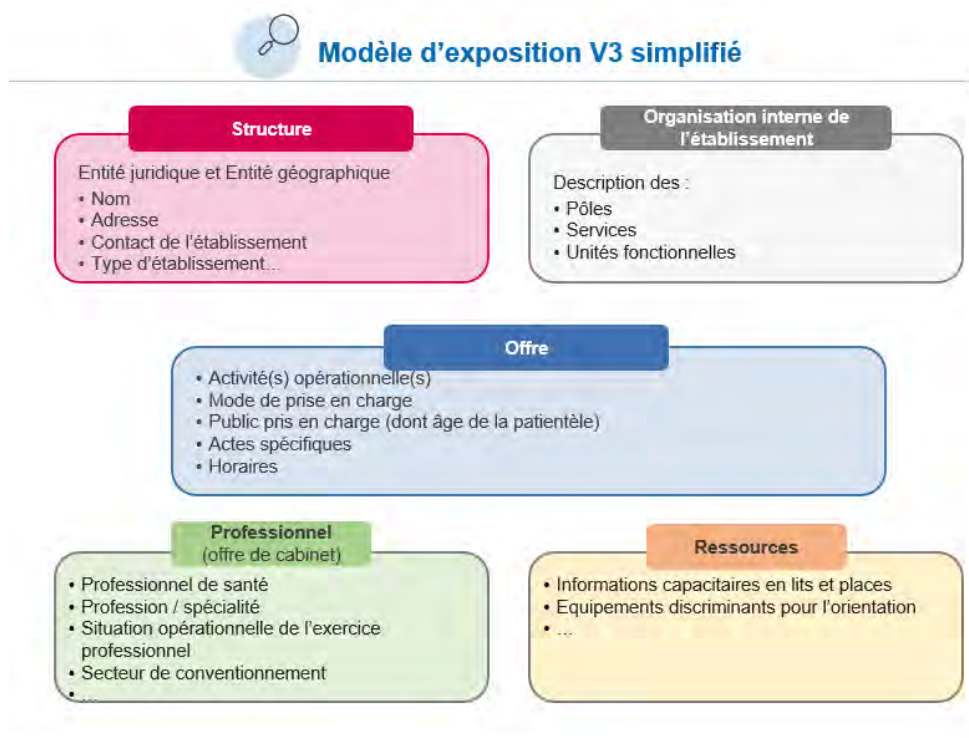
### 5.1 Présentation

[60] Le ROR présente les activités opérationnelles réalisées par les établissements sanitaires, les établissements et services médico-sociaux qui prennent en charge les personnes âgées en perte d’autonomie et les personnes en situation de handicap, les structures de ville (cabinets libéraux, maisons et centres de santé...) et les équipements et compétences qui contribuent à la réalisation de ces activités. Il doit ainsi permettre à faciliter les orientations, par d’interface métier des professionnels, ou via d’autres services numériques alimentés par le ROR (Via Trajectoire, SI de coordination de parcours...) et à assurer une meilleure lisibilité de l’offre puisque le ROR alimente les sites « grand public » comme Sante.fr.

[61] Il peut également fournir l’information sur les lits disponibles (accessibilité limitée pour le pilotage d l’offre, en particulier pour la gestion des tensions et crises). Cela a été mis en œuvre dans le champ sanitaire, en priorité dans les services de soins intensifs ou de réanimation mais aussi sur d’autres périmètres en fonction des stratégies et besoins des ARS.

[62] La description de l'offre opérationnelle dans le ROR intègre les informations d'identification de la structure qui porte l'offre (personne morale et entité géographique). Les responsables de la description de l'offre opérationnelle (autorité d'enregistrement) sont les directions des structures qui réalisent l'offre. Pour décrire leur offre, ces structures doivent avoir préalablement été identifiées dans les référentiels nationaux, le FINESS pour les personnes morales.

Graphique 8 : Modèle d'exposition des informations disponibles dans le ROR



Source : Extrait Document Agence du numérique en santé

[63] Les principaux usages des données ROR sont les suivants :

- Contribuer à l'orientation par les professionnels de santé des usagers dans le parcours de santé ;
- Contribuer à la régulation et à la gestion de crise ;
- Informer le public sur l'offre existante (données publiques uniquement) ;
- Fluidifier les parcours patients par une meilleure coordination des acteurs ;
- Cartographier l'offre opérationnelle.

## 5.2 Actualités du ROR

[64] L'ambition pour fin 2026 est de mettre à disposition des acteurs de l'écosystème un référentiel national avec le niveau de service attendus par les utilisateurs et les services numériques et d'accompagner la convergence régionale (ROR régionaux) vers ce référentiel en s'attachant à préserver les usages actuels.

[65] Un des objectifs soulignés par l'ANS est d'accélérer l'apport de valeur ajoutée du ROR à leurs usagers et services numériques consommateurs :

- Permettre la prise en compte du périmètre complet de l'offre (dont extension du périmètre des ESSMS) ;
- Favoriser l'alimentation automatique du ROR ;
- Apporter de la souplesse dans la description d'offre.

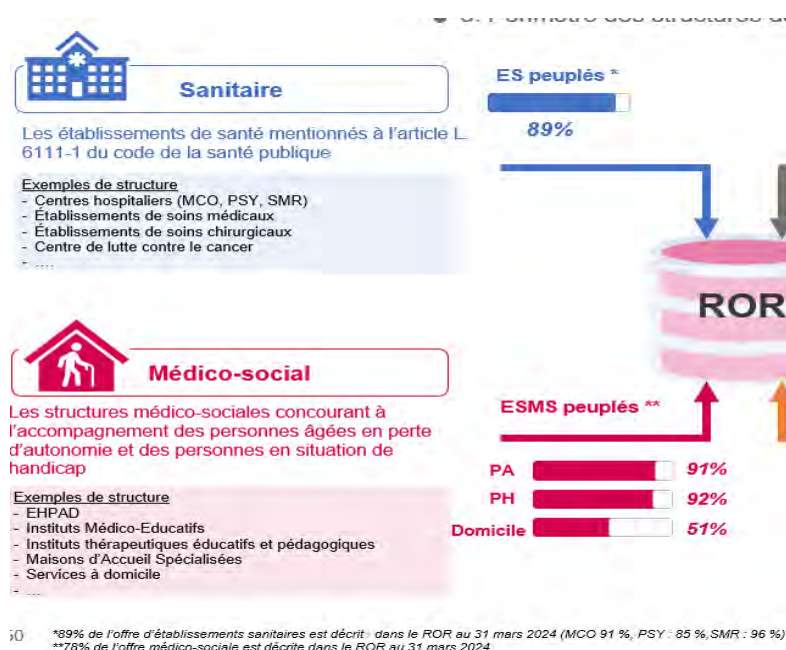
### 5.3 ROR et ESSMS PH

[66] La « Trajectoire du numérique en santé adaptée au médico-social » fixait les objectifs suivants en 2020 :

- Peuplement des ROR régionaux avec l'offre des ESSMS : 2021
- Adossement au ROR des services numériques d'information aux publics et d'orientation, notamment le SI de suivi des orientations des personnes en situation de handicap : 2021

[67] A date, 92% des ESSMS PH ont remplis leur fiche ROR (avec contrôle de premier niveau). Un travail va être conduit par l'Agence du numérique en santé (ANS) pour élaborer un référentiel de « bon remplissage » pour ensuite mener des contrôles qualité.

Graphique 9 : Résultats de peuplement du ROR



Source : Agence du numérique en santé

[68] Un des enjeux de la nouvelle version du ROR, en ce qui concerne le secteur des ESSMS PH, sur la description de l'offre sera la mise en cohérence de tous les SI en termes de description de l'offre (vocabulaire harmonisé).



## ANNEXE 9 : MESURE D'ACTIVITE

[1] La transformation de l'offre implique de s'ouvrir à l'accompagnements en milieu ordinaire, de moduler l'accompagnement selon les périodes, et de combiner plusieurs types d'accompagnements simultanément, ainsi que de développer des modes d'accompagnements séquentiels ou aux temporalités adaptées à chaque personne. Cela implique des évolutions organisationnelles et de pratiques mais aussi d'adaptation des outils de suivi pensés pour une gestion « de « places ».

[2] Depuis le plusieurs années, un des enjeux des dialogues entre organismes gestionnaires engagés dans des projets transformatifs et autorités de tarification consiste à trouver un juste équilibre entre l'objectif d'optimisation de l'utilisation des ressources et la souplesse rendue nécessaire par un fonctionnement lui-même plus souple pour répondre aux besoins et à déterminer des indicateurs de suivi d'activité plus pertinent au regard des nouveaux modes de fonctionnement.

### Différentes quantifications du nombre de places en ESSMS

Le capacitaire des ESSMS, initialement en nombre de places par établissement, se présente aujourd'hui sous des formes variées (analyse d'une cinquantaine d'arrêtés d'autorisation), « la place » restant la mesure de référence, sans équivalence entre ce nombre de place et le nombre de personnes pouvant être accompagnées : « Nombre de places » par mode de fonctionnement ; « Nombre de places » au global ; « Nombre de places » au global et « fonctionnement en file active » autorisant à dépasser le nombre de places ; « Nombre de places » par mode de fonctionnement et « fonctionnement en file active » autorisant à dépasser le nombre de places ; « Nombre de places » pour hébergement et « places et cible en file active » pour accompagnement milieu ordinaire ; « Minimum de file active » ; « Nombre de places » au global et « nombre plafond de personnes accueillies en simultanément » pour l'hébergement.

## 1 Le suivi et la mesure d'activité de l'offre transformée est actuellement disparate et dépendante des initiatives territoriales

### 1.1 Pour les ESSMS sous CPOM, les textes précisent les indicateurs d'activité pour la mise en œuvre de la modulation de la dotation globale.

[3] Les indicateurs de suivi d'activité sont actuellement prévus dans le cadre des règles relatives aux CPOM, au II l'article R. 314-43-2 du CASF : « II. - L'activité s'apprécie en fonction des catégories d'établissements et services au regard de la nature de leurs missions et de leurs modes de fonctionnement, par des indicateurs inscrits dans le contrat. Elle est, sauf clause contraire justifiée



par la spécificité des missions ou des modes de fonctionnement, évaluée au moyen d'un ou plusieurs des indicateurs suivants :

« 1° Le taux d'occupation, calculé en divisant le nombre de journées réalisées dans l'année par l'établissement ou le service par le nombre de journées théoriques correspondant à la capacité autorisée et financée multiplié par le nombre de journées d'ouverture de l'établissement ou du service ;

« 2° Le nombre de personnes accompagnées au cours de l'année civile ;

« 3° Le nombre de prestations réalisées au cours de l'année civile.

« III. - Si l'activité réalisée est inférieure aux objectifs définis dans le contrat, et sous réserve de circonstances particulières justifiant tout ou partie de cette sous-activité, la dotation globale ou le forfait global peuvent faire l'objet d'un abattement, (...). »

[4] Ce texte n'incite pas à la modularité des accompagnements en faisant de toute autre modalité de mesure une dérogation qui doit être justifiées par la spécificité de l'ESSMS.

En tout état de cause, ce texte devra être modifié au regard des enjeux de transformation de l'offre et des nouveaux modes de fonctionnement à l'œuvre d'autant plus si la capacité « en places » n'était plus exigée dans les autorisations, notamment pour les autorisations territoriales recommandées par la mission.

## 1.2 Le Guide CNSA 2019 est un support utile, régulièrement utilisé par les acteurs, mais nécessitant des actualisations

[5] Le guide méthodologie de mesure d'activité de la CNSA, réalisé en concertation avec des organismes gestionnaires, donne un référentiel partagé de la mesure d'activité, et des « conventions de mesure » pour participer à la mesure des indicateurs de l'article R. 314-43-2 mais pas uniquement.

[6] En effet, le guide ouvre sur des méthodes de mesure d'activité correspondant mieux à la fluidité des parcours et à la modularité des accompagnements, en particulier celui de la file active et de compléments pour approcher au mieux l'activité présentée comme suit à travers deux options du fait de l'absence de consensus dans le groupe de travail.

### Pistes non stabilisées de mesure d'activité

L'activité peut en outre être comptée selon deux options (proposées en l'absence de consensus au sein du groupe) :

- > soit modalité par modalité selon les unités d'œuvre propres à chaque modalité :
  - dans ce cas, pour les jeunes combinant plusieurs modalités d'accompagnement sur une même journée, on compte une unité d'œuvre dans chaque modalité d'accompagnement dans la limite de 1 nuit + 1 journée par 24 heures pour un usager,
  - dans ce cas également, le groupe préconise de ne pas figer des cibles d'activité par modalité d'accompagnement, car cela irait à l'encontre de la souplesse attendue ;
- > soit en définissant un rapport d'équivalence entre les différentes unités d'œuvre (par exemple « 1 nuit = 1 journée = 3 actes » ; ou, pour encourager le développement de l'accompagnement ambulatoire, « 1 nuit = 1 journée = 1 acte ») **qui permet de faire le total de l'activité toutes modalités confondues**, tout en continuant de suivre la part de chaque modalité dans le total ; le groupe préconise de travailler sur cette question du « rapport d'équivalence entre les unités d'œuvre nuit/journée/acte ou séance » pour l'objectiver et parvenir à un consensus étayé par des éléments partagés.

Source : Extrait Guide CNSA 2019

[7] Certains interlocuteurs de la mission regrettent que ce guide dit de « Mesure de l'activité » publié par la CNSA n'ait pas été éclairci ces dernières années sur plusieurs points : arbitrage sur la comptabilisation en séances ou en actes, définition de la file active, définition des « absences ».

[8] Par ailleurs, la non-opposabilité de la mesure d'activité a eu un double effet : celui de laisser le terrain s'emparer de la question de la mesure d'activité au regard des nouvelles autorisations pour la tester en vie réelle mais également celui de faire co-exister pour des mêmes gestionnaires, y compris en infra régional, des méthodes différentes de mesure d'activité.

### 1.3 Avec la création de dispositifs intégrés et des offres de services coordonnés, des nouveaux modèles de mesures d'activité sont expérimentés.

[9] L'Association des Itep et de leurs réseaux « Aire » expérimente depuis 2023 un modèle de mesure de l'activité du fonctionnement en dispositif intégré pour mesurer leur activité réelle et mieux rendre compte de l'accompagnement réalisé.

[10] 195 dispositifs intégrés dont 165 DITEP et 30 DIME/DAME sont inclus au premier trimestre 2024 sur 12 régions/DROM (90% des DITEP et 80% des DIME/DAME disposent de toutes les modalités d'accompagnement (hébergement, accueil de jour, prestation en milieu ordinaire).

[11] L'expérimentation consiste à mesurer l'activité en « Unité d'accompagnement » basé sur l'accompagnement des personnes concernées, à partir de leur emploi du temps.

Graphique 10 : Cotations des unités d'accompagnement dans l'expérimentation AIRE

Modalités d'accompagnement avant le dispositif	Modalités d'accompagnement en dispositif et fonction appui ressource du DITEP	Valorisation en unités d'accompagnement
Accompagnement qui ne déclenche aucune unité d'accompagnement	Moins de 1h d'accompagnement <b>par semaine</b>	0
Ambulatoire	Entre 1h et 8h d'accompagnement en journée <b>par semaine</b>	1
Accueil de jour (SI)	Plus de 8h d'accompagnement en journée <b>par semaine</b>	2
Accueil de nuit (seul)	Entre 1 et 4 nuits et moins de 1h d'accompagnement en journée <b>par semaine</b>	1
Accueil de nuit + Ambulatoire	Entre 1 et 4 nuits et entre 1h et 8h d'accompagnement en journée <b>par semaine</b>	2
Accueil de jour + accueil de nuit	Entre 1 et 4 nuits et plus de 8h d'accompagnement en journée <b>par semaine</b>	3
Accueil de jour + accueil de nuit pour des situations très complexes	Situation complexe, <i>selon 5 critères décrits précisément</i>	4
Fonction appui-ressource au maximum 8h par semaine	Fonction appui ressource mobilisant de 1h à 8h cumulées pour une action <b>dans la semaine</b>	1
Fonction appui-ressource plus de 8h par semaine	Fonction appui ressource mobilisant plus de 8h cumulées pour une action <b>dans la semaine</b>	2

Source : Extrait *Expérimentation AIRE*

[12] Le décret relatif aux dispositifs intégrés publié en juillet 2024 ne précise pas encore la méthode de mesure à retenir.

[13] Partant du même constat de l'inadaptation des outils de mesures existant au fonctionnement des dispositifs intégrés, l'ARS Ile-de-France, avait travaillé sur un modèle de mesure d'activité dans le cadre des travaux engagés sur le département de Seine-et-Marne pour transformer l'offre enfant vers des offres de services coordonnés avec zones d'interventions prioritaires. Ce modèle, testé depuis au niveau régional, consisté également en mesure d'activité par « Unité d'accompagnement » mais à partir d'un nombre de prestations réalisées.

Graphique 11 : Cotation des unités d'accompagnement dans l'expérimentation Ile-de-France

**MODALITES DE DECOMPTE DE L'ACTIVITE - PLATEFORME ENFANCE**

Ce document présente les deux modalités de calcul de l'activité des établissements fonctionnant en plateformes, dans le but de traduire la globalité de l'activité et ainsi de mettre en valeur les parcours des jeunes accompagnés.

--> La modalité 1 propose un suivi en file active.

--> La modalité 2 reprend les équivalences en unité d'accompagnement (UA).

Ce document permet également une aide au recueil pour déterminer l'activité réalisée par la plateforme.

**ONGLET 1. Calcul FA**

**Modalité théorique utilisée = suivi de la file active**

Coefficient multiplicateur ARS IDF	1,22	L'activité théorique se calcule à partir de la notion de file active. La correspondance entre l'autorisation en nombre de places (capacités autorisées) et la file active est déterminée par un coefficient multiplicateur. Ce coefficient a été calculé sur la base des capacités des structures divisées par les files actives présentes au sein du tableau de bord de la performance dans le secteur médicosocial. Le ratio moyen de chaque structure a abouti à 1,22 (soit 1 place = une file active de 1,22). L'entrée dans la file active est considérée à partir de la signature d'un contrat de séjour ou DIPC
---------------------------------------	------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Modalité réelle d'utilisation**

Saisir le nombre de places autorisées au global sur la plateforme (case orange)

Ne pas modifier le coefficient multiplicateur (case grise)

Le calcul de la cible de la file active s'effectue automatiquement (formule nombre de places autorisées \* coefficient multiplicateur)

**ONGLET 2.1 Calcul UA théorique**

**Modalité théorique utilisée = équivalence entre unités d'accompagnement (UA)**

A ce jour, le guide de CNSA donne pour définition : actes directs = action réalisée par un professionnel, au profit d'une personne ou d'un groupe, cela comprend les temps de face-à-face et hors face à face (les temps de préparation de RDV, de réunions autour de la situation de cet usager, de contacts avec son entourage).

En cohérence avec Serafin-Ph, le calcul de l'activité s'appuie sur une valorisation de l'ensemble des prestations directes (actes directes et actes hors face à face au profit d'une des personnes accompagnées).

La plateforme compte en actes directs l'ensemble des services réalisés au profit des personnes en partant des besoins personnalisés du jeune indiqués dans son emploi du temps quelque soit le lieu de réalisation de l'acte (milieu spécialisé, milieu ordinaire, domicile...), la durée (un acte n'a pas de durée, il doit être un moyen mis au service du projet personnalisé) et le nombre de professionnels impliqués (1 acte quelque soit le nombre de professionnels).

Porte d'entrée du calcul de l'activité = l'emploi du temps de la personne accompagnée.

**1 acte = 0,17 UA, dans la limite de 30 actes maximum par semaine (selon la définition des actes ci-dessus).**

**1 nuitée = 1 UA, dans la limite de 4 nuitées par semaine pour les plateformes ouvertes 210 jours (équivalence à modifier si les modalités d'hébergement sont supérieures - selon autorisation).**

La valorisation concernant les situations complexes est cumulable et se fait à la semaine.

Le critère "situation complexe" dépend des critères de cotation indiqués dans l'onglet dédié "Cotation complexité".

Modalités d'accompagnement	Acte direct face à face	Acte direct hors face à face	Hébergement	Situations complexes	Fonction ressource
Nombre de prestations réalisées auprès de la personne sur une semaine	30		4	1	(à travailler)
Equivalence en UA proposée sur 1 semaine	5,0		4	1	
Equivalence en UA proposée pour une prestation	0,17		1		

Source : Extrait Document de travail - Expérimentation ARS Ile-de-France

## 2 Analyse intermédiaire de la mission pour la mesure d'activité des ESSMS diversifiés

[14] Une nouvelle méthode de mesure d'activité harmonisée sur le territoire pour les offres transformées est nécessaire. Sans que la mission en conclu à une méthode de mesure dans la mesure où les expérimentations sont encore en cours, plusieurs principes devraient guider la suite des travaux :

- La mesure d'activité doit reposer sur un juste équilibre entre le besoin de rendre compte - pour les autorités de tarification et de contrôle mais plus largement pour montrer à voir la politique de l'accompagnement du handicap - et la capacité à produire la donnée sans que la tâche administrative se fasse au détriment de l'accompagnement des usagers dans un contexte RH contraint.

- Elle doit permettre de rendre compte de l'activité dans un contexte d'offre transformée avec la souplesse de lecture que cela implique au regard des variations possibles liées aux besoins et souhaits des personnes concernées. L'autodétermination peut ainsi engendrer moins de besoin d'accompagnement sur une période donnée, une période d'inclusion sans étayage peut apporter à la personne concernée d'autres compétences (ex : socialisation hors pairs) ;
- Elle doit permettre de s'assurer que l'accompagnement en milieu ordinaire (ou « hors les murs ») ne se traduit pas par l'abandon de l'accueil de jour et de l'hébergement pour les personnes qui ont besoin d'accompagnements plus intensifs et d'hébergement permanent ou temporaire.

[15] En complément de la file active, les réflexions conduites sur un indicateur « unité d'accompagnement » expérimenté sous diverses formes sont intéressantes et méritent d'être poursuivies.

[16] La méthode AIRE par la prise en compte du temps passé après de la personne, répond à l'enjeu d'appréciation de l'intensité d'accompagnement ; cependant la méthode ne distingue pas le type de prestations (directe, indirecte), ce qui peut manquer en termes d'analyse de l'offre territoriale et de politique publique (mission appui-ressource pour faire monter en compétence le droit commun) et se fonde sur des paliers qui pourraient être rediscutés au cours de l'expérimentation (exemple : 1h ou 8h d'accompagnement hebdomadaire sont considérés comme équivalents c'est dire avec une même cotation, ou encore cotation pour une personne accompagnée 5 nuits).

[17] Une définition des prestations prises en compte pour la mesure des unités d'accompagnements, qu'elles soient basées sur les prestations elles-mêmes ou la notion de temps d'accompagnement, paraît nécessaire au regard d'une offre modulaire et diversifiée :

- Les prestations directes
  - o Considérer aussi bien les prestations en face à face que les prestations hors face à face comme des prestations directes pour la personne accompagnée (à terme une partie de l'activité des PCPE devrait être intégrée dans cette mesure) ;
  - o Intégrer, mais de manière distincte, les prestations y compris au bénéfice de personnes non admises dans la file active ;
  - o Intégrer au sein des prestations directes hors face à face les prestations de coordination de parcours, et pas uniquement de coordination renforcée (à terme une partie de l'activité des PCPE pourrait être intégrée dans cette mesure).
- Les prestations indirectes :
  - o Définir précisément les prestations indirectes autre que l'hébergement à mesurer (ex : les réunions partenariales pour le territoire qui ne sont ni un acte direct hors face à face sur la situation d'une personne accueillie, ni une fonction ressources en tant que telle).
- Les prestations liées à la fonction ressource qui peuvent être des prestations directes ou indirectes selon leur cible :
  - o Les prestations sont indirectes lorsqu'elles ont pour objectif de favoriser des environnements capacitant non liées à une personne accompagnée (l'activité des EMASco pourrait être intégrée à terme dans cette mesure)
  - o Les prestations sont directes lorsqu'elles consistent à appuyer un tiers pour l'accompagnement d'une personne (personne qui peut alors être comptabilisée dans la file active selon le guide de la CNSA).

S'agissant de cette fonction ressource, il serait d'ailleurs intéressant de conduire une étude spécifique sur le transfert de compétence opéré, puisqu'aujourd'hui la recherche d'inclusivité et de suppression des obstacles environnementaux créant le handicap est un enjeu majeur.

[18] Par ailleurs, la prise en compte de la complexité des situations par un coefficient multiplicateur paraît également pertinente à la mission. Cependant, l'expérimentation AIRE ne semble le faire que pour un accompagnement à temps complet ; cette complexité mériterait d'être reconnue quelle que soit la modalité et le temps d'accompagnement et être révisable régulièrement comme le propose l'expérimentation de l'ARS Ile-de-France.

[19] De plus, à des fins de suivi et de modélisation dans le cadre des discussions tarifaires, il pourrait être important d'étudier la possibilité d'identifier la part d'accompagnement liées aux activités individualisées en milieu ordinaire (temps de transport et encadrement de 1 pour 1 de fait).

[20] Enfin, en termes d'outillage, le processus de mesure d'activité doit reposer sur le dossier usager informatisé dont le déploiement doit se poursuivre en ce sens. En effet, l'enjeu de simplification pour les ESSMS est majeur et les ressaisies doivent être impérativement limitées. Par ailleurs, ces éléments seront indispensables pour poursuivre la réflexion sur la tarification au plus près des accompagnements réalisés.



# ANNEXE 10 : APPUI A LA TRANSFORMATION

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

[2] La transformation de l'offre médico-sociale des ESSMS PSH nécessite de mobiliser des compétences au sein même des établissements. Il en est de même au niveau des ARS et à l'échelle nationale pour que l'accompagnement de ces derniers soit le plus efficace possible.

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

[4] Un fonds d'appui à la transformation des établissements et services pour personnes en situation de handicap pour la période 2024-2030, dont la première enveloppe 2024-2027 est connue à hauteur de 250 millions d'euros, a été mis en place en 2024. En cours de mission, une instruction<sup>19</sup> est venue préciser les modalités de mobilisation du fonds (cf. annexe répartition des crédits du Fonds) :

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

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

[5] Aux côtés de la CNSA en ce qui concerne le secteur médico-social, l'ANAP a dans ses missions l'appui aux établissements médico-sociaux<sup>20</sup>.

[6] En effet, « l'ANAP a pour objet d'aider les établissements de santé et les établissements et services médico-sociaux à améliorer le service rendu aux patients et aux usagers, en élaborant et en diffusant des recommandations et des outils dont elle assure le suivi et la mise en œuvre, leur permettant de moderniser leur gestion, d'optimiser leur patrimoine immobilier et de suivre et d'accroître leur performance, afin de maîtriser leurs dépenses.

A ce titre, l'ANAP assure notamment les missions suivantes :

<sup>19</sup> Instruction n° DGCS/SD5DIR/CNSA/DAPO/2024/104 du 8 juillet 2024 relative à la création d'un Fonds d'appui à la transformation des établissements et services pour personnes en situation de handicap pour la période 2024-2027

<sup>20</sup> Arrêté du 16 octobre 2009 portant approbation de la convention constitutive du groupement d'intérêt public « Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux »

1. Conception et diffusion d'outils et de services permettant aux établissements de santé et médico-sociaux d'améliorer leur performance et, en particulier, la qualité de leur service aux patients et aux personnes ;
2. Appui et accompagnement des établissements, notamment dans le cadre de missions réorganisation interne, de redressement, de gestion immobilière ou de projets de recompositions hospitalières ou médico-sociales ;
3. Evaluation, audit et expertise des projets hospitaliers ou médico-sociaux, notamment dans le domaine immobilier et des systèmes d'information ;
4. Pilotage et conduite d'audits sur la performance des établissements de santé et médico-sociaux ;
5. Appui aux agences régionales de santé dans leur mission de pilotage opérationnel et d'amélioration de la performance des établissements ;
6. Appui de l'administration centrale dans sa mission de pilotage stratégique de l'offre de soins et médico-sociale ».

[7] Dans le cadre de son contrat d'objectifs et de performance (COP) 2022-2026<sup>21</sup>, l'appui à la transformation de l'offre médico-sociale a été positionné en tant qu'axe stratégique, le rapport IGAS d'évaluation du COP 2018-2020<sup>22</sup> ayant reconnu le rôle réel et pertinent de l'ANAP en termes de mobilisation des acteurs pour porter la transformation publique dans le champ sanitaire et médico-social pour un coût global raisonnable et ayant recommandé d'« amplifier l'engagement de l'ANAP dans la transformation de l'offre médico-sociale au regard des enjeux de ce secteur pour les années à venir ».

[8] Dans le champ spécifique du handicap, une première publication a été réalisée en 2019 sur les plateformes de services coordonnés, une série de webinaires a été réalisée sur le thème de la « transformation de l'offre de service » et des supports sur des points clés de la transformation comme la fonction ressources ou les coopérations ont été diffusés.

[9] La feuille de route ANAP-CNSA 2024-2025 poursuit plusieurs objectifs :

- Outiller pour faciliter le diagnostic territorial et l'élaboration de la programmation de l'offre par les ARS ;
- Alimenter les ARS et les CD sur leur réflexion sur la transformation ;
- Outiller et soutenir les OG et les ESSMS dans le cadre de leur projet de transformation ;
- Contribuer à l'évolution du management et des pratiques professionnelles (notamment aux nouveaux métiers) ;
- Soutenir l'élaboration des projets immobiliers.

[10] L'ANAP a par ailleurs la charge de l'animation du réseau des conseillers en transition écologique et énergétique en santé (CTEES) afin de les faire monter en compétence, partager leur expérience, faire une veille réglementaire et coconstruire les outils de l'ANAP, thématique qui croise donc celle des enjeux de transformation par l'immobilier.

[11] La mission propose donc de confirmer l'ANAP dans ses missions d'appui à la transformation de l'offre du secteur, notamment :

---

<sup>21</sup> COP 2022-2026, mesure 1.1.2 amplifier les actions en faveur de la transformation de l'offre médico-sociale.

<sup>22</sup> Rapport IGAS d'évaluation du COP 2018-2020, Christian DUBOSQ Martial METTENDORFF Jacques-Bertrand de REBOUL, décembre 2021.



- à travers l'animation des réseaux ARS et CD par des webinaires et supports dédiés à la transformation de l'offre ;
- à travers l'appui aux ESSMS par la production de supports, l'animation de webinaires et de communautés de pratiques et des analyses de terrain pour enrichir ces supports.

[12] Concernant l'outillage des autorités de tarification, la mission a pu constater que les agents des directions de l'autonomie en ARS (siège et DD) ou en CD ne sont pas tous à l'aise avec les enjeux de la transformation de l'offre (modularité des parcours, démarche d'autodétermination...), connaissent inégalement la nomenclature de 2017 ou les marges de manœuvre ouvertes par la réglementation (comme les dispositions de la loi 3Ds<sup>23</sup>) ou ne les utilisent pas du fait d'outils de suivi et de tarification peu compatibles (ex : autoriser un ESSMS en « toute modalité d'accueil et d'accompagnement » avec une capacité globale lorsque pour déterminer la dotation ou remplir les outils de suivi, il faut exprimer un nombre de places par modalité d'accompagnement). Une montée en compétence par l'animation de la DGCS et de la CNSA (le cas échéant par l'intermédiaire d'un partenaire externe) d'une part et de l'ANAP d'autre part est donc nécessaire.

[13] Concernant l'outillage des ESSMS, la mission recommande de prioriser :

- La transformation des ESSMS « employeurs » : conduite de projet, enjeux RH dont nouveaux métiers comme le coordonnateur de parcours, nouveaux organigrammes... ;
- La méthode de construction du projet de transformation avec les personnes accompagnées, professionnels et partenaires du territoire : diagnostic, mesure d'impact social..., en particulier outiller les ESSMS pour un diagnostic comprenant la réévaluation de leur file active et leur liste d'attente avec l'appui d'assistants aux parcours et projet de vie ou autres facilitateurs pour la demande des PSH et appui des partenaires locaux (Centres de ressources, autres ESSMS) pour l'évaluation des besoins ;
- Les problématiques organisationnelles identifiées (exemple : organiser l'accueil temporaire ou séquentiel pour garantir une bonne utilisation des places d'hébergement au regard des besoins, y compris par partenariat entre ESSMS) ;
- La problématique immobilière (localisation et projet architectural adapté), en partant d'un diagnostic prenant en compte les données du tableau de bord de la performance administré par l'ATIH (identification des sites et des bâtiments, date de construction ou de dernière grosse rénovation, accessibilité et sécurité des bâtiments, nature du droit d'occupation, superficies bâtementaires et foncières, taux de vétusté des constructions).

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

[15] Cette compétence d'appui est cependant à bien articuler avec la CNSA et l'ANCREAI pour éviter des travaux concomitants non coordonnés. Une convention de partenariat CNSA, ANCREAI et ANAP pourrait permettre de clarifier les missions de chacun quant à la transformation de l'offre, en donnant à l'ANCREAI un rôle d'assembler et de diffuseur des travaux locaux des CREAI, de déploiement de projets tels que START<sup>24</sup> comme prévu par les conventions DGCS-CNSA-ANCREAI et d'alimentation de l'ANAP par ces travaux.

---

<sup>23</sup> Loi du 21 février 2022 relative à la différenciation, la décentralisation, la déconcentration et portant diverses mesures de simplification de l'action publique locale : suppression de toutes restrictions liées à la gravité du handicap et aux troubles associés dans toutes les autorisations et élargissement à 20 ans de toutes les limites d'âge supérieures comprises entre 16 et 20 ans dans les établissements pour enfants dans les autorisations

<sup>24</sup> START : dispositif de formation et de promotion de communautés de pratiques professionnelles dans le champ des Troubles du Neuro-Développement (TND)

[16] Au-delà de l’outillage général de la transformation, l’appui de proximité en collectif peut également être porté par l’ANAP. Le GIP a estimé les moyens nécessaires à un appui de proximité en collectif pour la conduite de projets de transformation à hauteur de 200 000 à 500 000 euros par an selon l’internalisation de la mission ou sa délégation à un prestataire (problématique du plafond d’emploi de l’ANAP). En comptant sur le transfert de compétences entre ESSMS d’un même OG, cet accompagnement peut être réalisé sur 3 ans.

[17] Par ailleurs, l’accompagnement des gestionnaires en collectif sur le terrain par d’autres acteurs nationaux peut également se poser pour une montée en compétence harmonisée sur des thèmes précis. Le fonds d’appui à la transformation prévoit une enveloppe de 6 millions pour cet appui national (2 millions par an).

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

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

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

[20] D’après l’enquête activité menée chaque année, les ressources des ARS pour piloter l’offre médico-sociale PSH sont de 553,88 ETP avec, de l’avis de tous les interlocuteurs de la mission, une concentration de l’activité sur la tarification et contractualisation qui limite la possibilité d’accompagner dans la durée, comme les ARS le souhaiteraient, les projets de transformation.

Tableau 18 : Effectifs des ARS

Domaine	Types activités	Total ARS
<b>Médico-social PH</b>	Management et secrétariat (PH)	<b>81,58</b>
	<b>Actions sur l'orga et fonctionnement (PH)</b>	<b>96,65</b>
	Actions sur le financement des activités (PH)	<b>188,97</b>
	Actions sur la qualité et sécurité (PH)	<b>93,66</b>
	Contractualisation (PH)	<b>80,46</b>
	Actions de mise en œuvre de la GDR (PH)	<b>3,15</b>
	Actions sur les usagers (PH)	<b>3,52</b>
	Covid-19 (PH)	<b>5,89</b>
	<b>Total PH</b>	<b>553,88</b>

Source : SI SIPERFCUBE/Données enquête activité 2022

Tableau 19 : Rapport ETP/ESSMS

<b>Nbre ETP</b>	553,88
<b>Nombre ESSMS compétence ARS*</b>	8879
<b>Ratio ETP pour 1 ESSMS</b>	0,06
<b>Nbre ESSMS pour 1 ETP</b>	16,03054791

\*compétence ARS exclusive ou partagée

Source : Mission d'après SI SIPERFCUBE/Données enquête activité 2022 et FINESS 2024

[21] La CNSA, à travers le fonds d'appui à la transformation, a d'ores et déjà prévu pour 2025, 2026 et 2027 2,5 millions par an pour les ARS pour des renforts en ingénierie (ETP) par appel à projets.

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

[23] Sur les enjeux spécifiques des investissements immobiliers, le rapport IGAS sur la transition énergétique des établissements de santé et médico-sociaux<sup>25</sup> indiquait que la compétence sur les investissements immobiliers s'était renforcée en ARS avec le recrutement d'ingénieurs et d'architectes parfois mobilisés sur les questions environnementales et énergétiques. Dans l'enquête faite par la mission IGAS auprès des ARS pour le rapport précité, parmi les renforts Ségur sous plafond mais temporaires, 37,5 ETP ont été recrutés sur les investissements immobiliers. Cette expertise doit pouvoir venir au soutien de l'analyse des projets d'investissement immobiliers liés à la transformation de l'offre, même si non financés au titre du Ségur investissement. La compétence d'ingénieurs ou architectes doit, selon la mission, devenir une ressource pérenne des ARS au vu de tous les chantiers des secteurs sanitaires (ES en particulier) et médico-sociaux (PA/PSH/PDS) dans un contexte double d'évolution générale de l'offre « au plus près, dans la cité » et de transition écologique.

[24] Par ailleurs, au niveau des établissements, disposer d'appuis pour mener leur transformation est nécessaire pour un déploiement plus structurel de la démarche de transformation.

[25] Au-delà du rôle de l'ANAP vu plus haut, l'appui de proximité aux ESSMS est nécessaire pour accélérer la dynamique de transformation, de manière renforcée pour des organismes gestionnaires de petite taille qui ont besoin de soutien.

[26] Les ARS ont besoin de s'appuyer pour cela sur des structures externes pour accompagner la transformation de l'offre en proximité (niveau régional pour les enjeux de sensibilisation/formation, niveau plus local en intervention technique auprès des ESSMS en

<sup>25</sup> Rapport IGAS de Stéphane MULLIEZ et Thierry PAUX « Transition énergétique des établissements sanitaires et médico-sociaux et impact du Ségur de l'investissement sur ces enjeux », juillet 2024

besoin). Elles ont commencé à le faire, selon des modalités plus ou moins structurées, auprès de différents organismes dont les centres régionaux d'études, d'actions et d'informations (CREAI) en faveur des personnes en situation de vulnérabilité. La circulaire de 2017 sur la transformation de l'offre<sup>26</sup> puis la circulaire précitée sur le fond d'appui à la transformation a d'ailleurs cité les CREAI comme pouvant utilement contribuer aux évolutions de l'offre médico-sociale.

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

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

[29] Par ailleurs, ces organismes d'appui pourraient utilement repérer les innovations locales et participer à leur « transfert » sur d'autres territoires. En effet, comme le rapport de la FIRAH<sup>27</sup> le souligne, la clé pour augmenter l'impact des innovations et accélérer la transformation, dans un souci d'égalité des chances, est le transfert. Aujourd'hui, il y a encore trop peu d'échanges entre régions (offre sous compétence ARS) ou entre départements (offre sous compétence des conseils départementaux) sur les projets ayant abouti.

[30] Le fonds d'appui à la transformation précité a fléchi une sous enveloppe dédiée de 6,5 millions en 2024 et 7 millions en 2026 pour le recours à des prestations intellectuelles (cf. annexe Crédits du fonds d'investissement).

## 2. Focus - Outiller les stratégies immobilières

[31] S'agissant de l'investissement pour les projets immobiliers, Jean-René Loubat<sup>28</sup> décrivait ainsi la problématique : *« Sur le plan économique, la question du patrimoine immobilier, peu abordée, représente un frein très important à tout processus inclusif. Nombre d'opérateurs possèdent en effet des patrimoines immobiliers conséquents, issus largement de dons, le plus souvent encombrants, constitués de bâtiments anciens, peu fonctionnels et mal situés (châteaux, castels, maisons bourgeoises, anciens couvents, séminaires ou écoles), dont les coûts de maintenance et de mise aux normes sont exorbitants et proportionnels au désintérêt commercial qu'ils suscitent... Quant aux bâtiments plus récents, ils ont été construits sur mesure pour une certaine conception de la vie collective et s'avèrent parfois peu réutilisables pour un autre usage.*

<sup>26</sup> Circulaire n° DGCS/3B/2017/148 du 2 mai 2017 relative à la transformation de l'offre d'accompagnement des personnes handicapées dans le cadre de la démarche « une réponse accompagnée pour tous », de la stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre médico-sociale (2017-

2021) et de la mise en œuvre des décisions du CIH du 2 décembre 2016

<sup>27</sup> Rapport FIRAH – Recherche appliquée sur le handicap - « Le transfert des innovations dans le domaine du handicap », coordination par Eléonore SEGARD, 2022

<sup>28</sup> Jean-René LOUBAT dans « La « transformation de l'offre médico-sociale » : des intentions aux pratiques », Vie sociale 2023/3 (N°43)

*Après avoir beaucoup investi dans leur adaptation aux normes, il est évidemment difficile de programmer la démolition de tous ces bâtis... ».*

[32] Le rapport IGAS de 2021<sup>29</sup> avait déjà recommandé de « mettre en œuvre, avec l'appui de la CNSA, une politique incitative de transformation patrimoniale pour les établissements particulièrement isolées, avec des subventions d'investissement. »

[33] En effet, pour les établissements situés sur des communes hors influence des pôles urbains (qui représentaient 68 ESSMS pour enfants et 367 ESSMS pour adultes selon les estimations de la mission dans ce rapport), plusieurs facteurs obèrent la capacité de mener à bien un projet de transformation : éloignement des familles trop important pour un accueil modulaire, séquentiel ou temporaire, renforcement de la problématique d'attractivité pour des professionnels, temps de déplacement pour une intervention en milieu ordinaire trop long pour les professionnels....

[34] Mais au-delà, la problématique des établissements géographiquement bien situés mais non adaptés est toute aussi prégnante.

[35] Ainsi, concevoir des projets immobiliers adaptés aux enjeux de transformation (locaux tournés vers l'extérieur et pour une inclusion inversée, renforcement du « chez soi », base arrière des interventions en milieu ordinaire...) est un enjeu important pour ancrer la transformation dans une réalité quotidienne.

[36] Pour les projets immobiliers et les stratégies d'investissements associées, y compris pour les enjeux de transition écologique, la mobilisation de compétences à l'échelle des établissements doit pouvoir s'effectuer dans un cadre mutualisé, notamment pour les organismes gestionnaires les moins dimensionnés en termes de service immobilier, par exemple par la voie du GCSMS, GCSMS support ou GCSMS délégataire des autorisations.

[37] S'agissant du financement de l'investissement, les ESSMS PSH n'ont pas, en tant que tels, bénéficié des crédits d'investissement SEGUR (réservé aux établissements sanitaires et aux ESSMS du champ personnes âgées). Dans le cadre de la COG CNSA, 30 millions par an étaient prévus au titre du plan d'aide à l'investissement PH à côté des crédits non reconductibles attribués chaque année par les ARS aux ESSMS (sur leur dotation régionale limitative) qui, pour l'année 2023, s'élevaient à près de 140 millions d'euros.

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

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

---

<sup>29</sup> Rapport IGAS Nicole BOHIC et Franck LE MORVAN « Mieux répondre aux attentes des personnes en situation de handicap – des outils pour la transformation des établissements et service sociaux et médico-sociaux », mai 2021

La mission relève d'ailleurs que l'instruction ayant été publiée en juillet 2024, la production de projets par les ESSMS et leur analyse par les ARS vont être, de fait, limités. La priorisation devrait donc se faire sur des projets déjà examinés avec l'enjeu de commencer au plus tôt l'examen de projets nouveaux en vue de la délégation 2025.

# ANNEXE 11 : EXPERIMENTATION « FACILISOINS »

**FACILISOINS**

**Mettre en place un nouveau modèle de financement et d'organisation de la prévention et des soins pour les personnes en situation de handicap (enfants et adultes) accueillies en établissement médico-social, afin de leur garantir un parcours de santé inclusif et coordonné, qui mobilise au mieux les ressources en santé du territoire, en particulier les soins de ville**

**Porteur du projet :**  
Ministère chargé de la Santé

**Partenaires :**  
20 établissements médico-sociaux accueillant des personnes en situation de handicap, à l'issue de l'appel à candidature

AUVERGNE-RHÔNE-ALPES,  
BOURGOGNE-FRANCHE-COMTÉ  
BRETAGNE, HAUTS-DE-FRANCE,  
ÎLE-DE-FRANCE, NORMANDIE,  
NOUVELLE-AQUITAINE, OCCITANIE,  
PAYS DE LA LOIRE

Durée :  
2 ans

Fonds pour l'innovation du  
système de santé (FISS) :  
1.000 K€

Enfants et adultes  
en situation de handicap  
accueillis en établissement  
médico-social

JOURNAL  
OFFICIEL

Publié au  
Journal officiel  
du 21/04/2021  
et modifié le 22/07/2022

CODE  
DE LA  
SÉCURITÉ  
SOCIALE

Financement substitutif  
et complémentaire :  
droit commun pour  
les soins de ville et  
les produits de santé

Art.  
51  
Innovation  
En Santé



# 1 Le principe des dépenses de soins intégrées dans la dotation des ESSMS constitue un frein dans l'accès à la santé

## 1.1 Les difficultés liées à l'intégration de toutes les dépenses de soins dans la dotation des ESSMS

### 1.1.1 Les soins sur le budget de l'ESSMS sans modulation

[1] Le budget des établissements médico-sociaux pour les personnes en situation de handicap financés ou co-financés par l'assurance maladie (compétence ARS ou ARS/CD) couvre les soins et les activités de réadaptation dispensées par l'établissement ainsi que le financement des soins de ville (consultation, laboratoire, imagerie) et des médicaments et dispositifs médicaux.

[2] Le rapport IGAS de 202130 indiquait déjà : « *Les soins qui sont habituellement remboursés par l'assurance maladie en libéral ne peuvent être pris en charge par l'assurance maladie lorsque la personne bénéficie d'un accueil ou d'un accompagnement par un ESSMS. Cette situation est fréquente notamment pour les enfants qui sont alternativement en établissement et dans leur famille. (...)* ».

[3] Il est certes possible, pour un ESSMS, lorsqu'il ne dispose pas de moyens adaptés pour répondre à l'ensemble des sollicitations dont il fait l'objet – de manière structurelle ou conjoncturelle (un pic d'activité, pathologie particulière...) – d'accompagner une personne sans pour autant pouvoir lui fournir une prise en charge globale prévue dans le cadre de son autorisation. Les soins complémentaires de la personne sont alors soumis à accord préalable de l'Assurance maladie comme le prévoit l'article R314-122 du CASF.

[4] Or le budget n'est pas construit en fonction des besoins propres de chaque personne accompagnée. Ceci a pour conséquence un recours privilégié à l'hôpital public et non aux soins de ville mais pas uniquement.

[5] Le rapport de Philippe De Normandie et Stéphanie Talbot<sup>31</sup> soulevait que la réglementation entraînait donc « *des effets pervers, non seulement pour les personnes elles-mêmes, mais aussi pour l'ensemble du système de soins : refus d'admission, limitation voire refus de sortie temporaire de l'établissement médico-social, limitation de la prévention et des soins.* »

[6] Le rapport IGAS réitérait sur ce point : « Les PSH devraient pouvoir accéder aux soins qui leur sont prescrits qu'ils soient délivrés au sein d'ESSMS, par des professionnels libéraux ou par les deux. »

### 1.1.2 Des difficultés accrues dans un parcours modulaire

[7] Le principe même du parcours modulaire est de rendre possible d'être « dedans puis dehors », « dehors puis dedans » ou « dedans et dehors », selon les besoins et les aspirations, par nature évolutifs. Les personnes en situation de handicap seront, de plus en plus, à la fois en ESSMS

<sup>30</sup> Rapport IGAS de Nicole BOHIC et Franck LE MORVAN, « Mieux répondre aux attentes des personnes en situation de handicap – des outils pour la transformation des établissements et service sociaux et médico-sociaux », mai 2021

<sup>31</sup> « Améliorer l'accès aux soins des personnes en situation de handicap accompagnées par un établissement ou service médico-social : ne pas avoir à choisir entre être accompagné et être soigné », Philippe De Normandie, Stéphanie Talbot, octobre 2019



et à domicile, qu'il s'agisse de week-end ou de vacances, d'accueil séquentiel ou d'accueil temporaire en ESSMS. Les difficultés évoquées dans plusieurs rapports ne peuvent donc que s'accroître.

## **2 L'expérimentation FACILISOINS (article 51) vise à fluidifier l'accès aux soins des personnes en situation de handicap accompagnées par un établissement ou service médico-social.**

### **2.1 Une expérimentation portée au titre de l'article 51 vient tester un nouveau modèle**

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

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

[10] Dans le cadre de cette expérimentation, les missions de réadaptation, d'accompagnement du parcours de santé (coordination) et de prévention restaient pris en charge sur le budget de l'établissement dénommé « forfait santé ». Nombre de professionnels de la rééducation et de la réadaptation fonctionnelle ne figurent en effet pas parmi les professions conventionnées avec l'assurance maladie, empêchant la prise en charge financière en ville. Le montant de ce forfait est alors négocié entre l'établissement, l'ARS et la CPAM locales et inscrit dans un document de contractualisation tripartite.

[11] Ainsi, le modèle de financement proposé repose à la fois sur :

- La dotation habituelle de l'établissement allouée par l'ARS au titre de l'OGD (via l'ONDAM médico-social) qui permet de financer les missions propres de l'établissement, élargie à ses missions spécifiques de suivi du parcours de santé de la personne ;
- Le financement des soins de ville, y compris de la pharmacie, par le droit commun dans le cadre de l'ONDAM soins de ville.

[12] Avec ce nouveau modèle il était attendu des ESSMS de renforcer la coordination des soins (dont l'accès à la prévention).

## 2.2 Vingt ESSMS sont engagés dans l'expérimentation

[13] 20 ESSMS sur 9 régions au départ puis, suite à désistement, 15 ESSMS sur 6 régions se sont engagés dans cette expérimentation, les ESSMS sélectionnés devant avoir une variété de modalités d'accompagnement pour pouvoir mesurer l'impact de cette réforme de financement de la partie « maladie ».

Tableau 20 : ESSMS participant à l'expérimentation

Région	Organisme gestionnaire	ESSMS	Commune et département	Capacité FINESS	Date de signature de la convention
Pays de la Loire	VYV3 PDL	FAM Horizons	ST HERBLAIN (44)	15	16/11/2022
	VYV3 PDL	MAS Horizons	ST HERBLAIN (44)	26	16/11/2022
Occitanie Territoire de pré-expérimentation	ASEI	FAM Les Hauts de Laurède	CINTEGABELLE (31)	42	22/11/2022
	ASEI	MAS jean de la Fontaine site de Brax	BRAX (31)	32	22/11/2022
	Fondation Louise	MAS Françoise de Veyrinas	GRATENTOUR (31)	51	30/11/2022
Ile-de-France	UNAPEI 92	FAM de Billancourt	BOULOGNE BILLANCOURT (92)	39	17/11/2023
Bretagne	APF	EAM Kerdonis	VANNES (56)	25	25/01/2023
	GCSMS APAJH 22/29/35	IME Dame F. HUON	QUIMPERLE (29)	105	15/12/2022
Bourgogne Franche Comté	UGECAM BFC	EAM Les Boisseaux	MONETEAU (89)	49	03/10/2023
	UGECAM BFC	DITEP de Côte d'Or	DIJON (21)	142	03/10/2023
	UGECAM BFC	IME Les cent Tilleuls	MONTAIGU (39)	80	03/10/2023
	UGECAM BFC	EAM Charnay	CHARNAY-LES-MACON (71)	60	28/09/2023
	UGECAM BFC	IME René Nauroy	NOIDANS LES VESOUL (70)	49	26/09/2023
	UGECAM BFC	IME de Villeneuve	ESSEY (21)	46	03/10/2023
Auvergne Rhône Alpes	Espoir 73	EAM Chardon bleu	ALBERVILLE (73)	16	15/09/2023
<b>TOTAL des capacités</b>				<b>777</b>	

Source : DGCS 2024

### 3 De l'impossibilité de conclure

[14] La mission a pu consulter l'évaluation du T0 faite en première partie d'expérimentation et deux bilans d'étape de cette expérimentation dont le dernier datant d'août 2024, documents insuffisants pour apprécier la conduite de l'expérimentation et porter un avis précis.

#### 3.1 Difficultés rencontrées pendant l'expérimentation

[15] Si des difficultés liées à l'engagement des ESSMS dans cette démarche (dialogue irrégulier, désistements, turn-over) ont été signalées par les acteurs, l'expérimentation s'est heurtée à deux difficultés techniques majeures relevées dans les trois documents :

- Les difficultés de consolider un T0 du point de vue financier, c'est-à-dire d'estimer les montants par postes de dépenses de chaque ESSMS expérimentateurs (données déclaratives, incomplètes ou avec atypies significatives) ;
- Le manque de lisibilité du cadre budgétaire retenu : la distinction entre ce qui reste financé par la dotation au titre du « forfait santé » et ce qui relève dorénavant de l'ONDAM ville ou sanitaire, par utilisation de la carte vitale de la personne concernée.

[16] Les échanges de la DGCS avec les expérimentateurs ont fait remonter par ailleurs des difficultés qui sont en tant que telles des objets des travaux pour favoriser la démarche inclusive et la facilitation de la vie en milieu ordinaire :

- Le reste à charge des soins liés au handicap ;
- La question des transports ;
- Les modalités d'aides mises en place pour faciliter l'accès à la télémédecine et à la télé expertise mais aussi l'adaptation de ces nouvelles modalités pour des personnes en situation de handicap ;
- Des pistes pour faire évoluer les fonctions de l'IDE particulièrement positionné en matière de coordination du parcours santé de chaque résident ou usager ;
- La stratégie numérique et l'ouverture de « mon espace santé ».

#### 3.2 Une expérimentation réorientée

[17] A l'été 2023, l'expérimentation a été réorientée à la demande du ministère de la santé et des solidarités sur l'aspect qualitatif pour évaluer les organisations innovantes susceptibles d'être mises en place par les ESSMS expérimentateurs sur leur cœur de missions pour construire un parcours de prévention et de santé des personnes en situation de handicap accompagnées en ESSMS.

[18] L'absence de clarification des règles financières et du cadre définitif de l'expérimentation n'a donc pas permis de conduire l'expérimentation pour répondre à son objectif initial, laissant toujours d'actualité la problématique que constitue le principe d'interdiction de la double prise en charge (ESSMS et ville), dans un contexte de modularité des parcours et où les dotations des

ESSMS ne sont pas encore corrélées à l'intensité des besoins de chacune des personnes accompagnées.

L'expérimentation s'est achevée en juillet 2024. La DGCS a indiqué à la mission qu'aucune évaluation finale n'est prévue par le ministère. Un atelier dit de « capitalisation » de l'expérimentation » a été tenu en octobre 2024 soulignant l'intérêt de l'expérimentation pour remettre au centre la question du parcours de santé et ouvrant des pistes pour retravailler le sujet du financement.

# PIECE JOINTE n°1 : LA NOMENCLATURE DETAILLÉE DES BESOINS ET PRESTATIONS

Le travail mené sur la nomenclature SERAFIN-PH a permis de fonder un socle commun de langage, à la fois pour les besoins des personnes en situation de handicap et pour les prestations que les ESSMS peuvent être amenées à délivrer.

## Nomenclature des besoins

1.1 et 1.1.1 - Besoins en matière de <b>santé</b> somatique ou psychique	1.3 - Besoins pour la <b>participation sociale</b>	
1.1.1.1 - Besoins en matière de fonctions mentales, psychiques, cognitives et du système nerveux	1.3.1 – Besoins pour accéder aux droits et à la citoyenneté	1.3.3 – Besoins pour l’insertion sociale et professionnelle et pour exercer ses rôles sociaux
1.1.1.2 - Besoins en matière de fonctions sensorielles	1.3.1.1 - Besoins pour accéder aux droits et à la citoyenneté	1.3.3.1 - Besoins en lien avec la vie scolaire et étudiante
1.1.1.3 - Besoins en matière de douleur	1.3.2 – Besoins pour vivre dans un logement et accomplir les activités domestiques	1.3.3.2 - Besoins en lien avec le travail et l’emploi
1.1.1.4 - Besoins relatifs à la voix, à la parole et à l’appareil bucco-dentaire	1.3.2.1 - Besoins pour vivre dans un logement	1.3.3.3 - Besoins transversaux en matière d’apprentissages
1.1.1.5 - Besoins en matière de fonctions cardio-vasculaire, hématopoïétique, immunitaire et respiratoire	1.3.2.2 - Besoins pour accomplir les activités domestiques	1.3.3.4 - Besoins pour la vie familiale, la parentalité, la vie affective et sexuelle
1.1.1.6 - Besoins en matière de fonctions digestive, métabolique, endocrinienne	1.3.4 – Besoins pour participer à la vie sociale et se déplacer avec un moyen de transport	1.3.3.5 - Besoins pour apprendre à être pair-aidant
1.1.1.7 - Besoins en matière de fonctions génito-urinaires et reproductives	1.3.4.1 - Besoins pour participer à la vie sociale	1.3.5 – Besoins en matière de ressources et d’autosuffisance économique
1.1.1.8 - Besoins en matière de fonctions locomotrices	1.3.4.2 - Besoins pour se déplacer avec un moyen de transport	1.3.5.1 - Besoins en matière de ressources et d’autosuffisance économique
1.1.1.9 - Besoins relatifs à la peau et aux structures associées		
1.1.1.10 - Besoins pour entretenir et prendre soin de sa santé		
1.2 et 1.2.1 - Besoins en matière d’ <b>autonomie</b>		
1.2.1.1 - Besoins en lien avec l’entretien personnel		
1.2.1.2 - Besoins en lien avec les relations et les interactions avec autrui		
1.2.1.3 - Besoins pour la mobilité		
1.2.1.4 - Besoins pour prendre des décisions adaptées et pour la sécurité		

Source : *Guide descriptif des nomenclatures détaillées des besoins et des prestations SERAPHIN-PH*



## Nomenclature des prestations: soins et accompagnements

2.3 - Prestations pour la participation sociale			2.1 – Prestations de soins, de maintien et de développement des capacités fonctionnelles	
<p><b>2.3.1 – Accompagnements pour exercer ses droits</b></p> <p>2.3.1.1 – Accompagnements à l'expression du projet personnel</p> <p>2.3.1.2 – Accompagnements à l'exercice des droits et libertés</p>	<p><b>2.3.2 – Accompagnements au logement</b></p> <p>2.3.2.1 – Accompagnements pour vivre dans un logement</p> <p>2.3.2.2 – Accompagnements pour accomplir les activités domestiques</p>	<p><b>2.3.3 – Accompagnements pour exercer ses rôles sociaux</b></p> <p>2.3.3.1 – Accompagnements pour mener sa vie d'élève, d'étudiant ou d'apprenti</p> <p>2.3.3.2 – Accompagnements pour préparer sa vie professionnelle</p>	<p><b>2.1.1 - Soins somatiques et psychiques</b></p> <p>2.1.1.1 - Soins médicaux à visée préventive, curative et palliative</p> <p>2.1.1.2 Soins techniques et de surveillance infirmiers ou délégués</p> <p>2.1.1.3 – Prestations des psychologues</p> <p>2.1.1.4 - Prestations des pharmaciens et préparateurs en pharmacie</p>	
<p><b>2.3.4 – Accompagnements pour participer à la vie sociale</b></p> <p>2.3.4.1 – Accompagnements du lien avec les proches et le voisinage</p> <p>2.3.4.2 – Accompagnements pour la participation aux activités sociales et de loisirs</p> <p>2.3.4.3 – Accompagnements pour le développement de l'autonomie pour les déplacements</p>	<p><b>2.3.5 – Accompagnements en matière de ressources et d'autogestion</b></p> <p>2.3.5.1 – Accompagnements pour l'ouverture des droits</p> <p>2.3.5.2 – Accompagnements pour l'autonomie de la personne dans la gestion des ressources</p> <p>2.3.5.3 – Informations, conseils et mise en œuvre des mesures de protections des adultes</p>	<p>2.3.3.3 – Accompagnements pour mener sa vie professionnelle</p> <p>2.3.3.4 – Accompagnements pour réaliser des activités de jour spécialisées</p> <p>2.3.3.5 – Accompagnements de la vie familiale, de la parentalité, de la vie affective et sexuelle</p> <p>2.3.3.6 – Accompagnements pour l'exercice des mandats électoraux, la représentation des pairs et la pair-aidance</p>		
<p><b>2.4 et 2.4.1 Prestation de coordination renforcée pour la cohérence du parcours</b></p>	<p><b>2.2 et 2.2.1 - Prestations en matière d'autonomie</b></p> <p>2.2.1.1 – Accompagnements pour les actes de la vie quotidienne</p> <p>2.2.1.2 – Accompagnements pour la communication et les relations avec autrui</p> <p>2.2.1.3 – Accompagnements pour prendre des décisions adaptées et pour la sécurité</p>			<p><b>2.1.2 - Rééducation et réadaptation fonctionnelle</b></p> <p>2.1.2.1 - Prestations des auxiliaires médicaux, des instructeurs en locomotion et avéjistés</p>

Source : *Guide descriptif des nomenclatures détaillées des besoins et des prestations*

## Nomenclature des prestations: pilotage et fonctions supports

3.1 - Fonctions gérer, manager, coopérer		3.2 - Fonctions logistiques	
3.1.1.1 - Pilotage et direction	3.1.2.1 - Gestion budgétaire, financière et comptable	3.2.1 - Locaux et autres ressources pour accueillir	3.2.2 - Fournir des repas
3.1.1.2 - Gestion des ressources humaines, de la GPEC et du dialogue social	3.1.2.2 - Gestion administrative	3.2.1.1 - Locaux et autres ressources pour héberger	3.2.2.1 - Fournir des repas
3.1.1 - Gestion des ressources humaines	3.1.2 - Gestion administrative, budgétaire, financière et comptable	3.2.1.2 - Locaux et autres ressources pour accueillir le jour	3.2.3 - Entretien le linge
3.1.4.1 - Démarche d'amélioration continue de la qualité	3.1.3.1 - Communication (interne et externe), statistiques, rapport annuel et document collectifs 2002-2	3.2.1.3 - Locaux et autres ressources pour réaliser des prestations de soins, de maintien et de développement des capacités fonctionnelles	3.2.3.1 - Entretien le linge
3.1.4.2 - Analyse des pratiques, espaces ressource et soutien au personnel	3.1.3.2 - Gestion des données des personnes accueillies, système d'information, informatique, TIC, archivage informatique des données, GED	3.2.1.4 - Locaux et autres ressources pour gérer manager, coopérer	3.2.4 - Transports liés au projet individuel
3.1.4.3 - Prestations de supervision	3.1.3 - Information et communication	3.2.1.5 - Hygiène, entretien, sécurité des locaux, espaces extérieurs	3.2.4.1 - Transports liés à accueillir (domicile-structure)
3.1.4 - Qualité et sécurité	3.1.6 - Transports liés à gérer, manager, coopérer		3.2.4.2 - Transports liés aux prestations de soins, de maintien et de développement des capacités fonctionnelles
3.1.5.1 - Coopérations, conventions avec les acteurs spécialisés et du droit commun			3.2.4.3 - Transports liés à l'autonomie et à la participation sociale
3.1.5.2 - Appui-ressources et partenariats institutionnels			3.2.5 - Transports des biens et matériels liés à la restauration et à l'entretien du linge
3.1.5 - Relations avec le territoire			

Source : *Guide descriptif des nomenclatures détaillées des besoins et des prestations*

## Pièce-jointe n°2 : Extrait de l'instruction Fonds d'appui à la transformation

Annexe 2 de l'instruction N° DGCS/SD5DIR/CNSA/DAPO/2024/104 du 8 juillet 2024 relative à la création d'un Fonds d'appui à la transformation des établissements et services pour personnes en situation de handicap pour la période 2024-2027

### ANNEXE 1 : montants prévisionnels pour 2024, 2025, 2026 et 2027

Chronique des autorisations d'engagement (AE) prévisionnelles du fond d'appui personnes handicapées (PH) pour 2024 à 2027, en millions d'euros.

		2024	2025	2026	2027	Total 2024-2027
		AE	AE	AE	AE	AE
<b>Appui aux coopérations et à l'ingénierie régionale</b>		6,5	2,5	9,5	2,5	<b>21</b>
<i>dont</i>	<i>Equivalent temps plein (ETP) par appel à projet (AAP) de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie(CNSA) au bénéfice des agences régionales de santé (ARS)</i>	0	2,5	2,5	2,5	<b>7,5</b>
	<i>crédits pour des prestations intellectuelles</i>	6,5	0	7	0	<b>13,5</b>
<b>Plan d'aide à l'investissement (PAI) numérique</b>		0	0	10	10	<b>20</b>
<b>PAI technique et technologique</b>		0	15	15	15	<b>45</b>
<b>PAI Immobilier</b>		27	33,5	43,5	43,5	<b>147,5</b>
<b>Appui national</b>		0	2	2	2	<b>6</b>
<b>PAI Habitat Inclusif (HI)</b>		0	3,5	3,5	3,5	<b>10,5</b>
<b>TOTAL</b>		<b>33,5</b>	<b>56,5</b>	<b>83,5</b>	<b>76,5</b>	<b>250</b>
<b>TOTAL délégué aux ARS</b>		<b>33,5</b>	<b>51</b>	<b>78</b>	<b>71</b>	<b>233,5</b>