



Mieux répondre aux attentes des personnes en situation de handicap

Des outils pour la transformation des établissements et services sociaux et médico-sociaux



Rapport

Nicoles BOHIC

Franck LE MORVAN

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

2021-010R
Mai 2021

SYNTHESE

Les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) dédiés aux personnes en situation de handicap (PSH) recouvrent un très large champ d'activités fortement structuré par un régime d'autorisation qui vaut en général à la fois autorisation de fonctionner dans un cadre réglementaire prédéfini, droit à financement et obligation de faire.

Ils ont été soumis à de fortes contraintes dans le cadre de la crise sanitaire du Covid-19, en particulier lors du premier confinement. Afin de leur permettre d'organiser la continuité de la réponse aux besoins des personnes, leur régime d'autorisation a fait l'objet **d'importantes mesures d'assouplissement, prévues par deux ordonnances**, prises successivement les 25 mars et 9 décembre 2020.

Par une lettre du 18 décembre 2020, la secrétaire d'Etat chargée des personnes handicapées a demandé à l'IGAS de capitaliser sur ces assouplissements et de proposer des évolutions juridiques **permettant de soutenir la transformation de l'offre, avec un objectif de réponse inconditionnelle territorialisée.**

Une segmentation excessive, source de complexités, partiellement atténuée dans le cadre de la crise sanitaire

On dénombre quelque 18 000 ESSMS autonomes, pour une capacité totale de 540 000 places, classés dans une vingtaine de catégories, soumises en principe à des conditions réglementaires de fonctionnement spécifiques. La catégorie est indicative de l'activité principale, mais n'empêche pas le déploiement d'autres activités, dans le cadre d'unités dédiées à des publics ou des modes d'activité différents (il y a en moyenne 1,4 unité par ESSMS).

Le secteur est caractérisé par une spécialisation très poussée en fonction du type de handicap et de l'âge des personnes accueillies et de leur mode d'accueil ou d'accompagnement. Une spécialité n'est en moyenne représentée, sur l'ensemble du territoire, que par 3 unités pour les ESSMS dédiés aux jeunes et par 18 unités pour les autres structures.

Il faut certes nuancer ce constat en tenant compte de l'introduction en 2017 d'une nomenclature réglementaire simplifiée et opposable des autorisations. Mais elle n'est applicable qu'aux autorisations nouvelles ou modifiées postérieurement après son édicition, les autorisations totalement conformes ne couvrant encore que 20 % des capacités installées.

Cette segmentation persistante est source de complexité pour les PSH, les gestionnaires et les autorités publiques. Elle peut motiver des refus de prise en charge pour les personnes qui ne correspondent pas exactement à la spécialité offerte. Même lorsque le gestionnaire est d'accord pour passer outre, il doit obtenir de l'autorité de contrôle une dérogation qui ne peut être fondée juridiquement que sur une décision d'orientation le désignant expressément. Enfin, elle rend extrêmement difficile toute programmation globale.

Les ordonnances prises en réponse à la crise sanitaire du Covid-19 ont permis d'échapper temporairement à cette segmentation, par la possibilité de déroger :

- **aux règles législatives et réglementaires** (conditions minimales techniques d'organisation et de fonctionnement, obligation d'une décision préalable d'orientation de la commission des droits et de l'autonomie des PSH – CDAPH - avant l'admission dans un ESSMS, limitation à 90 jours de la durée annuelle de l'accueil temporaire) ;
- **à l'acte individuel d'autorisation**, en termes de capacité d'accueil ou d'accompagnement ou de zone d'intervention, de lieu d'exercice, de répartition entre les activités et les personnes prises en charge, dans quelques cas d'accueil de publics différents (notamment les jeunes dans des établissements principalement dédiés aux adultes).

Les enquêtes conduites par la mission, qui recourent les études qualitatives déjà publiées et le ressenti des acteurs rencontrés, font ressortir que ces possibilités ont été inégalement mobilisées. Le premier motif de dérogation est très nettement l'exercice dans un lieu différent, notamment un exercice hors les murs pour les établissements dédiés aux jeunes, suivi de l'accueil temporaire prolongé (notamment dans le cadre d'un répit rendu indispensable par le contexte de la crise). L'accueil de publics différents est faible mais d'autant moins négligeable que cette faculté n'était quasiment pas prévue par les ordonnances.

Des mesures structurelles à prendre pour les autorisations préexistantes et les règles encadrant leur attribution

La mission recommande dès lors plusieurs adaptations structurelles des autorisations existantes :

- **En ce qui concerne les types de handicap, la suppression rapide des spécialités « sans trouble associé »** (c'est-à-dire excluant l'existence d'un autre trouble) **ou dépendant de la gravité du handicap ;**
- **La suppression de la plupart des bornes d'âges, notamment, de manière immédiate, celles comprises entre 16 et 20 ans,** afin d'assurer la fluidité des parcours entre les ESSMS dédiés aux jeunes et les autres ESSMS ;
- **La généralisation du droit, pour un établissement, d'intervenir au domicile des personnes qu'il accueille habituellement et, dans un délai d'un an, de les accueillir à titre temporaire** – sans préjudice, pour l'avenir, du développement de formes d'accueil et d'accompagnement modulaire associant au moins ces deux types d'activités.

La mission considère que ces adaptations doivent de préférence être directement prévues par la loi : même si la « boîte à outils » de la transformation contractuelle est déjà bien fournie, elle est inégalement utilisée et ce de manière très variable d'un territoire à l'autre, voire d'un interlocuteur à l'autre, en fonction de leur charge de travail.

La mission recommande également plusieurs mesures permettant de faciliter l'évolution des réponses en les exonérant par principe de la procédure (lourde par construction) d'appel à projet (AAP). Il s'agit notamment de **considérer tous les ESSMS dédiés aux PSH comme un unique ensemble au sein duquel aucune transformation n'est, par principe, soumise à AAP.**

L'AAP devrait également être écarté en cas de regroupement sachant qu'une personne morale gère souvent sur un même territoire plusieurs ESSMS, dont les autorisations distinctes sont largement historiques et artificielles. **Ce regroupement doit même être de droit au niveau départemental, dans le cadre d'une catégorie transversale au secteur du handicap.** La procédure d'AAP est par ailleurs mal adaptée aux transformations d'établissements de santé en ESSMS, ainsi qu'aux autorisations délivrées à titre expérimental dont l'objet même est d'assurer la souplesse nécessaire à des projets innovants.

La redéfinition des compétences en matière d'autorisation n'est en revanche pas, aux yeux de la mission, une condition nécessaire de la transformation de l'offre. La double compétence du directeur général de l'agence régionale de santé et du président du conseil départemental, qui concerne plusieurs catégories d'ESSMS, n'est pas en soi une cause de moindre adaptabilité, comme le montrent le taux de conformité des autorisations à la nouvelle nomenclature. Sauf à considérer que l'ensemble du champ du handicap doit relever d'une seule autorité, ce qui suppose un choix politique extrêmement fort et implique notamment d'en régler les conséquences budgétaires pour les parties prenantes, on ne pourrait d'ailleurs manquer de butter sur d'autres lignes de partage, qu'elles soient liées à l'âge ou au type d'accompagnement. **Pour qu'une PSH puisse bénéficier d'un accompagnement global, il faut de toute façon que les acteurs concernés travaillent ensemble et non que chacun reste « chez lui » dans son périmètre propre.**

Les conditions minimales de fonctionnement des ESSMS doivent en revanche faire l'objet, à horizon de deux ans, d'une révision systémique pour faciliter les transformations, en se bornant à définir un socle transversal et d'éventuelles prescriptions complémentaires pour les handicaps qui le nécessitent. Cette révision systémique impliquerait une approche pluridisciplinaire et une coconstruction avec les représentants des ESSMS, des PSH et de leurs familles.

Au-delà des autorisations et de leur procédure d'attribution, une meilleure connaissance des besoins est indispensable. Une question cruciale est de savoir, au-delà de l'objectif général de souplesse et de modularité, à quels besoins spécifiques la transformation doit répondre. Dans une démarche d'évolution vers une société plus inclusive, les diagnostics territoriaux ne doivent pas se limiter au champ sanitaire et médico-social.

Des freins à lever au parcours des personnes

D'autres freins, exogènes, doivent être levés. La procédure d'orientation devant la CDAPH apparaît en particulier trop peu participative. La mission propose d'évoluer vers une décision plus globale établissant un droit d'accès aux ESSMS, concomitante avec l'examen des droits aux prestations individualisées pour s'adapter à la réalité des parcours et ne pas additionner les délais consécutifs de traitement des dossiers. **Sans attendre ces évolutions systémiques, il apparaît opportun de généraliser l'appui à l'élaboration du projet personnel et, dans l'esprit de souplesse prévu par les deux ordonnances, d'élargir les possibilités d'accueil temporaire sans orientation préalable,** aujourd'hui excessivement restrictives, lorsqu'une personne a déjà fait l'objet d'une décision d'orientation vers un ESSMS et, de manière inconditionnelle, en cas d'urgence. **Le même principe devrait être étendu à l'accompagnement temporaire en milieu ordinaire** par des services qui ne peuvent aujourd'hui en principe intervenir sans orientation préalable.

Les difficultés de la vie à domicile avec un handicap sont de puissants freins à la transformation de l'offre. Les PSH doivent pouvoir accéder aux soins qui leur sont prescrits qu'ils soient délivrés au sein d'établissements et services médico-sociaux, par des professionnels libéraux ou par les deux. La même problématique vaut pour les aides techniques. De même, l'ensemble des

transports qui permettent de servir les « prestations de soins, de maintien et de développement des capacités fonctionnelles » ainsi que les « prestations en matière d'autonomie » devraient être financés par l'assurance maladie quel que soit le mode de vie de la personne (domicile, établissement).

La mission recommande également de porter le plafond de l'accueil temporaire à 180 jours par an, ce qui laisserait beaucoup plus de souplesse, en favorisant au-delà des formules séquentielles sans durée préfixe. **En combinaison avec le développement de l'accueil temporaire, il convient d'inscrire dans la loi un droit d'absence en dispense de frais d'hébergement**, dès lors que l'absence est programmée ou intervient en situation d'urgence.

La tarification des ESSMS est perçue depuis de nombreuses années comme un frein à la fluidité des parcours des PSH. Ainsi, les financements peuvent ne pas répondre aux choix des personnes qui se trouvent éloignées de leur environnement habituel et de leur famille par manque de réponses adaptées et inclusives en proximité. **Ceci concerne notamment des établissements localisés dans des communes isolées. La démarche inclusive passe ici par une transformation patrimoniale**, qui doit être soutenue par des subventions d'investissement.

Des outils pour une appréhension globale et territorialisée du handicap

La transformation de l'offre nécessite de manière plus générale une appréhension globale et territorialisée du handicap, et notamment des évolutions possibles vers d'autres formes de structures, dans la sphère plus large des ESSMS, voire au-delà. Le champ du handicap se trouve en effet à la frontière de bien d'autres, avec lesquels il doit s'articuler pour assurer un bon accompagnement des personnes, et dont le rapport donne quelques exemples, sans prétendre à l'exhaustivité.

La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) estime ainsi que 15 à 20 % des jeunes accueillis dans des établissements de l'aide sociale à l'enfance seraient en situation de handicap. Plusieurs interlocuteurs de la mission ont signalé l'intérêt qu'il y aurait à développer des structures « mixtes » dédiées aux jeunes relevant de la protection de l'enfance et présentant un handicap. Un récent rapport de l'IGAS recommande de donner un cadre juridique permanent à ces structures, qui relèvent potentiellement de trois champs différents : les ESSMS dédiés aux jeunes PSH, l'aide sociale départementale à l'enfance et la protection judiciaire de la jeunesse. Il faudrait élargir par décret la possibilité déjà offerte à un ESSMS d'assurer un hébergement en internat non seulement « dans ses propres locaux, dans des internats qu'il gère » mais aussi « dans des internats gérés par d'autres organismes », ce qui permettrait de fonctionner par transformation de structures préexistantes et non par création, fût-ce à titre expérimental.

Un autre champ avec lequel les ESSMS dédiés aux PSH ont une forte interaction est celui de l'inclusion sociale, dès lors que les problématiques de handicap et les difficultés sociales sont souvent entremêlées. On y trouve notamment **les appartements de coordination thérapeutique dénommés « Un chez soi d'abord »** qui s'adressent principalement à des personnes sans abri souffrant d'un handicap psychique. Par leur conception comme par leurs résultats, ils apparaissent exemplaires d'une réponse qui s'adapte aux besoins de la personne en combinant des interventions relevant de plusieurs champs. Quatre points doivent être relevés à cet égard :

- Un accueil inconditionnel, sans reconnaissance administrative préalable inadaptée en l'espèce, ce qui n'empêche pas qu'elle intervienne de manière fréquente, mais a posteriori ;

- L'implication directe de structures de santé mentale et d'addictologie, qui garantit la qualité de la coordination des soins ;
- La compétence en intermédiation locative, qui permet de mobiliser tous les mécanismes permettant l'accès à un logement autonome ;
- La présence au sein d'une équipe pluridisciplinaire d'un médiateur de santé-pair, qui permet de prendre en compte aux mieux la parole et les souhaits de la personne.

La mission considère que ces principes peuvent être déclinés, en les adaptant aux différents types de handicap, dans l'ensemble du champ dédié aux PSH, en tout cas pour les adultes pour qui la question de la vie autonome se pose systématiquement. **Il s'agit de prévoir une liste de conditions minimales, tenant notamment aux partenariats à construire avec d'autres acteurs. Il faudrait en outre prévoir, de manière symétrique, l'obligation de conventionner pour les acteurs concernés** extérieurs au champ du handicap, y compris hors du CASF.

Il est par ailleurs possible d'améliorer l'offre existante dans un sens plus inclusif, en incitant les ESSMS qui assurent aujourd'hui un hébergement de PSH adultes à déployer des formules intermédiaires, donnant plus d'autonomie aux personnes, dans le cadre du statut de logement foyer. Cette évolution peut nécessiter des investissements, pour donner aux logements considérés l'autonomie nécessaire, mais ces investissements doivent être étudiés comme une alternative crédible au coût d'entretien de structures collectives moins respectueuses de la vie des personnes.

L'objectif d'une « responsabilité populationnelle des ESSMS au niveau de leur territoire », évoqué dans la lettre de mission, n'a pas à ce stade de définition formelle, mais fait écho à certaines dispositions du code de la santé publique (notamment pour l'hospitalisation à domicile).

Si l'on envisage leur transposition aux ESSMS, il faut d'abord noter que certains d'entre eux fonctionnent déjà dans un cadre comparable : les services d'aide à domicile (SAAD) sont autorisés pour un territoire donné et non pour accompagner un nombre prédéfini de personnes, et ils ont l'obligation de répondre aux besoins de ce territoire. Même en l'absence de disposition expresse, on peut trouver dans d'autres catégories des autorisations qui ne quantifient pas de capacité d'accueil ou d'accompagnement.

Cette absence de quantification n'est pas nécessairement couplée avec une sectorisation géographique. Mais Il n'existe pas de disposition explicite interdisant aujourd'hui d'étendre le même type d'organisation à d'autres catégories d'ESSMS et la quantification de l'autorisation n'est pas indispensable pour les besoins de la tarification

La crainte – compréhensible – de certains financeurs est que l'absence de plafond d'activité conduise à une augmentation incontrôlée des dépenses. Mais **on peut assortir l'autorisation ainsi territorialisée d'un CPOM permettant d'en encadrer les effets financiers**, même si elle ne peut dispenser d'une obligation juridique de résultats qui est de toute façon déjà prévue par certaines dispositions en vigueur. Une disposition en ce sens pourrait être introduite dans la partie législative du CASF.

Si l'on souhaite par ailleurs offrir une véritable solution intermédiaire entre une simple coordination et un regroupement définitif, il faut pouvoir délivrer une autorisation territorialisée non quantifiée collectivement à plusieurs ESSMS relevant de personnes morales distinctes.

RECOMMANDATIONS DE LA MISSION

	Recommandations ¹	Support juridique
	Thème 1 Réduire la segmentation des autorisations	
1	Supprimer dans les autorisations des ESSMS dédiés aux PSH, dans un délai d'un an, toute réserve relative à l'absence de troubles associés et, dans un délai de deux ans, toute référence à la gravité du handicap principal	Autorisations (DGARS et PCD)
2	Relever systématiquement à 20 ans les bornes d'âges comprises entre 16 et 19 ans dans les ESSMS pour jeunes PSH et abaisser systématiquement à 16 ans les bornes d'âge supérieures à ce seuil dans les autres ESSMS ; supprimer dans un délai de deux ans les bornes d'âges inférieures ou égales à 15 ans	Autorisations (DGARS et PCD)
3	Etendre à l'ensemble des établissements accueillant des personnes âgées la possibilité déjà offerte aux résidences autonomie d'accueillir des PSH de moins de 60 ans sur une fraction de leur capacité totale et sans capacité dédiée	Loi
4	Reconnaître à tout établissement le droit d'intervenir au domicile des personnes qu'il accueille habituellement, directement ou par convention avec un autre ESSMS spécifiquement autorisé pour ce faire, et, au terme d'un délai d'un an, d'assurer, seul ou en partenariat avec un autre ESSMS, un accueil temporaire sur des capacités dédiées habituellement à l'accueil permanent	Autorisations (DGARS et PCD)
5	Pour l'avenir, prévoir que toute autorisation nouvelle ou modifiée doit comporter un mode d'accueil et d'accompagnement intégré, associant au moins l'accueil temporaire et l'accompagnement en milieu ordinaire, ou une convention avec un tiers permettant d'en assurer l'équivalent	Décret
6	Mettre en œuvre les recommandations 1, 2 et 4 soit directement par une disposition législative générale, soit, d'une manière dégradée, par une disposition réglementaire laissant un droit d'opposition aux ESSMS concernés	Loi ou décret

¹ la mission n'a pas fait figurer de colonne relative aux services responsables – dans la mesure où, sauf exception mentionnée explicitement, l'essentiel des recommandations, à caractère normatif, relève du secrétariat d'Etat aux personnes handicapées et, au niveau technique, de la direction générale de la cohésion sociale ; de même, elle n'a pas mentionné de priorité : la transformation de l'offre nécessite une approche systémique et multifactorielle et aucune des recommandations, prise isolément, n'est à cet égard déterminante

Thème 2 – Améliorer les règles d’attribution des autorisations		
7	Prévoir à l’article L. 313-1-1 du CASF que l’ensemble des ESSMS dédiés aux PSH constituent un seul et même ensemble au sein duquel aucune transformation ne nécessite un appel à projet	Loi
8	Donner par décret à la catégorie des EAM une portée transversale à l’ensemble des ESSMS dédiés au handicap et reconnaître à tout organisme gestionnaire le droit d’y regrouper les établissements et services qu’il gère au niveau départemental	Décret
9	Prendre en compte la dernière capacité autorisée dans le cadre d’une transformation pour apprécier la nécessité d’un AAP et dispenser systématiquement d’AAP les regroupements d’ESSMS, les transformations d’établissements de santé en ESSMS et les autorisations à caractère expérimental	Loi et décret
10	Conduire à horizon de deux ans une révision systémique des conditions minimales d’organisation et de fonctionnement des ESSMS dédiés aux PSH et abroger sans attendre les dispositions créant des différences manifestement non justifiées, comme celles applicables en matière de rattachement des SESSAD	Décret
11	Mettre en œuvre un suivi national de l’offre et de la demande (au-delà de l’analyse du SI MDPH) avec une restitution régulière aux autorités locales et élaborer des outils d’analyse des besoins et des projections sur les années à venir	Schémas régionaux (DGARS) et départementaux (PCD)
Thème 3 – Lever des freins au parcours des personnes		
12	Faire évoluer la décision d’orientation vers une décision plus globale de droit d’accès aux ESSMS, précisant le type de prestations indispensables selon la nomenclature Serafin PH, concomitante à l’examen des droits à la PCH et au fonds départemental de compensation du handicap ; sans attendre, généraliser l’appui à l’élaboration du projet personnel et ouvrir la possibilité d’un accueil ou accompagnement temporaire sans orientation préalable aux personnes ayant déjà fait l’objet d’une orientation vers un ESSMS et de manière inconditionnelle en cas d’urgence	Loi et décret
13	Garantir sans attendre l’issue des travaux de Serafin PH le financement par l’assurance maladie de tous les soins délivrés sur prescription médicale, ainsi que le financement des transports qui permettent de servir les « prestations de soins, de maintien et de développement des capacités fonctionnelles » ainsi que les « prestations en matière d’autonomie »	Décret
14	Relever de 90 jours à 180 jours par an le plafond de l’accueil temporaire, en favorisant au-delà des formules séquentielles sans durée préfixe	Décret
15	Mettre en œuvre, avec l’appui de la CNSA, une politique incitative de transformation patrimoniale pour les établissements particulièrement isolés, avec des subventions d’investissement	Mesure financière

16	En combinaison avec le développement de l'accueil temporaire, inscrire dans la loi un droit d'absence en dispense de frais d'hébergement, dès lors que l'absence est programmée ou intervient en situation d'urgence	Loi
Thème 4 - Des outils pour une appréhension globale et territorialisée du handicap		
17	Rechercher un cadre pérenne adéquat pour les structures mixtes intervenant à la fois au titre de la protection de l'enfance et du handicap et, sans attendre, prévoir explicitement par décret la gestion de structures conjointes par simple convention avec les autorités publiques compétentes	Décret
18	Inscrire dans les conditions minimales d'organisation et de fonctionnement des ESSMS dédiés aux PSH, sans créer de nouvelle catégorie, les obligations spécifiques adaptées aux différents publics accompagnés, en termes de conventions avec des acteurs tiers, comme ceux de l'intermédiation locative, et inscrire une obligation symétrique dans les textes qui régissent ces tiers	Décret
19	Encourager à titre intermédiaire l'adoption par les établissements hébergeant des PSH adultes du statut de logement foyer, pension de famille ou résidence accueil	Mesure financière
20	Inscrire dans la partie législative du CASF la possibilité de délivrer une autorisation territorialisée non quantifiée à tout ESSMS dédié aux PSH sous réserve de la conclusion d'un CPOM en encadrant les effets financiers	Loi
21	Permettre de délivrer une autorisation territorialisée non quantifiée collectivement à plusieurs ESSMS relevant de personnes morales distinctes, sous réserve de la constitution d'un GCSMS « délégataire » pour une durée de cinq ans renouvelable, assortie d'un CPOM pluripartenarial	Loi

SOMMAIRE

SYNTHESE	3
RECOMMANDATIONS DE LA MISSION	9
SOMMAIRE	13
RAPPORT	15
1 POUR FAIRE FACE A LA CRISE SANITAIRE, LE CADRE DE FONCTIONNEMENT DES ESSMS A DONNE LIEU A D'IMPORTANTES ASSOUPLISSEMENTS, QUI ONT ETE MOBILISES DE MANIERE INEGALE	17
1.1 LE CADRE DE FONCTIONNEMENT DES ESSMS A FAIT L'OBJET D'ASSOUPLISSEMENTS IMPORTANTS PREVUS PAR DEUX ORDONNANCES.....	17
1.1.1 <i>Les ESSMS dédiés aux personnes en situation de handicap recouvrent un très large champ d'activités fortement structuré par un régime d'autorisation</i>	17
1.1.2 <i>Les ordonnances prises en réponse à la crise sanitaire du Covid-19 apportent à ce cadre de très larges possibilités de dérogations</i>	21
1.2 DES ASSOUPLISSEMENTS MOBILISES DE MANIERE INEGALE.....	23
1.2.1 <i>Le contexte général de la crise</i>	23
1.2.2 <i>L'adaptation des réponses, l'implication des personnes et de leurs proches aidants</i>	25
2 LA TRANSFORMATION DES ESSMS EST CONFRONTEE A DES FREINS STRUCTURELS, A LA FOIS ENDOGENES ET EXOGENES	34
2.1 UNE OFFRE EXCESSIVEMENT SEGMENTEE QUI APPELLE A LA FOIS DES EVOLUTIONS NEGOCIEES ET DES DISPOSITIONS GENERALES	34
2.1.1 <i>Une segmentation persistante en fonction du type de handicap, de l'âge et du mode d'accueil ou d'accompagnement</i>	34
2.1.2 <i>Des réponses négociées combinées avec des mesures générales</i>	44
2.1.3 <i>Une meilleure connaissance des besoins est indispensable</i>	55
2.2 DES FREINS EXOGENES A UNE MEILLEURE ADEQUATION DES REPONSES AUX ATTENTES DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP	56
2.2.1 <i>Une orientation peu participative et souvent trop étroite qui freine l'accès à une réponse adaptée</i>	56
2.2.2 <i>Les difficultés de la vie à domicile avec un handicap sont de puissants freins à la transformation de l'offre</i> .	61
2.2.3 <i>Un frein déterminant à la transformation de l'offre : le financement et la tarification des établissements et services</i>	64
3 LA TRANSFORMATION DES ESSMS NECESSITE UNE APPREHENSION GLOBALE ET TERRITORIALISEE DU HANDICAP	69
3.1 DES INTERACTIONS AVEC DE NOMBREUX CHAMPS QUI IMPLIQUENT UNE APPROCHE PLURIPARTENARIALE.....	69
3.1.1 <i>La nécessaire articulation entre la protection de l'enfance et le champ du handicap</i>	70
3.1.2 <i>L'approche pluripartenariale : l'exemple du dispositif « Un chez soi d'abord »</i>	72
3.1.3 <i>Assurer le continuum entre établissement et domicile : l'exemple des logements foyers</i>	74
3.2 LES PISTES D'ADAPTATION DU DROIT DES ESSMS A LA RESPONSABILITE POPULATIONNELLE	75
ANNEXE 1 : LETTRE DE MISSION	81
ANNEXE 2 : TABLEAU DES DEROGATIONS PREVUES PAR LES ORDONNANCES N°2020-313 ET 2020-1553 EN MATIERE DE FONCTIONNEMENT DES ESSMS	83
ANNEXE 3 : RESULTATS DE L'ENQUETE AUPRES DES ETABLISSEMENTS ET SERVICES	91
ANNEXE 4 : RESULTATS DE L'ENQUETE AUPRES DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP	115

ANNEXE 5 :	RESULTATS DE L'ENQUETE AUPRES DES AIDANTS DE PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP..	123
ANNEXE 6 :	REPARTITION DES AUTORISATIONS DES ESSMS PAR TYPE DE HANDICAP (SOURCE FINESS – 25/11/2020).....	151
ANNEXE 7 :	TAUX DE COUVERTURE DES CPOM DANS LE CHAMP DU HANDICAP	165
ANNEXE 8 :	TABLEAU SYNOPTIQUE DES CONDITIONS MINIMALES DE FONCTIONNEMENT DES ESSMS D'EDUCATION ADAPTEE POUR JEUNES PSH	169
LISTE DES PERSONNES RENCONTREES		221
SIGLES UTILISES		237

RAPPORT

Introduction

[1] Par une lettre du 18 décembre 2020, la secrétaire d'Etat chargée des personnes handicapées a confié à l'IGAS une mission d'expertise, qui a pour objet :

- D'analyser les mesures prises dans le cadre de la crise sanitaire du Covid-19 « *pour organiser la continuité de la réponse aux personnes en situation de handicap* » ;
- De proposer des « *évolutions de nature juridique pour soutenir la transformation de l'offre dans le domaine du handicap* ».

[2] Ce double intitulé renvoie en premier lieu aux dispositions de deux ordonnances, citées dans le corps de la lettre, prises successivement les 25 mars² et 9 décembre 2020³, qui sont applicables pendant la période de l'état d'urgence sanitaire majorée de trois mois, soit en l'état actuel du droit jusqu'au 1er septembre 2021⁴. Ces ordonnances permettent aux établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) régis par le code de l'action sociale et des familles (CASF)⁵, en particulier ceux qui accueillent et accompagnent des personnes en situation de handicap (PSH)⁶, d'adapter leur fonctionnement à la crise sanitaire, en dérogeant à de nombreuses dispositions qui les régissent habituellement. L'analyse demandée sur ces sujets a pour finalité explicite « *d'inscrire dans le droit commun les dispositions pertinentes* », c'est-à-dire de les pérenniser au-delà de la crise. Cette demande fait écho à la manière dont la mission a été annoncée au comité interministériel du handicap (CIH) du 16 novembre dernier : il s'agit de « *capitaliser sur les assouplissements et les dérogations mis en place pendant la crise sanitaire* »⁷.

[3] La lettre de mission demande également une « *analyse du dispositif juridique actuel, en particulier dans le champ de la planification et des autorisations afin d'identifier l'ensemble des leviers permettant de réduire les délais de création de places* ». Sont ici visés des éléments du cadre permanent dans lequel interviennent les ESSMS dédiés aux PSH, qui n'ont pas été directement affectés par les ordonnances. En ce qui concerne la planification, il s'agit du schéma régional de santé, du programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie

² Ordonnance n°2020-313 du 25 mars 2020 relative aux adaptations des règles d'organisation et de fonctionnement des établissements sociaux et médico-sociaux

³ Article 7 de l'ordonnance n°2020-1553 du 9 décembre 2020 prolongeant, rétablissant ou adaptant diverses dispositions sociales pour faire face à l'épidémie de Covid-19

⁴ cf. l'article 1er de la loi n° 2021-160 du 15 février 2021 qui fixe au 1er juin le terme de l'état d'urgence sanitaire ; le projet de loi relatif à la gestion de la sortie de crise sanitaire prévoit, au XII de son article 6, de porter l'échéance des dérogations au 31/10/2021, sans distinguer entre la faculté de prendre de nouvelles mesures dérogatoires et l'application de celles déjà prises ; l'Assemblée nationale et le Sénat ont successivement adopté en première lecture des amendements maintenant au contraire cette distinction, avec une échéance finale au 31/12/2021 pour l'Assemblée nationale et au 15/12/2021 pour le Sénat

⁵ Les lieux de vie et d'accueil, structures intermédiaires entre l'établissement et l'accueil familial, sont également concernés

⁶ Une partie de ces dispositions est transversale à l'ensemble des secteurs relevant de l'autorisation (protection de l'enfance, adultes et familles en difficultés sociales, personnes âgées ou en situation de handicap)

⁷ Feuille de route du CIH, page 34

(PRIAC) pris pour sa mise en œuvre, et du schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale, au respect desquels les autorisations délivrées aux ESSMS sont subordonnées⁸.

[4] La lettre invite de manière plus générale à formuler toutes propositions de nature législative et réglementaire ... « *pour garantir une souplesse de fonctionnement des ESSMS et une réponse aux personnes handicapées* ». Les exemples figurant en regard de cette formulation sont tous pris dans le corps des deux ordonnances mais l'idée d'une garantie de réponse aux PSH est corrélée à deux autres notions :

- Un objectif de « *réponse inconditionnelle aux besoins des personnes en situation de handicap* », annoncé par le Président de la République lors de la Conférence nationale du handicap (CNH) du 11 février 2020 et rappelé lors du CIH de novembre ; la lettre rattache à cette notion la « *méthode 360* », présentée lors du même CNH et qui tend à créer sur l'ensemble du territoire 400 équipes de proximité en charge de trouver, en mobilisant les ESSMS et les autres acteurs locaux, une solution d'accompagnement aux personnes en situation de handicap et à leurs familles⁹ ;
- Le principe corollaire d'une « *responsabilité populationnelle des ESSMS au niveau de leur territoire* » : cette notion n'est pas spécifiquement définie par le CASF mais fait écho aux dispositions de l'article L. 1434-10 du code de la santé publique¹⁰, qui prévoit que « *L'ensemble des acteurs de santé d'un territoire est responsable de l'amélioration de la santé de la population de ce territoire ainsi que de la prise en charge optimale des patients de ce territoire* ».

[5] Toutefois, postérieurement à la signature de la lettre de mission, le Gouvernement a proposé un accord de méthode à l'Assemblée des départements de France et aux principales fédérations d'ESSMS, en vue de définir des objectifs et une gouvernance partagés de la méthode 360 ; d'autre part, la direction interministérielle de la transformation publique (DITP) a été chargée d'une mission d'appui tendant à définir une organisation cible et ses leviers de mise en œuvre. Il a donc été convenu que le mission se bornerait à examiner les conditions dans lesquelles les règles régissant les ESSMS pourraient être adaptées à un tel fonctionnement coopératif et territorialisé.

[6] Le présent rapport examinera les assouplissements apportés depuis mars 2020, en droit et en fait, au cadre permanent des ESSMS dédiés aux PSH (I), les freins structurels à leur adaptation aux besoins des personnes et les conditions dans lesquelles ces freins peuvent être levés (II) et les principaux enjeux pour le secteur en termes d'articulation avec d'autres acteurs et d'approche populationnelle (III).

⁸ cf. l'article L. 313-4 du CASF - les activités financées par l'assurance maladie sont soumises au schéma régional établi par l'agence régionale de santé (ainsi qu'au PRIAC) sous réserve, pour certains handicaps, d'un schéma national ; les autres activités relèvent du schéma établi par le département ; un même ESSMS peut relever de deux ou trois schémas – voir aussi infra 2.1.2

⁹ La présentation de la mission dans le dossier de presse du CIH renvoie également à des « plateformes de services »

¹⁰ Issu de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé

1 Pour faire face à la crise sanitaire, le cadre de fonctionnement des ESSMS a donné lieu à d'importants assouplissements, qui ont été mobilisés de manière inégale

1.1 Le cadre de fonctionnement des ESSMS a fait l'objet d'assouplissements importants prévus par deux ordonnances

1.1.1 Les ESSMS dédiés aux personnes en situation de handicap recouvrent un très large champ d'activités fortement structuré par un régime d'autorisation

[7] La grande diversité des ESSMS dédiés aux PSH apparaît de prime abord à la lecture de l'article L. 312-1 du CASF, qui dresse la liste des structures soumises à autorisation sociale et médico-sociale. Quatre des 16 items de la liste dressée par le I de cet article sont spécifiquement dédiés aux personnes en situations de handicap (PSH) :

- Le 2°, pour les structures d'éducation adaptée et d'accompagnement des mineurs et jeunes adultes handicapés ou présentant des difficultés d'adaptation, autorisés par le directeur général de l'agence régionale de santé (DGARS) ;
- Le 3°, pour les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) intervenant auprès des enfants âgés de moins de 6 ans, autorisés conjointement par le DGARS et le président du conseil départemental (PCD) ;
- Le 5°, pour les établissements et services d'aide par le travail - ESAT - ou de réadaptation, de préorientation et de rééducation professionnelle - CPO et CRP, autorisés par le DGARS ;
- Le 7°, pour les autres établissements et services qui accueillent ou accompagnent des personnes handicapées ou atteintes de pathologies chroniques, principalement adultes, autorisés selon les cas, séparément par le DGARS ou le PCD ou conjointement par ces deux autorités, en principe selon leur degré de médicalisation.

[8] Il faut ajouter à ces groupes dédiés deux autres groupes transversaux :

- Le 11° pour les centres de ressources qui peuvent fournir directement aux PSH ou à d'autres ESSMS les prenant en charge des prestations d'information, de conseil, d'expertise ou de coordination - certains sont de fait spécialisés dans l'évaluation, le réentraînement et l'orientation des personnes cérébro-lésées¹¹ ou des personnes atteintes de troubles du spectre de l'autisme¹² ;
- Le 12° pour les structures expérimentales, qui peuvent concerner tout ou partie des publics de l'action sociale et médico-sociale.

[9] Outre les ESSMS stricto sensu, il faut également mentionner les lieux de vie et d'accueil (LVA), définis au III du même article, et spécifiquement autorisés pour recevoir au plus dix personnes, dont

¹¹ il s'agit des unités d'évaluation, de réentraînement et d'orientation sociale et socioprofessionnelle pour personnes cérébro-lésées (UEROS) définies à l'article D. 312-161-1 du CASF

¹² cf. les articles D. 312-161-12 à D. 312-161-24 du CASF

au moins un des accompagnants réside avec elles. Ils peuvent notamment être dédiés aux mineurs ou majeurs présentant des troubles psychiques, handicapés ou présentant des difficultés d'adaptation¹³.

[10] Tout cet ensemble représente quelque 18 000 ESSMS et LVA, si l'on ne compte que les structures autonomes - 20 000 selon le mode de comptabilisation le plus courant¹⁴ - pour une capacité totale d'accueil et d'accompagnement de 540 000 places¹⁵.

[11] Au sein des quatre grands groupes dédiés aux PSH, il existe 21 catégories actives d'ESSMS, dont 10 dédiées spécifiquement aux jeunes PSH, qui se distinguent principalement par le type de handicap pris en charge, la délivrance ou non de soins médicaux, ainsi que le lieu et la périodicité de l'accueil ou de l'accompagnement. Dix autres catégories (pour moitié dédiées aux jeunes PSH) ont été mises en extinction par le décret de 2017 relatif à la nouvelle nomenclature des autorisations¹⁶.

[12] La catégorie est une notion assez souple, indicative de l'activité principale de l'ESSMS, mais qui n'empêche pas le déploiement d'autres activités, dédiées à des publics ou des modes d'activité différents¹⁷. On peut donc distinguer au sein d'un même établissement ou service plusieurs unités - en moyenne 1,4 unité par ESSMS.

[13] Au sein des ESSMS dédiés aux jeunes PSH on trouve¹⁸ :

- Six catégories d'établissements distingués selon le handicap pris en charge – notamment la déficience intellectuelle pour les instituts médico-éducatifs (IME) qui doivent en même temps avoir une certaine polyvalence, et les difficultés psychologiques avec troubles du comportement pour les instituts thérapeutiques éducatifs et pédagogiques (ITEP) ; le nom des autres catégories indique expressément leur spécialisation (polyhandicap pour les EEAP, handicap moteur pour les IEM, handicap auditif pour les IDA, handicap visuel pour les IDV) ;
- Dans le même périmètre, les services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD), quand ils ne sont pas rattachés aux établissements précédents ;

¹³ Très peu le sont, la majorité fonctionnant pour le compte de l'aide sociale départementale, même si en pratique une part importante des jeunes accueillis peuvent être en situation de handicap

¹⁴ Il y a en effet 2 000 ESSMS « secondaires » qui correspondent à des implantations géographiques distinctes mais rattachées juridiquement à un ESSMS principal ; ces implantations peuvent aussi ne pas être distinguées

¹⁵ Sachant que ce chiffre agrège des nombres appréciés de manière diverse selon la nature de l'accueil et de l'accompagnement (hébergement, accueil de jour, accompagnement en milieu ordinaire) ; ainsi, une place d'accompagnement en milieu ordinaire peut correspondre à une file active de 2 ou 3 personnes en moyenne, selon l'intensité de leur accompagnement ; le chiffre ne rend pas non plus compte de l'activité de certaines catégories dont l'autorisation n'est pas quantifiée (on y reviendra plus précisément dans d'autres parties du rapport)

¹⁶ Décret n°2017-982 du 9 mai 2017 relatif à la nomenclature des établissements et services sociaux et médico-sociaux accompagnant des personnes handicapées ou malades chroniques, codifié aux articles D. 312-0-1 à 3 du CASF

¹⁷ C'est notamment le cas pour les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), les services polyvalents de soins et d'aide à domicile (SPASAD) et les services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) : respectivement, 96 %, 95 % et 93 % de ces services intervenant auprès des PSH sont aussi autorisés pour intervenir auprès de personnes âgées ; ne sont comptées ici que les unités dédiées aux PSH

¹⁸ Les catégories fermées sont :

- les centres d'accueil familial spécialisé (par ailleurs nécessairement rattachés à un autre établissement) et les établissements d'accueil temporaire, qui mettent en œuvre des modalités d'accueil auxquelles tous les établissements peuvent recourir (le même raisonnement a été appliqué aux établissements d'accueil temporaire pour adultes) ;
- les jardins d'enfants spécialisés et les foyers d'hébergement pour enfants et adolescents handicapés, qui ne font l'objet d'aucune définition réglementaire et peuvent plutôt constituer des unités au sein des autres catégories ;
- les instituts d'éducation sensorielle pour sourd-aveugle ne font pas non plus l'objet d'une définition réglementaire et ont en général d'autres spécialités à titre principal

Tableau 1 : Etablissements, services et lieux de vie et d'accueil dédiés aux personnes en situation de handicap

	ESSM principaux	ESSM (total)	% d'ESSMS secondaires	Unités	Capacité installée
total pour les 2° et 3° du I de l'article L. 312-1 du CASF	3 920	4 926	20%	8 773	188 118
Institut médico-éducatif (IME)	1107	1 315	16%	3 262	70 435
Institut thérapeutique éducatif et pédagogique (ITEP)	362	481	25%	957	16 989
Etabt pour enfants ou adolescents polyhandicapés (EEAP)	179	193	7%	400	5 742
Institut d'éducation motrice (IEM)	129	145	11%	335	7 570
Institut pour déficients auditifs (IDA)	63	73	14%	155	4 645
Institut pour déficients visuels (IDV)	23	29	21%	78	1 537
<i>Centre d'accueil familial spécialisé</i>	37	59	37%	77	1 106
<i>Institut d'éducation sensorielle pour sourds-aveugles</i>	16	18	11%	84	1 097
<i>Etabt d'accueil temporaire pour enfant handicapés</i>	15	20	25%	25	256
<i>Foyer d'hébergement pour enfants et adolescents handicapés</i>	7	13	46%	17	178
<i>Jardin d'enfants spécialisé</i>	6	6	0%	8	140
Centre d'action médico-sociale précoce (CAMSP)	262	347	24%	402	15 774
Centre médico-psycho-pédagogique (CMPP)	323	476	32%	490	8 895
Bureau d'aide psychologique universitaire (BAPU)	13	17	24%	17	—
Service d'éduc. spéciale et de soins à domicile (SESSAD)	1378	1 734	21%	2 466	53 754
total pour les 5° et 7° du I de l'article L. 312-1 du CASF	13 793	14 780	7%	19 053	347 273
total hors SSIAD/SPASAD/SAAD	7 359	8 136	10%	12 285	340 318
Maison d'accueil spécialisée (MAS)	670	722	7%	1 710	30 210
<i>Foyer d'accueil médicalisé (FAM)</i>	776	830	7%	1 551	23 825
Etabt d'accueil médicalisé en tout ou partie (EAM)	190	207	8%	482	6 904
<i>Foyer de vie</i>	1525	1 643	7%	2 690	48 134
<i>Foyer d'hébergement</i>	998	1 117	11%	1 543	33 805
<i>Foyer polyvalent</i>	61	63	3%	140	2 548
Etabt d'accueil non médicalisé (EANM)	333	351	5%	581	11 347
<i>Etabt d'accueil temporaire pour adultes</i>	51	60	15%	72	695
Etabt et service d'aide par le travail (ESAT)	1243	1 501	17%	1 687	118 472
Centre de préorientation (CPO)	33	48	31%	60	833
Centre de rééducation professionnelle (CRP)	79	86	8%	139	9 762
Service d'accompagn médico-social pour adultes (SAMSAH)	421	463	9%	548	11 325
Service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS)	979	1 045	6%	1 082	42 458
Service de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	879	933	6%	935	6 012
Service polyvalent d'aide et de soins à domicile (SPASAD)	131	165	21%	245	943
Service d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD)	5424	5 546	2%	5 588	—
total 2°, 3°, 5° et 7° hors SSIAD/SPASAD/SAAD	11 279	13 062	14%	21 058	528 436
Centres de ressources	46	54	15%	64	777
Etablissements expérimentaux	216	243	11%	294	3 710
Lieux de vie et d'accueil dédiés aux PSH	12	12	—	14	118
total général	17 987	20 015	10%	28 198	539 996

Source : Mission d'après les données du répertoire Finess – extraction au 25/11/2020
les catégories en extinction sont mentionnées en italiques

- Trois catégories d'établissements assurant à la fois un accueil de jour et un accompagnement à domicile – outre les CAMSP déjà cités, il s'agit de structures spécialisées dans l'accompagnement des jeunes présentant des troubles psychologiques, soit jusqu'à 20 ans pour les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP), soit pour les étudiants de l'enseignement supérieur pour les bureaux d'aide psychologique universitaire (BAPU).

[14] Parmi les autres catégories, par construction dédiées principalement (mais non exclusivement) aux adultes, et outre celles - déjà mentionnées - dédiées à l'activité, l'orientation ou la rééducation professionnelles, figurent notamment :

- Les établissements d'accueil non médicalisé (EANM), qui permettent de regrouper toutes les activités d'accueil jusque-là exercées par trois types de foyers normalement dédiés à un public ayant une activité professionnelle (foyers d'hébergement), ou sans activité professionnelle (foyers de vie), ou à un public mixte (foyers polyvalents)¹⁹, ainsi que des activités d'accompagnement en milieu ordinaire ; les services autonomes correspondant sont les services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) ;
- Les établissements d'accueil médicalisé en tout ou partie (EAM), qui peuvent exercer les mêmes activités ainsi qu'un accueil et un accompagnement médicalisés²⁰, y compris pour les personnes les plus lourdement handicapées habituellement accueillies dans des maisons d'accueil spécialisées (MAS); les services autonomes correspondants sont les services d'accompagnement médico-social (SAMSAH) ;
- Trois catégories de services communes aux champs du handicap et des personnes âgées, délivrant des soins infirmiers à domicile (SSIAD), une aide et un accompagnement à domicile (SAAD), ou polyvalentes (SPASAD).

[15] **Le champ ainsi défini est soumis à un régime d'autorisation qui a une triple nature.**

[16] **Il s'agit d'abord d'une autorisation de fonctionner**²¹ c'est-à-dire que l'autorisation est un préalable à l'exercice de l'activité projetée, sauf quand celle-ci peut être exercée de manière alternative sous l'empire d'autres dispositions²². Cette dimension de l'autorisation est à mettre en regard d'une condition applicable à tout ESSMS, à savoir qu'il « *satisfait aux règles d'organisation et de fonctionnement* » prévues par le code pour l'activité en cause²³. Certaines règles sont transversales à tout ESSMS (par exemple l'obligation d'avoir un directeur remplissant des conditions minimales de qualification), d'autres sont spécifiques en termes « d'organisation et de fonctionnement »²⁴.

¹⁹ Ces trois catégories de foyers sont mises en extinction

²⁰ La catégorie des foyers d'accueil médicalisé, centrée sur l'hébergement, a été mise en extinction

²¹ Suivant les termes employés à l'origine par l'article 11 de la loi de 1975 sur les institutions sociales et médico-sociales

²² On peut penser par exemple aux soins à domicile qui peuvent être également assurés par des établissements d'hospitalisation régis par le code de la santé publique

²³ Cf. le II de l'article L. 312-1, qui en est le fondement légal, et le 2° de l'article L. 313-4, qui fait du respect de ces règles minimales une condition systématique de l'autorisation

²⁴ Ces règles figurent aux articles D. 312-10-0-1 à D. 312-176-4 ; elles définissent notamment les obligations des différentes catégories d'ESSMS en termes de relations avec les personnes accueillies et accompagnées, de ressources humaines, de locaux et de matériel et de conventions avec des tiers ; on trouvera en annexe 8 un tableau synoptique reprenant ces dispositions pour les principales catégories d'ESSMS dédiés aux jeunes PSH, auquel on reviendra infra

[17] **En second lieu, l'autorisation constitue également, sauf exception, un droit à financement**²⁵. En effet, à moins qu'elle n'en dispose autrement de manière explicite, l'autorisation emporte deux décisions connexes de portée financière²⁶ :

- « *L'habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale* » (qui, en matière de handicap, relève du département) ;
- « *L'autorisation de dispenser des prestations prises en charge ... par les organismes de sécurité sociale* » (cette notion recouvrant, en l'espèce, les soins remboursables par l'assurance maladie).

[18] **Enfin, l'autorisation emporte une obligation de faire, à un double titre :**

- De manière transversale à tous les secteurs de l'action sociale (PSH, personnes âgées, inclusion sociale, protection de l'enfance), un ESSMS habilité à l'aide sociale « *est tenu, dans la limite de sa spécialité et de sa capacité autorisée, d'accueillir toute personne qui s'adresse à lui* »²⁷, la notion de spécialité renvoyant à la spécialisation suivant le handicap et la nature, le lieu et la périodicité des interventions mises en œuvre ;
- De manière spécifique aux ESSMS dédiés aux PSH, mais qu'ils soient financés par l'aide sociale ou par l'assurance maladie, les décisions d'orientation prises par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) s'imposent « *à tout établissement ou service dans la limite de la spécialité au titre de laquelle il a été autorisé ...* »²⁸.

1.1.2 Les ordonnances prises en réponse à la crise sanitaire du Covid-19 apportent à ce cadre de très larges possibilités de dérogations

[19] Ces deux ordonnances ont, comme le régime de l'autorisation lui-même, un caractère très transversal. La majorité des mesures qu'elles prévoient concernent tous les champs de l'action sociale. Mais une part significative concerne tout particulièrement le champ du handicap, soit qu'elle lui soit spécifiquement dédiée d'un point de vue juridique, soit qu'elle y trouve en pratique une application plus étendue. On s'en tiendra ici à une présentation concernant les seuls ESSMS dédiés aux PSH, mais on trouvera en annexe 2 un tableau détaillé précisant notamment les autres champs impactés.

[20] Aux termes des ordonnances, les ESSMS et les LVA « *peuvent, en veillant à maintenir des conditions de sécurité suffisantes dans le contexte de l'épidémie de Covid-19, adapter leurs conditions d'organisation et de fonctionnement et dispenser des prestations non prévues dans leur acte d'autorisation* ». Cette disposition de principe, qui est précisée ensuite par une dizaine d'alinéas, en résume la portée majeure : les ESSMS et les LVA peuvent, de leur propre initiative, décider de déroger à la fois à des dispositions normatives générales (prévues par voie législative ou, surtout,

²⁵ En contrepartie des prestations servies, suivant une jurisprudence relative au secteur sanitaire mais directement transposable au secteur social et médico-social Conseil d'Etat 29 novembre 1999 Polyclinique des Alpilles n°177140 publié au Lebon

²⁶ Cf. le deuxième alinéa de l'article L. 313-6 du CASF ; il y en a même une troisième, à savoir « l'autorisation de dispenser des prestations prises en charge par l'Etat », mais elle ne s'applique pas dans le champ du handicap

²⁷ Cf. l'article L. 313-8-1 du CASF ; une disposition comparable s'applique aux SAAD qui sans être habilités à l'aide sociale sont autorisés à intervenir auprès des bénéficiaires de la PCH ; on y reviendra plus en détail infra

²⁸ Cf. l'article L. 241-6 du CASF

réglementaire) et aux dispositions individuelles figurant dans leur acte d'autorisation (pris par une autorité publique, en l'espèce le DGARS et/ou le PCD).

[21] Plus précisément, ces adaptations dérogatoires relèvent du directeur d'établissement, après consultation du président du conseil de la vie sociale et, lorsque la structure en est dotée, du comité social et économique. Elles sont applicables immédiatement et l'autorité publique compétente doit seulement en être informée sans délai, avec le pouvoir de s'y opposer *a posteriori* « si la sécurité des personnes n'est plus garantie ou si les adaptations proposées ne répondent pas aux besoins identifiés sur le territoire ».

[22] De facto, les dispositions permanentes, qu'elles soient normatives ou individuelles, prennent ainsi un caractère indicatif ou de simples recommandations, sous le contrôle de l'administration. Une autre conséquence majeure, qui ne peut être justifiée que par l'urgence, est que la décision dérogatoire, contrairement à l'acte d'autorisation²⁹ (et *a fortiori* aux dispositions législatives et réglementaires) ne donne pas lieu à publication, ce qui limite l'information des tiers, en tout cas de ceux qui sont extérieurs à la structure (par exemple des PSH en attente d'une place disponible).

[23] **S'agissant des règles législatives et réglementaires de l'activité auxquelles les ordonnances permettent de déroger, on peut distinguer quatre ensembles :**

a) **les conditions minimales techniques d'organisation et de fonctionnement** mentionnées au II de l'article L. 312-1 du CASF, dont on a vu supra qu'elles désignent au sens strict un ensemble d'articles réglementaires propres à certaines catégories d'ESSMS ;

b) **les qualifications de professionnels requis applicables, et, lorsque la structure y est soumise, les taux d'encadrement prévus par la réglementation** : cette rubrique recoupe partiellement la précédente, mais elle ne se confond pas totalement avec elle ; ainsi, les dispositions qui régissent les qualifications des directeurs d'ESSMS figurent dans une partie distincte du code³⁰ et celles qui régissent les CAMSP, les CMPP et les BAPU ne sont pas codifiées ; on peut également signaler la possibilité expressément prévue pour les établissements dédiés aux PSH, hors CAMSP, de recourir aux personnels de services dédiés aux PSH ou à des professionnels libéraux³¹ ;

c) **l'obligation d'une décision préalable d'orientation de la CDAPH avant l'admission dans un ESSMS** : il est à noter que le directeur doit informer la CDAPH des décisions dérogatoires qu'il prend en cette matière ; comme le précédent, ce point recoupe en partie le a)³² ; on peut également mentionner ici la disposition spécifique qui permet aux établissements dédiés aux PSH d'accueillir (implicitement avec hébergement) des jeunes habituellement pris en charge par des établissements d'aide sociale à l'enfance mais que ceux-ci ne sont plus en mesure d'accueillir dans des conditions de sécurité suffisante³³ ;

²⁹ L'obligation de publication de l'acte d'autorisation découle à la fois du CASF et du droit européen, compte tenu de sa valeur de mandat de service d'intérêt économique général quand elle assortie de financements publics

³⁰ Sous-section 3 du même chapitre, articles D. 312-176-5 et suivants – mais on peut aussi considérer que toute disposition prise au visa du II de l'article L. 312-1 constitue une « condition minimale d'organisation et de fonctionnement »

³¹ Cette disposition n'ayant de portée que pour les personnels dont ces établissements doivent disposer à titre permanent, la possibilité de recourir à des libéraux ou aux agents de tiers étant déjà ouverte pour certains postes

³² Les dispositions réglementaires qui prévoient cette obligation relèvent pour partie des conditions minimales d'organisation et de fonctionnement (articles D. 312-35 et D. 312-59-14 du CASF pour les établissements et services d'éducation adaptée) et pour partie d'autres dispositions (article D. 312-10 pour l'accueil temporaire, article R. 344-1 pour les maisons d'accueil spécialisées, article R. 344-6 pour les ESAT)

³³ Sous réserve du préalable d'une décision de la CDAPH, on ne voit pas en quoi le droit permanent s'opposerait à un tel accueil

d) **la limitation à quatre-vingt-dix jours de la durée annuelle de l'accueil temporaire** dans une structure médico-sociale pour PSH³⁴.

[24] **S'agissant des dérogations possibles à l'acte individuel d'autorisation, on peut également distinguer quatre ensembles :**

i) **dépasser la capacité autorisée dans la limite de 120 % (limite portée à 150 % dans la seconde ordonnance) et accueillir ou accompagner des personnes ne relevant pas de la zone d'intervention autorisée** : le premier aspect s'applique clairement au cas majoritaire des ESSMS dont la capacité est exprimée par un nombre de places (ou plus rarement de prestations) ; le second concerne particulièrement les SAAD dont les autorisations sont circonscrites géographiquement³⁵ ;

ii) **recourir à un lieu d'exercice différent** : cela permet notamment à tout établissement d'exercer son activité en milieu ordinaire, possibilité expressément prévue par ailleurs par les ordonnances pour tous les établissements dédiés aux PSH hors CAMSP³⁶ ;

iii) **répartir différemment les activités et les personnes prises en charge** : ce point recoupe en partie les deux précédents : il permet de moduler librement les capacités autorisées, au sein de la limite globale envisagée au i), quand plusieurs unités sont distinguées par l'autorisation au sein d'un même ESSMS ; comme le ii) il permet d'intervenir en milieu ordinaire plutôt qu'en établissement ; mais il permet aussi de prioriser l'accueil temporaire (généralement minoritaire) plutôt que l'accueil permanent ou d'accueillir davantage un public plus touché qu'un autre par la crise sanitaire ;

iv) **accueillir des adolescents de 16 ans et plus dans des établissements principalement dédiés aux adultes** : il s'agit de déroger aux âges planchers qui découlent (implicitement ou explicitement) de nombreux arrêtés d'autorisation³⁷.

[25] **Compte tenu du lien que l'on a vu supra entre décision d'autorisation et financement, il faut également mentionner des dispositions financières complémentaires à ces dérogations, tendant à maintenir le financement des ESSMS (directement ou à travers la PCH) sur la base d'une activité normale^{38 39}. Un autre point important, introduit par la seconde ordonnance, est que les résidents absents d'un établissement en raison de sa fermeture temporaire, totale ou partielle, due au Covid-19 ne sont pas redevables d'une contribution financière.**

1.2 Des assouplissements mobilisés de manière inégale

1.2.1 Le contexte général de la crise

[26] Les mesures générales prises dès le 16 mars 2020, pour le territoire national, avec en particulier la fermeture d'établissements d'hébergement (hors 365 jours) ainsi que des accueils de

³⁴ Ce plafond est fixé par l'article D. 312-8 du CASF

³⁵ il serait également possible (comme on le fait en matière d'appel à projet) d'apprécier les seuils de 120 % et 150 % au regard des financements alloués quand la capacité autorisée n'est pas quantifiée (voir la partie 3.2 infra) mais la capacité envisagée ici n'est pas liée au financement

³⁶ La disposition générale reste applicable aux CAMSP malgré l'a contrario apparent de la mesure spécifique, sachant que les CAMSP peuvent par exemple gérer un accueil familial spécialisé

³⁷ On reviendra sur ce point dans la partie 2.1.1.2

³⁸ Notamment en ce qui concerne la rémunération garantie des travailleurs handicapés en ESAT découlant de l'article L. 243-4 du code de l'action sociale et des familles

³⁹ Il est également prévu que lorsque l'ESSMS a conclu un CPOM la modulation des financements prévue en fonction de l'activité de l'année précédente ne s'applique pas en 2021

jour a déclenché chez les professionnels du secteur, les PSH et leurs proches ainsi qu'au sein même des services des autorités compétentes une forme de sidération.

[27] Un article sur l'association La nouvelle Forge⁴⁰ illustre ce que de nombreux interlocuteurs ont décrit à la mission : beaucoup de professionnels ont été contraints au télétravail sans que ce mode de fonctionnement ait généralement été pensé au préalable dans le champ spécifique de la santé mentale⁴¹ et du handicap, et donc sans qu'ils soient préparés à une telle occurrence : « *La fermeture des établissements et services a provoqué une forme de sidération ; « les parents ont cru qu'on n'était plus au travail, il n'y avait pas d'appels comme si on n'existait plus, on doit les appeler, ne pas attendre. Tous les repères sont tombés... mais par la force des choses, face aux enjeux liés aux circonstances exceptionnelles, d'autres pratiques professionnelles vont alors émerger* ».

[28] Les établissements et services mettent alors en place des cellules de crise, activent leur plan de continuité de l'activité (PCA)⁴² ; les premières préoccupations sont liées au renforcement des mesures d'hygiène (selon que le lien avec le secteur sanitaire est plus ou moins développé), la fourniture de masques, la mise en place de l'ensemble des mesures barrières ainsi que très rapidement la gestion des absences de personnels (un organisme gestionnaire de nombreux ESSMS a ainsi mesuré ce taux à 19 % durant le premier confinement contre 7 % à la même période en 2019).

[29] Les motifs d'absence de personnels étaient nombreux (atteints par l'infection, personnes à risque de forme grave, difficultés de garde d'enfants ...). Les professionnels ont parfois été très vite mobilisés pour aller aider les établissements restés ouverts (avant même que les ordonnances ne soient publiées), plus particulièrement dans le champ de l'accueil de PSH adultes. Un opérateur intervenant sur l'ensemble du territoire national décrit des situations très disparates selon les régions, entre celles où « *peu de résidents sont restés confinés en établissement, préférant un retour à domicile* » et celles « *où, au contraire, une large majorité des résidents ont choisi le confinement en établissements, les structures et leurs personnels ont alors été confrontés à une réelle surcharge d'activité, imposant, de fait, une réorganisation totale de l'activité et des plannings* ». L'interdiction des sorties (pour un week-end...) a impacté l'activité des établissements.

[30] Les PSH et leurs proches ont dû, en particulier dans le champ de l'enfance, très rapidement s'organiser à leur domicile.

[31] Certaines personnes adultes accueillies 365 jours par an ont souhaité quitter leur établissement pour diverses raisons dont la peur de la contagiosité majorée en milieu confiné. Plusieurs familles ont préféré accueillir leur proche à temps plein à leur domicile afin de garder le contact avec lui (visites interdites, impossibilité d'accueillir la personne le week-end).

[32] Tout comme en population générale l'effet du confinement n'est pas univoque pour les personnes en situation de handicap. Une étude conduite par l'Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM) et le Centre de ressources sur le handicap psychique (CReHPsy) des Pays de la Loire⁴³, pour répondre aux préoccupations des professionnels de la psychiatrie quant aux risques de dégradation des troubles pour les personnes

⁴⁰ L'Association La nouvelle Forge à l'épreuve du confinement ; Valérie Paparelle, Bernard Durand - Champ social | « Pratiques en santé mentale » 2021/1 67e année (pages 22 à 30)

⁴¹ Si l'on met à part des expériences telles que la pair-aidance numérique – cf. les journées thématiques du CRePHsy des Pays de la Loire

⁴² 97,4 % des ESMS répondants à l'enquête conduite par la CNSA auprès d'un échantillon de 4977 établissements et services du champ PH déclarent avoir mis en place un plan de continuité de l'activité - CNSA Enquête ESMS PH - Crise COVID Adaptation de l'offre et coopérations territoriales en période de crise sanitaire – avril-mai 2020.

⁴³ Le confinement et après ? Le point de vue des personnes vivant avec un trouble psychique et de leur famille - Etude réalisée dans la région Pays de la Loire du 30 avril au 13 mai 2020.

en situation de handicap psychique indique, a contrario, que les personnes concernées par les troubles psychiques et leur famille n'ont pas été aussi massivement impactées par les mesures liées au confinement probablement parce que l'isolement social est déjà le quotidien de nombreuses personnes en situation de handicap psychique.

1.2.2 L'adaptation des réponses, l'implication des personnes et de leurs proches aidants

[33] La mission a conduit deux enquêtes « flash », l'une en direction des établissements et services médico-sociaux (transmission du lien par l'intermédiaire des fédérations d'établissements ou d'organismes gestionnaires) et l'autre en direction des personnes en situation de handicap et de leurs aidants (transmission du lien web par l'intermédiaire d'associations d'usagers). De nombreuses citations sont extraites de ces deux enquêtes (dont l'analyse détaillée figure aux annexes 3 à 5). Elles ont permis de compléter les constats de diverses enquêtes déjà publiées, en général qualitatives et territorialisées ou centrées sur le premier confinement⁴⁴.

[34] L'accompagnement de nombreuses personnes en situation de handicap s'est reporté vers le domicile mais les services d'aides et également de soins à domicile souffrent d'un manque d'attractivité et le quotidien des personnes en situation de handicap a pu s'aggraver. La situation décrite par cette PSH correspond aux difficultés décrites sur certains territoires : « *Appel à plusieurs SAAD. Beaucoup de refus en raison du manque de moyens humains. Seul 2 sur une dizaine ont assumé ma prise en charge (myopathe de 39 ans avec VNI 24h/24) mais éprouvent des difficultés à trouver du personnel qualifié. Il y a trop de "turn over" et beaucoup d'absentéisme du essentiellement à des arrêts maladies et des accidents du travail. Quant au SSIAD qui me prend en charge depuis 2014 pour les douches, grosses difficultés avec la crise pour seulement 2 interventions par semaine...* ». D'autres PSH confirment ces difficultés : « *Notre recherche pour trouver une auxiliaire de vie disponible, même pour quelques heures par semaine, n'a pas abouti à cause de la pénurie de personnel dans les entreprises d'aide à domicile* ».

[35] Les associations et entreprises intervenant à domicile (SAAD) ont parfois eu le sentiment d'être le dernier rempart pour des situations qui s'étaient fortement dégradées à domicile en l'absence de soutiens extérieurs (souvent motivés par la crainte d'une contamination). Les SAAD développent des projets en direction des personnes âgées et des PSH et développent leur action de l'évaluation des besoins à la coordination du parcours de la personne. La crise ne semble pas avoir favorisé les interactions entre les professionnels des autres ESSMS (établissements, SESSAD, SAMSAH et SAVS) avec les SAAD qui sont intervenus au domicile des PSH.

[36] Les professionnels des SESSAD, des SAMSAH et des SAVS sont peu intervenus à domicile compte tenu des recommandations - pour raisons sanitaires - de limitation des visites et les outils de communications « en distanciel » ont été privilégiés même si certains services ont pu développer des prestations à domicile : « *Pendant le premier confinement beaucoup de travail par téléphone et par sms et visio avec les familles mais aussi avec les jeunes également avec les partenaires comme l'éducation nationale (les professeurs) et l'ASE. Maintien des thérapies à distance par les psychologues.* » ; « *Nous avons maintenu l'activité pendant les périodes de confinement et avons développé les prestations à domicile plus adaptées à la situation de crise sanitaire.*

⁴⁴ Outre les enquêtes déjà mentionnées, on peut citer le rapport du Haut conseil du travail social coordonné par Mme Marie-Paule Cols Le Travail Social au défi de la crise sanitaire (janvier 2021) et le rapport de l'Union nationale des CCAS (UNCCAS) Covid et handicap - Du Parcours Du Combattant Au Parcours Du Survivant. (février 2021)

[37] Les proches de PSH, enfants et adultes, ont alerté la mission sur le manque de soins qui s'est accentué durant la période du confinement avec de nombreuses aggravations voire pertes de chances (en terme fonctionnel et de développement). L'insuffisance des interventions des kinésithérapeutes, orthophonistes, psychomotriciens et psychologues est régulièrement citée. Le télé-soins recommandé par la HAS⁴⁵ n'a pas toujours été possible selon les difficultés ou le très jeune âge de la PSH : « *"Arrêt des séances de kinésithérapie et orthophonie en cabinet (2 mois) de mon fils ce qui a entraîné une perte de la mobilité et de l'autonomie. Le poids du handicap encore plus lourd pour moi. » ; « Mon fils est reparti dans un sur attachement vis à vis de moi car il a été 5 semaines non-stop avec moi. Retour de troubles du comportement comme se mordre, troubles du sommeil ... ».*

[38] Selon les professionnels de la petite enfance, l'accueil collectif précoce des enfants à risque ou suivi pour des troubles du neuro-développement est tout aussi essentiel que les soins médicaux et paramédicaux ainsi que l'accompagnement médico-social. Les proches aidants d'enfants habituellement accueillis en établissements (en général en journée) ont cumulé de multiples fonctions (parent, auxiliaire de vie, rééducateur, enseignant, professionnel en télétravail...). Les frais engagés ont été importants (financement des matériels jetables et protections, apport nutritionnels spécifiques...qui sont habituellement pris en charge par la structure d'accueil) « *Parent seul et isolé, infirmière de métier et mère de 3 filles (18, 15 et 10 ans) dont la cadette en situation de polyhandicap ; je tiens à préciser que la facture des dépenses (surtout pour l'année 2020) suite aux confinements est vraiment très salée presque 2800 €.*"Il se pose ici la question de l'articulation avec la PCH à domicile.

[39] Le suivi des situations à distance et le maintien du lien des familles avec les établissements ont permis d'organiser un soutien renforcé, un accueil de répit ou encore un accueil à plus long terme. « *"Le CESAP de X où est suivi mon fils a été d'un grand soutien avec les moyens qui leurs ont été donnés au 1er confinement. L'ergo m'a apporté la flèche de mon fils le médecin est passé avec la psy quand il a eu des troubles de l'alimentation. Il a pu être accueilli à l'internat car la situation était très difficile à vivre pour lui pour moi."*

[40] Une enquête conduite auprès de 2 000 familles par un collectif de médecins, rééducateurs, chercheurs et parents⁴⁶ « ECHO » pour : « *Enfant - Confinement - Handicap – Besoins* » a révélé, le 7 mai 2020, que « *75 % des familles ont pris en charge la rééducation de leur enfant en situation de handicap moteur pendant la période de confinement* » Ces soins sont habituellement à la charge de l'établissement.

[41] La présentation de la situation des enfants handicapés accueillis dans les structures de la protection de l'enfance par les professionnels du secteur correspond à ce qui a été décrit au domicile des parents, La famille d'accueil ou les professionnels des MECS ont ressenti un fort sentiment d'isolement dans l'accompagnement des enfants en situation de handicap tout particulièrement durant les premières semaines de confinement. En effet, les professionnels ne sont pas spécifiquement formés à l'accompagnement d'enfants en situation de handicap 24 heures/24 et les moyens humains n'ont pas toujours été renforcés. Cependant, des équipes des établissements

⁴⁵HAS Avril 2020 Réponses rapides dans le cadre du COVID-19 - Mesures et précautions essentielles pour le Masseur-Kinésithérapeute auprès des patients à domicile

⁴⁶ BEaCHILD (Centre Breton de Recherche et d'Innovation pour la Réadaptation et le Développement de l'Enfant), FRISBEE (Fédération des SSR pédiatriques de Bretagne Occidentale), R4P (Réseau Régional de Rééducation et de Réadaptation Pédiatrique en Auvergne-Rhône Alpes), Département de MPR du CHU - Les Capucins d'Angers, SFERHE (Société Francophone d'Etudes et de Recherche sur les handicaps de l'enfance), SOFMER (Société Française de Médecine Physique et de Réadaptation), Fondation Paralysie Cérébrale, IFRH (Institut Fédératif de Recherche sur le Handicap), FFAIMC (Fédération Française des Associations d'Infirmités Motrices Cérébrales), Institut Motricité Cérébrale (IMC), SFNP (Société Française de Neurologie Pédiatrique), Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, APF France Handicap et FIRAH (Fondation Internationale de la Recherche Appliquée sur le Handicap).

médico-sociaux sont venus en renfort, de façon très variable selon les territoires, la proximité et l'habitude de travailler ensemble. Si besoin, des accueils en urgence ont été facilités par la levée de l'obligation de présenter une orientation de la CDAPH. *« Concernant les jeunes relevant d'une mesure de protection judiciaire ou administrative, ils font partie de l'effectif habituel de l'établissement à hauteur de 50 % en 2020. Ces enfants ont été accueillis mais s'il s'agit d'enfants ne faisant pas partie de l'effectif habituel il n'y a pas eu d'accueil. Néanmoins des professionnels ont été détachés pour renforcer des équipes de MECS durant le premier confinement ».*

[42] Le CREAI PACA et CORSE⁴⁷ et le CREAI Grand Est⁴⁸ ont réalisé deux enquêtes auprès des établissements et services médico-sociaux.

[43] L'étude conduite en PACA / Corse a mis en exergue qu'au-delà du développement des outils d'accompagnement en distanciel, la période du confinement a révélé l'existence de besoins non pourvus. La réactivité de l'ARS, et les liens développés avec les DTARS ont contribué à répondre aux situations d'urgence rencontrées, nécessitant notamment l'activation de « dérogations » aux modes d'accompagnement habituels en liens étroits avec les Conseils départementaux et les acteurs de l'accompagnement dans une logique de co-responsabilité. Cette étude évoque également une autre souplesse apportée par les ordonnances : *« s'émanciper du cadre strict des notifications pour fonctionner selon le modèle existant des équipes mobiles contribuera sans aucun doute à développer cette nouvelle offre modulaire, permettant de concilier accompagnement dans et hors les murs, tout en répondant à l'ensemble des besoins repérés et à venir ».*

[44] L'enquête conduite dans le Grand Est a étudié plusieurs points et le bilan est en demi-teinte avec trois axes de progression et un point d'amélioration à travailler :

- Le développement du numérique (qui s'est imposé aux équipes des ESMS) afin de maintenir le lien avec les personnes en situation de handicap. Pour le CREAI *« Un cap culturel a été franchi : l'évolution des postures des équipes professionnelles face au numérique a été constatée par une large part des ESMS du secteur enfance comme du secteur adulte. Forts de cette évolution, les deux tiers des structures souhaitent préserver à l'avenir l'usage de ces outils dans l'accompagnement des personnes. »* Pour autant, il faut tenir compte de la fracture numérique observée (manque d'équipement matériel : sans smartphone ou tablette, ou sans débit suffisant) ainsi des personnes adultes vivant seules ont pu traverser une période d'isolement difficile ;
- Le fonctionnement en dispositif / plateforme : Un ESMS sur cinq déclare avoir évolué vers ce fonctionnement pendant la période, en proposant alternativement – par mutualisation de moyens avec d'autres ESMS le cas échéant – des prestations d'accompagnement en appui du domicile, d'hébergement et d'accueil en journée. Qu'ils accompagnent des adultes ou des mineurs, la quasi-totalité des structures étudiées (9/10) déclarent le souhait de pérenniser ce fonctionnement à l'avenir. Pour le CREAI *« Cette évolution organisationnelle ne marque pas pour autant l'entrée de plain-pied dans la « responsabilité populationnelle partagée » appelée des vœux de Bernadette Devictor⁴⁹ dès 2014, lors de sa présidence de la Conférence nationale de santé. En effet, la coordination entre organismes gestionnaires semble être restée assez marginale :*

⁴⁷ Les pratiques "alternatives" déployées par les ESMS dans le cadre de la crise COVID-19 : Quels enseignements quant à l'accompagnement des personnes, la transformation de l'offre et la logique « inclusive » ?

⁴⁸ Les impacts de la crise Covid sur le champ médico-social. Sept 2020

⁴⁹ Bernadette Devictor, Le service public territorial de santé (SPTS). Le service public hospitalier (SPH). Développer l'approche territoriale et populationnelle de l'offre en santé, mars 2014. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Devictor_-_Service_public_territorial_de_sante2.pdf

malgré quelques expériences collaboratives originales, seul un ESMS sur dix a relaté l'émergence de coopérations nouvelles pendant le confinement et les premières semaines du déconfinement. » ;

- L'amélioration des liens entre professionnels et familles : Les contacts réguliers avec les familles ont permis une « *plus grande reconnaissance mutuelle, appropriation des outils éducatifs par les parents, émergence de nouvelles compétences parentales... une amélioration des liens et de la confiance entre aidants professionnels et non-professionnels de la personne* » ;
- Le manque de solutions de répit pour les proches aidants : le CREAI rappelle que selon l'enquête nationale Ipsos-Macif « *Aidants : le temps des solutions* », 7 aidants sur 10 ont déclaré s'être sentis seuls pendant le confinement auprès de la personne accompagnée et 6 aidants sur 10 se sont sentis dépassés par la situation (manque d'aide et/ou de soins, stress chez la personne aidée...). La majorité des structures échantillonnées (60 %) n'ont pas pu proposer un mode d'accueil qui aurait pu répondre à des besoins familiaux.

[45] La mission rejoint la conclusion prudente du CREAI du Grand-Est qui inscrit ces changements plutôt dans un mouvement d'accélération d'évolutions souvent amorcées avant la crise plutôt que dans celui de l'émergence d'innovations.

[46] Quant à l'amélioration des liens avec les familles, les proches aidants des personnes en situation de handicap ont souligné l'engagement des équipes sociales et médico-sociale surtout sur le plan des interactions avec les familles et ont pu exprimer leur reconnaissance : « *En conclusion que ce soit en période de confinement ou seulement de couvre-feu, les règles ont été appliquées strictement au sein de sa structure de travail et d'hébergement. Elles ont été efficaces, le personnel accompagnant s'est grandement investi dans les explications à fournir, les discussions à assurer pour rassurer et entourer au mieux. Toutes ces actions, sortant de l'accompagnement ordinaire, accomplies sont à saluer et à féliciter* » ; « *Je crois que l'on n'a pas assez reconnu et valorisé le personnel de ce type d'établissement* » ; « *Il est scandaleux que les établissements médico-sociaux n'aient pas été jugés prioritaires alors que le dévouement des personnels a été sans faille* » ; « *La crise a été un révélateur de l'importance des professionnels du médico-social* ».

[47] Dans le champ de l'inclusion, une expérience paraît intéressante à relater compte tenu de l'objet de la mission. Il s'agit de la plateforme d'inclusion « côté cours » du Havre⁵⁰, qui emploie 60 salariés pour accompagner 320 personnes en milieu ordinaire (logements individuels, semi regroupés, sur les habitats partagés, les résidences accueil) avec un SAMSAH, un SAAD et l'organisation d'un GEM. Pour soutenir ces personnes avec des troubles psychiques persistants (et à risque de forme grave de Covid), la « fusion » des équipes d'accompagnement avec les équipes du logement a été actée, permettant de mettre les compétences des professionnels du SAMSAH au service de l'ensemble des personnes accompagnées par le dispositif.

[48] Les enquêtes flash conduites par la mission ne prétendent pas être complètement représentatives ni de l'ensemble des établissements et services ni de l'ensemble des PSH et de leurs proches aidants. Mais elles reposent sur un panel suffisamment significatif, ne serait-ce qu'en termes de catégories d'ESSMS représentées, ou de lieu de résidence des PSH et de leurs aidants.

[49] L'enquête auprès de personnes en situation de handicap et de proches aidants a permis d'exploiter 219 questionnaires complétés par des personnes en situation de handicap et 513 questionnaires complétés par des proches aidants, en différenciant l'analyse des 209

⁵⁰ L'impact de la crise du covid-19 dans le champ de l'inclusion l'expérience du dispositif habitat Côté cours du Havre Marie Delaroque - Champ social | « Pratiques en santé mentale » 2021/1 67e année | pages 31 à 36

questionnaires complétés par des proches de jeunes PSH de ceux complétés par des proches de personnes de plus de 20 ans (304).

Tableau 2 : Résultats de l'enquête auprès des PSH et de leurs aidants

	Un soutien a-t-il été apporté au proche aidant	L'accompagnement a-t-il répondu moins que d'habitude aux besoins de la PSH	PSH accueillie ou hébergée dans un nouvel établissement	Si oui, cet établissement accueille le même profil de handicap	Retour inhabituel à domicile ou chez un proche	Si oui, avec un accompagnement à domicile par l'établissement habituel	Si oui, avec paiement d'une contribution à l'établissement (pour absence)	Si changement de modalité d'accompagnement, décision de la MDPH
PSH (219), adultes de plus de 20 ans	8%	8%	4%	75%	11%	58%	21%	25%
Réponses apportées par des aidants de PSH de plus de 20 ans (304)	9%	24%	6%	82%	48%	20%	5%	7%
Réponses apportées par des aidants de jeunes PSH (209)	16%	3%	4%	75%	45%	10%	5%	4%
TOTAL (732)	11%	13%	5%	79%	36%	20%	6%	3%

Source : Mission

[50] On peut retenir que 36% des PSH habituellement hébergées ont dû revenir de manière inhabituelle chez elles ou chez un proche ; moins d'un cinquième de ces personnes a continué d'être accompagné par l'établissement habituel, principalement à distance⁵¹. 5 % des PSH ont été accueillies ou hébergées dans un nouvel ESSMS. Quant au soutien aux aidants, il n'a concerné que 11% d'entre eux.

[51] La description des difficultés de santé des PSH est le reflet de la pluralité des handicaps. Le questionnaire permettait de cocher plusieurs déficiences ou problèmes de santé (selon la nomenclature des ESSMS). À peine plus de la moitié des répondants n'ont signalé qu'une déficience.

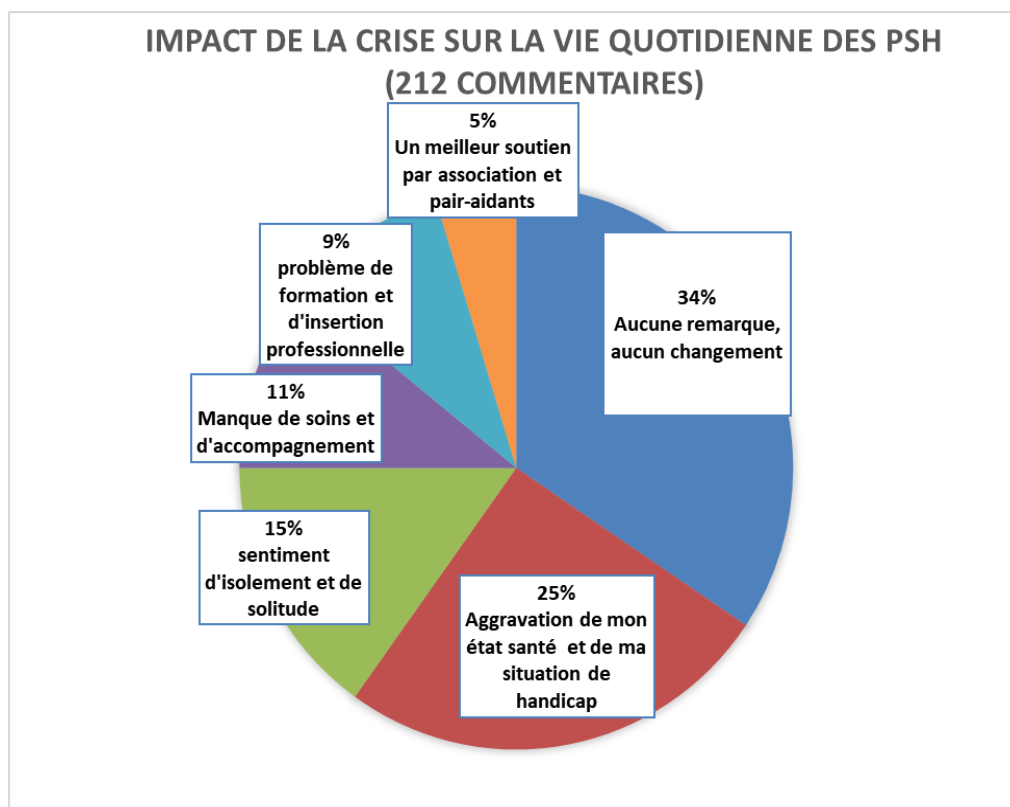
[52] Les répondants ont été informés par l'intermédiaire d'associations et de collectifs dont certains sont très actifs sur les réseaux sociaux. Ce sont des personnes parmi les mieux informées et soutenues par les associations d'usagers et leurs pairs, qu'ils remercient souvent à travers leurs témoignages. Il n'y a pas lieu de penser que l'intensité des difficultés décrites durant la crise par ces personnes aurait été moindre pour les personnes plus isolées et moins informées.

[53] Deux questions ouvertes ont permis de recueillir 212 commentaires rédigés par des personnes en situation de handicap et 540 commentaires émis par les proches aidants, ils ont fait l'objet d'une analyse. L'analyse des 212 réponses des personnes en situation de handicap à la question « Pouvez-vous décrire en quelques mots les changements survenus dans votre vie quotidienne consécutifs à l'impact de la crise? » permet de répartir ces commentaires suivant cinq thèmes principaux :

⁵¹ voir annexe 5 infra : 7 fois plus d'accompagnement à distance qu'à domicile pour les jeunes, 2,5 fois plus pour les adultes ; le questionnaire aux PSH ne permet pas de préciser ce point

l'aggravation des problèmes de santé et de la situation de handicap est essentiellement liée à des peurs, des angoisses et de la dépression, le manque de kinésithérapie et de balnéothérapie sont également rappelés.

Graphique 1 : Thèmes évoqués par les personnes en situation de handicap à travers 212 commentaires



Source : Mission

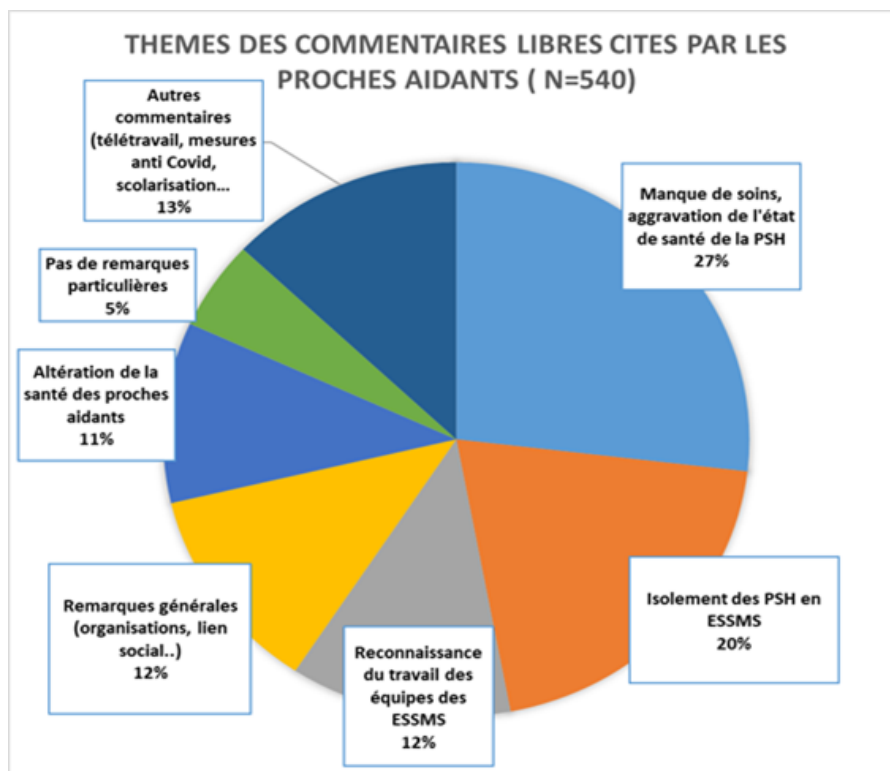
[54] L'aggravation de l'état de santé et de la situation de handicap associée à la diminution de la mobilité et les conséquences d'un manque de rééducation décrits par les répondants à l'enquête sont particulièrement préoccupants. Ce sont les problématiques psychiques qui sont le plus souvent abordées par les PSH.

[55] L'analyse des 212 remarques et commentaires des personnes en situation de handicap, par mots clés en lien avec la santé mentale identifiés 50 fois dans les 212 commentaires (près d'un commentaire sur 4) permet de mesurer l'importance de cette dimension pour les PSH. Le mot « peur » est cité 14 fois, devant « psychique, psychologique » (10 fois) puis « angoisse » (6 fois), « fatigue et épuisement moral » (6 fois), « stress » (5 fois), « baisse de moral » (5 fois) et « dépression » (4 fois). Un climat d'insécurité (vis-à-vis du risque d'infection, d'isolement, de solitude mais aussi du manque d'aides et de soins, de discrimination dans le travail...) transparait dans ces témoignages.

[56] L'analyse des 540 commentaires rédigés par les proches aidants a permis de dégager huit thèmes principaux avec en premier lieu le signalement de ruptures de parcours de soins et d'accompagnement avec aggravation de l'état de santé et de la situation du handicap des PSH accompagnées (souvent de jeunes PSH mais également des adultes) et un vécu très difficile de l'isolement et de la perte de liberté d'aller et venir dans les établissements. Les personnes sont ainsi

restées parfois bien au-delà de la période du premier confinement chez leurs proches (en dernier lieu, pour ne pas avoir à vivre un isolement de 7 jours au décours d'une courte escapade de week-end en petit comité).

Graphique 2 : Thèmes évoqués par les proches aidants à travers 540 commentaires



Source : Mission

[57] L'analyse des 540 remarques et commentaires à l'aide de mots clés permet de dégager le thème du travail qui, s'il n'a pas le plus souvent été énoncé comme la problématique principale dans les verbatim, a été fréquemment cité (74 fois) ; suivent la vie quotidienne et l'accompagnement (67 fois) puis les soins aux PSH (32 fois) et les items concernant plus spécifiquement la santé des proches aidants : l'expression de la fatigue, de l'épuisement et du besoin de répit (24 fois).

[58] L'enquête auprès des établissements et services a permis d'exploiter 745 réponses dont 294 concernent des établissements et services dédiés aux jeunes en situations de handicap (40 %). Pour les établissements qui ont vu les PSH rejoindre leur domicile, le développement et les modalités de mise en œuvre de l'accompagnement en distanciel sont détaillés dans les commentaires et le maintien des financements en cas de sous-activité (en présentiel) est apprécié. Pour ne pas décourager les réponses dans une période où les gestionnaires restent lourdement chargés, les questions étaient fermées et déroulaient les principales mesures autorisées par les ordonnances.

Tableau 3 : Résultats de l'enquête auprès des ESSMS

	Lieux différents	Publics différents	Accueil de mineurs en secteur adultes	Accueil de mineurs de l'ASE	Personnels de qualifications différentes	Surcapacité	Accueil sans orientation CDAPH	Accueil temporaire supérieur 90 jours	Dérogation aux règles de fonctionnement	Information de l'autorité (tous moyens)
Etablissements jeunes PSH (120)	76%	3%	–	14%	10%	10%	8%	5%	68%	83%
CAMSP (36) et CMPP (54)	40%	8%	–	32%	2%	10%	–	–	73%	70%
SESSAD (84)	38%	7%	–	5%	2%	14%	1%	–	44%	56%
TOTAL ESSMS jeunes (294)	52%	6%	–	17%	5%	11%	4%	2%	64%	72%
Etablissements PSH adultes (204)	30%	9%	4%	0,5%	25%	8%	7%	20%	50%	54%
ESAT(164)	35%	2%	0%	0,6%	12%	3%	3%	–	50%	51%
SAVS (42) et SAMSAH (23)	25%	11%	0%	0%	0%	23%	15%	–	49%	40%
TOTAL ESSMS adultes (433)	29%	6%	2%	0,5%	16%	8%	7%	9%	49%	51%
TOTAL GENERAL (727)	38%	6%	1%	7%	12%	9%	6%	6%	55%	59%

Source : Mission

[59] Il est évidemment difficile de dresser un bilan exhaustif de la mise en œuvre de mesures dérogatoires, d'autant plus qu'il ressort de l'enquête que plus de 40% des ESSMS n'en ont pas systématiquement informé l'autorité compétente (ce qui se conçoit bien dans des situations d'urgence particulièrement complexes⁵²). **On peut néanmoins dégager quelques conclusions partielles, qui recoupent les études qualitatives et le ressenti des acteurs rencontrés par la mission :**

- Si l'on met à part la rubrique générique de dérogation aux conditions minimales de fonctionnement, **le premier motif de dérogation est très nettement l'exercice dans un lieu différent** (38 %) notamment les établissements d'éducation adaptée (76 %), c'est-à-dire dans ce dernier cas un exercice hors les murs ; **viennent ensuite l'accueil temporaire prolongé** (20 %, pour les établissements seulement par définition, en pratique surtout pour des adultes) **et l'emploi de personnels aux qualifications inhabituelles** (12 % en moyenne, mais 25 % dans les établissements pour adultes) ;
- L'accueil de mineurs de l'ASE est important du côté des ESSMS pour jeunes PSH (17 %), notamment dans les CAMSP (32 %), mais il ne s'agit pas d'une véritable dérogation, dès lors qu'il n'est pas corrélé avec le taux de dérogation à l'orientation préalable par la CDAPH ;
- Le dépassement de capacité (a priori pour des unités données, puisqu'il n'y avait pas de financement supplémentaire en cas de suractivité globale) et l'accueil sans orientation préalable de la CDAPH ont été assez peu mobilisés (respectivement 9 % et 6 %) ; ils sont plus significatifs (23 % et 15 %) dans les services pour adultes (SAMSAH et SAVS) ;
- L'accueil de publics différents est faible (6 % en moyenne) mais d'autant moins négligeable que cette faculté n'était pas prévue par les ordonnances en dehors de l'accueil de mineurs en établissement principalement dédié aux adultes (très limité), avec lequel il ne se confond pas.

⁵² sachant que symétriquement certaines autorités publiques ont pu exiger des ESSMS de leur ressort qu'ils leur soumettent non seulement les décisions cadres prévues par les ordonnances, mais aussi les décisions individuelles d'admission prises pour leur application

[60] Il faut insister sur le fait que ces taux ne sauraient être extrapolés pour évaluer le nombre de personnes ayant bénéficié des mesures dérogatoires : comme on l'a vu plus haut, il ressort ainsi des réponses des PSH ou de leurs aidants que parmi les personnes ayant dû revenir de manière inhabituelle à leur domicile ou chez un proche, seulement 20% ont bénéficié d'un accompagnement par leur établissement habituel, très majoritairement à distance.

2 La transformation des ESSMS est confrontée à des freins structurels, à la fois endogènes et exogènes

2.1 Une offre excessivement segmentée qui appelle à la fois des évolutions négociées et des dispositions générales

2.1.1 Une segmentation persistante en fonction du type de handicap, de l'âge et du mode d'accueil ou d'accompagnement

[61] On a déjà vu au point 1 que les ESSMS dédiés aux PSH (ou les unités constituées en leur sein) sont généralement spécialisés en fonction du handicap et de l'âge des personnes accueillies ou accompagnées et de leur mode d'accueil ou d'accompagnement et que l'un des principaux enjeux des ordonnances prises dans le cadre de la crise sanitaire était de permettre aux ESSMS de s'affranchir temporairement des contraintes liées à cette spécialisation.

[62] Ce paramètre, qui n'était jusqu'en 2017 encadré par aucune disposition normative, conduit à une segmentation très forte de l'offre. **Il existe aujourd'hui (hors SSIAD, SPASAD et SAAD, qui n'étaient déjà généralement pas spécialisés⁵³) 3 487 spécialités, dont 2 795 pour les seuls ESSMS dédiés aux jeunes PSH⁵⁴ et 692 pour les autres ESSMS⁵⁵.**

[63] **L'importance du premier chiffre est liée, historiquement, à l'extrême variété des bornes d'âge pratiquées dans les établissements d'éducation adaptée. Mais même en faisant abstraction de ces bornes d'âges, qui se chevauchent souvent et n'induisent pas forcément de différence nette en termes de spécialisation⁵⁶, on trouve encore 1 426 spécialités autorisées, dont 746 pour les ESSMS dédiés aux jeunes PSH et 680 pour les autres ESSMS.**

[64] **Cela signifie donc qu'une spécialité n'est en moyenne représentée, sur l'ensemble du territoire, que par 3 ou 12 unités, selon qu'on prend en compte ou non les bornes d'âge, pour ce qui concerne les jeunes PSH et par 18 unités pour les autres structures, ce qui ne permet même pas d'assurer un maillage au niveau régional⁵⁷.**

[65] **Il faut certes nuancer ce constat en tenant compte de l'introduction en 2017 de la nomenclature réglementaire des ESSMS accompagnant des personnes handicapées et malades chroniques⁵⁸. Cette nomenclature simplifiée et opposable (des mentions pouvant**

⁵³ La quasi-totalité des autorisations enregistrées pour les SSIAD, les SPASAD et les SAAD qui interviennent auprès de PSH sont valables pour tous types de handicap et sans limite d'âge et se répartissent entre soins et aide à domicile ; 16 autres spécialités résiduelles correspondent essentiellement à des formulations anciennes qui n'ont pas été corrigées (aide-ménagère, auxiliaire de vie, ...)

⁵⁴ 2° et 3° du I de l'article L. 312-1 – voir au 1.1

⁵⁵ 5° et 7° du I de l'article L. 312-1 - idem

⁵⁶ Par exemple 7-13 ans et 8-12 ans

⁵⁷ 8 773 unités pour jeunes PSH / 2 795 spécialités (bornes d'âge prises en compte) = 3 unités par spécialité en moyenne ; 8 773 unités pour jeunes PSH / 746 spécialités (hors bornes d'âge) = 12 unités par spécialité en moyenne ; 12 285 unités d'ESSMS principalement dédiés aux adultes hors SSIAD SPASAD et SAAD / 680 spécialités hors bornes d'âge = 18 unités par spécialité en moyenne ; ces moyennes recouvrent une grande diversité : 452 spécialités n'ont qu'une occurrence ; à l'inverse, la spécialité la plus fréquente a 472 occurrences

⁵⁸ cf. le décret déjà cité n°2017-982 du 9 mai 2017 relatif à la nomenclature des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) accompagnant des personnes handicapées et malades chroniques - codifié aux articles D. 312-0-1 à 3 du CASF ; guide d'application annexé à une instruction DGCS/2018/18 du 22 janvier 2018 pour les ARS et transmis pour information aux PCD

figurer dans les arrêtés d'autorisation) a notamment pour objectif de réduire la segmentation de l'offre. Comme elle n'est applicable qu'aux autorisations nouvelles ou modifiées postérieurement après son édicition, il en résulte paradoxalement, dans une phase transitoire, un accroissement du nombre de spécialités existantes.

[66] Mais, même déduction faite des autorisations délivrées conformément à la nouvelle nomenclature⁵⁹, on trouve encore 3 025 spécialités, dont 995 hors bornes d'âge⁶⁰, qui ont vocation à disparaître à terme. **De manière générale, les autorisations totalement conformes à la nouvelle nomenclature ne couvrent aujourd'hui que 20 % des unités autorisées comme des capacités installées, hors SSIAD, SPASAD et SAAD (et 39 % des unités autorisées si on les prend en compte).** Il est d'ailleurs surprenant de constater que ce taux est bien inférieur au taux moyen de conclusion d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM), alors même que celui-ci offre l'occasion de nettoyer les autorisations de leurs mentions obsolètes (voir infra 2.1.2.1).

[67] Cette segmentation persistante est source de complexité pour les PSH, les gestionnaires et leurs autorités de contrôle et de régulation. Elle peut motiver des refus de prise en charge pour les PSH qui ne correspondent pas exactement à la spécialité offerte. Même lorsque le gestionnaire est d'accord pour passer outre, il doit obtenir de l'autorité de contrôle une dérogation qui ne peut être fondée juridiquement que sur une décision d'orientation le désignant expressément⁶¹. Enfin, elle rend extrêmement difficile toute programmation globale.

2.1.1.1 Le facteur de segmentation le plus prégnant est lié à la spécialisation par type de handicap

[68] On trouvait, dans les autorisations délivrées jusqu'en 2017, une trentaine de publics distingués selon la nature du handicap principal, sa gravité (avec trois niveaux dans le domaine du « retard mental ») et l'existence éventuelle de handicaps d'une autre nature (dits « troubles associés ») - même si plusieurs ARS avaient engagé sur ce point dès avant la nouvelle nomenclature un travail de révision, en particulier dans le champ du handicap mental.

[69] Le décret sur la nouvelle nomenclature y a substitué une liste limitative de dix types de handicap (sans préjudice de la possibilité d'accueillir ou d'accompagner tout public sans spécialisation), en réservant la possibilité d'y déroger pour des spécialisations rares lorsque l'établissement assure également un rôle de centre de ressources.

[70] La gravité du handicap doit désormais être prise en compte à travers le lieu et l'intensité de la prise en charge plutôt qu'une spécialisation ad hoc et l'accueil. Quant à l'accompagnement de personnes présentant des « troubles associés », il ne peut être exclu a priori, un refus de prise en charge ne pouvant être motivé que par l'absence de tiers compétent (autre structure, professionnel libéral) pouvant intervenir en complément.

[71] Cet aspect de la nouvelle nomenclature semble bien pris en compte – pour 59 % des unités autorisées (69 % en incluant les SSIAD, SPASAD et SAAD). Mais les autorisations non modifiées restent extrêmement segmentées, comme le montrent les tableaux en annexe 6.

⁵⁹ Qui n'en exploitent d'ailleurs pas nécessairement toutes les possibilités, comme on le verra infra

⁶⁰ Ce chiffre est même un peu supérieur à celui établi par la DGCS dans une étude de 2015, préalable à la préparation du décret, qui trouvait 939 spécialités autorisées (hors bornes d'âge) dans le champ du handicap, sur un périmètre comparable

⁶¹ cf. le III de l'article L. 241-6 du CASF ; encore cet article ne prévoit expressément de déroger qu'à la spécialité et non à la capacité autorisée correspondante ; si cette capacité est déjà saturée, une telle dérogation peut certes s'assimiler à une extension de faible importance, ou une transformation partielle, mais elle est par nature temporaire, alors que l'autorisation permanente est accordée pour 15 ans renouvelables sous réserve des résultats de l'évaluation

Tableau 4 : Publics accueillis ou accompagnés (2°, 3°, 5° et 7° du I de l'article L. 312-1 du CASF)

Ancienne nomenclature Finess	Nouvelle nomenclature ¹
Déficiência Intellectuelle (<i>nb : sans trouble associé</i>) Déficiences Intellectuelles avec Troubles Associés Retard Mental Profond ou Sévère (<i>nb : sans trouble associé</i>) Retard Mental Profond et Sévère avec Troubles Associés Retard Mental Moyen (<i>nb : sans trouble associé</i>) Retard Mental Moyen avec Troubles Associés Retard Mental Léger (<i>nb : sans trouble associé</i>) Retard Mental Léger avec Troubles Associés	Déficiência intellectuelle (<i>nb : troubles du développement intellectuel</i>)
Autistes	Troubles du spectre de l'autisme
Déficiência du Psychisme Déficiencia Grave du Psychisme Troubles Psychopathologiques Troubles Psychopathologiques Légers Troubles Psychopathologiques Graves	Handicap psychique
Troubles du Caractère et du Comportement	Difficultés psychologiques avec troubles du comportement (<i>nb : cf. la formulation de l'article L.312-7-1 du CASF dans sa rédaction issue de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016</i>)
Polyhandicap	Polyhandicap
Déficiência Motrice sans Troubles Associés Déficiencia Motrice avec Troubles Associés	Déficiência motrice
Déficiência Auditive (<i>nb : sans trouble associé</i>) Déficiencias Auditives avec troubles associés	Déficiência auditive grave
Déficiência Visuelle (<i>nb : sans trouble associé</i>) Déficiencias Visuelles avec troubles associés	Déficiência visuelle grave
Surdi-Cécité avec ou sans troubles associés	autorisation au titre des deux publics précédents ou rôle de centre de ressources ou caractère expérimental
Cérébro-lésés Déficiencia Grave du Psychisme consécutive à lésion cérébrale	Cérébro-lésés
Déficiência Grave de la Communication	Handicap cognitif spécifique (<i>nb : troubles dys</i>)
Tous Types de Déficiencias Personnes Handicapées	Tous Types de Déficiencias Personnes Handicapées
<i>Autres publics</i>	si rôle de centre de ressources ou caractère expérimental (<i>nb : par exemple handicap rare</i>)
¹ pour l'ensemble des publics prévus par la nouvelle nomenclature, les handicaps s'entendent qu'il y ait ou non trouble associé	

Source : Mission d'après Guide d'application annexé à l'instruction DGCS/2018/18 du 22 janvier 2018 – les commentaires de la mission sont en italiques

[72] **C'est ainsi que l'on trouve encore de nombreuses spécialités « sans trouble associé »** : en ne tenant compte que des déficiences intellectuelles, motrices et sensorielles, où cette distinction découlait directement de la nomenclature antérieure⁶², **elles représentent encore respectivement 23 % des unités et 28 % des capacités dans les ESSMS dédiés aux jeunes PSH et 26 % des unités et 31 % des capacités dans les autres ESSMS (hors SSIAD, SPASAD et SAAD). De telles spécialisations sont particulièrement inopportunes si l'on considère que de nombreuses PSH présentent simultanément plusieurs handicaps, comme on l'a vu supra dans l'analyse des questionnaires.**

[73] **De même, on trouve encore un nombre important de structures spécialisées en fonction de la gravité du handicap, notamment s'agissant de la déficience intellectuelle, où elles représentent 8 % des unités et 9 % des capacités installées** (les chiffres sont identiques pour les ESSMS dédiés aux jeunes PSH et les autres ESSMS hors SSIAD, SPASAD et SAAD)⁶³. Certaines de ces spécialisations interrogent particulièrement au regard de l'objectif de société inclusive : on trouve ainsi 233 unités et 5 126 places dédiées à l'hébergement complet en internat de personnes présentant un « retard mental léger » ou « moyen » sans trouble associé.

[74] La suppression de la réserve relative aux troubles associés n'imposerait pas de changement immédiat pour les ESSMS concernés, mais aurait un effet systémique opportun en les conduisant à rechercher les partenariats nécessaires à la prise en charge de personnes présentant d'autres troubles que ceux qu'ils savent gérer eux-mêmes. **Elle peut être envisagée avec un délai de prévenance assez bref, par exemple d'un an.**

[75] L'automatisme est moins évidente pour les autorisations attribuées selon la gravité du handicap, notamment parce qu'elles supposent une redéfinition des modalités d'accompagnement, ou le cas échéant le regroupement avec d'autres structures en disposant déjà. **Elle peut donc être envisagée avec un délai un peu plus long, qui pourrait être fixé à deux ans.**

Recommandation n°1 Supprimer dans les autorisations des ESSMS dédiés aux PSH, dans un délai d'un an, toute réserve relative à l'absence de troubles associés et, dans un délai de deux ans, toute référence à la gravité du handicap principal

2.1.1.2 Un deuxième facteur de segmentation est lié aux bornes d'âges explicites ou implicites

[76] Il faut bien distinguer ici les bornes d'âge générales, qui découlent de la législation ou de la réglementation, et celles prévues spécifiquement par des arrêtés d'autorisation.

[77] Les ESSMS dédiés aux jeunes PSH sont en général des structures d'éducation adaptée⁶⁴ : ils ont donc à ce titre un champ réservé dans la période correspondant à celui de l'obligation scolaire ou de

⁶² Les autorisations anciennement délivrées en matière de handicap psychique (avec des formulations diverses) ou d'autisme n'induisaient pas d'exclusion des troubles associés, même s'il est possible que des règlements de fonctionnement la prévoient – on reviendra sur ce point dans la partie 2.2 ; l'existence de troubles associés est inhérente à la notion de polyhandicap

⁶³ On ne peut ajouter ces pourcentages aux précédents, mais ils ne se confondent pas intégralement : ainsi les autorisations délivrées pour retard mental léger, moyen ou profond avec troubles associés représentent 2 % des unités et des capacités installées dans les ESSMS dédiés aux jeunes handicapés ; dans le champ du handicap psychique, en revanche, les autorisations anciennes distinguant le niveau de gravité du trouble sont rares, et aucune n'est restreinte à des troubles « légers » ; pour les déficiences sensorielles, le CASF ne prévoit déjà par principe d'intervention des ESSMS que pour des troubles graves

⁶⁴ Suivant les termes déjà vus du 2° du I de l'article L. 312-1 - à l'exception des CMPP et des BAPU, qui sont à cet égard dans une situation comparable à celle des CAMSP

formation, c'est-à-dire entre 3 et 16 ans⁶⁵, même s'ils peuvent intervenir en amont (dès la naissance, en vertu des dispositions réglementaires qui les régissent plus spécifiquement) et en aval, au moins jusqu'à 20 ans, le maintien au-delà de cet âge dans l'attente d'une place disponible dans un autre ESSMS étant a minima garanti par la loi⁶⁶.

[78] En dehors de cet âge de référence de 20 ans ou d'un plafond supérieur⁶⁷, les seules bornes d'âge qui peuvent être prévues pour des ESSMS dédiés aux jeunes PSH sont les plafonds de 3 et 6 ans applicables à certains services d'accompagnement précoce⁶⁸ et le plafond de 6 ans applicable aux CAMSP⁶⁹.

[79] On comprend bien l'objectif initial des bornes plus précises, dès lors qu'il ne serait pas pertinent de mélanger tous les âges de manière indistincte. Mais la nouvelle nomenclature substitue à des bornes d'âge rigides des formulations en termes de projet éducatif, pédagogique et thérapeutique, ce qui laisse de la souplesse aux établissements en évitant les effets de couperet⁷⁰.

[80] Néanmoins les autorisations comportant des bornes d'âge allant au-delà de ces dispositions représentent encore 52 % des unités autorisées et 51 % des capacités installées dans les ESSMS dédiés aux jeunes PSH. Parallèlement, les formulations souples en termes de projet éducatif, pédagogique et thérapeutique ne représentent encore que 30 % des unités autorisées et 32 % des capacités installées dans les ESSMS d'éducation adaptée⁷¹.

[81] En particulier, les plafonds compris entre 16 et 19 ans, qui créent une discontinuité avec le seuil légal de 20 ans et ne peuvent être justifiés par un projet pédagogique particulier, concernent encore 11 % des unités autorisées et des capacités installées dans les ESSMS dédiés aux jeunes PSH.

[82] Les autres catégories d'ESSMS sont apparemment peu concernés, leurs arrêtés d'autorisation ne mentionnant quasiment jamais de borne d'âge.

[83] Ceux qui assurent une aide par le travail, ou bien la préorientation, la réadaptation et la rééducation professionnelles (ESAT, CPO et CRP) sont articulés, en miroir, avec l'obligation scolaire, avec un plancher d'intervention fixé à 16 ans⁷². Les autres établissements ne relèvent d'aucune disposition générale, dès lors qu'ils ont vocation à accueillir et accompagner toute personne « quel que soit son âge », la restriction aux « adultes handicapés » ayant disparu du 7° du I de l'article L. 312-1 depuis la loi vieillissement⁷³. Ainsi, un ESSMS relevant de cet alinéa peut accueillir ou accompagner en principe sans aucune restriction toute jeune PSH de plus de 16 ans.

⁶⁵ L'article L. 131-1 du code de l'éducation fixe l'obligation scolaire entre 3 et 16 ans ; l'article L. 114-1 prévoit une obligation de formation jusqu'à la majorité, qui peut notamment être satisfaite par le recours à un ESSMS relevant du 2° ou du 5° du I de l'article L. 312-1 et peut être écartée en raison de difficultés de santé

⁶⁶ En vertu de l'article L. 242-4 du CASF (« amendement Creton ») ; on reviendra plus loin sur ce seuil qui constitue en lui-même une source importante de rigidité de l'offre

⁶⁷ On trouve 131 unités, soit 1,5 % du total, dont l'âge plafond est compris entre 21 et 25 ans,

⁶⁸ cf. les articles D. 312-55, D. 312-75, D. 312-95, D. 312-105 et D. 312-117 du CASF ; le plafond de 6 ans, prévu quand le début de la scolarité obligatoire était fixé à cet âge devrait être a minima revu en conséquence

⁶⁹ cf. l'article 1er de l'annexe 32 bis du décret n° 56-284 du 9 mars 1956

⁷⁰ Soit tous projets pédagogiques, soit une des quatre options suivantes : accompagnement précoce de jeunes enfants, accompagnement dans l'acquisition de l'autonomie et la scolarisation, préparation d'adolescents et jeunes adultes à la vie professionnelle, accompagnement dans l'enseignement supérieur

⁷¹ Donc hors CAMSP, CMPP et BAPU

⁷² cf. les articles R. 344-6, D. 312-161-25 et D. 312-161-30 du CASF

⁷³ Les SSIAD, SPASAD et SSIAD pouvaient déjà intervenir avant cette loi auprès de mineurs, au titre des maladies chroniques

[84] **Mais il reste que, sauf pour les SSIAD, SPASAD et SAAD, la plupart des autorisations délivrées avant 2015 (et même des autorisations postérieures) utilisent encore le terme d'« adulte », renvoyant implicitement mais nécessairement à un âge minimal de 18 ans, voire 20 ans ou 21 ans pour des autorisations visant le règlement départemental d'aide sociale (RDAS)⁷⁴.**

[85] **La révision automatique des bornes d'âge est envisageable pour les plafonds compris entre 16 et 19 ans dans les ESSMS dédiés aux jeunes PSH, qui peuvent être systématiquement portés à 20 ans sans bouleverser le fonctionnement des ESSMS concernés⁷⁵. Le même raisonnement peut être appliqué aux ESSMS principalement dédiés aux adultes, quand la borne minimale d'âge (implicite ou explicite) est supérieure à 16 ans⁷⁶. Le fait qu'il y ait ainsi une zone commune d'intervention possible entre les deux grandes catégories de d'établissements est de nature à faciliter les transitions de l'une à l'autre⁷⁷.**

[86] **Les bornes d'âges inférieures ou égales à 15 ans devraient également être révisées, y compris les bornes réglementaires⁷⁸. Il est plus difficile de prévoir en l'espèce une automaticité, l'organisation de l'ESSMS devant être repensée en conséquence. En outre, le regroupement avec un autre ESSMS (le cas échéant, comme déjà évoqué supra, au sein de la même personne morale), intervenant déjà sur les tranches d'âge non couvertes, peut être une solution plus pertinente qu'une réorganisation purement interne. Un délai d'adaptation de deux ans pourrait être laissé à cette fin aux ESSMS concernés.**

Recommandation n°2 Relever systématiquement à 20 ans les bornes d'âges comprises entre 16 et 19 ans dans les ESSMS pour jeunes PSH et abaisser systématiquement à 16 ans les bornes d'âge supérieures à ce seuil dans les autres ESSMS ; supprimer dans un délai de deux ans les bornes d'âges inférieures ou égales à 15 ans

[87] Il existe par ailleurs une problématique d'âge au-delà de 60 ans, voire en-deçà, dans les ESSMS dédiés principalement aux adultes. Même si aucun plafond ne peut être désormais inscrit dans leurs arrêtés d'autorisation, et même s'il y en a très rarement en pratique, il peut exister des dispositions d'effet comparable, par exemple quand la résidence dans un foyer d'hébergement est conditionnée par l'exercice d'une activité professionnelle, voire d'une activité spécifiquement exercée dans un ESAT voisin relevant du même gestionnaire. Ces dispositions devraient être par principe abrogées.

[88] Surtout le vieillissement des PSH peut rendre plus adapté leur accueil dans des établissements pour personnes âgées dès avant l'âge de 60 ans. Cela a d'ailleurs donné lieu à l'identification de capacités dédiées aux « personnes handicapées vieillissantes », principalement dans des EHPAD ou plus marginalement en résidence autonomie. Ce public est très peu représenté (moins de 1 % du total des structures pour personnes âgées). Si la tarification des prestations servies à ces personnes

⁷⁴ plusieurs RDAS font référence à un âge de 20 ans, abaissé à 16 ans si le jeune n'ouvre plus droit aux allocations familiales, alors même que l'article L. 344-5 du CASF ouvre droit à l'aide sociale à l'hébergement quel que soit l'âge de la personne hébergée ; ce point particulier concerne potentiellement toutes les autorisations délivrées avant la nouvelle nomenclature par le président du Conseil départemental seul ou conjointement avec le DG d'ARS, soit 57 % des unités autorisées et 43 % des capacités installées.

⁷⁵ Sans préjudice de bornes d'âge supérieures et de l'application de l'amendement Creton au-delà

⁷⁶ On reviendra sur les conséquences financières de ces dispositions au 2.2.2

⁷⁷ Sans préjudice des regroupements dans une catégorie transversale envisagés infra en partie 2.2

⁷⁸ Il conviendrait notamment de supprimer, au plan réglementaire, le seuil de six ans qui distingue l'accueil précoce et l'appui à la scolarisation dans la plupart des SESSAD, dès lors que la scolarité est désormais obligatoire à partir de l'âge de 3 ans

en EHPAD donne lieu à un calcul spécifique⁷⁹, aucune disposition n'impose de prévoir une capacité dédiée dans les arrêtés d'autorisation.

[89] **Il serait à cet égard plus logique de généraliser à l'ensemble des structures d'accueil pour personnes âgées les dispositions de la loi vieillissement qui permettent déjà aux résidences autonomie d'accueillir des PSH (ainsi que des étudiants et des jeunes travailleurs), dans une optique d'ouverture intergénérationnelle, dans une limite fixée par décret à 15 % de la capacité totale autorisée⁸⁰, sans qu'il y ait lieu, là non plus, de fixer une capacité dédiée⁸¹. Ce point déborde le cadre du présent rapport mais mériterait d'être discuté au niveau interministériel.**

Recommandation n°3 Etendre à l'ensemble des établissements accueillant des personnes âgées la possibilité déjà offerte aux résidences autonomie d'accueillir des PSH de moins de 60 ans sur une fraction de leur capacité totale et sans capacité dédiée

2.1.1.3 Le troisième facteur de segmentation est induit par le cloisonnement entre les différents modes d'accueil et d'accompagnement

[90] De manière générale, les autorisations délivrées jusqu'en 2017 distinguaient les différents modes d'accueil et d'accompagnement, en précisant notamment les formes de l'hébergement (par exemple selon que l'internat est complet ou de semaine) et de l'accueil de jour (par exemple semi internat ou externat) et il était très rare qu'un établissement soit autorisé pour des activités hors de ses murs, cette faculté étant même expressément refusée aux établissements dédiés aux jeunes PSH⁸², sous réserve des CAMSP, des CMPP et des BAPU, qui ont par définition une activité ambulatoire leur permettant à la fois de recevoir en consultation et d'intervenir en milieu ordinaire⁸³.

[91] Le décret édictant la nouvelle nomenclature a notamment permis d'autoriser tout établissement à assurer l'accompagnement hors les murs les personnes qu'il accueille. Mais cette faculté reste peu appliquée, ce qui explique l'importance qu'a pu prendre la dérogation prévue sur ce point par les deux ordonnances : **l'accompagnement hors les murs ne concerne encore que 11 % des établissements d'éducation adaptée⁸⁴ et 2 % des établissements principalement dédiés aux adultes⁸⁵.**

⁷⁹ Article R. 314-188 du CASF - il a été signalé à la mission que ce calcul pouvait pénaliser l'établissement en faisant baisser le niveau global de dépendance pris en compte pour la tarification ; ce point devrait être clarifié

⁸⁰ cf. les articles L. 313-12 III et D. 313-24-1

⁸¹ L'article D. 313-24-1 renvoie au contraire au CPOM la possibilité de fixer un plafond inférieur à 15 %, ce qui implique a contrario qu'il ne relève pas de l'autorisation elle-même

⁸² En vertu de dispositions abrogées par le décret de 2017, les SESSAD, même quand ils étaient adossés à un établissement, devaient faire l'objet d'une autorisation distincte

⁸³ Bien que n'assurant pas en principe d'hébergement, les CAMSP et les CMPP avaient également la faculté de créer des centres d'accueil familial, mais il ne semble pas qu'ils l'aient utilisée

⁸⁴ Pour les six principales catégories maintenues - IME, ITEP, IEM, EEAP, IDV et IDA ; les ITEP, précurseurs en matière de dispositifs, concentrent la majeure partie des activités hors les murs dans le champ de l'éducation adaptée

⁸⁵ Pour les sept principales catégories d'établissements pouvant assurer principalement un hébergement (MAS, FAM, foyers de vie, d'hébergement et polyvalents, EAM et EANM) ; le taux monte à 5 % dans les catégories nouvelles (EAM et EANM) ; les ESAT peuvent avoir une activité hors les murs mais elle reste par construction accessoire à leur activité d'accueil

Tableau 5 : Répartition par catégorie des capacités installées selon le mode d'accueil et d'accompagnement

	Capacité installée	Hebergé	Hebergé et accueil de jour	Accueil de jour	Accueil de jour et milieu ordinaire	Milieu ordinaire	Tous modes d'accueil et d'accompagnement
total pour les 2° et 3° du I de l'article L. 312-1 du CASF	188 118	21%	0,3%	33%	14%	30%	2%
Institut médico-éducatif (IME)	70 435	29%	0,5%	64%	1%	2%	3%
Institut thérapeutique éducatif et pédagogique (ITEP)	16 989	50%	1%	35%	1%	10%	4%
Etabt pour enfants ou adolescents polyhandicapés (EEAP)	5 742	43%		54%	0,2%	0,3%	3%
Institut d'éducation motrice (IEM)	7 570	43%	1%	49%	0,04%	1%	6%
Institut pour déficients auditifs (IDA)	4 645	38%		52%	0,2%	2%	8%
Institut pour déficients visuels (IDV)	1 537	59%	1%	31%		9%	
Centre d'accueil familial spécialisé	1 106	99,8%		0,2%			
Institut d'éducation sensorielle pour sourds-aveugles	1 097	33%		55%		12%	
Etabt d'accueil temporaire pour enfant handicapés	256	72%		23%		5%	
Foyer d'hébergement pour enfants et adolescents handicapés	178	100%					
Jardin d'enfants spécialisé	140			100%			
Centre d'action médico-sociale précoce (CAMSP)	15 774	2%			97%	0,3%	
Centre médico-psycho-pédagogique (CMPP)	8 895	1%			99%		
Bureau d'aide psychologique universitaire (BAPU)	—						
Service d'éduc. spéciale et de soins à domicile (SESSAD)	53 754	0,4%	0,1%	1%	1%	97%	0,1%
Total pour les 5° et 7° du I de l'article L. 312-1 du CASF	347 273	40%	0,3%	40%	0,1%	19%	0,4%
Total hors SSIAD/SPASAD/SAAD	340 318	41%	0,4%	41%	0,1%	17%	0,5%
Maison d'accueil spécialisée (MAS)	30 210	90%	0,4%	8%	0,04%	0,2%	2%
Foyer d'accueil médicalisé (FAM)	23 825	94%		6%		0,1%	
Etabt d'accueil médicalisé en tout ou partie (EAM)	6 904	83%	1%	10%		1%	5%
Foyer de vie	48 134	73%	0,0%	27%		0,1%	
Foyer d'hébergement	33 805	98%	0,0%	1%		1%	0,01%
Foyer polyvalent	2 548	75%		25%		1%	
Etabt d'accueil non médicalisé (EANM)	11 347	68%	4%	22%		1%	5%
Etabt d'accueil temporaire pour adultes	695	30%		62%		7%	
Etabt et service d'aide par le travail (ESAT)	118 472			95%		5%	
Centre de préorientation (CPO)	833	35%	6%	49%	7%		2%
Centre de rééducation professionnelle (CRP)	9 762	54%	6%	37%	2%		2%
Service d'accompant médico-social pour adultes (SAMSAH)	11 325	0,3%		0,4%		99%	0,5%
Service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS)	42 458	0,5%		0,2%	0,3%	99%	
Service de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	6 012					100%	
Service polyvalent d'aide et de soins à domicile (SPASAD)	943					100%	
Service d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD)	—						
Total général	535 391	33%	0,3%	38%	5%	23%	1%
Total hors SSIAD/SPASAD/SAAD	528 436	34%	0,3%	38%	5%	22%	1%

Source : Mission d'après les données du répertoire Finess – extraction au 25/11/2020

[92] Ces chiffres sont minorés dans la mesure où les activités hors les murs peuvent être enregistrées dans Finess au titre d'ESSMS dits secondaires - c'est-à-dire d'implantations annexes relevant de la même autorisation que l'ESSMS principal. Ainsi des SESSAD peuvent être rattachés à

des établissements d'éducation adaptée⁸⁶ et des SAMSAH et des SAVS peuvent l'être à des établissements principalement dédiés aux adultes⁸⁷.

[93] Il reste que l'ESSMS de rattachement n'apparaît pas sur Finess en extranet, ni dans Via-trajectoire, et que cette information n'est donc pas accessible aux tiers, notamment aux CDAPH et aux personnes intéressées⁸⁸, ce qui en limite l'intérêt pratique⁸⁹. Mais même en prenant en compte le cas des services rattachés à un établissement, l'accompagnement hors les murs ne concerne que 16 % des établissements d'éducation adaptée et le taux reste à peu près inchangé, à 2 %, pour les établissements principalement dédiés aux adultes.

[94] Il faut également tenir compte des dispositifs conventionnels, au sens de l'article L. 312-7-1, qui permettent à des établissements et services relevant de personnes morales distinctes de fonctionner de manière coordonnée par convention, mais ils concernent aujourd'hui moins d'une centaine d'ITEP, dont beaucoup ont déjà par ailleurs une activité hors les murs internalisée ou identifiée sous la forme d'un SESSAD secondaire⁹⁰. L'accompagnement hors les murs ne concerne donc pas plus de 17 % des établissements d'éducation adaptée.

La notion de dispositif dans le code de l'action sociale et des familles

L'article L. 312-7-1 du CASF, issu de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, permet aux établissements et services médico-sociaux mentionnés au 2° du I de l'article L. 312-1 de fonctionner en dispositif intégré, c'est-à-dire d'offrir, directement ou en partenariat, l'ensemble des modalités d'accueil et d'accompagnement prévues par le code, d'une manière diversifiée, modulable et évolutive, afin de favoriser un parcours fluide en fonction des besoins des jeunes PSH.

Prenant la suite d'expérimentations engagées à partir de 2013, ces dispositions étaient initialement réservées aux seuls ITEP et aux SESSAD dédiés au même public (c'est-à-dire les enfants, adolescents et jeunes adultes « *qui, bien que leurs potentialités intellectuelles et cognitives soient préservées, présentent des difficultés psychologiques dont l'expression, notamment l'intensité des troubles du comportement, perturbe gravement la socialisation et l'accès aux apprentissages* ». Il a été rendu applicable à l'ensemble du 2° du I de l'article L. 312-1 par la loi n° 2019-791 du 26 juillet 2019 pour une école de la confiance (dans des conditions qui doivent être fixées par décret, en complément du décret initial propre aux ITEP n° 2017-620 du 24 avril 2017).

Par rapport à un fonctionnement intégré dans le cadre d'un unique ESSMS regroupant à la fois des activités en établissement et des activités hors les murs, le dispositif présente deux caractéristiques spécifiques :

- il permet une organisation équivalente entre un (ou plusieurs) établissement(s) et un (ou plusieurs) service(s) relevant de personnes morales distinctes, qui doivent être liées par une convention intégrée dans leurs CPOM respectifs ;

⁸⁶ cf. les articles D. 312-55, 75, 95, 115 et 117 du CASF (voir aussi infra le 2.1.3)

⁸⁷ cf l'article R. 312-172 du CASF

⁸⁸ Sous réserve de l'identification d'un dispositif intégré de type DITEP (voir infra) ; en revanche, sont déjà pris en compte dans les chiffres qui précèdent les cas où le service secondaire n'est enregistré dans Finess qu'à titre indicatif, parce qu'il dispose d'une adresse distincte, mais sans capacité spécifique, la capacité d'accompagnement hors les murs étant déjà mentionnée au niveau de l'ESSMS principal

⁸⁹ Ce rattachement ne permet pas non plus nécessairement la complète fongibilité des activités, lorsque l'ESSMS secondaire constitue un établissement distinct au sens du droit du travail, notamment du fait d'une implantation géographique différente

⁹⁰ Pour 93 conventions enregistrées fin 2019 (à ce stade uniquement pour des ITEP et SESSAD correspondants, comme l'explique l'encadré), 63 ITEP ont une activité hors les murs internalisée et 10 autres un SESSAD secondaire

- la CDAPH qui oriente un jeune vers un dispositif autorise l'équipe de suivi de la scolarisation (prévue à l'article L. 112-2-1 du code de l'éducation) à modifier le projet personnalisé de scolarisation du jeune, après accord de celui-ci et de son représentant légal. Ce mécanisme assimilable à une délégation permet de faciliter l'adaptation du parcours.

[95] **Parallèlement, le décret de 2017 a permis de regrouper sous une même capacité plusieurs formes d'accueil et d'accompagnement, dans une logique de file active, voire d'assurer une totale modularité** depuis l'hébergement complet jusqu'à l'accompagnement assuré uniquement en milieu ordinaire. Cinq modes d'activité intégrés ont ainsi été définis dans le guide d'application et ouverts dans FIness⁹¹.

[96] Cette modularité est indispensable si l'on veut véritablement répondre aux besoins des personnes, dans la logique dégagée par Denis Piveteau, dans son rapport « Zéro sans solution »⁹² : *« L'offre sanitaire et sociale doit se réorganiser pour ne plus simplement proposer des « places » mais des « réponses ». La place est une case dans laquelle ne rentrent que les profils qui lui correspondent. La réponse est un dispositif modulaire, capable de combiner plusieurs prises en charge médico-sociales, sanitaires, éducatives, et d'épouser les situations complexes ou évolutives ».*

[97] **Mais ces modes d'activité intégrés ne concernent aujourd'hui⁹³ que 3 % des unités d'éducation adaptée (pour 5 % de leurs capacités totales installées) et 2 % des unités principalement dédiées aux adultes (comme de leurs capacités totales installées).**

[98] **Leur faible utilisation est notamment un frein au développement de l'accueil temporaire**, dont on a mesuré la nécessité dans le cadre de la crise notamment pour assurer un répit aux PSH ou à leurs aidants. La nouvelle nomenclature permet d'utiliser alternativement la même capacité pour un accueil permanent et un accueil temporaire. En tenant compte des capacités spécifiquement dédiées à ce dernier, **la proportion d'établissements disposant d'une capacité d'accueil temporaire représente 14 % des établissements d'éducation adaptée et 33 % des établissements principalement dédiés aux adultes, pour respectivement 6 % et 4 % des capacités totales installées.**

[99] Si l'on reprend parmi ces différents points ceux qui ne nécessitent pas un examen au cas par cas, **il serait possible de prévoir sans délai, pour tous les établissements existants, le droit d'intervenir au domicile des personnes habituellement accueillies, directement ou par convention avec un autre ESSMS spécifiquement autorisé pour ce faire, sans préjudice des possibilités plus étendues de modularité de l'accompagnement. L'ESSMS partenaire pourrait notamment être un SSIAD, un SPASAD ou un SAAD, qui doit symétriquement pouvoir intervenir « dans les murs » de l'établissement partenaire.**

[100] **Deviendrait également être prévue la possibilité d'assurer un accueil temporaire lorsque l'hébergement ou l'accueil de jour ne sont autorisés qu'à titre permanent, à condition que l'ESSMS ait adapté en conséquence son projet d'établissement ou, à défaut, qu'il dispose d'un**

⁹¹ Tous modes d'accueil avec hébergement (quelle que soit la périodicité), tous modes d'accueil avec ou sans hébergement, accueil temporaire (avec ou sans hébergement), accueil de jour et accompagnement en milieu ordinaire, tous modes d'accueil et d'accompagnement ; parallèlement des modes excessivement restrictifs (comme le semi-internat et l'externat) n'ont pas été repris dans le guide et ne sont plus en principe utilisés

⁹² Denis Piveteau, avec Saïd Acef, François-Xavier Debrabant, Didier Jaffre et Antoine Perrin - Le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches- juin 2014

⁹³ Dans les mêmes périmètres qu'aux paragraphes précédents

partenariat avec un autre ESSMS capable d'encadrer cet accueil temporaire. Le délai de généralisation de cette mesure pourrait être fixé à un an.

[101] Un corollaire de cette mesure réside dans l'ajustement intertemporel des capacités : de nombreux arrêtés d'autorisation précisent encore qu'« à aucun moment la capacité de l'établissement ne devra dépasser celle autorisée par la présente décision ». Ce type de contrainte peut notamment conduire à une sous-occupation des places d'hébergement, en cas d'absence plus ou moins prolongée d'un résident. La capacité utilisée pourrait ainsi être appréciée annuellement, ce qui permettrait l'utilisation par l'accueil temporaire de places momentanément inoccupées du fait de l'absence de leur titulaire. Cela rejoint l'idée de la « marge de manœuvre » prévue par les ordonnances par rapport à la capacité fixée par l'arrêté d'autorisation.

[102] Pour l'avenir, le principe devrait être posé qu'aucune autorisation ne peut être accordée ou modifiée si elle ne prévoit pas un mode d'accueil et d'accompagnement intégré, associant au moins l'accueil temporaire et l'accompagnement en milieu ordinaire, ou une convention avec un tiers permettant d'en assurer l'équivalent⁹⁴.

Recommandation n°4 Reconnaître à tout établissement le droit d'intervenir au domicile des personnes qu'il accueille habituellement, directement ou par convention avec un autre ESSMS spécifiquement autorisé pour ce faire, et, au terme d'un délai d'un an, d'assurer, seul ou en partenariat avec un autre ESSMS, un accueil temporaire sur des capacités dédiées habituellement à l'accueil permanent

Recommandation n°5 Pour l'avenir, prévoir que toute autorisation nouvelle ou modifiée doit comporter un mode d'accueil et d'accompagnement intégré, associant au moins l'accueil temporaire et l'accompagnement en milieu ordinaire, ou une convention avec un tiers permettant d'en assurer l'équivalent

[103] Il conviendrait par ailleurs de tenir compte de ces modes d'accueil et d'accompagnement intégrés dans les indicateurs d'évolution vers un modèle inclusif. Plusieurs interlocuteurs ont signalé à la mission que l'un de ces indicateurs portait sur « la part des services dans l'offre médico-sociale proposant un accompagnement dans le milieu ordinaire », sans prendre en compte les capacités correspondantes développées par des établissements, qu'elles soient dédiées à l'accompagnement hors les murs ou multimodales⁹⁵.

2.1.2 Des réponses négociées combinées avec des mesures générales

2.1.2.1 Favoriser la transformation négociée des ESSMS dédiés aux PSH en combinant la démarche contractuelle et des mesures générales de simplification

[104] Le caractère non contraignant du décret instituant la nouvelle nomenclature à l'égard des autorisations préexistantes partait d'un double constat :

⁹⁴ Sachant que le même résultat pourrait être atteint par le regroupement entre un établissement et un service relevant de la même personne morale – voir sur ce point la partie 2.1.2.2 infra

⁹⁵ Indicateur 16 – annexe 16 de la circulaire N° DGCS/SD5C/DSS/SD1A/CNSA/DESMS/2018/121 du 15 mai 2018 relative aux orientations de l'exercice 2018 pour la campagne budgétaire des établissements et services médico- sociaux accueillant des personnes handicapées et des personnes âgées

- D'un point de vue pratique, il est malaisé d'imposer une transformation à un opérateur réticent à s'engager dans une telle démarche ;
- D'un point de vue juridique, l'autorisation est un acte individuel créateur de droit qui ne peut être modifié par son signataire sans l'accord du bénéficiaire, sous réserve d'une disposition législative le permettant.

[105] Il existe certes une procédure de déshabilitation financière qui, sans avoir pour effet de mettre en cause l'autorisation elle-même⁹⁶, permet de retirer tout ou partie des financements publics directs ou indirects qui lui sont presque toujours associés et sans lesquels elle peut difficilement prospérer, en tout cas dans le champ du handicap. L'article L. 313-9 du CASF prévoit en effet que l'habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale (en l'espèce par le PCD) ou l'autorisation (par le DGARS) de délivrer des soins remboursables peut être retirée pour des motifs fondés notamment sur l'évolution des objectifs et des besoins sociaux et médico-sociaux fixés par le schéma régional de santé ou le schéma départemental⁹⁷, dans le cadre d'une procédure contradictoire qui doit être engagée au plus tard un an après la publication du schéma et ne peut déboucher en moins de dix-huit mois, sous réserve qu'un accord ait pu être trouvé auparavant avec le gestionnaire. Mais cette solution autoritaire est difficile à mobiliser et elle supposerait en tout état de cause des schémas beaucoup plus précis qu'ils ne le sont généralement (on reviendra sur ce point au 2.1.3. *infra*).

[106] Le parti pris était donc de déployer progressivement la nouvelle nomenclature, à l'occasion des demandes d'extension ou de transformation formées par les acteurs eux-mêmes, ou lors de la négociation des CPOM, dans le cadre de leur généralisation aux établissements relevant de la compétence exclusive ou conjointe des ARS. Le retard pris dans cette généralisation a donc évidemment pesé sur le déploiement de la nouvelle nomenclature, mais il n'en est certainement pas la seule cause.

[107] Le CPOM n'est en particulier un préalable nécessaire à une transformation négociée que si cette transformation implique un changement de catégorie au sens de l'article L. 312-1 du CASF, c'est-à-dire en l'espèce le passage d'un des quatre groupes d'ESSMS déjà évoqués à un autre (par exemple la transformation partielle ou totale d'un établissement d'éducation adaptée en établissement principalement dédié aux adultes).

[108] La plupart des transformations induites par la nouvelle nomenclature et temporairement permises par les ordonnances (spécialisation moins étroite en termes de handicap, révision des bornes d'âges, ouverture sur le milieu ordinaire, développement de l'accueil temporaire) sont possibles sans changer de cadre et donc sans CPOM. Le taux de mise en conformité avec la nouvelle nomenclature peut d'ailleurs être supérieur, s'agissant du type de handicap, à la proportion des ESSMS dédiés aux PSH ayant conclu un CPOM (voir annexe 7)⁹⁸, alors qu'il est en général inférieur quand on prend en compte toutes les rubriques de l'autorisation, comme on l'a vu supra.

⁹⁶ à laquelle il ne peut être mis fin qu'à son échéance en général quinquennale, au vu d'une évaluation insatisfaisante (cf. l'article L. 313-1 du CASF) ou « lorsque la santé, la sécurité, ou le bien-être physique ou moral des personnes accueillies ou accompagnées sont menacés ou compromis » (article L. 313-16 du CASF), ce qui est cohérent avec la dimension « droit de faire » de l'autorisation

⁹⁷ Toute autorisation d'un ESSMS intervenant dans le champ du handicap et donnant lieu à un financement public doit être compatible avec ces schémas (et le PRIAC déjà cité) en vertu de l'article L. 313-4 du CASF

⁹⁸ Ainsi, le taux de conformité à la nomenclature des publics dans les établissements sous double compétence DGARS-PCD est de 64 %, contre un taux moyen de 55 % de conclusion des CPOM sur le même périmètre (source ANAP, hors SPASAD, qui accroîtraient encore l'écart compte tenu d'un faible taux de signature des CPOM et d'une conformité a priori avec la nouvelle nomenclature)

[109] **Les entretiens conduits par la mission ont fait ressortir le sentiment largement partagé que la « boîte à outils » de la transformation était déjà bien fournie, notamment avec les possibilités offertes par la nouvelle nomenclature, mais qu'elle était en même temps inégalement mobilisée et ce de manière très variable d'un territoire à l'autre, voire d'un interlocuteur à l'autre. Pour les ESSMS relevant de la compétence exclusive des ARS, le taux de conformité régional varie ainsi de 0 % à 60 %⁹⁹. De même, pour les ESSMS relevant de la compétence exclusive des départements, le taux de conformité départemental varie de 0 % à 89 %¹⁰⁰.**

[110] Une raison transversale souvent mise en avant est qu'une transformation systémique, qu'elle se traduise ou non par un CPOM, ne s'improvise pas et demande dans tous les cas des ressources humaines, du côté du gestionnaire comme de sa ou ses autorité(s) de contrôle, et que ces ressources ont été largement mobilisées par d'autres sujets, à commencer par la gestion de la crise du Covid-19. Le calendrier de généralisation des CPOM dans le champ de compétence exclusif ou partagé des ARS a même pu jouer à cet égard un rôle contreproductif, en ne permettant pas nécessairement de privilégier les ESSMS dans lesquels la démarche de transformation était la plus engagée ou la plus prometteuse.

[111] Cette contrainte ne disparaîtrait pas si l'on tentait de passer par un mécanisme obligatoire de transformation globale, puisqu'il reporterait sur les seules autorités publiques la charge de déterminer, au cas par cas, les dispositions nécessaires.

[112] La mission considère en revanche qu'il est possible de combiner la logique contractuelle, indispensable pour les opérations les plus complexes, avec des mesures générales de simplification comme celles envisagées aux recommandations 1, 2 et 4.

[113] **La généralisation de ces mesures nécessiterait une base législative. Elle nécessite bien entendu une concertation avec le secteur, mais on peut rappeler à cet égard qu'il ne s'agit que d'accélérer un mouvement engagé par le décret de 2017 qui a recueilli un accord unanime des organisations représentées au sein du CNCPH¹⁰¹.** Une solution alternative moins contraignante, mais moins efficace, consisterait à prévoir par décret la mise en conformité des autorisations préexistantes sous réserve d'opposition du gestionnaire dans un délai d'un an à compter de la publication du décret.

Recommandation n°6 Mettre en œuvre les recommandations 1, 2 et 4 soit directement par une disposition législative générale, soit, d'une manière dégradée, par une disposition réglementaire laissant un droit d'opposition aux ESSMS concernés

[114] S'agissant des transformations qui impliquent un changement de catégorie au sens de l'article L. 312-1 du CASF, alors même qu'elles n'ont pas forcément d'effet sur toute l'activité, il serait également souhaitable d'en faciliter la mise en œuvre en modifiant l'article L. 313-1-1 du CASF. Un exemple type est l'ouverture, dans un IME, d'une section dédiée aux adultes, qui permet d'assurer la continuité de parcours sur le temps long et nécessite aujourd'hui un appel à projet (AAP) ou au moins un CPOM tripartite (gestionnaire – ARS – département) par construction plus long à élaborer.

⁹⁹ De 6 % à 39 % pour les régions métropolitaines – l'ensemble de ces taux est donné hors SSIAD, historiquement peu spécialisés et pour qui la nouvelle nomenclature n'a quasiment pas d'impact

¹⁰⁰ Hors SAAD

¹⁰¹ plusieurs interlocuteurs de la mission ayant même spontanément évoqué l'idée d'une généralisation rapide de la nomenclature de 2017

[115] **Il faudrait considérer que l'ensemble des 4 groupes énumérés aux 2°, 3°, 5° et 7° de l'article L. 312-1 constituent une seule catégorie pour l'application de l'article L. 313-1-1¹⁰².** La quadripartition actuelle, qui est le fruit de la construction progressive du champ de l'autorisation, n'a pas à cet égard de pertinence – par comparaison le champ des ESSMS pour personnes âgées défini au 6° du I de l'article L. 312-1 est unique. Elle est d'autant moins pertinente qu'elle a des effets très inégaux selon la taille du groupe considéré (347 CAMSP, qui ne peuvent évoluer facilement qu'au sein de leur catégorie, contre 14 780 ESSMS principalement dédiés aux adultes, avec une palette d'activités très variées)¹⁰³.

[116] Une telle disposition irait dans le sens d'une approche globale du champ du handicap, en cohérence avec celle que l'on cherche à promouvoir individuellement à l'égard de chaque PSH.

Recommandation n°7 Prévoir à l'article L. 313-1-1 du CASF que l'ensemble des ESSMS dédiés aux PSH constituent un seul et même ensemble au sein duquel aucune transformation ne nécessite un appel à projet

2.1.2.2 Les procédures d'autorisation peuvent être améliorées sans bouleversement du cadre des autorisations

[117] En dehors des cas de transformation négociée, beaucoup d'interlocuteurs de la mission ont insisté sur la lourdeur des procédures formelles d'AAP incontournables en cas de création ou d'extension importante d'un ESSMS¹⁰⁴. Une extension est considérée comme répondant à ce qualificatif quand elle entraîne une augmentation de 30 % de la capacité antérieure – seuil qui peut être porté à 100 % « lorsqu'un motif d'intérêt général le justifie et pour tenir compte des circonstances locales »¹⁰⁵.

[118] **Mais avant même d'envisager les modifications à apporter aux règles de l'appel à projet, il faut considérer les raisons de sa fréquence, et qui tiennent avant tout au découpage même des capacités préexistantes entre 18 000 ESSMS principaux aujourd'hui dédiés aux PSH¹⁰⁶.**

[119] **La notion d'ESSMS est par elle-même très souple** : on a vu au 1.1 qu'un même établissement pouvait avoir plusieurs activités et même plusieurs implantations distinctes (éventuellement, mais pas obligatoirement, enregistrées sous la forme d'un « établissement secondaire ») ; un ESSMS ne coïncide pas non plus avec la personne morale qui le gère. Il s'agit avant tout d'un ensemble de personnels et de moyens matériels plus ou moins spécialisés dédiés à l'accueil et l'accompagnement d'un nombre de personnes donné (ou même, pour les SAAD, de la population d'un territoire donné).

[120] **Autrement dit, des moyens financiers nouveaux dédiés, par exemple, au retour en France de personnes hébergées en Belgique, que le Gouvernement impulse aujourd'hui, pourront prendre, selon la situation du territoire visé, la forme d'un établissement nouveau, d'une extension importante pour un établissement préexistant mais de taille réduite, ou d'une extension non importante pour un établissement d'une plus grande taille. Le**

¹⁰² Une solution alternative consisterait à regrouper les quatre alinéas de l'article L. 312-1 en un alinéa unique, mais elle impliquerait un lourd travail de recodification tout à fait disproportionné au regard de la solution alternative proposée

¹⁰³ Et on ne peut même pas la fonder sur des différences en termes d'autorités compétentes, les CAMSP n'étant pas les seules structures à relever de la double compétence des ARS et des PCD, on y reviendra infra

¹⁰⁴ Sachant que depuis la loi ESSOC cela ne concerne pas les éventuelles extensions sous-jacentes à une transformation, qui sont d'ailleurs difficilement mesurables a priori, par exemple en cas d'utilisation de formes d'accueil et d'accompagnement modulaires

¹⁰⁵ Article D. 313-2 du CASF, pris en application du 1° du II de l'article L. 313-1-1

¹⁰⁶ cf. le point 1.1 sur ce chiffre

regroupement des ESSMS, qui est en lui-même un facteur de diversification des prises en charge et de facilitation des parcours individuels¹⁰⁷, est donc également un facteur facilitant pour le développement de capacités nouvelles.

[121] Ce regroupement peut aller jusqu'à la constitution de nouvelles personnes morales, par exemple dans le cadre de groupements de coopération sociale ou médico-sociale (GCSMS)¹⁰⁸. Ce mode de regroupement peut inquiéter des responsables associatifs qui craignent d'y perdre leur identité¹⁰⁹. Mais il n'est pas nécessaire d'aller jusque-là : **le simple regroupement des ESSMS gérés par une même personne morale au niveau d'un territoire serait de nature à simplifier à la fois la transformation des capacités préexistantes et le développement de capacités nouvelles, sans préjudice d'autres effets positifs, par exemple en termes d'évaluation¹¹⁰.**

[122] Le tableau ci-après l'illustre de manière schématique : il montre que, sans préjudice des rapprochements entre gestionnaires différents, le simple regroupement des implantations d'une même personne morale par département conduit à multiplier la capacité moyenne par un facteur compris entre 3 et 4 et à réduire d'autant la contrainte liée au mode de calcul des extensions.

Tableau 6 : Capacités moyennes par ESSMS principal et par structure gestionnaire au niveau départemental

	Organismes gestionnaires	Moyenne par déptt	ESSM principaux	Capacité installée	Capacité moyenne par ESSM principal	Capacité moyenne par organisme gestionnaire et par dptt
total des ESSM dédiés aux jeunes PSH	1 072	14	3 920	188 118	48	132
total des autres ESSM hors SSIAD/SPASAD/SAAD	1 547	21	7 359	340 318	46	164
total hors SSIAD/SPASAD/SAAD	2 014	27	11 279	528 436	47	191

Source : Mission d'après les données du répertoire Finess – extraction au 25/11/2020

[123] Ce tableau ne donne d'ailleurs qu'une idée incomplète des potentialités d'adaptation du secteur au regard de la segmentation actuelle des autorisations. Ainsi, 74 % des organismes gestionnaires d'un établissement d'éducation adaptée¹¹¹ gèrent au moins un SESSAD dans le même département et y ont donc déjà la pratique du « hors les murs »¹¹². De même 41 % des organismes gestionnaires d'un établissement principalement dédié aux adultes¹¹³ gèrent au moins un SAMSAH ou un SAVS dans le même département.

[124] Il ne s'agit bien sûr pas de confondre tous les publics et tous les types d'accompagnement. La constitution d'un ESSMS territorialisé est parfaitement compatible avec le maintien d'une spécialisation des accompagnements, quand elle est nécessaire à la qualité des prestations délivrées.

¹⁰⁷ Sans parler de la simplification pour le gestionnaire, par exemple en termes d'unification du calendrier des évaluations internes et externes

¹⁰⁸ Tels que définis aux articles R. 312-194-1 et suivants

¹⁰⁹ Un tel regroupement peut d'ailleurs être complexifié lorsque les personnes morales concernées relèvent de conventions collectives différentes

¹¹⁰ deux ESSMS distincts, même s'ils sont gérés de manière coordonnée par un même organisme, peuvent avoir des calendriers d'évaluation interne et externe distincts, en fonction de leur date d'autorisation initiale

¹¹¹ Même périmètre que celui déjà envisagé supra : IME, ITEP, IEM, EEAP, IDV, IDA

¹¹² Plusieurs interlocuteurs ont donné à la mission des exemples d'organismes gestionnaires tout prêts à regrouper un établissement et un SESSAD sous une même autorisation mais qui se heurtent au refus de l'autorité publique compétente, au motif d'une interprétation excessivement restrictive de la notion d'établissement

¹¹³ Même périmètre que supra : MAS, EAM, FAM, EANM, foyers de vie, d'hébergement ou polyvalents

[125] Il apparaît donc particulièrement souhaitable de faciliter le regroupement des ESSMS dédiés aux PSH. Une première mesure, propre à ce champ, consisterait à donner un réceptacle clair aux regroupements les plus achevés, tendant à rassembler dans une même organisation des activités dédiées aux jeunes PSH et d'autres activités.

[126] On a vu que la catégorie des EAM avait été créée en 2017 pour faciliter une approche transversale des ESSMS principalement dédiés aux adultes (dans le champ du 7° du I de l'article L. 312-1). En cohérence avec la recommandation précédente, il serait souhaitable d'étendre cette logique à l'ensemble du champ du handicap, en disposant par décret que les EAM peuvent exercer toutes les activités dédiées aux PSH¹¹⁴, bien entendu sans préjudice du maintien d'unités dédiées spécifiquement aux jeunes. **La catégorie des EAM pourrait bien entendu être utilisée de manière modulaire, ne serait-ce que pour désigner les établissements d'éducation adaptée accueillant plusieurs types de publics¹¹⁵. En cohérence avec ce qui a été indiqué supra, il conviendrait de reconnaître en même temps à tout organisme gestionnaire le droit de regrouper sous cette forme l'ensemble des établissements et services qu'il gère au niveau d'un territoire donné, au moins jusqu'au niveau départemental.**

Recommandation n°8 Donner par décret à la catégorie des EAM une portée transversale à l'ensemble des ESSMS dédiés au handicap et reconnaître à tout organisme gestionnaire le droit d'y regrouper les établissements et services qu'il gère au niveau départemental

[127] D'autres mesures pourraient être envisagées en ce qui concerne le champ de l'AAP¹¹⁶. Il faut seulement avoir à l'esprit qu'elles affectent des dispositions qui sont transversales à l'ensemble du secteur social et médico-social et qu'il n'y aurait pas forcément de logique à les réserver par principe aux seuls ESSMS dédiés aux PSH. Cela nécessite en tout cas une discussion interministérielle.

[128] Il serait logique, en premier lieu, d'exonérer d'AAP tous les regroupements. Contrairement aux transformations depuis la loi de 2019, ils ne sont exonérés d'AAP que s'ils n'entraînent pas une extension de capacité supérieure aux seuils déjà évoqués, alors qu'ils s'accompagnent souvent, comme les transformations, d'une reconfiguration de l'offre, par exemple avec le choix de modes d'accueil et d'accompagnement modulaires, qui en rend délicate l'appréciation quantifiée.

[129] Il serait également envisageable de modifier les conditions d'appréciation des seuils d'extension importante. Cet article prévoit en effet que la capacité retenue pour la détermination du seuil est soit la dernière capacité autorisée par AAP, soit la dernière capacité autorisée lors du renouvellement de l'autorisation (la plus récente devant être retenue), soit, à défaut, la capacité autorisée au 1er juin 2014¹¹⁷. **Dès lors que les AAP sont déjà devenus l'exception en cas de**

¹¹⁴ Donc pouvant relever à la fois des 2°, 3°, 5° et 7° du I de l'article L. 312-1

¹¹⁵ Sans préjudice de la dénomination de l'établissement, qui ne se confond pas avec la catégorisation juridique et reste libre, comme cela a été admis pour les établissements spécialisés dans l'accueil temporaire dans le cadre de la nouvelle nomenclature

¹¹⁶ La mission ne retire pas en revanche de ses entretiens que le délai d'ouverture des places autorisées (également mentionné par la lettre de mission) justifierait de nouvelles mesures normatives (hors des mesures générales, telles que la simplification du droit des permis de construire), dès lors que le CASF permet aujourd'hui à l'autorité publique de moduler le délai au-delà duquel l'autorisation est réputée caduque, en fonction de l'importance du projet et de la nature des prestations fournies (article D. 312-7-1) ; à cet égard, la transformation est toutes choses égales par ailleurs plus rapide que la création *ex nihilo*

¹¹⁷ Date de publication du décret n°2014-565 du 30 mai 2014 modifiant la procédure d'appel à projet et d'autorisation mentionnée à l'article L. 313-1-1 du code de l'action sociale et des familles

transformation, il serait logique de prendre aussi en compte la dernière capacité autorisée dans le cadre d'une transformation sans AAP.

[130] **Dans un registre comparable, plusieurs interlocuteurs signalent que la procédure d'AAP est mal adaptée aux transformations d'établissements de santé en établissements ou services sociaux et médico-sociaux, ainsi qu'aux autorisations délivrées à titre expérimental dont l'objet même est d'assurer la souplesse nécessaire à des projets innovants. Dans ce dernier cas, le principe de l'AAP est d'autant moins cohérent que, pour les établissements et services médico-sociaux, le code de la sécurité sociale permet déjà d'engager de très larges expérimentations dans une cadre moins contraignant, ce qui revient, finalement, à contraindre plus spécifiquement les ESSMS relevant de la seule autorité départementale¹¹⁸.**

[131] **Pour lever l'obligation d'AAP dans ces différentes situations, il faudrait modifier l'article L. 313-1-1 du CASF déjà cité.**

Recommandation n°9 Prendre en compte la dernière capacité autorisée dans le cadre d'une transformation pour apprécier la nécessité d'un AAP et dispenser systématiquement d'AAP les regroupements d'ESSMS, les transformations d'établissements de santé en ESSMS et les autorisations à caractère expérimental

[132] Au-delà de la procédure formelle d'AAP, la lettre de mission signale les procédures, non formalisées par le CASF, souvent mises en œuvre par les ARS sous la dénomination « d'appel à manifestation d'intérêt » ou « d'appel à candidature », lorsque l'AAP n'est pas obligatoire.

[133] La mission ne retire pas des entretiens qu'elle a conduits l'impression qu'un encadrement de ces procédures serait nécessaire. Tout au contraire, leur souplesse et leur adaptabilité aux situations des territoires semblent devoir être préservées, notamment en ce qu'elles permettent des itérations avec les acteurs.

[134] D'un point de vue juridique, il est par principe loisible aux autorités compétentes en matière d'autorisation d'organiser une telle procédure quand cela leur paraît pertinent¹¹⁹, mais cela ne constitue en aucun cas une obligation, dès lors que l'autorisation sociale ou médico-sociale assortie d'un financement de la puissance publique d'un ESSMS constitue un mandat de service d'intérêt économique général (SIEG)¹²⁰, qui échappe ainsi aux règles de mise en concurrence de la commande publique¹²¹.

2.1.2.3 La redéfinition des compétences en matière d'autorisation n'est pas une condition nécessaire de la transformation de l'offre

[135] **Un autre point (mentionné lapidairement par la lettre de mission sous la formule de l'« unicité du financement ») est l'opportunité d'une redéfinition des champs de compétence en matière d'autorisation et de tarification** (dès lors que les deux sujets, comme on l'a vu au 1.1, sont étroitement liés). **Il s'agirait d'éviter qu'un ESSMS soit soumis à la fois à deux autorités publiques**, situation qui concerne structurellement les CAMSP, les EAM, les FAM, les SAMSAH et les SPASAD. Cette proposition fait écho à plusieurs rapports remis respectivement en 2012 et 2018 sur

¹¹⁸ cf. l'article L. 162-31-1 du CSS

¹¹⁹ CE 5 oct. 2015 APAJH n°3724701 dans le cadre d'un transfert d'autorisation

¹²⁰ CE 30 décembre 2011, Association Faste Sud-Aveyron, 343450, publié

¹²¹ cf. notamment les dispositions de l'article 1-4 de la directive 2014/24/UE du 26 février 2014 sur la passation des marchés publics

les ESSMS pour PSH¹²², en 2018 sur l'évaluation des CAMSP¹²³ et en 2020 sur la branche autonomie¹²⁴.

[136] La mission ne méconnaît pas l'intérêt potentiel d'une telle simplification pour les gestionnaires concernés, notamment en termes de négociation budgétaire annuelle. Mais elle doute qu'elle soit de nature à faciliter substantiellement la transformation de l'offre.

[137] Elle relève tout d'abord que quasiment aucune des fédérations d'ESSMS rencontrées ne l'a évoquée comme un sujet majeur de la transformation et que la fédération représentative des CAMSP y est même formellement opposée¹²⁵.

[138] Il convient ensuite de replacer la proposition initiale du rapport de 2012, auquel les rapports ultérieurs renvoient généralement, dans son contexte : il s'agissait surtout de tirer les conséquences d'un constat très étayé aux termes duquel les FAM (sous double compétence ARS - département) ne se distinguaient pas clairement des MAS (sous compétence exclusive des ARS), la frontière entre les deux catégories dépendant essentiellement du contexte territorial. Le rapport était par ailleurs moins tranché sur l'option à adopter pour les SAMSAH¹²⁶ et n'en proposait pas pour les SPASAD.

[139] La mission n'ignore pas par ailleurs qu'une réflexion est en cours, dans le sens de la simplification des compétences des autorités publiques, dans le champ des personnes âgées. Elle relève cependant, que le rapport de Dominique Libault ne préconise pas pour autant de basculer les futurs établissements pour personnes âgées sous la compétence d'une seule autorité publique. Elle relève également que dans le cadre de la préparation de la future loi grand âge, le projet de simplification de la tarification ternaire des EHPAD (soins / dépendance / hébergement) tend à lui substituer une double tarification (soins et dépendance / hébergement) maintenant une double autorité DGARS / PCD.

[140] Il faut ajouter que la double compétence n'est pas en soi une cause de moindre adaptabilité : ainsi, pour une moyenne générale déjà évoquée de 20 % de mise en conformité avec la nouvelle nomenclature (hors SSIAD, SPASAD et SAAD), le taux est de 16 % pour les ESSMS relevant uniquement de l'autorité départementale et de 21 % pour les ESSMS relevant de la seule compétence des ARS ; mais il est de 27 % pour les ESSMS relevant de leur compétence conjointe¹²⁷.

[141] Surtout, le parti pris en 2017, confirmé en 2018, dans le cadre de la nouvelle nomenclature a été de dépasser la difficulté soulevée par le rapport de 2012 en créant une catégorie nouvelle, les EAM, qui ont pour objet de permettre la coordination, au sein d'un

¹²² rapport IGAS-IGF n°RM-2012-126P - Etablissements et services pour personnes handicapées : offres et besoins, modalités de financement - Agnès Jeannet, Anne Auburtin, Inspection générale des affaires sociales - Laurent Vachey, Frédéric Varnier, Inspection générale des finances - Avec la contribution de Claire-Marie Foulquier Gazane, stagiaire à l'IGAS - octobre 2012 ; rapport d'information du groupe de travail sur le financement de l'accompagnement médico-social des personnes handicapées au nom de la commission des affaires sociales du Sénat - M. Philippe Mouiller

¹²³ Rapport IGAS n°2018-005R - Évaluation du fonctionnement des Centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP), des Centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP), et des Centres médico-psychologiques de psychiatrie infanto-juvénile (CMP-IJ) - C.Branchu, J.Buchter, Dr J.Emmanueli et F-M.Robineau - septembre 2018

¹²⁴ Rapport de Laurent Vachey, avec la collaboration de Florence Allot et Nicolas Scotté - La branche autonomie : périmètre, gouvernance et financement - septembre 2020

¹²⁵ Arguant notamment du fait que les CAMSP sont au confluent du champ de compétence des DGARS (les soins) et des PCD (protection maternelle et infantile et aide sociale à l'enfance)

¹²⁶ Voir point 3.2.4 page 72 « Pour les SAMSAH, une analyse préalable est nécessaire pour distinguer ceux qui relèveraient du soin infirmier, et ceux qui relèveraient de l'accompagnement social »

¹²⁷ Ces taux sont exprimés en regard du nombre total d'unités autorisées ; on pourra bien sûr toujours exciper d'exemples contraires de blocage dûs à une des deux autorités compétentes

même ESSMS, d'activités pouvant relever à la fois d'une MAS, d'un FAM¹²⁸, d'un foyer de vie ou d'hébergement, d'un SAMSAH et d'un SAVS¹²⁹, voire d'un SSIAD et d'un SAAD, en considérant que la PSH est unique et qu'il importe que la structure qui l'accueille s'adapte à son parcours plutôt que l'inverse¹³⁰.

[142] A moins de considérer que l'ensemble du champ du handicap doit relever d'une seule autorité, ce qui suppose un choix politique extrêmement fort et implique notamment d'en régler les conséquences budgétaires pour les parties prenantes, on ne pourrait d'ailleurs manquer de butter sur d'autres lignes de partage, qu'elles soient liées à l'âge (comme on l'a vu supra entre enfance et âge adulte, ou entre PSH et personnes âgées) ou au type d'accompagnement (par exemple entre un SAMSAH et un SAAD) - sans parler des champs extérieurs à celui des ESSMS¹³¹.

[143] Pour qu'une PSH puisse bénéficier d'un accompagnement global, il faut de toute façon que les acteurs concernés travaillent ensemble et non que chacun reste « chez lui » dans son périmètre propre. On y reviendra plus longuement dans la partie 3.

[144] Il faut ajouter que l'existence au sein d'un même ESSMS d'activités financées par deux autorités différentes ne soulève pas de difficulté en soi, dès lors qu'il n'y a pas de raison logique pour qu'une de ces autorités s'oppose à une évolution dont le financement ne lui incombe pas¹³². Chacune peut ainsi avancer à son rythme et en fonction de ses priorités et capacités de financement du moment. Si l'on veut que l'autorisation d'extension ou de transformation partielle puisse être prise par la seule autorité qui la finance, il est possible de modifier à la marge l'article L. 313-3 du CASF pour le prévoir expressément. Cette disposition pourrait si besoin être combinée avec la faculté de délégation de compétence prévue à titre expérimental en matière de tarification¹³³.

¹²⁸ Suivant d'ailleurs un mouvement de diversification déjà bien engagé par des FAM comportant une section de foyer de vie non médicalisée, la frontière entre FAM et foyer de vie n'étant pas plus nette que celle qui sépare les MAS et les FAM

¹²⁹ cf. aussi l'exemple des SAMSAH comportant une section non médicalisée de SAVS

¹³⁰ Plusieurs interlocuteurs ont signalé à la mission des projets relevant de cette logique ; se pose également la question d'un besoin grandissant de médicalisation des foyers de vie, à mesure que les personnes hébergées avancent en âge

¹³¹ par exemple entre le champ sanitaire et le champ médico-social ou entre l'hébergement en foyer et l'habitat inclusif dont l'article 36 du projet de loi relatif à la différenciation, la décentralisation, la déconcentration et portant diverses mesures de simplification de l'action publique locale confie la coordination au département

¹³² ainsi dans le cas d'un EAM, comportant à la fois une section de MAS, une section de foyer médicalisée et une section de foyer non médicalisée, il est possible d'étendre la première ou la troisième avec l'accord d'une seule autorité

¹³³ cf. l'article 63 de la loi n°2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019 ; le DGARS et le PCD peuvent ainsi désigner l'un d'entre eux pour la tarification des ESSMS relevant du 7° du I de l'article L. 312-1 ; dès lors qu'une tarification globale est toujours possible, cet article permet surtout d'éviter une double instruction ; dans cette optique, il pourrait être rendu plus modulable, notamment dans le cadre d'autorisations territorialisées – voir sur ce point la partie 3.2.

L'autorisation d'un ESSMS ayant des activités multiples relevant de financeurs différents

L'article L. 313-3 du CASF prévoit notamment que :

« L'autorisation est délivrée :

a) Par le président du conseil départemental, pour les établissements et services mentionnés aux 1°, 6°, 7°, 8°, 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 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 ;

b) 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 ; ...

d) 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 ; ... »

Pour qu'une autorisation d'extension ou de transformation partielle puisse être délivrée par la seule autorité qui aura à la financer, il suffirait d'écrire le d) sous la forme : « d) Conjointement par le président du conseil départemental et le directeur général de l'agence régionale de santé, pour les capacités relevant simultanément des a et b du présent article, ainsi que pour les établissements dont l'autorisation relève du 3° du I de l'article L. 312-1;».

Cette disposition impacterait également le secteur des personnes âgées (s'agissant des SPASAD) et soulèverait la question de son application aux autres cas de compétence conjointe (représentant de l'Etat/PCD et représentant de l'Etat/DGARS).

2.1.2.4 Les conditions minimales de fonctionnement des ESSMS devraient faire l'objet d'une révision systémique pour faciliter les transformations

[145] On a vu que les ordonnances prises dans le cadre de la crise sanitaire du Covid-19 permettent de déroger aux conditions minimales d'organisation et de fonctionnement, aux qualifications des professionnels et aux taux d'encadrement requis pour les différents types de structures.

[146] Puisqu'il s'agit de conditions minimales, un droit à dérogation permanent conduirait à un changement radical de paradigme, en laissant à l'appréciation de chaque structure les conditions humaines et matérielles permettant, suivant la formulation de l'ordonnance, de « *maintenir des conditions de sécurité suffisantes* ». Cette orientation irait *a priori* à l'encontre des objectifs de renforcement des qualifications des personnels du secteur social et médico-social et d'amélioration de la qualité et de la sécurité encouragés par le Gouvernement.

[147] La possibilité de déroger de manière permanente à ces règles minimales conduit en fait à poser la question même de leur pertinence : soit il s'agit vraiment de conditions minimales indispensables, sans lesquelles la sécurité et la qualité de vie des personnes ne peut être assurée, et elles doivent être appliquées sans possibilité de dérogation ; soit il ne s'agit que de simples recommandations et elles doivent être écrites comme telles. La question peut d'autant plus être posée que ces règles sont d'un degré de précision très inégal - fruit d'une histoire institutionnelle complexe- quasi-inexistantes pour

les FAM et les foyers non médicalisés¹³⁴, extrêmement précises pour les ESSMS dédiés aux jeunes PSH ; en outre celles qui existent peuvent avoir beaucoup vieilli, faute d'une remise à jour récente.

[148] On peut prendre l'exemple des dispositions qui encadrent l'essentiel des ESSMS dédiés aux jeunes PSH (IME, ITEP, IEM, EEAP, IDA, IDV et SESSAD) et figurent aujourd'hui aux articles D. 31210 à D. 312-122 du CASF¹³⁵. On trouvera en annexe 8 un tableau synoptique de ces dispositions pour les six catégories d'établissements concernées et les SESSAD qui leur correspondent.

[149] On peut relever en première analyse que la séparation en six ensembles de dispositions distinctes est largement artificielle : sauf pour ce qui concerne les compétences professionnelles requises, beaucoup de dispositions sont identiques ou quasi identiques pour les six catégories – qu'elles soient intégralement réécrites ou reprises par simple renvoi. Cette séparation contribue par elle-même à une vision segmentée et datée, puisqu'elle ne prend pas en compte les troubles du spectre de l'autisme ou les troubles dys, ou encore le handicap psychique pour les adolescents. Elle n'a pas empêché, comme on l'a vu en partie 1, le développement d'ESSMS pluri-compétents, mais elle ne peut que le freiner en impliquant de jongler entre ces différents silos.

[150] D'un point de vue organisationnel, on peut également relever que l'accompagnement en milieu ordinaire y est conçu en principe comme l'accessoire d'une activité principale exercée en établissement. **Il n'y a d'ailleurs que l'histoire qui puisse expliquer pourquoi les textes introduisent à cet égard des nuances, en admettant qu'un SESSAD puisse toujours être autonome dans le champ des IME, ITEP et IEM, ne puisse l'être que « lorsqu'il existe une difficulté grave de rattachement » dans le cas des IDA et IDV et ne puisse jamais l'être dans le champ des EEAP. Il en est de même pour les bornes d'âge réglementaires propres aux SESSAD¹³⁶.**

[151] S'agissant des personnels, on peut notamment se demander pourquoi des taux d'encadrement minimaux ne sont expressément prévus que pour les IME (pour les éducateurs) et les IEM (pour certains professionnels médicaux et paramédicaux, les éducateurs et les aides-soignants), avec une faculté d'adaptation laissée à l'autorité publique seulement pour les IEM. Ils ne sont en tout cas pas adaptés aux ESSMS développant des activités hors les murs que l'on cherche à promouvoir¹³⁷.

[152] **Il serait donc souhaitable de refondre et d'actualiser ces dispositions, comme de manière plus générale l'ensemble des conditions minimales d'organisation et de fonctionnement des ESSMS dédiés aux PSH¹³⁸, en se bornant à définir un socle transversal et d'éventuelles prescriptions complémentaires pour les handicaps qui le nécessitent. Cette révision systémique impliquerait une approche pluridisciplinaire et une coconstruction avec**

¹³⁴ C'est aussi le cas de l'aide sociale à l'enfance, au point que les professionnels y sont demandeurs de référentiels – voir le rapport de l'Action 72 de la feuille de route de la protection de l'enfance, établi par un groupe de travail dirigé par Christian Juncker, directeur des solidarités du département du Jura, et majoritairement composé de représentants des départements -- [Clarifier les modalités de contrôle et d'accompagnement des établissements et services de protection de l'enfance](#) – notamment point 4 page 16

¹³⁵ Il s'agissait auparavant des annexes XXIV du décret n°56-284 du 9 mars 1956 complétant le décret n°46-1834 du 20 août 1946 modifié fixant les conditions d'autorisation des établissements privés de cure et de prévention pour les soins aux assurés sociaux ; elles n'ont pas été significativement modifiées depuis 1989, date d'inclusion des SESSAD dans le champ de l'autorisation

¹³⁶ cf. le 2.1.1.2 supra

¹³⁷ Alors même qu'ils semblent directement transposables, s'agissant des IEM, aux SESSAD correspondants, en vertu de l'article D. 312-76 du CASF

¹³⁸ On notera toutefois que le cahier des charges des SAAD est beaucoup plus récent que les autres textes potentiellement concernés, puisqu'il a été édicté par un décret n° 2016-502 du 22 avril 2016 (à la fois pour les PSH et les personnes âgées)

les représentants des ESSMS, des PSH et de leurs familles. Elle devrait être conduite à horizon de deux ans, en phase avec les travaux engagés sur la tarification¹³⁹.

Recommandation n°10 Conduire à horizon de deux ans une révision systémique des conditions minimales d'organisation et de fonctionnement des ESSMS dédiés aux PSH et abroger sans attendre les dispositions créant des différences manifestement non justifiées, comme celles applicables en matière de rattachement des SESSAD

2.1.3 Une meilleure connaissance des besoins est indispensable

[153] Une question cruciale est de savoir, au-delà de l'objectif général de souplesse et de modularité, à quels besoins spécifiques la transformation doit répondre.

[154] On a vu au 2.1.2.1 que l'autorisation doit être compatible avec les outils de programmation prévus par le CASF. Mais une analyse non exhaustive des projets régionaux de santé et des schémas départementaux de l'autonomie met en évidence une présentation des besoins de la population plus prospective pour les personnes âgées (projections démographiques, analyse de l'évolution de la perte d'autonomie ...) que pour les PSH, pour lesquelles le diagnostic est plus descriptif et centré sur l'offre. Ces constats rejoignent ceux dressés par le rapport IGAS-IGF de 2012 déjà cité et par un rapport de l'ANCREAI de 2011¹⁴⁰. Certains handicaps sont ainsi mal pris en compte, comme le handicap psychique¹⁴¹ et les troubles du spectre de l'autisme¹⁴².

[155] Au niveau national, de la même façon, si l'offre d'accueil des PSH dans les établissements et services médico-sociaux est suivie (les données de 2018 ont fait l'objet d'une publication de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques -DREES), la dernière enquête en population (enquête handicap santé) a été conduite de 2007 à 2009¹⁴³ et l'enquête « autonomie » va se dérouler de 2021 à 2023. Sur le champ des personnes de plus de 60 ans, une enquête « care » a été conduite de 2014 à 2016 et il est dommage qu'elle n'ait pu s'intéresser à tous les âges de la vie.

[156] Les attentes sont importantes et anciennes au niveau du déploiement de l'outil Via trajectoire et du SI des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) afin de progresser sur l'identification des besoins par âge et déficience. Pour autant ces éléments ne seront pas suffisants pour anticiper les besoins des territoires.

[157] L'analyse des situations complexes et des ruptures de parcours est essentielle afin d'améliorer les processus d'accompagnement au sein d'un territoire et améliorer la flexibilité de l'offre. La planification et l'organisation du secteur doivent œuvrer afin d'anticiper et éviter ces situations.

[158] Il ressort des entretiens conduits par la mission que les profils des personnes laissées « sur le bord du chemin » présentent des caractéristiques communes et que les problématiques sont souvent liées à l'inadaptation des réponses au handicap psychique, aux situations particulièrement

¹³⁹ cf. le projet Serafin PH - voir infra au 2.2.3

¹⁴⁰ Comparaison nationale des schémas départementaux d'organisation médico-sociale

¹⁴¹ Un récent rapport de la Cour des comptes mentionne ainsi « la persistance d'un pourcentage important (presque un tiers en nombre de journées) de patients hospitalisés [pour motifs psychiatriques] sur de longues durées (un an ou plus), faute d'une prise en charge graduée, adaptée à leur état et orientée vers une sortie durable » - Les parcours dans l'organisation des soins de psychiatrie – Rapport public thématique – février 2021

¹⁴² cf. le rapport d'évaluation du 3ème plan autisme de l'IGAS et l'IGEN n°2016-94R – mai 2017

¹⁴³ Point déjà signalé par le rapport thématique 2019-2020 de l'Inspection générale des affaires sociales - Handicaps et emploi – p 99 sqq

complexes de jeunes autistes et aux situations des jeunes adolescents en rupture (aide sociale à l'enfance...).

[159] Le suivi de l'offre et de la demande doit être développé au niveau national afin de pouvoir réaliser des projections et permettre aux ARS et département, en le confrontant à leurs particularités locales d'organiser l'offre médico-sociale sur leur territoire, en lien avec le « milieu ordinaire.

[160] Dans une démarche d'évolution vers une société plus inclusive, les diagnostics territoriaux ne doivent pas se limiter au champ sanitaire et médico-social mais associer également les services déconcentrés de l'état, les collectivités locales et les autres acteurs du champ social (CCAS, bailleurs sociaux...). Des diagnostics sont d'ores et déjà réalisés par ces responsables et acteurs du territoire¹⁴⁴. **Il conviendrait d'appuyer ces démarches, notamment par l'élaboration d'un guide d'accompagnement à la conduite d'un diagnostic local dans le champ du handicap avec une perspective inclusive.**

Recommandation n°11 Mettre en œuvre un suivi national de l'offre et de la demande (au-delà de l'analyse du SI MDPH) avec une restitution régulière aux autorités locales et élaborer des outils d'analyse des besoins et des projections sur les années à venir

2.2 Des freins exogènes à une meilleure adéquation des réponses aux attentes des personnes en situation de handicap

2.2.1 Une orientation peu participative et souvent trop étroite qui freine l'accès à une réponse adaptée

[161] Le rapport « Zéro sans solution » de 2014, partant d'un constat très étayé sur les défauts du dispositif actuel d'orientation en ESSMS, a recommandé la généralisation d'une démarche en deux temps, distinguant la mesure du besoin et un « plan d'accompagnement global » élaboré avec la participation de la personne, qui ne devrait pas se limiter aux seuls accueils en établissements ou services médico-sociaux¹⁴⁵.

[162] La logique de parcours¹⁴⁶ et le développement de solutions souples, personnalisées et évolutives obligent en principe le secteur spécialisé et autorisé à s'adapter à cette démarche inclusive et à s'inscrire en complémentarité de l'ensemble des solutions permettant de préserver et de développer l'autonomie et la citoyenneté des personnes vivant avec un handicap.

[163] La possibilité donnée par les ordonnances de sursoir à l'obligation de détenir une orientation de la CDAPH pour accéder à un établissement ou un service spécialisé dans le champ du handicap,

¹⁴⁴ L'article R. 123-1 du CASF prévoit que les centres communaux et intercommunaux d'action sociale produisent une analyse des besoins sociaux de l'ensemble de la population du territoire de leur ressort, au moins au cours de l'année civile qui suit chaque renouvellement général des conseils municipaux. Ce diagnostic doit être partagé avec « l'ensemble des partenaires, publics ou privés, qui participent à la mise en œuvre des actions de prévention et de développement social »

¹⁴⁵ Page 32 : « Le plan d'accompagnement global (...) validé par la CDAPH au terme d'un processus d'élaboration conjoint avec la personne (...) ne se limiterait pas aux seuls accueils en établissements ou services médico-sociaux, mais fixerait l'ensemble des interventions requises : éducatives, thérapeutiques, d'insertion professionnelle ».

¹⁴⁶ La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) définit le parcours comme « la prise en compte des étapes successives de la vie de la personne, mais également les dimensions différentes de sa situation, à un moment donné de sa vie. [... Cette situation est amenée à évoluer et nécessite un ajustement régulier des modalités d'accompagnement mises en œuvre, impliquant des intervenants multiples et des actions coordonnées des acteurs.

durant la crise, a donné l'opportunité aux interlocuteurs de la mission de partager leur appréciation sur l'utilité de cette orientation.

[164] Les positions exprimées oscillent entre le maintien de cette procédure, afin de préserver les droits des personnes les plus vulnérables et leur garantir un accueil et un accompagnement par des professionnels formés, et sa suppression pure et simple, au motif qu'elle est vécue comme trop distanciée des attentes et besoins de la personne (qui n'est pas obligatoirement rencontrée par l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH¹⁴⁷), décalée dans le temps (compte tenu des délais de traitements de la demande)¹⁴⁸ ou encore trop étroite au regard de la modularité de l'offre et de sa complémentarité avec le milieu ordinaire.

[165] Des études portant sur les conditions d'admission en établissements médico-sociaux démontrent en tout état de cause que la décision prise en aval par le responsable d'ESSMS est multifactorielle, voire sélective : « *si une place se libère, les facteurs de l'admission sont relativement peu visibles et difficiles à cerner pour les personnes et il peut y avoir des effets de sélection à l'admission* »¹⁴⁹.

[166] Des travaux portant sur le non recours¹⁵⁰ aux ESSMS secondairement à une orientation par la CDAPH distinguent deux situations :

- Les non recours subis : découragement suite à un refus d'admission par un ou plusieurs ESSMS ; inadaptation de l'offre au besoin sans refus d'admission exprimé clairement par l'ESSMS (exemple : refus d'un accueil 2 jours par semaine, l'établissement n'acceptant que des accueils à la semaine) ; découragement devant la complexité de l'accès aux ESSMS ; difficulté d'accessibilité (temps de transports...) ; absence de réponse de l'ESSMS ;
- Les non recours choisis : non-adhésion des bénéficiaires ou de leur famille aux principes de l'offre ; préférence pour l'accompagnement alternatif actuel (une organisation s'est mise en place le temps du traitement de la demande) ; notification demandée pour sécuriser le parcours, par le bénéficiaire, sa famille ou sa tutelle (la situation étant jugée « fragile » et compte tenu des délais pour accéder aux offres, l'orientation est demandée de façon anticipée...) ; non-demande de la personne concernée ou sa famille, dans le dossier soumis à la MDPH.

[167] Le formulaire de demande à la MDPH inscrit l'orientation vers les ESSMS comme un droit qui est étudié, au regard des éléments renseignés, par les équipes pluridisciplinaires d'évaluation (EPE) des MDPH. Le nouveau formulaire de demande, appelé Impact, introduit un principe de la demande générique : la personne décrit sa situation et l'EPE évalue et identifie les droits et les prestations auxquels correspondent ses besoins et attentes. L'utilisateur n'a plus à identifier les droits et prestations auxquels il pense pouvoir prétendre. Ceci est une avancée en particulier au regard de l'accès à des allocations, cartes... mais explique pourquoi des orientations sont parfois notifiées sans que la personne en ait fait la demande et n'en ait été informée avant le passage de son dossier en CDAPH.

¹⁴⁷ On peut également relever que, contrairement à ce qui est prévu pour les personnes âgées en matière d'aide personnalisée à l'autonomie, il n'y a pas obligatoirement de visite au domicile pour l'attribution de la PCH

¹⁴⁸ Certains interlocuteurs évoquent des délais pouvant aller jusqu'à 18 mois dans les CDAPH les plus surchargées

¹⁴⁹ Étude ADMET L'admission en établissements pour personnes en situation de handicap flux de populations, parcours individuels et réseaux d'établissements. Rapport de recherche Janvier 2019. Estelle Aragona, Pierre-Yves Baudot et Magali Robelet.

¹⁵⁰ « Le non-recours aux établissements et services médicosociaux du secteur handicap, témoin d'une inadéquation entre offre et demande » Sophie Bourgarel, Bénédicte Marabet, Isabelle Gérardin, Lucile Agénor, Marianne Schmitt. La Documentation française | « Revue française des affaires sociales »2021/1 | pages 211 à 233

Tableau 7 : Extrait du formulaire de demande de droits et prestations à présenter aux MDPH

Vous allez expliquer à la MDPH votre situation, vos besoins, vos projets et vos attentes. En fonction des conditions prévues par la réglementation, vous pourrez peut-être bénéficier des droits suivants :

Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) voire un de ses compléments	Renouvellement d'allocation compensatrice (ACTP ou ACFP)
Allocation aux adultes handicapés (AAH) voire un de ses compléments	Projet personnalisé de scolarisation – parcours et aides à la scolarisation
Carte mobilité inclusion (anciennes cartes d'invalidité, de priorité et de stationnement pour personnes handicapées)	Orientation professionnelle et/ou formation professionnelle
Orientation vers un établissement ou service médico-social (ESMS) enfants/adultes	Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH)
Prestation de compensation du handicap (PCH)	Affiliation gratuite à l'assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF)

Source : Formulaire CERFA 15692*01

[168] L'article L. 146-3 du CASF précise que « la maison départementale des personnes handicapée assure à la personne handicapée et à sa famille l'aide nécessaire à la formulation de son projet de vie, l'aide nécessaire à la mise en œuvre des décisions prises par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées, l'accompagnement et les médiations que cette mise en œuvre peut requérir. Elle met en œuvre l'accompagnement nécessaire aux personnes handicapées et à leur famille après l'annonce et lors de l'évolution de leur handicap ».

[169] Le Défenseur des droits observe pourtant, dans les situations portées à sa connaissance, plusieurs cas faisant apparaître une inadéquation entre les décisions d'orientation prises par les CDAPH et les possibilités d'accueil offertes par les établissements.

[170] La question de la formulation du projet de vie, de l'expression des attentes et des besoins des personnes en situation de handicap et plus généralement de l'évaluation globale de sa situation, a très régulièrement été abordée par les interlocuteurs de la mission. De nombreuses expériences et actions qui peuvent être mobilisées en amont de la sollicitation de la MDPH et qui mériteraient de voir leur champ d'action s'élargir, sont citées :

- L'expérience des **Référents Parcours de Santé** (fonction créée depuis 1988 par l'AFM-Téléthon) ;
- L'expérience des PCPE (**pôles de compétences et de prestations externalisées**) qui au-delà de compléter la palette des réponses médico-sociales et de l'analyse des situations complexes, capitalisent des expériences d'évaluation globale des situations¹⁵¹ ;

¹⁵¹ Instruction DGCS/SD3B/2016/119 du 12 avril 2016 relative à la mise en œuvre des pôles de compétences et de prestations externalisées pour les personnes en situation de handicap - le PCPE est organisé autour d'un ESSMS autorisé mais peut faire appel à d'autres ESSMS et à des professionnels libéraux ; une PSH peut accéder à un PCPE sans orientation préalable de la CDAPH

- L'intérêt d'une approche large, inclusive, des solutions par les « **assistants au parcours ou au projet de vie (APV)** » qui mobilisent en priorité le milieu ordinaire et orientent si besoin vers le secteur social et médico-social et la MDPH pour un accompagnement ou un appui ;
- L'intérêt de capitaliser sur l'évaluation, qui va être conduite par la Direction générale de la santé (DGS), des **projets pilotes d'accompagnement à l'autonomie en santé** expérimentés depuis cinq ans¹⁵² et dont la finalité est de renforcer l'autonomie et la capacité de décision des personnes confrontées à une vulnérabilité en santé. Plusieurs projets concernent les personnes en situation de handicap ;
- L'intérêt de développer **des plateformes de coordination et d'orientation (PCO)** au-delà de celles concernant les troubles du neuro développement (TND) chez l'enfant¹⁵³ ;
- L'intérêt d'associer les **pair-aidants** à cette dynamique de soutien à l'expression et la formulation des attentes et besoins. Ils peuvent aider, dans ce cadre, les personnes à envisager des possibles qui, bien que présentés et suggérés par les professionnels, ne leur paraissent pas accessibles ou envisageables ;
- Et de façon générale, des services de « guidance et d'appui » qui interviennent, de manière indépendante, auprès de la personne, dans son environnement (personnel, professionnel) et qui coconstruisent avec la personne en situation de handicap, ses proches aidants et les intervenants professionnels qui interviennent d'ores et déjà auprès d'elle (sous réserve de l'accord de la PSH) les solutions adaptées à ses besoins et les droits à mobiliser pour y accéder.

[171] Une attention particulière est à porter au suivi des personnes après que les solutions aient été élaborées (dans le milieu ordinaire et/ou spécialisé avec ou sans décision de la CDAPH). Des familles ont décrit à la mission la complexité de la mise en œuvre des solutions ; elles nécessiteraient l'appui d'un travailleur social accoutumé au champ de l'autonomie notamment pour le soutien aux démarches d'inscriptions aux services et rédactions de courrier (diversité des financements accessibles auprès des caisses de retraites, mutuelles, diverses caisses de prévoyance, collectivités locales - CCAS, métropole...). Les risques d'inégalité des réponses apportées aux PSH, réelles tout au long du parcours, sont ici exacerbés.

[172] **Il est en tout cas souhaitable que toute demande adressée à la MDPH déclenche une information précisant au demandeur les coordonnées des services, associations, assistants au projet de vie, plateformes d'orientation ... qui doivent exister sur le territoire concerné et sont susceptibles de l'appuyer dans l'élaboration de son projet.**

[173] Le droit à l'autonomie et à l'accès aux allocations et mesures de compensation dans les différents champs de la vie d'une personne n'épuise pas le droit à l'inclusion. La mission est sensible aux diverses propositions de guidance et d'appui à l'expression des attentes et des besoins et à l'élaboration de solutions multimodales. Le secteur spécialisé peut participer à ce projet et il doit pouvoir être facilement accessible. La place de la MDPH est importante afin de permettre cet accès aux personnes qui le nécessitent et le souhaitent.

¹⁵² Dans le cadre de l'article 92 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

¹⁵³ cf. l'article L. 2135-1 du code de la santé publique qui crée les parcours de bilan et intervention précoce pour les troubles du neuro-développement ; l'article R. 2135-4 du même code prévoit que l'admission dans un ESSMS d'éducation adaptée peut être prononcée sans orientation préalable de la CDAPH

[174] L'évolution des nomenclatures des autorisations va progressivement rendre caduque les orientations trop ciblées.

[175] La mission propose d'évoluer d'une décision d'orientation vers une décision plus globale de droit à l'accès aux établissements médicaux-sociaux autorisés afin de garantir les droits des personnes les plus vulnérables. La CDAPH pourrait selon la situation, apporter des précisions sur le type de prestations indispensables (et pouvant être servies par différents établissements ou services) selon la nomenclature Serafin PH¹⁵⁴ : prestations de soins, de maintien et de développement des capacités fonctionnelles ; prestations en matière d'autonomie ; prestations pour la participation sociale ; prestation de coordination renforcée pour la cohérence du parcours. Cette évolution permettrait une simplification dans le traitement des dossiers.

[176] Par ailleurs, l'analyse des droits d'accès aux ESSMS devrait être concomitante avec l'examen des droits aux prestations individualisées - notamment la prestation de compensation du handicap (PCH)¹⁵⁵, le complément d'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) et les aides du fonds départemental de compensation du handicap - pour s'adapter à la réalité des parcours et ne pas additionner les délais consécutifs de traitement des dossiers.

[177] Sans attendre ces évolutions systémiques, il apparaît opportun, dans l'esprit de souplesse prévu par les deux ordonnances, dont on a vu qu'il n'avait donné lieu à aucune dérive, d'élargir les possibilités d'accueil temporaire sans orientation préalable¹⁵⁶, aujourd'hui excessivement restrictives¹⁵⁷, lorsqu'une personne a déjà fait l'objet d'une décision d'orientation vers un ESSMS et, de manière inconditionnelle, en cas d'urgence¹⁵⁸. Le même principe devrait être étendu à l'accompagnement temporaire en milieu ordinaire par des services qui ne peuvent aujourd'hui en principe intervenir sans orientation préalable¹⁵⁹.

Recommandation n°12 Faire évoluer la décision d'orientation vers une décision plus globale de droit d'accès aux ESSMS, précisant le type de prestations indispensables selon la nomenclature Serafin PH, concomitante à l'examen des droits à la PCH et au fonds départemental de compensation du handicap ; sans attendre, généraliser l'appui à l'élaboration du projet personnel et ouvrir la possibilité d'un accueil ou accompagnement temporaire sans orientation préalable aux personnes ayant déjà fait l'objet d'une orientation vers un ESSMS et, de manière inconditionnelle, en cas d'urgence

¹⁵⁴ « Services et établissements : réforme pour une adéquation des financements au parcours des personnes handicapées » - voir aussi infra au 2.2.3

¹⁵⁵ Ou l'allocation compensatrice pour tierce personne à laquelle la PCH a succédé, mais qui peut encore être servie

¹⁵⁶ Cette recommandation est à rapprocher de la proposition n°12 du rapport IGAS- IGF 2019-026R d'octobre 2019 sur les ESAT tendant à ce que ceux-ci soient autorisés à accueillir librement des personnes en situation de handicap pour des mises en situation professionnelle (MISPE) de courte durée

¹⁵⁷ Au-delà de 7 jours (pour les jeunes) ou 15 jours (pour les adultes) quand la PSH s'est déjà vue reconnaître un taux d'incapacité supérieur à 80 %

¹⁵⁸ Cela permettrait notamment de répondre aux demandes de créations de « maisons de répit » ouvertes indépendamment de la reconnaissance préalable d'un handicap et qui remplissent pour le reste toutes les conditions nécessaires à leur reconnaissance comme ESSMS, a fortiori dans le cadre du statut global proposé ci-dessus pour les EAM

¹⁵⁹ SESSAD, SAMSAH, SAVS et unités dédiées dans des établissements intégrés ; ce point paraît particulièrement nécessaire en matière de handicap psychique où, de l'avis de plusieurs interlocuteurs, un accompagnement peut être indispensable dès l'apparition des troubles ; on retrouve la même approche dans le programme « Un chez soi d'abord » - voir infra 3.1.2

2.2.2 Les difficultés de la vie à domicile avec un handicap sont de puissants freins à la transformation de l'offre

[178] Les personnes et organisations rencontrées ont signalé à la mission plusieurs obstacles à la vie à domicile des PSH qui ne peuvent que freiner le développement d'une offre plus inclusive.

[179] Les prestations de soins, de maintien et de développement des capacités fonctionnelles¹⁶⁰ telles que décrites par la nomenclature Serafin PH sont essentielles et doivent pouvoir être délivrées quel que soit le mode de vie de la personne handicapée. Or, de nombreux interlocuteurs ont alerté la mission sur l'inégalité d'accès aux soins de rééducation, de réadaptation fonctionnelle et de soutien psychologique (kinésithérapeute, psychologue, psychomotricien, ergothérapeute, orthophoniste...) selon le lieu de vie de la personne.

[180] Les établissements et services médico-sociaux peuvent offrir tout ou partie de ces soins (sous réserve de pouvoir recruter les professionnels concernés) selon leurs conditions minimales de fonctionnement et avec le concours financier de l'assurance maladie.

[181] Les prestations de ces professionnels paramédicaux ne sont pas toutes pris en charge par l'assurance maladie dans le cadre des soins de ville, ce qui empêche les PSH, qui ne sont pas accompagnés par les établissements et services médico-sociaux, d'accéder à ces soins. Des familles ont expliqué à la mission qu'elles devaient financer elles-mêmes ces prestations avec plus ou moins de possibilités de mobiliser d'autres soutiens financiers (mutuelles, associations) et elles déplorent, de fait, une aggravation des inégalités sociales de santé avec une préoccupation particulière pour les familles monoparentales en situation de pauvreté.

[182] De plus, les soins qui sont habituellement remboursés par l'assurance maladie en libéral (kinésithérapie, orthophonie par exemple) 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 en particulier pour les enfants qui sont alternativement en établissement et dans leur famille...

[183] En effet, « *les établissements et services médico-sociaux, financés par l'assurance maladie, ont vocation à prendre en charge, dans le cadre du budget qui leur est alloué, l'ensemble des soins des personnes accueillies (ou accompagnées) correspondant à leurs missions* » (article R. 314-26 CASF). Ainsi, dans le cas général, aucune « double prise en charge financière » pour des soins relevant des missions de la structure n'est possible (pas de remboursement en sus des soins inclus dans le périmètre tarifaire). Si des soins sont prodigués à l'extérieur de l'ESSMS, c'est lui qui doit les financer. Cela peut être dû à des moyens insuffisamment calibrés qui ne permettent pas d'assurer un service complet aux personnes accueillies ou accompagnées¹⁶¹.

[184] Pour autant, leur financement peut éventuellement être accordé après accord préalable du service médical de l'assurance maladie. Les demandes de financement de ces soins dits « complémentaires » sont examinées au cas par cas, au regard du parcours du bénéficiaire pour lui apporter une réponse adaptée. Il ressort de la doctrine de la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) que lorsque des professionnels figurent dans l'équipe médicale, paramédicale, psychosociale et éducative prévue à titre obligatoire pour la catégorie de l'ESSMS concerné, ou même à titre

¹⁶⁰ 1) Soins somatiques et psychiques (Soins médicaux à visée préventive, curative et palliative ; Soins techniques et de surveillance infirmiers ou délégués ; Prestations des psychologues ; Prestations des pharmaciens et préparateurs en pharmacie et 2) Rééducation et réadaptation fonctionnelle (Prestations des auxiliaires médicaux, des instructeurs en locomotion et avéjistes)

¹⁶¹ cf. par exemple la problématique du « rebasage » présentée par l'ANECAMSP à propos de centres ne disposant pas d'une équipe complète faute de moyens financiers suffisants

facultatif dans son projet d'établissement, ils sont considérés comme pris en compte dans son budget, qu'ils soient salariés ou intervenant à titre libéral dans le cadre d'une convention.

[185] Les PSH devraient pouvoir accéder aux soins qui leurs sont prescrits qu'ils soient délivrés au sein d'établissements et services médico-sociaux, par des professionnels libéraux ou par les deux. La même problématique vaut pour les aides techniques. Les travaux du projet Serafin PH devraient permettre de définir plus précisément les modalités de calcul des prestations de soins. Dans l'attente, la mission considère en tout état de cause que les soins doivent être financés indifféremment, qu'ils soient effectués en ville ou au sein des établissements, dès lors qu'une ordonnance précisant le nombre d'actes ou de séances est produite¹⁶².

[186] Concernant le financement des déplacements, la situation est tout aussi complexe. La description des diverses modalités de prises en charge est édifiante : un jeune homme fréquente un IME quelques jours par semaine et les frais de transports de son domicile à l'établissement sont couverts par l'établissement ; le mardi matin, avant de se rendre à l'IME, il a rendez-vous dans un CMPP, le financement du transport est assuré par l'assurance maladie (utilisation de la carte vitale) ; Le mercredi, il bénéficie à son domicile de soins de kinésithérapie mais les parents financent totalement la prestation y compris le déplacement du kinésithérapeute ...

[187] La PCH allouée aux personnes vivant à domicile peut permettre de financer les surcoûts liés aux transports réguliers, fréquents ou correspondant à un départ annuel en congés. Cependant le montant de l'allocation est plafonné sur 5 ans et est censé couvrir non seulement les frais de transport mais également les éventuels frais d'aménagement du véhicule qui peuvent très rapidement obérer les possibilités de financement des transports.

[188] Pour clarifier les compétences des financeurs et simplifier les démarches des PSH, la mission suggère que l'ensemble des transports qui permettent de servir les « prestations de soins, de maintien et de développement des capacités fonctionnelles » ainsi que les « prestations en matière d'autonomie », au sens de la nomenclature Serafin PH, soient financées par l'assurance maladie quel que soit le mode de vie de la personne (domicile, établissement).

[189] Pour les frais de déplacement nécessaires à la participation sociale des personnes accueillies ou accompagnées par les ESSMS, les financements pourraient comme actuellement être répartis selon l'autorité publique compétente. Pour les personnes ne faisant pas appel aux ESSMS, le financement par la PCH pourra se centrer sur les déplacements nécessaires à la participation à la vie sociale car les autres prestations seront couvertes par l'assurance maladie.

Recommandation n°13 Garantir sans attendre l'issue des travaux de Serafin PH le financement par l'assurance maladie de tous les soins délivrés sur prescription médicale, ainsi que le financement des transports qui permettent de servir les « prestations de soins, de maintien et de développement des capacités fonctionnelles » ainsi que les « prestations en matière d'autonomie »

[190] La démarche inclusive n'oppose pas les différentes solutions envisagées pour améliorer la qualité de vie des personnes ni les différents choix de vie. Les prestations servies par les établissements contribuent au soutien de la vie à domicile pour la personne en situation de handicap et pour ses proches aidants. La possibilité d'accéder à un accueil de jour ou de nuit ou encore à un

¹⁶² à charge pour l'autorité publique compétente de vérifier par ailleurs si l'ESSMS n'a pas utilisé les financements qui lui étaient alloués pour recruter les professionnels nécessaires ou si ces financements sont insuffisants

accueil temporaire entre dans la dynamique du soutien à la vie à domicile. Il s'agit également de prévenir la survenue d'urgences « administratives » pour permettre par exemple l'accueil en séjour de répit ou en hébergement temporaire en cas de défaillance du proche aidant.

[191] Beaucoup d'interlocuteurs rencontrés souhaitent dans cette optique que l'accueil temporaire ne soit pas limité dans le temps, comme dans le cadre des ordonnances (alors qu'il est limité à 90 jours par an dans le droit permanent), permettant de faire face à des besoins variables de répit, notamment pour les personnes en transition entre l'établissement et le domicile.

[192] La mission mesure bien l'intérêt que peut présenter la levée de ce seuil des 90 jours pour certaines situations, même hors période de crise sanitaire, mais s'interroge sur le risque de dilution de la notion d'accueil temporaire si aucun plafond général n'est fixé. Elle relève en outre que si l'accueil temporaire présente le grand intérêt de pouvoir être séquentiel, les deux notions ne se confondent pas, un accueil permanent devant pouvoir être adapté selon des périodicités diverses. La mission suggère donc, au moins en première intention, de porter le seuil de l'accueil temporaire à 180 jours par an, ce qui laisserait beaucoup plus de souplesse, en favorisant au-delà des formules séquentielles sans durée préfixe, dès lors que les freins financiers à leur mise en œuvre seraient levés (cf. le point 2.2.3.2 infra).

Recommandation n°14 Relever de 90 jours à 180 jours par an le plafond de l'accueil temporaire, en favorisant au-delà des formules séquentielles sans durée préfixe

[193] Les interactions et le travail en collaboration entre les professionnels intervenant habituellement à domicile et en établissement doivent être financés pour permettre d'accompagner les personnes lors des périodes de transition (les professionnels du domicile devant pouvoir intervenir au sein de l'établissement et à contrario les professionnels de l'établissement devant pouvoir se rendre au domicile pour préparer ou accompagner la transition) et également tout au long du suivi à long terme des personnes. **De même, les accompagnants à domicile habituel devraient pouvoir suivre la PSH sur son lieu de vacances, évitant ainsi un temps d'adaptation à d'autres professionnels, d'autant moins productif que le séjour est de courte durée.**

[194] Un autre enjeu crucial est de diminuer le reste à charge à domicile, pour que l'accueil en établissement reste un choix et ne soit pas motivé par un soutien à domicile insatisfaisant.

[195] Plusieurs interlocuteurs de la missions ont rappelé, comme l'avait fait le rapport d'Adrien Taquet et Jean-François Serres en 2018¹⁶³, l'importance de réviser les montants de financement des prestataires intervenant à domicile (17,77 euros/heure) qui génèrent un reste à charge pour les allocataires .

[196] Il est également rappelé l'importance de financer des heures d'entretien de l'environnement de la personne (vaisselle, ménage...). Les situations décrites à la mission vont à l'encontre du respect de l'hygiène et de la prise en compte de l'importance du cadre de vie dans l'accompagnement des personnes.

[197] A été également signalée à la mission l'incompréhension liée à la non prise en compte des cécités par altération du champ visuel pour l'accès au « forfait visuel » de la PCH. Le guide de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) précise en effet qu'en dépit de la définition de l'OMS, cette situation n'est pas retenue. Le lecteur partagera probablement la perplexité de la mission. Plusieurs interlocuteurs ont également évoqué la question de l'accès

¹⁶³ Rapport_sur_la_simplification_du_parours_administratif_des_personnes_en_situation_de_handicap.pdf « Plus simple la vie, 113 propositions pour améliorer le quotidien des personnes en situation de handicap »

aux aides humaines pour les personnes souffrant d'un handicap psychique dans le cadre de la PCH.

[198] **De manière générale, l'accès à tous les moyens de compensation et d'accompagnement à l'inclusion doit être facilité et suffisamment valorisé afin qu'il n'y ait plus de personnes qui n'aient pas d'autres choix que de séjourner à temps complet en établissement.**

2.2.3 Un frein déterminant à la transformation de l'offre : le financement et la tarification des établissements et services

[199] La tarification des ESSMS est perçue depuis de nombreuses années comme un frein à la fluidité des parcours des PSH. Dès 2014, l'Observatoire national de l'action sociale (ODAS) a conduit des travaux pour objectiver la très grande hétérogénéité des coûts à la place dans les établissements pour adultes. Les coûts moyens annuels à la place (hors soins) de 668 établissements et services installés sur 14 départements ont ainsi été recueillis¹⁶⁴. L'étude s'est attachée à recenser des pistes d'explication des différences de coûts entre les établissements de même catégorie. L'on peut citer : le degré d'accompagnement nécessaire selon les besoins de chaque personne accueillie, les externalisations, les mutualisations, les frais de siège, les coûts de construction et d'entretien des bâtiments.

[200] L'objet même du projet Serafin PH déjà mentionné, au-delà de l'équité entre ESSMS, est d'améliorer l'adaptation des réponses apportées aux PSH.

Le projet Serafin PH

Le projet a pour objectif principal d'établir des modalités d'allocation de ressources qui garantissent une équité entre les établissements et services en fonction des prestations qu'ils apportent au regard des attentes et des besoins des personnes. Elle doit faciliter les parcours des personnes¹⁶⁵,

Ce travail est initialisé depuis 2014 et le Dr Annick Deveau¹⁶⁶ précise dans un article daté de 2017¹⁶⁷ que cet objectif est à la fois technique (l'équité de l'allocation) et stratégique (apporter de la souplesse dans les réponses apportées). « *Le modèle tarifaire qui sera arrêté à terme dans le cadre du projet Serafin PH devra s'assurer qu'il ne constitue pas un frein au parcours des personnes* ».

Les interlocuteurs de la mission attendent beaucoup de ce projet devenu la réforme tarifaire des établissements et services pour personnes handicapées Serafin PH. La construction du nouveau modèle de financement des établissements et services médico-sociaux pour PSH est un processus long qui devrait aboutir en 2024. Ce nouveau modèle doit permettre d'objectiver l'allocation de ressources aux établissements et services médico-sociaux et d'en garantir l'équité. Il vise à soutenir la transformation de l'offre médico-sociale dans le cadre d'une société plus inclusive.

¹⁶⁴ Guide méthodologique d'analyse des coûts des établissements sociaux et médico-sociaux en direction des personnes handicapées finances ou cofinances par les conseils départementaux -ODAS- Document de travail – 25 novembre 2015

¹⁶⁵ Marie-Aline Bloch, Léonie Hénaut, Coordination et parcours - La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social, Paris, Dunod, 2014.

¹⁶⁶ Annick Deveau était alors directrice de projet pour Serafin PH au sein de la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) au ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes

¹⁶⁷ Réformer la tarification des établissements et services médico-sociaux accompagnant les personnes handicapées et faciliter leur parcours - Annick Deveau Érès | « Vie sociale » 2017/2 n° 18 | pages 57 à 65 <https://www.cairn.info/revue-vie-sociale-2017-2-page-57.htm>

L'équipe projet a coconstruit des nomenclatures des besoins et des nomenclatures des prestations qui organisent les prestations entre Prestations directes (de Soins et d'accompagnement) et Prestations indirectes (Pilotage et fonctions supports) sans préciser de quelle autorité dépendra la détermination de l'allocation de ressources. C'est probablement trop tôt car les nomenclatures n'ont qu'une valeur descriptive.

[201] Sans prétendre examiner l'ensemble des questions complexes soulevées dans ce cadre et qui doivent être traitées à moyen terme¹⁶⁸, la mission souhaite attirer l'attention sur deux points qui ressortent particulièrement des entretiens qu'elle a conduits et peuvent appeler des réponses immédiates.

2.2.3.1 Financement et patrimoine immobilier

[202] Les financements de solutions apportées aux PSH peuvent ne pas répondre aux choix des personnes qui se trouvent éloignées de leur environnement habituel et de leur famille par manque de réponses adaptées et inclusives en proximité.

[203] Outre la situation des personnes accueillies à l'étranger (Belgique), qui fait l'objet d'une politique spécifique, les interlocuteurs de la mission ont signalé d'autres situations d'éloignement non choisi, dans des sites peu adaptés au développement de solutions alternatives et inclusives. Il s'agit d'établissements isolés, loin des voies de communications et des commerces, avec des locaux parfois étriqués (petites chambres, difficultés de transformation en studios, espaces communs peu adaptés ...)

[204] Pour ces professionnels, les contraintes patrimoniales, structurelles et environnementales sont telles qu'elles obèrent tout projet de transformation de l'offre - éloignement des familles empêchant la mise en place d'accueils modulaires, d'équipes mobiles (temps de déplacements trop importants) ou de solutions souples de répit.

[205] Quelques parents ont indiqué que leur enfant avait progressé durant le confinement car il était moins fatigué par les transports quotidiens qui sont souvent inconfortables quand ils excèdent les 30, 45, 60 minutes ... Il paraît essentiel à la mission d'aider les structures éloignées géographiquement à se rapprocher des lieux de vie des personnes accueillies et/ou de leurs aidants, en faisant évoluer leur offre.

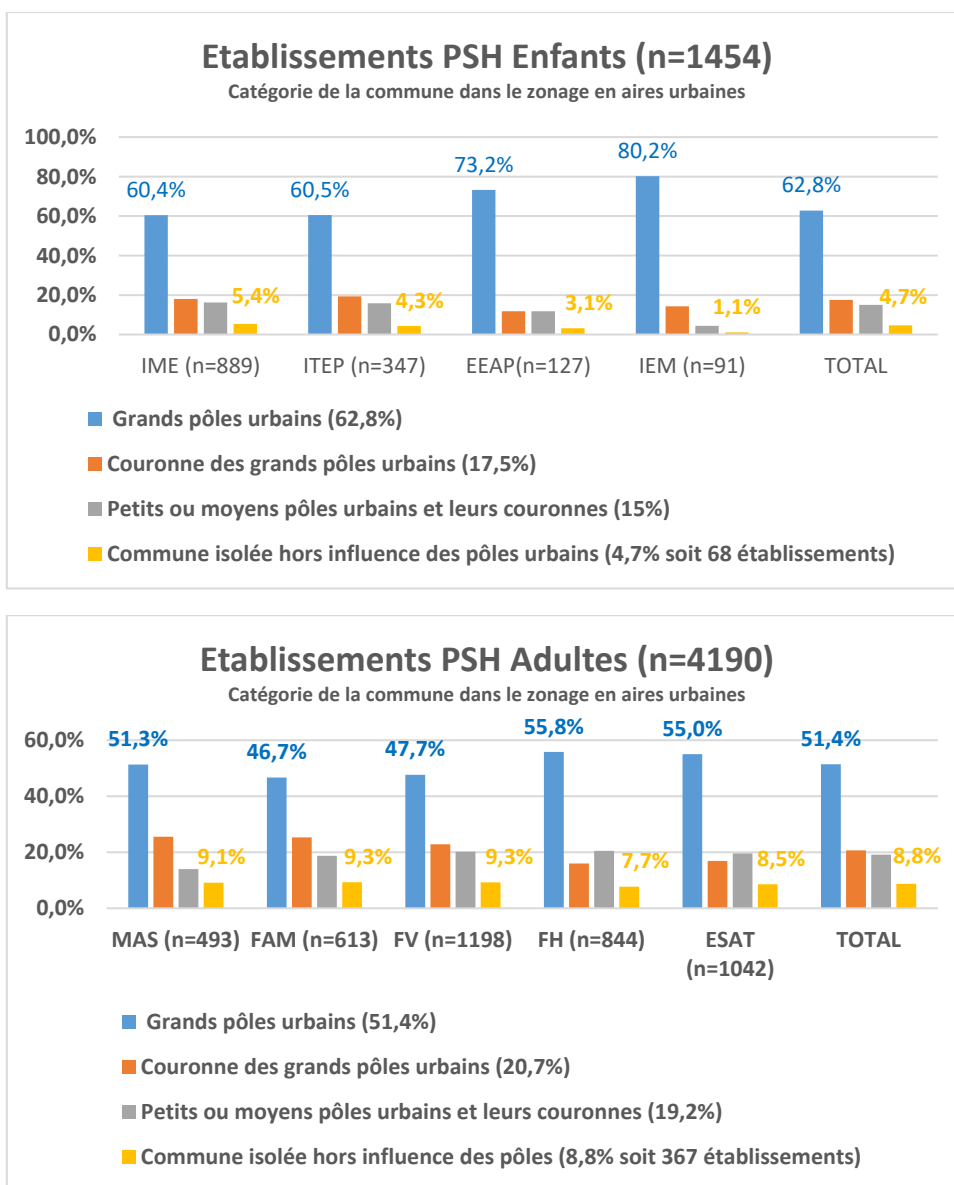
[206] Pour ces interlocuteurs, la démarche inclusive doit passer par une transformation patrimoniale qui s'avère très souvent complexe : la valeur patrimoniale affichée est souvent une valeur historique, il n'est pas certain que ce soit le prix du marché actuel, sous réserve que le site trouve acquéreur compte tenu de la situation rurale et la dimension des bâtiments. De plus les durées d'amortissement du gros œuvre sont en général très longues (40 à 55 ans).

[207] Les situations décrites, sans être les plus fréquentes, sont suffisamment préoccupantes en ce qu'elles représentent en terme d'éloignement et d'exclusion de la vie en société pour essayer d'estimer leur nombre.

¹⁶⁸ A également été signalée à la mission la nécessité de rénover les textes relatifs aux juridictions de la tarification sanitaire et sociale, notamment pour y inscrire expressément la possibilité de recourir à une expertise

[208] Une première approche a été faite à partir de la base FINESS, quand le code géographique d’implantation des ESSMS est renseigné de façon précise. Elle permet de décrire pour les principaux établissements PSH leur répartition dans le zonage en aires urbaines (INSEE). Les établissements accueillant des PSH adultes sont plus fréquemment installés dans des communes isolées hors influences des pôles urbains (même les plus petits) que les établissements pour enfants, les IME étant légèrement surreprésentés parmi les établissements pour jeunes PSH. Au total, **cette première approche permet de donner une indication de la part des établissements localisés dans des communes isolées à 5 % pour les ESSMS dédiés aux jeunes PSH et 9 % pour les autres établissements.**

Tableau 8 : Répartition des établissements en fonction du zonage en aires urbaines



Source : Mission d’après les données du répertoire Finess – extraction au 25/11/2020

[209] Ceci n’est qu’un élément indicatif qui mérite d’être analysé, avec l’appui de la CNSA, dans le cadre des diagnostics territoriaux et des situations particulières des établissements et des personnes accueillies concernés. Certains groupements d’établissements sont plus concernés que d’autres par

ces difficultés d'éloignement. L'un des interlocuteurs de la mission pense qu'il s'agit, pour ses établissements, du frein le plus puissant à leur inscription dans une dynamique inclusive

[210] Une baisse d'attractivité a pu être signalée avec le risque d'admettre plus souvent que dans les établissements inscrits dans leur cité, des situations « sans solutions » qui cumulent alors la difficulté de vivre une situation complexe et celle de subir un éloignement non choisi.

[211] Cette transformation patrimoniale peut être un objectif à 5 ans, porté par un CPOM, pour financer le besoin de fond de roulement d'investissement. Par ailleurs, cela éviterait que ces établissements présentent des coûts de transports qui ne peuvent que s'accroître dans le cadre d'une démarche d'ouverture de l'établissement et d'inclusion.

Recommandation n°15 Mettre en œuvre, avec l'appui de la CNSA, une politique incitative de transformation patrimoniale pour les établissements particulièrement isolés, avec des subventions d'investissement

2.2.3.2 La tarification des jours d'absence

[212] Toujours en lien avec la liberté de choix de vie et plus précisément avec la liberté d'aller et venir dans les établissements qui peut empêcher le développement de solutions souples et adaptées, de nombreux interlocuteurs ont signalé la difficulté liée à la facturation des jours d'absences dans les établissements. Les personnes se sentent empêchées de sortir des établissements au-delà d'un certain nombre cumulé d'absences annuelles car l'aide sociale à l'hébergement couvre un nombre limité de jours d'absence et, au-delà, le séjour est directement facturé à la personne handicapée.

[213] Il s'agit ici du financement du tarif hébergement dans les établissements accueillant ou accompagnant des PSH adultes de compétence départementale exclusive ou de compétence partagée avec l'ARS (dans ce cas, l'établissement étant médicalisé, un forfait soin est pris en charge par l'assurance maladie) - les établissements pour jeunes PSH et les MAS étant entièrement financés par l'assurance maladie.

[214] Le financement du conseil départemental intervient dans le cadre d'une demande d'aide sociale déposée par la personne accueillie en raison de ressources insuffisantes ; le département intervient en subsidiarité et la personne handicapée conserve chaque mois à sa disposition une somme minimale correspondant à 10 % de ses ressources et qui ne peut être inférieure à 30 % du montant de l'Allocation pour Adulte Handicapé.

[215] Durant la crise, quelques départements ont suspendu l'aide sociale à l'hébergement une fois atteint le nombre de jours d'absence autorisé dans leur règlement départemental d'aide social, parfois durant le deuxième confinement, alors que la seconde ordonnance disposait expressément en sens inverse.

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

[217] L'article R. 314-204 précise que « *les établissements relevant du 6° et du 7° du I de l'article L. 312-1 et dans les établissements de santé autorisés à dispenser des soins de longue durée, le tarif journalier afférent à l'hébergement est, en cas d'absence de plus de soixante-douze heures, minoré des charges variables relatives à la restauration et à l'hôtellerie pour un montant fixé dans le règlement départemental d'aide sociale. Pour les absences de plus de soixante-douze heures pour cause d'hospitalisation, cette minoration doit tenir compte du montant du forfait hospitalier* ».

[218] Enfin, l'article R. 344-30 ajoute que « *Le président du conseil général ou .../...peut prévoir une exonération de la contribution pendant les périodes de vacances et, à cette fin, fragmenter la contribution en semaines, une semaine représentant trois treizièmes de la contribution mensuelle* ».

[219] Le défenseur des droits saisi d'un problème équivalent¹⁶⁹ a rendu un avis suite à la saisine du père d'un jeune homme accueilli en foyer de vie pour lequel les absences pour raisons médicales ont été comptabilisées comme absences pour « convenance personnelle », le conseil départemental n'assimilant pas les soins médicaux à des jours d'hospitalisation (qui ne sont pas comptabilisés comme une convenance personnelle).

[220] Dans cet avis, le défenseur des droits remarque que le département considère les absences pour convenance personnelle comme un droit à « congés » et il correspond dans le département concerné à 5 semaines (35 jours). La lecture d'autres RDAS a permis de constater que ce chiffre est variable selon les départements.

[221] Cette question rejoint celle de la gestion des absences pour période d'essai dans un autre établissement (certains RDAS traitant cette question sous l'angle de la double facturation). Elle rejoint également la question de la sécurisation des départs vers des solutions plus inclusives - au regard du risque de ne plus pouvoir revenir dans l'établissement (certains interlocuteurs demandant l'instauration d'un « droit au retour » ou « droit à l'essai »).

[222] La mission considère que les périodes d'alternance entre le milieu ordinaire et l'établissement doivent pouvoir s'intensifier sans contrainte financière, les séjours en établissement devenant alors des séjours séquentiels plus souples, si les moyens sont donnés d'organiser leur fonctionnement afin que les places d'hébergement soient par ailleurs mobilisables pour des accueils temporaires, comme déjà suggéré supra.

[223] La mission recommande donc de renverser le principe posé par l'article L. 314-10 précité, en y inscrivant un droit à absence en dispense de frais d'hébergement, dès lors que l'absence est programmée, notamment dans le cadre d'un accueil séquentiel, ou le cas échéant en situation d'urgence, notamment en cas d'hospitalisation.

[224] Enfin, il paraît important de considérer que la personne est un résident à part entière. Même si elle reçoit une aide du conseil départemental (directement versée à l'établissement) pour payer la facture, elle est en droit d'être informée et son avis doit être recherché dans les situations particulières.

Recommandation n°16 En combinaison avec le développement de l'accueil temporaire, inscrire dans la loi un droit d'absence en dispense de frais d'hébergement, dès lors que l'absence est programmée ou intervient en situation d'urgence

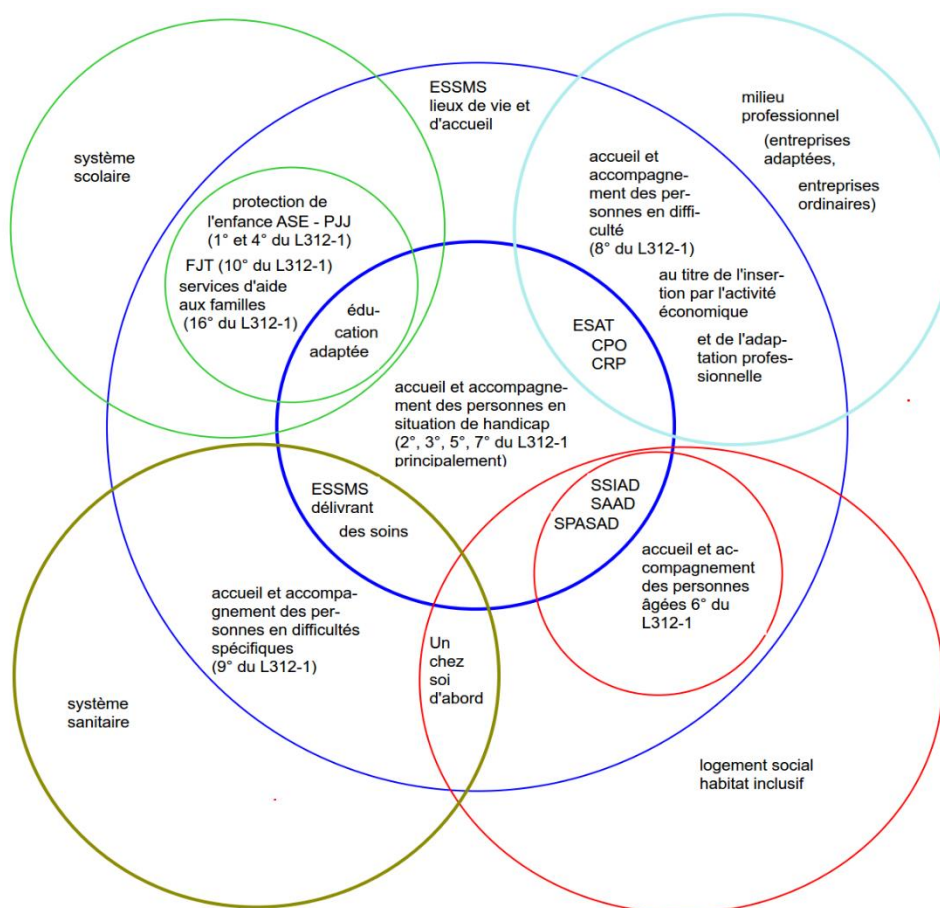
¹⁶⁹ Décision du Défenseur des droits n°2020-104

3 La transformation des ESSMS nécessite une appréhension globale et territorialisée du handicap

3.1 Des interactions avec de nombreux champs qui impliquent une approche pluripartenariale

[225] Au-delà des transformations qui peuvent être conduites au sein des ESSMS dédiés aux PSH, la question se pose des évolutions possibles vers d'autres formes de structures, dans la sphère plus large des ESSMS, voire au-delà. Le champ du handicap, tel qu'examiné dans les deux premières parties de ce rapport, se trouve en effet à la frontière de bien d'autres, avec lesquels il doit s'articuler pour assurer un accompagnement adéquat des personnes. Le schéma ci-dessous en offre une illustration partielle. Il ne s'agit bien sûr que d'une des nombreuses visions possibles, centrée sur l'offre existante et non sur la personne elle-même.

Graphique 3 : Interactions entre les ESSMS dédiés au handicap et d'autres champs¹⁷⁰



Source : Mission

¹⁷⁰ Ce schéma ne prétend pas rendre compte de toutes les interactions possibles entre les différents secteurs mais seulement de quelques-unes d'entre elles, qui découlent de la définition des ESSMS dédiés aux personnes en situation de handicap (au sens du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles déjà cité) ; ainsi, ne figurent pas sur le schéma les mandataires judiciaires à la protection des majeurs qui assurent notamment la tutelle ou la curatelle des

[226] L'objet de la mission n'était pas de dresser un tableau exhaustif des évolutions possibles, dont la confection aurait d'ailleurs excédé le temps dont elle disposait¹⁷¹. Elle renvoie notamment aux propositions présentées dans ce domaine par les rapports déjà cités concernant les ESAT¹⁷² et les CAMSP – CMPP¹⁷³. Mais il lui a paru utile d'évoquer quelques exemples permettant d'en illustrer les enjeux et de dessiner quelques pistes de transformation transsectorielles.

3.1.1 La nécessaire articulation entre la protection de l'enfance et le champ du handicap

[227] Dans le champ social et médico-social, un secteur avec lequel les ESSMS dédiés aux jeunes PSH ont des interactions fréquentes est celui de la protection de l'enfance. Comme on l'a vu, ce point est d'ailleurs spécifiquement envisagé par les ordonnances, en ce qui concerne les ESSMS d'aide sociale à l'enfance mentionnés au 1° du I de l'article L. 312-1. **La DREES estime ainsi que 15 à 20 % des jeunes accueillis dans des établissements de l'ASE seraient en situation de handicap (13 % si l'on s'en tient aux décisions de reconnaissance administrative d'un handicap). La HAS s'est d'ailleurs saisie de la question par une note de cadrage (publiée le 13 avril dernier) sur la coordination entre services de protection de l'enfance et services de pédopsychiatrie, y inclus les CMPP.**

[228] Plusieurs interlocuteurs de la mission ont signalé l'intérêt qu'il y aurait à développer des structures « mixtes » dédiées aux jeunes relevant de la protection de l'enfance et présentant un handicap, en signalant la création à cette fin d'ESSMS expérimentaux¹⁷⁴. C'est notamment le cas de la Direction de la protection de la jeunesse (DPJJ), qui a encouragé depuis une dizaine d'années la création d'internats socio-éducatif médicalisés pour adolescents (ISEMA) destinés à accueillir des jeunes que les structures ordinaires peinent à prendre en charge en raison de la gravité de leurs difficultés psychologiques associées à des troubles du comportement. Un récent rapport de l'IGAS recommande de donner à ces structures un cadre juridique permanent¹⁷⁵, sur la base duquel est envisagé le déploiement de solutions innovantes pour l'accueil des enfants confiés à l'aide sociale à l'enfance en situation de handicap¹⁷⁶.

personnes âgées ou en situation de handicap et peuvent exercer leur activité soit dans le cadre de services autorisés au titre du 14° du I de l'article L. 312-1, soit à titre indépendant, soit en tant qu'agents désignés au sein des établissements dédiés à ces publics (sous réserve d'y disposer d'une indépendance fonctionnelle) – cf. notamment les articles L. 472-5 et 6 du CASF

¹⁷¹ Par exemple sur le sujet central de l'école inclusive ; la mission n'a pas non plus eu la possibilité matérielle de creuser beaucoup les expériences étrangères ; mais elle a eu un entretien très approfondi avec des chercheuses de l'ANCREAI sur l'exemple italien, dont il ressort que dans un pays comparable en termes de population et de niveau de vie, les choix collectifs ont permis de mettre en œuvre un modèle beaucoup plus inclusif, surtout en ce qui concerne l'accueil des enfants et des adolescents dans le système scolaire de droit commun ; le dernier rapport européen sur le développement d'une société inclusive fait ainsi état de 2 800 enfants (avec ou sans handicap) hébergés en institution en Italie en 2018 (Report on the transition from institutional care to community-based services in 27 EU member states - Jan Šiška and Julie Beadle-Brown – janvier 2020) ; le rapport ne comporte pas de chiffre comparable pour la France, mais on peut à minima mettre en regard les quelque 40 000 places d'hébergement recensées par Finess en novembre 2020 dans les seuls établissements d'éducation adaptée (soit 21 % de leur offre)

¹⁷² cf. notamment les recommandations tendant à ce que les ESAT se rapprochent du service public de l'emploi par des conventions de délégation (recommandation n°16) ou proposent des prestations d'accompagnement aux entreprises pour consolider leur politique d'accueil et de prise en charge des PSH (recommandation n°19)

¹⁷³ cf. la recommandation n°4 visant à assurer une étroite collaboration entre les CMPP et les CMP-IJ dans le cadre d'une offre unifiée de santé mentale de proximité pour les enfants et adolescents

¹⁷⁴ sans préjudice des coopérations existantes – cf. par exemple l'enquête conjointe conduite par l'AIRE et l'ANMECS (Association nationale des maisons d'enfants à caractère social) sur les coopérations entre dispositifs ITEP et MECS

¹⁷⁵ Rapport 2020-018R sur l'accueil de mineurs protégés dans des structures non autorisées ou habilitées au titre de l'aide sociale à l'enfance - novembre 2020 ; son premier objet était notamment de se pencher sur l'hébergement en hôtel des mineurs de l'ASE

¹⁷⁶ Communiqué de presse du 27 janvier 2021

[229] Ces structures relèvent potentiellement de trois champs différents : les ESSMS dédiés aux jeunes PSH (2° du I de l'article L. 312-1 du CASF) et les ESSMS intervenant pour le compte de l'aide sociale départementale à l'enfance (1° du même I), mais aussi les établissements ou services mettant en œuvre directement les mesures ordonnées par l'autorité judiciaire en application de l'ordonnance de 1945 relative à l'enfance délinquante ou des articles 375 à 375-8 du code civil (4° du I de l'article L. 312-1)¹⁷⁷.

[230] On rappellera à cet égard que l'autorité judiciaire n'est pas liée par les autorisations administratives spécifiques à la protection de l'enfance : si elle confie très généralement les jeunes en danger soit au département, dans le champ du code civil, soit à la PJJ ou aux structures privées qu'elle habilite, dans le champ de l'ordonnance de 1945, il lui est toujours loisible de désigner directement un tiers, personne morale ou physique, et notamment un ESSMS non spécifiquement dédié à la protection de l'enfance.

[231] L'article 375-3 du code civil prévoit ainsi expressément la possibilité de confier un mineur « à un service ou à un établissement sanitaire ou d'éducation, ordinaire ou spécialisé » c'est-à-dire notamment à un ESSMS dédié aux jeunes PSH. Le juge peut donc le faire sans orientation préalable de la CDAPH et sans que la capacité maximale fixée par l'arrêté d'autorisation de cet ESSMS puisse y faire obstacle. Cette faculté est parfois même utilisée à la demande de familles pour obtenir un accueil de leur enfant auquel les procédures habituelles d'orientation ne leur ont pas permis d'accéder¹⁷⁸.

[232] La mission ne peut donc qu'insister de nouveau sur l'importance de mettre en œuvre la recommandation déjà faite par l'IGAS en novembre dernier.

[233] Il ne lui apparaît d'ailleurs pas indispensable, en première intention, de créer une « case » nouvelle qui pourrait constituer à terme un silo supplémentaire dans l'organisation de l'offre. Il suffirait, au moins dans un premier temps, d'élargir par décret la possibilité déjà offerte aux IME et aux IEM par l'article D. 31216 du CASF d'assurer un hébergement en internat non seulement « dans ses propres locaux, dans des internats qu'il gère » mais aussi « dans des internats gérés par d'autres organismes ». Comme le département et la DPJJ peuvent par ailleurs habiliter de manière ponctuelle des structures qui ne relèvent pas habituellement de leur autorité – ce qu'elles font déjà avec des foyers de jeunes travailleurs¹⁷⁹ – il suffirait d'explicitier ainsi la faculté d'une gestion conjointe assortie d'une convention permettant notamment d'en sécuriser le financement à moyen terme, ce qui permettrait de fonctionner par transformation de structures préexistantes et non par création, fût-ce à titre expérimental.

Recommandation n°17 Rechercher un cadre pérenne adéquat pour les structures mixtes intervenant à la fois au titre de la protection de l'enfance et du handicap et, sans attendre, prévoir explicitement par décret la gestion de structures conjointes par simple convention avec les autorités publiques compétentes

¹⁷⁷ Pour les jeunes qui ne sont pas hébergés en établissement, il faut également prendre en compte l'intervention des services mentionnés au 16° du I de l'article L. 312-1 (qui assurent auprès de familles fragiles « des activités d'aide personnelle à domicile ou d'aide à la mobilité dans l'environnement de proximité »), autorisés par le PCD et qui peuvent être financés par les caisses d'allocations familiales

¹⁷⁸ cf. la description qu'en fait le Rapport IGAS n°2017-053 sur l'évaluation du dispositif d'accueil pour enfants et adultes handicapés géré par l'association « le Silence des Justes »

¹⁷⁹ Soumis à autorisation du préfet au titre du 10° du I de l'article L. 312-1 du CASF;

3.1.2 L'approche pluripartenariale : l'exemple du dispositif « Un chez soi d'abord »

[234] Un autre champ avec lequel les ESSMS dédiés aux PSH ont une forte interaction est celui de l'inclusion sociale, dès lors que les problématiques de handicap et les difficultés sociales sont souvent entremêlées.

[235] Une catégorie ou plutôt un groupe de catégories d'ESSMS particulièrement concerné est celui figurant au 9° du I de l'article L. 312-1 du CASF, qui désigne les établissements ou services qui assurent l'accueil et l'accompagnement de personnes confrontées à des difficultés spécifiques nécessitant des soins. Parmi eux, on trouve notamment les appartements de coordination thérapeutique dénommés « Un chez soi d'abord » qui s'adressent principalement à des personnes sans abri souffrant d'un handicap psychique.

Le programme « Un chez soi d'abord »

Le programme a d'abord été mis en œuvre à titre expérimental, à partir de 2011, dans quatre agglomérations (Lille, Marseille, Toulouse et Paris), pour prendre en charge des personnes sans abri atteintes d'une ou de pathologies mentales sévères. L'évaluation a en effet permis d'en montrer l'efficacité en termes de stabilisation dans le logement (pour plus de 80 % des personnes accompagnées, contre moins de 30 % dans les dispositifs classiques), d'amélioration de l'état de santé, particulièrement chez les personnes schizophrènes, et de coûts évités pour les systèmes de santé et d'action sociale (pour une économie nette à hauteur de 27 % des coûts bruts, notamment du fait d'hospitalisations psychiatriques évitées ou plus courtes). Le programme a été pérennisé en 2017, avec un objectif de déploiement en cinq ans sur une vingtaine de sites. 21 sont aujourd'hui autorisés, dont le dernier est ouvert depuis mars 2021, auxquels il faut ajouter deux sites expérimentaux dédiés spécifiquement aux jeunes majeurs (de 18 à 21 ans) – pour un effectif de 1 200 personnes accompagnées.

Le cadre juridique de cette pérennisation, celui des appartements de coordination thérapeutique (ACT), a été choisi en raison de sa souplesse et notamment du fait qu'il ne nécessite pas une orientation préalable par la CDAPH, même si une forte proportion des personnes accueillies obtient à un moment ou autre de son parcours une reconnaissance de son handicap (64 % selon la dernière évaluation). Mais le dispositif se distingue aussi des ACT préexistants par le fait qu'il comporte un logement accompagné, sous contrat de location ou de sous-location, et non un hébergement par nature temporaire.

L'orientation vers le dispositif, qui peut être initiée par des structures psychiatriques, d'addictologie ou de veille sociale, présuppose une situation régulière au regard du séjour et le droit au bénéfice de l'assurance maladie mais ne peut être subordonné au suivi d'un traitement ou à l'arrêt de la consommation de substances psychoactives. L'accompagnement médico-social, réévalué au moins une fois par an, peut être suspendu pendant des périodes pouvant aller jusqu'à six mois, pour tenir compte des difficultés de stabilisation inhérentes aux pathologies prises en charge (article D. 312-155-0-A-1 du CASF).

Pour garantir le caractère pluridisciplinaire de la prise en charge, l'organisme gestionnaire autorisé doit prendre la forme d'un groupement de coopération sociale ou médico-sociale (GCSMS) dédié, comportant au moins un établissement assurant des soins psychiatriques aux personnes en situation de précarité, un intermédiaire locatif et une structure d'addictologie. Il doit en outre s'assurer la coopération d'un établissement doté d'une permanence de soins somatiques, d'une structure intervenant auprès des personnes défavorisées et d'organismes représentant des usagers en santé mentale et des personnes dépourvues de logement (article D. 312-155-0-A-2 du CASF).

L'accompagnement est mis en œuvre par une équipe pluridisciplinaire comprenant, pour au moins 55 personnes accompagnées, un médecin psychiatre, un médecin généraliste, un cadre coordinateur d'équipe, un infirmier, un intervenant compétent en addictologie; un médiateur de santé-pair, un travailleur social et une personne chargée de l'intermédiation locative (article D. 312-155-0-A-3 du CASF).

[236] Ce programme, par sa conception comme par ses résultats, apparaît exemplaire à la mission d'une réponse qui s'adapte aux besoins de la personne en combinant des interventions relevant de plusieurs champs. Quatre points doivent être relevés à cet égard :

- Un accueil inconditionnel, sans reconnaissance administrative préalable inadaptée en l'espèce, ce qui n'empêche pas qu'elle intervienne de manière fréquente, mais *a posteriori* ;
- L'implication directe de structures de santé mentale et d'addictologie¹⁸⁰, qui garantit la qualité de la coordination des soins ;
- La compétence en intermédiation locative, qui permet de mobiliser tous les mécanismes permettant l'accès à un logement autonome ;
- La présence au sein d'une équipe pluridisciplinaire d'un médiateur de santé-pair, qui permet notamment de prendre en compte aux mieux la parole et les souhaits de la personne.

[237] La mission considère que ces principes peuvent être déclinés, en les adaptant aux différents types de handicap, dans l'ensemble du champ dédié aux PSH, en tout cas pour les adultes pour qui la question de la vie autonome se pose systématiquement.

[238] Il ne s'agit en revanche pas de reproduire à l'identique un modèle organisationnel. En particulier, la contrainte institutionnelle forte de gestion par un GCSMS n'est sans doute pas indispensable – et elle n'a été prévue en l'espèce que pour éviter, au moins dans un premier temps, que le tout nouveau dispositif soit attiré par l'un ou l'autres des partenaires, au risque de perdre de vue l'approche pluridisciplinaire initiale. Le rapport Piveteau-Wolfrom sur l'habitat inclusif offre d'ailleurs des exemples d'expériences permettant d'arriver par d'autres voies à une inclusion dans la cité¹⁸¹.

[239] L'essentiel, dans une logique de transformation de l'offre, est au contraire de s'appuyer sur l'existant : les mêmes principes peuvent ainsi être mis en œuvre par un SAMSAH renforcé, dont l'organisme gestionnaire serait également agréé au titre de l'intermédiation locative, et qui aurait conclu une convention avec un établissement psychiatrique. Il ne s'agit pas nécessairement de créer de nouvelles catégories de structures mais simplement de prévoir une liste de conditions minimales, tenant à la fois aux personnels mobilisés et/ou aux partenariats à construire avec d'autres acteurs.

[240] On notera qu'il existe de telles obligations de conventionnement pour certaines catégories d'ESSMS mais de manière très incomplète¹⁸². **Il faudrait en outre prévoir, de manière symétrique, l'obligation de conventionner pour les acteurs concernés extérieurs au champ du handicap, y compris hors du CASF¹⁸³. Cette question devrait être traitée de préférence dans le cadre de la révision systémique des conditions minimales d'organisation et de fonctionnement évoquée**

¹⁸⁰ les structures d'addictologie relèvent également du 9° du I de l'article L. 312-1

¹⁸¹ Rapport « Demain, Je pourrai choisir d'habiter avec vous ! » - juin 2020 – voir par exemple page 71 l'habitat partagé « l'intervalle » à Lille, porté par le Gapas, dans le cadre d'une convention avec un SAAD relevant de l'AMFD

¹⁸² Voir l'annexe 8 sur les règles minimales applicables aux ESSMS d'éducation adaptée (une convention doit être conclue avec le secteur psychiatrique pour les ITEP (implicitement), un établissement de santé possédant un service de réanimation pour les IME et EEAP et l'éducation nationale pour les IDV – et de manière générale en cas de gestion d'un accueil familial) ; pour les MAS, l'article D. 344-5-6 prévoit une convention avec un établissement de santé pour la gestion des urgences

¹⁸³ Sur le modèle de l'article R. 6111-26 du code de la santé publique qui dispose que tout hôpital de proximité développe un partenariat « *s'il n'exerce pas de telles activités en son sein, avec un établissement gérant une activité d'hébergement pour personnes âgées dépendantes au sens du 6° de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles* »

au 2.1.3, mais pourrait être prévue en première intention lorsqu'elle apparaît évidente, comme dans le cas de l'intermédiation locative.

Recommandation n°18 Inscrire dans les conditions minimales d'organisation et de fonctionnement des ESSMS dédiés aux PSH, sans créer de nouvelle catégorie, les obligations spécifiques adaptées aux différents publics accompagnés, en termes de conventions avec des acteurs tiers, comme ceux de l'intermédiation locative, et inscrire une obligation symétrique dans les textes qui régissent ces tiers

3.1.3 Assurer le continuum entre établissement et domicile : l'exemple des logements foyers

[241] Il est d'ailleurs possible, sans attendre le déploiement de telles conventions, d'améliorer l'offre existante dans un sens plus inclusif, en incitant les ESSMS qui assurent aujourd'hui un hébergement de PSH adultes à déployer des formules intermédiaires, donnant plus d'autonomie aux personnes.

[242] Un bon exemple réside dans l'absence de mobilisation, dans les établissements relevant du 7° du I de l'article L. 312-1, des formules de logements-foyers prévues par les articles L. 633-1 et suivants du code de la construction et de l'habitation (CCH). Un logement-foyer, au sens de ces dispositions, est « *un établissement destiné au logement collectif à titre de résidence principale de personnes dans des immeubles comportant à la fois des locaux privatifs meublés ou non et des locaux communs affectés à la vie collective. / Il accueille notamment des personnes âgées, des personnes handicapées, des jeunes travailleurs, des étudiants, des travailleurs migrants ou des personnes défavorisées.* »

[243] La spécificité des logements-foyers tient au fait que les personnes accueillies y disposent de locaux privatifs (meublés ou non), avec un contrat d'occupation reconductible tant que la personne répond aux caractéristiques du public cible, et qui présente autant de garanties de stabilité qu'un bail de droit commun.

[244] Ni la notion générique d'hébergement, prévalente dans le CASF, ni a fortiori la rédaction actuelle de l'article L. 312-1 du CASF (qui parle de manière générale « d'accueil » pour les PSH) ne sont exclusives de la disposition de tels locaux privatifs. Réciproquement, les services collectifs offerts par les logements-foyers peuvent entrer, par leur nature même, dans le champ du CASF¹⁸⁴.

[245] L'intersection entre logements-foyers et établissements sociaux et médico-sociaux est d'ailleurs expressément reconnue par ce code, notamment au III de l'article L. 313-12, s'agissant de structures accueillant des personnes âgées (ce sont les résidences autonomie). Elle l'est implicitement, pour les foyers de jeunes travailleurs, par renvoi au CCH. Mais rien n'interdit de la mettre en œuvre dans le champ du handicap. L'article L. 281-1 du CASF, qui a créé le forfait pour l'habitat inclusif des PSH et les personnes âgées, l'admet d'ailleurs a contrario puisqu'il concerne notamment « *des logements-foyers accueillant des personnes handicapées ou des personnes âgées... qui ne relèvent pas des 6°, 7° et 12° du I de l'article L. 312-1 du présent code* »¹⁸⁵.

¹⁸⁴ cf. l'article R. 633-1 du CCH : « *Les locaux communs affectés à la vie collective mentionnés à l'article L. 633-1 sont des locaux accessibles, dans les conditions définies par le règlement intérieur, et le cas échéant par le contrat, à toute personne logée dans l'établissement, et affectés à des activités telles que les services socio-éducatifs, les services de soins, la restauration, les activités d'animation, de formation ou de loisirs.* »

¹⁸⁵ Le rapport Piveteau-Wolfrom relève d'ailleurs a contrario (encadré page 50) qu'il n'est pas évident de définir un logement foyer dédié aux PSH qui ne soit pas un ESSMS, compte tenu de la définition très large du CASF ; la jurisprudence requalifie effectivement parfois en établissement social ou médico-social une structure non autorisée, au regard du degré d'autonomie des logements privatifs et de l'état de dépendance des personnes qui y habitent, même si elles sont titulaires

[246] La possibilité de recoupement entre le champ du CASF et celui de l'article L. 633 1 du CCH vaut également pour les trois sous-ensembles emboîtés que ce dernier article distingue, au sein des logements-foyers, au regard de leurs publics cibles. Si de manière générale le premier sous-ensemble - les « résidences sociales » - est destiné à accueillir de manière transitoire les personnes ou familles éprouvant des difficultés particulières « pour accéder à un logement décent et indépendant ou s'y maintenir », le même article distingue en leur sein des structures tout à fait adaptées à des PSH :

- La « pension de famille », qui est un « établissement destiné à l'accueil sans condition de durée des personnes dont la situation sociale et psychologique rend difficile leur accès à un logement ordinaire », définition qui peut aisément s'appliquer à de nombreuses PSH¹⁸⁶ ;
- La « résidence accueil », qui est « une pension de famille dédiée spécifiquement aux personnes ayant un handicap psychique »¹⁸⁷.

[247] Rien n'interdit donc aujourd'hui à un EAM, un FAM, un EANM ou un foyer de vie et/ou d'hébergement pour PSH de bénéficier du statut de logement foyer et de conclure à ce titre une convention ouvrant droit à l'APL pour ses résidents¹⁸⁸. La même possibilité est offerte pour un statut de pension de famille ou de résidence accueil, à condition de détenir en outre un agrément au titre de la gestion locative sociale.

[248] Quelques interlocuteurs ont signalé à la mission l'existence de foyers de vie ayant adopté le statut de logement foyer. Cette évolution peut nécessiter des investissements, pour donner aux logements considérés l'autonomie nécessaire, mais ces investissements doivent être étudiés comme une alternative crédible au coût d'entretien de structures collectives moins respectueuses de la vie des personnes. Il faut ajouter qu'un logement foyer peut aussi être structuré en « foyer soleil » c'est-à-dire comme un ensemble de logements diffus autour d'un équipement collectif commun, ce qui laisse encore plus de souplesse.

Recommandation n°19 Encourager à titre intermédiaire l'adoption par les établissements hébergeant des PSH adultes du statut de logement foyer, pension de famille ou résidence accueil

3.2 Les pistes d'adaptation du droit des ESSMS à la responsabilité populationnelle

[249] L'objectif d'une « responsabilité populationnelle des ESSMS au niveau de leur territoire », évoqué dans la lettre de mission n'a pas à ce stade de définition formelle, mais il fait écho aux dispositions du I A de l'article L. 1434-10 du code de la santé publique, issu de la loi de 2019, qui dispose que

d'un contrat de bail, dans la ligne d'un arrêt publié du Conseil d'Etat du 29 décembre 1995, Département du Nord c/ Debaille, n°146270 (« un immeuble comportant des logements consistant en de simples chambres avec cabinet de toilette tandis que les installations sanitaires, la cuisine et la salle à manger relèvent des parties communes, et dont les locataires, âgés et pour la moitié d'entre eux invalides, ne peuvent en raison de leur état et de la configuration des locaux vivre de façon indépendante, doit être regardé comme un établissement qui assure l'hébergement des personnes âgées au sens de l'article 3 de la loi du 30 juin 1975 ») ; il reste que cette jurisprudence ne concerne que des cas flagrants et laisse une grande marge d'appréciation aux autorités publiques lorsqu'elles décident ou non de la qualification d'un ESSMS

¹⁸⁶ Elle était appelée originellement « maison relais » par la circulaire DGAS/SDA n° 2002-595 du 10 décembre 2002 qui précise qu'elles sont destinées à « l'accueil de personnes à faible niveau de ressources, dans une situation d'isolement ou d'exclusion lourde, et dont la situation sociale et psychologique, voire psychiatrique, rend impossible à échéance prévisible leur accès à un logement ordinaire »

¹⁸⁷ cf. la note d'information DGAS/PIA/PHAN n°2006 523 du 16 novembre 2006, dans le cadre du plan de santé mentale 2005-2008.

¹⁸⁸ cf. l'article R. 351 55 du CCH, pris pour l'application du 5° de l'article L. 351-2 qui mentionne notamment les logements-foyers spécialisés hébergeant à titre principal des personnes handicapées

« *L'ensemble des acteurs de santé d'un territoire est responsable de l'amélioration de la santé de la population de ce territoire ainsi que de la prise en charge optimale des patients de ce territoire* »¹⁸⁹.

[250] Comme l'a relevé le Sénat, qui l'a supprimée avant de l'accepter après son rétablissement en commission mixte paritaire, cette disposition n'a pas en elle-même de portée normative, en l'absence de sanction ou de mesure d'application.

[251] Mais la logique de responsabilité territoriale qu'elle pose en principe trouve sa traduction plus concrète dans d'autres dispositions du même code¹⁹⁰ :

- Les articles L. 6111-3-1 et R. 6111-24, qui définissent les hôpitaux de proximité, chargés d'assurer le premier niveau de la gradation des soins hospitaliers et diverses missions plus précises¹⁹¹ sur des territoires présentant des besoins démographiques particuliers ou des carences en termes d'offre de soins ; le second article cité précise que chaque hôpital de proximité dessert un territoire ;
- Les articles R. 3221-1 et suivants, qui définissent la sectorisation psychiatrique, dans le cadre de laquelle un établissement de santé est responsable « de la lutte contre les maladies mentales dans les secteurs psychiatriques qui lui sont rattachés »¹⁹² ;
- Les dispositions de la partie réglementaire du livre VI relatives à l'hospitalisation à domicile (HAD), l'article R. 6121-4-1 précisant notamment qu'« à chaque établissement d'hospitalisation à domicile correspond une aire géographique » précisée par l'acte d'autorisation.

[252] Ce dernier cas est d'autant plus intéressant pour notre analyse que les moyens mis en œuvre par un établissement de HAD doivent, en vertu de l'article D. 6124-307 du même code, « *lui permettre d'assurer ses missions sur l'intégralité de l'aire géographique mentionnée au dernier alinéa de l'article R. 6121-4-1* », une telle formule faisant écho à la notion de « réponse inconditionnelle » dont on a vu que la responsabilité populationnelle est le corollaire¹⁹³.

[253] Si l'on envisage maintenant la transposition d'un tel modèle aux ESSMS, il faut d'abord noter que certains d'entre eux fonctionnent déjà dans un cadre comparable¹⁹⁴ : sauf quand ils ne prétendent à aucun financement public direct ou indirect, les SAAD sont autorisés pour un territoire donné et non pour accompagner un nombre prédéfini de personnes, et ils ont l'obligation de répondre aux besoins de ce territoire, en vertu de l'article L. 313-8-1¹⁹⁵ ou de l'article L. 313-1-2¹⁹⁶

¹⁸⁹ La notion d'acteur de santé n'est pas définie à cet article, mais il ressort des énumérations figurant à d'autres articles qui l'emploient qu'elle a une portée très large ; elle inclut en tout cas les ESSMS (cf. l'article L. 3221-2 sur les projets territoriaux de santé mentale et l'article L. 6111-3 sur les hôpitaux de proximité)

¹⁹⁰ sans préjudice d'expérimentations plus globales associant l'ensemble des acteurs de santé, en cours sur cinq territoires (l'Aube et le Sézannais, la Cornouaille, les Deux-Sèvres, le Douaisis et la Haute-Saône) dans le cadre de l'article 51 de la loi de financement pour 2018

¹⁹¹ Notamment favoriser la prise en charge des personnes en situation de vulnérabilité et leur maintien dans leur lieu de vie, en coopération avec d'autres acteurs, dont les établissements et les services médico-sociaux et d'autres établissements

¹⁹² Sans préjudice de la liberté de choix du patient, rappelée spécifiquement à l'article L. 3221-1

¹⁹³ Il n'existe en revanche pas de disposition comparable pour le secteur psychiatrique et la définition même des hôpitaux de proximité fixe au contraire un plafond à leur activité

¹⁹⁴ Hors cadre expérimental (cf. par exemple les équipes mobiles d'appui médico-social à la scolarisation des enfants en situation de handicap)

¹⁹⁵ « *L'établissement ou le service habilité est tenu, dans la limite de sa spécialité et de sa capacité autorisée, d'accueillir toute personne qui s'adresse à lui. Pour les services d'aide et d'accompagnement à domicile relevant des 6° ou 7° du I de l'article L. 312-1, la capacité d'accueil est exprimée uniquement en zone d'intervention* ».

¹⁹⁶ « *Tout service autorisé dans les conditions prévues au premier alinéa du présent article [pour intervenir auprès des bénéficiaires de la PCH] a l'obligation d'accueillir, dans la limite de sa spécialité et de sa zone d'intervention autorisée, toute*

du CASF, selon qu'ils sont habilités au titre de l'aide sociale départementale ou seulement pour intervenir auprès des bénéficiaires de la PCH¹⁹⁷.

[254] Même en l'absence de disposition expresse, on peut trouver dans d'autres catégories des autorisations qui ne quantifient pas de capacité d'accueil ou d'accompagnement. C'est particulièrement le cas des CAMSP, dont 35 % n'ont pas de capacité renseignée dans Finess¹⁹⁸. Il en est de même pour la totalité des BAPU et 90 % des CMPP, même si leurs arrêtés, dans une proportion non déterminée, peut comporter un volume d'activité exprimé en nombres d'actes. 33 autres établissements principaux sont dans la même situation pour l'ensemble de leurs activités¹⁹⁹, essentiellement des SAVS²⁰⁰.

[255] Cette absence de quantification n'est pas nécessairement couplée avec une sectorisation géographique. Mais comme le relève le rapport IGAS déjà cité, il existe pour les CAMSP et les CMPP une sectorisation de fait, compte tenu de la répartition territoriale des lieux de consultation. Quant aux SAVS, certains conseils départementaux les ont expressément sectorisés pour assurer un maillage du territoire départemental.

[256] Il n'existe pas de disposition explicite interdisant aujourd'hui d'étendre le même type d'organisation à d'autres catégories d'ESSMS. Tout au contraire, le CASF prend acte de l'existence d'arrêtés d'autorisation non quantifiés, par exemple pour l'appréciation du seuil d'extension au-delà duquel un appel à projet est obligatoire : le IV de l'article D. 313-2 dispose ainsi que « *lorsque la capacité de l'établissement ou du service n'est pas exprimée par un nombre de places ou de lits, de personnes accueillies ou accompagnées, de prestations délivrées ou de durées d'intervention, le seuil de 30 % prévu au I du présent article correspond à une augmentation des produits de la tarification induite par le projet et déterminée au regard des dotations annuelles prévisionnelles* ». On peut également renvoyer à l'article L. 241-6 du CASF déjà cité, qui rend opposable à tout ESSMS la décision d'orientation de la CDAPH « *dans la limite de la spécialité au titre de laquelle il a été autorisé* », indépendamment donc de sa capacité.

[257] En réalité, et comme l'illustre ce texte, la notion de capacité autorisée est un raccourci, car elle est liée essentiellement, non à l'autorisation en elle-même, mais au financement public dont elle est généralement mais pas nécessairement assortie. Comme on l'a vu, les deux articles L. 313-8-1 et L. 313-1-2 précités concernent spécifiquement le droit d'intervenir auprès de bénéficiaires de l'aide sociale ou auprès de bénéficiaires de la PCH. Ils n'ont d'ailleurs pas de pendant s'agissant de l'autorisation de délivrer des soins remboursables aux assurés sociaux, qui est généralement associée aux décisions d'autorisation relevant des directeurs généraux d'ARS.

[258] Ainsi, un arrêté d'autorisation qui ne donne lieu à aucun financement public ou seulement à un financement par l'assurance maladie, n'étant soumis à aucune de ces dispositions, peut dans l'absolu ne pas comporter de capacité, qu'elle soit quantifiée ou même territorialisée. Sans doute pourrait-on prévoir au cas par cas une capacité maximale dans l'intérêt des personnes accueillies²⁰¹, notamment dans les structures assurant un hébergement collectif (ne serait-ce qu'au regard des normes de sécurité des équipements recevant du public), mais sa nécessité est beaucoup moins évidente

personne bénéficiaire des prestations mentionnées au même premier alinéa qui s'adresse à lui, dans des conditions précisées, le cas échéant, par un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens conclu dans les conditions prévues à l'article L. 313-11-1 »

¹⁹⁷ Ou de l'APA s'agissant de personnes âgées

¹⁹⁸ L'ANESCAMSP a confirmé à la mission que c'était bien le cas pour une part qu'elle estime à un tiers des centres, certains ayant une capacité exprimée en nombre d'actes

¹⁹⁹ Ce qui exclut notamment l'hypothèse également envisageable d'une capacité globale quantifiée au niveau de l'ESSMS principal ou d'une autre unité du même ESSMS

²⁰⁰ 29 SAVS, 2 foyers de vie, un CPO et un SAMSAH

²⁰¹ Sur le fondement de l'avant dernier alinéa de l'article L. 313-4

s'agissant d'établissements recourant à un hébergement diffus ou à un accueil familial, ou a fortiori de services intervenant en milieu ordinaire, sous réserve qu'ils puissent en permanence justifier qu'ils disposent des personnels nécessaires à la qualité de l'accompagnement.

[259] En tout état de cause, la quantification de l'autorisation n'est pas indispensable pour les besoins de la tarification : pour les ESSMS dédiés aux PSH, la seule disposition qui fasse en cette matière expressément référence à la capacité autorisée (et non à l'activité effectivement exercée) est l'article R. 314-147 du CASF, qui précise que « *les activités d'accompagnement médico-social en milieu ouvert, lorsqu'elles relèvent également du 7° du I de l'article L. 312-1, peuvent être directement assurées par un établissement relevant du présent article, dans la limite de 15 places et de 30 % de la capacité initiale de ce dernier* ». Mais cette disposition n'est pas applicable dès lors que l'ESSMS considéré passe à un financement en dotation globalisée²⁰² ou en EPRD dans le cadre d'un CPOM.

[260] La crainte – compréhensible – de certains financeurs est que l'absence de plafond d'activité conduise à une augmentation incontrôlée des dépenses. Mais on peut tout à fait envisager, comme c'est déjà possible pour les SAAD autorisés au titre de la PCH, d'assortir l'autorisation ainsi territorialisée d'un CPOM permettant d'en encadrer les effets financiers. Une disposition en ce sens pourrait être introduite en complément de l'article L. 313-12 du CASF, qui pose l'obligation de conclure des CPOM dans les établissements relevant de la compétence conjointe ou exclusive du DGARS.

[261] Il faut signaler que même dans un tel cadre, un principe de responsabilité populationnelle emporte une obligation de résultats non seulement pour le gestionnaire autorisé, mais aussi, en dernier ressort, pour son financeur public qui ne peut lui refuser les moyens nécessaires sans s'exposer à voir mettre en cause sa responsabilité propre. Mais on peut également rappeler que cette obligation existe déjà dans une certaine mesure, au regard de dispositions en vigueur²⁰³. Il serait en tout état de cause erroné d'attendre par principe de ce type d'autorisation une économie globale, même si elle s'accompagne de mutualisations de moyens et d'un développement de l'offre inclusive²⁰⁴.

Recommandation n°20 Inscrire dans la partie législative du CASF la possibilité de délivrer une autorisation territorialisée non quantifiée à tout ESSMS dédié aux PSH sous réserve de la conclusion d'un CPOM en encadrant les effets financiers

[262] Une question complémentaire est de savoir à quel degré de maillage territorial et de spécialisation des activités ces autorisations devraient être délivrées. Mais la mission considère qu'il est difficile d'apporter une réponse univoque à cette question²⁰⁵.

²⁰² Notamment dans le cadre d'une convention conclue en application des articles R. 314-115 à 117 du CASF

²⁰³ Voir sur ce point la première partie du rapport « Zéro sans solution » sur la responsabilité de l'Etat, page 7 et suivantes

²⁰⁴ Le rapport de la mission Piveteau Wolfram a exprimé sa conviction que l'habitat inclusif aurait un coût net unitaire négatif, tout en reconnaissant ne pas pouvoir en faire l'estimation ; les études européennes disponibles, d'ailleurs relativement anciennes, évoquées avec l'EASPD, ne font pas ressortir de tendance évidente sur ce point – voir *Deinstitutionalisation and community living – outcomes and costs: report of a European Study* - Jim Mansell, Martin Knapp, Julie Beadle-Brown and Jeni Beecham – novembre 2007 ; le postulat est même inverse en Allemagne, où la loi fédérale prévoit que : « *La priorité accordée aux prestations ambulatoires ne s'applique pas lorsqu'une prestation peut raisonnablement être dispensée dans une institution appropriée et qu'une prestation ambulatoire entraînerait des coûts supplémentaires disproportionnés.* » (Code de la sécurité sociale - Douzième livre (SGB XII) - Aide sociale § 13 Prestations des institutions, priorité des autres prestations (1) 3ème phrase – traduction de la mission)

²⁰⁵ De même qu'il ne lui a pas paru nécessaire de formuler de préconisation sur la dénomination à adopter pour désigner de telles structures territoriales, la notion générique d'ESSMS territorialisé pouvant y pourvoir en première intention. Les termes de dispositif et de plateforme peuvent venir à l'esprit, mais on a vu que le premier avait une définition précise dans le CASF (voir supra 2.1.1.3) et le second renvoie plutôt à une organisation partenariale moins intégrée (cf. l'article D. 312-

[263] Dans l'idéal, une autorisation territoriale devrait être la plus globale possible et permettre de répondre à l'ensemble des besoins d'un bassin de vie, sous réserve de spécialités rares relevant de centres de ressources n'existant qu'au niveau régional ou national. C'est l'objectif assigné aux communautés 360. Mais il semble à la mission que l'on ne peut immédiatement fixer des objectifs aussi ambitieux s'ils sont assortis d'obligations juridiques ce qui n'est d'ailleurs pas le cas du principe général de responsabilité populationnelle fixé par l'article L. 1434-10 du code de la santé publique. En outre, comme on a l'a vu au 3.1, la réponse aux besoins des PSH ne dépend pas des seuls ESSMS.

[264] Si un conseil départemental est capable de sectoriser les SAVS, pour reprendre l'exemple cité plus haut, ce premier pas ne saurait être négligé par principe et peut servir de base, dans une seconde étape, à une sectorisation plus large de l'ensemble des services intervenant auprès d'adultes dans le département – EAM et EANM intervenant hors les murs, SAMSAH, SAVS, SSIAD, SPASAD et SAAD. **Il paraît indispensable de combiner la démarche tendant à une gouvernance globale avec un mouvement ascendant de transformation de l'offre en fonction des capacités propres aux acteurs de chaque territoire**²⁰⁶.

[265] Il reste que l'autorisation est en principe délivrée, pour chaque ESSMS, à un unique organisme gestionnaire, le CASF ne prévoyant pas leur pluralité²⁰⁷. Un CPOM peut a priori être pluripartenarial²⁰⁸, mais il ne vient qu'en complément et non en substitution de l'autorisation, et n'est pas opposable aux tiers. Il convient donc de rechercher comment articuler les autorisations détenues par plusieurs partenaires dans le cadre d'une responsabilité collective, sauf bien entendu le cas de fusion des autorisations au bénéfice d'une personne morale unique, dont on a déjà dit qu'elle pouvait être redoutée de certains organismes gestionnaires.

[266] Une solution intermédiaire est déjà prévue par le code mais paraît peu utilisée, faute d'un cadre suffisamment clair. Il s'agit d'une formule intermédiaire de GCSMS que l'on peut qualifier de « délégataire », qui n'est ni le détenteur direct d'autorisations regroupées, ni un simple groupement de moyens, mais est « *autorisé, à la demande [de ses] membres, à exercer directement les missions et prestations des établissements et services énoncés à l'article L. 3121 et à assurer directement, à la demande de l'un ou plusieurs de ses membres, l'exploitation de l'autorisation après accord de l'autorité l'ayant délivrée* »²⁰⁹. Il s'agit là d'une formule tout à fait exceptionnelle de délégation de gestion de l'autorisation, puisqu'en principe celle-ci a pour seul objet de permettre la gestion d'un ESSMS.

[267] La difficulté est qu'aucune disposition ne vient préciser cette formule, son décret d'application se bornant à renvoyer aux conditions de droit commun de délivrance des autorisations²¹⁰. **Si l'on souhaite offrir une véritable solution intermédiaire entre une simple coordination et un**

161-33 du CASF qui emploie la notion de « plateforme de services » pour la mise en commun de moyens par des CPO et des CRP – cf. aussi les plateformes territoriales d'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes prévues à l'article D. 6327-3 du code de la santé publique)

²⁰⁶ Y inclus les autorités publiques qui peuvent, symétriquement, se coordonner pour répartir leurs forces selon les matières et les territoires (cf. le 2.1.2.3. *supra*)

²⁰⁷ Plusieurs articles législatifs emploient sans équivoque le singulier –notamment l'article L. 311-1 en matière de statut d'intérêt collectif et l'article L. 313-14 en matière d'injonction, d'astreinte après contrôle et d'administration provisoire

²⁰⁸ cf. l'article L. 313-12-2 qui prévoit *a contrario* que les CPOM conclus avec des ESSMS relevant du champ du handicap « *peuvent inclure d'autres catégories d'établissements ou de services mentionnés au I de l'article L. 312-1 et relevant, pour leur autorisation, du président du conseil départemental ou du directeur général de l'agence régionale de santé, lorsque ces établissements ou services sont gérés par un même organisme gestionnaire et relèvent du même ressort territorial* ».

²⁰⁹ Article L. 312-7 3° b du CASF

²¹⁰ Article R. 312-194-5 du CASF : « *L'autorisation mentionnée au b du 3° de l'article L. 312-7 pour un groupement de coopération sociale ou médico-sociale d'exercer directement, à la demande de ses membres, les missions et prestations des établissements et services énoncés à l'article L. 312-1 est délivrée dans les conditions définies au chapitre III du titre Ier du livre III du présent code* »

regroupement définitif, il conviendrait donc d'en borner les effets, notamment dans le temps, tout en leur garantissant une durée minimale permettant de donner aux autres acteurs et aux PSH une visibilité suffisante. Il serait ainsi envisageable de fixer à cinq ans renouvelables la durée de la délégation pouvant être consentie au groupement, qui, dans cette optique, ne serait pas nécessairement doté de la personnalité morale²¹¹. Les autorités publiques pourraient se mettre parallèlement d'accord, de manière modulable selon le territoire pour donner à ce groupement un interlocuteur permanent pendant cette durée²¹².

Recommandation n°21 Permettre de délivrer une autorisation territorialisée non quantifiée collectivement à plusieurs ESSMS relevant de personnes morales distinctes, sous réserve de la constitution d'un GCSMS « délégataire » pour un durée de cinq ans renouvelable, assortie d'un CPOM pluripartenarial

Nicoles BOHIC

Franck LE MORVAN

²¹¹ On peut en effet s'interroger sur la nécessité, comme le prévoit aujourd'hui le CASF, de doter un tel groupement de la personnalité morale, ce qui ne peut qu'induire des frais de structure supplémentaires, alors que rien n'interdit que le groupement fonctionne avec des personnels et des moyens matériels mis à sa disposition par les organismes membres ; on peut à cet égard penser au groupements hospitaliers de territoires (qui n'ont pas la personnalité morale) ou, dans un autre registre, aux groupements momentanés d'entreprises évoqués par un interlocuteur de la mission

²¹² cf. point 2.1.2.3 supra sur l'idée d'une délégation modulable entre autorités publiques compétentes

ANNEXE 1 : Lettre de mission



SECRETARIAT D'ÉTAT
CHARGÉ DES PERSONNES
HANDICAPÉES

Liberté
Égalité
Fraternité

Le Ministre

N/Réf. : CAB SePH/



Paris, le 18 DEC. 2020

A l'attention de Madame Nathalie DESTAIS,
Cheffe de service de l'inspection générale des affaires sociales

Objet : Mission d'analyse des modifications juridiques mises en œuvre pour organiser la continuité de la réponse aux personnes en situation de handicap pendant la crise sanitaire de 2020 et de proposition d'évolutions de nature juridique pour soutenir la transformation de l'offre dans le domaine du handicap.

La crise sanitaire liée au Covid-19 a mobilisé très fortement les acteurs du secteur du handicap, freinant de façon significative la création de places nouvelles d'établissements services médico-sociaux (ESMS). En parallèle en termes d'organisation, les ESMS ont adapté leur fonctionnement pour assurer la continuité des accompagnements, en application de l'ordonnance n°2020-306 du 25 mars 2020 relative à la prorogation des délais échus pendant la période d'urgence sanitaire et à l'adaptation des procédures pendant cette même période. La nouvelle ordonnance issue de la loi n°2020-1379 du 14 novembre 2020 prolonge la possibilité d'adapter ces conditions d'organisation. Circonscrites à la durée de la crise sanitaire, ces mesures se révèlent d'une grande efficacité si bien que leur pérennisation nécessite d'être étudiée

Par ailleurs, lors de la Conférence nationale du handicap (CNH) du 11 février 2020, le Président de la République a rappelé l'objectif de réponse inconditionnelle aux besoins des personnes en situation de handicap. A cette fin, la méthode « 360 » qui doit permettre de répondre en priorité aux besoins des personnes sans solution, aura un effet de réforme systémique en termes de simplification des démarches pour les personnes et de transformation de l'offre médico-sociale. Le principe de réponse inconditionnelle aux personnes en situation de handicap conduit à une réflexion sur la responsabilité populationnelle des ESMS au niveau de leur territoire. Il interroge le régime d'autorisation ainsi que les modalités de coopération et d'allocation de ressources.

Les acteurs sont prêts et des moyens significatifs ont été programmés ou délégués pour accompagner ces réformes. Les freins juridiques doivent être levés pour permettre à ces projets de transformation de se déployer dans toutes leurs dimensions et de s'inscrire dans la durée.

Madame Nathalie DESTAIS
Cheffe de service de l'inspection générale des affaires sociales
Tour Mirabeau
39-43 quai André-Citroën
75015 Paris

Je souhaite vous confier une mission d'analyse du dispositif juridique actuel, en particulier dans le champ de la planification et des autorisations afin d'identifier l'ensemble des leviers permettant de réduire les délais de création de places (appels à manifestation d'intérêt, unicité du financement, réduction de la durée d'autorisation d'une place programmée sans qu'elle donne lieu à une mise en place...).

En parallèle, vous vous attacherez à analyser les dérogations juridiques prises pendant la crise visant à assouplir les règles de fonctionnement afin d'inscrire dans le droit commun les dispositions pertinentes. L'enjeu des prochaines années est à la fois de développer l'offre vers plus de modularité et de garantir un haut niveau de qualité. Ainsi, vous émettrez toutes propositions de nature législative et réglementaire qui vous sembleraient adaptées pour garantir une souplesse de fonctionnement des ESMS et une réponse aux personnes handicapées, y compris celles présentant les situations les plus complexes (augmenter le nombre de personnes accueillies ; lever la limite d'âge propre aux établissements ; répondre à des situations d'urgence sans notification de la MDPH ; accompagner les personnes résidant en établissement, également à domicile...).

Nous vous remercions de bien vouloir nous communiquer le nom des personnes qui participeront à cette mission et vous saurions gré de nous remettre votre rapport pour le 30 avril 2021, avec un point d'étape fin février, dans la perspective d'une mise en œuvre dès l'année 2021.

Bien à vous


Sophie CLUZEL

ANNEXE 2 : Tableau des dérogations prévues par les ordonnances n°2020-313 et 2020-1553 en matière de fonctionnement des ESSMS

Ordonnance n°2020-313 du 25 mars 2020	Ordonnance n°2020-1553 du 9 décembre 2020 (si différent)	Champ et objet de la mesure (notamment en termes de public : enfance protégée, personnes âgées - PA, personnes handicapées - PH, personnes en difficultés sociales)	Dispositions législatives ou réglementaires ou actes individuels impactés
Article 1er	Article 7		
I.- Par dérogation aux dispositions du chapitre III du titre 1er du livre III du code de l'action sociale et des familles :			
1° Les établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ainsi que les lieux de vie et d'accueil mentionnés au III du même article peuvent, en veillant à maintenir des conditions de sécurité suffisantes dans le contexte de l'épidémie de covid-19, adapter leurs conditions d'organisation et de fonctionnement et dispenser des prestations non prévues dans leur acte d'autorisation,			
En dérogeant aux conditions minimales techniques d'organisation et de fonctionnement mentionnées au II de l'article L. 312-1 du même code,		Tous les champs , mais essentiellement pour des structures médicalisées (PA, PH, personnes en difficultés sociales nécessitant des soins); à l'inverse, pratiquement pas d'enjeu dans le champ de la protection de l'enfance ; la disposition ne concerne pas	Conditions minimales prévues par décret (au sens strict la sous-section dédiée du CASF, comportant les articles D. 312-10-0-1 à D. 312-176-4 ; au sens large tout texte pris au visa du II de l'article L. 312-1)

		les conditions supplémentaires qui peuvent être définies par l'autorisation elle-même	
En recourant à un lieu d'exercice différent		Tous les champs : permet notamment à tout établissement d'exercer en milieu ordinaire ou à l'inverse à un service de milieu ordinaire d'accueillir des personnes	Autorisation (qui peut déjà prévoir un accueil ou accompagnement complètement diversifié, voire modulaire)
Ou à une répartition différente des activités et des personnes prises en charge.		Tous les champs : permet de répartir différemment les capacités déjà autorisées entre type de prise en charge (par exemple accueil permanent / accueil temporaire) et types de publics ; en revanche ne permet pas a priori d'accueillir des publics non pris en charge habituellement	Autorisation (qui peut déjà prévoir des prestations ouvertes à toute PSH)
Ils peuvent aussi déroger aux qualifications de professionnels requis applicables, et, lorsque la structure y est soumise, aux taux d'encadrement prévus par la réglementation, en veillant à maintenir des conditions de sécurité suffisantes dans le contexte de l'épidémie de covid-19 ;		Tous les champs , mais essentiellement pour des structures médicalisées (PA, PH, personnes en difficultés sociales nécessitant des soins) ; à l'inverse, pratiquement pas d'enjeu dans le champ de la protection de l'enfance	Qualifications minimales et taux d'encadrement prévus par voie réglementaire (en général dans les conditions minimales d'organisation et de fonctionnement)
2° Les établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I de l'article L. 312-1 du même code peuvent accueillir ou accompagner des personnes même ne relevant pas de la zone d'intervention autorisée prévue à l'article L. 313-1-2 de ce code, pour une prise en charge temporaire ou permanente, dans la limite de 120 % de leur capacité autorisée, en veillant à maintenir des conditions de sécurité suffisante dans le	possibilité d'aller jusqu'à 150 % de la capacité autorisée	Tous les champs : permet de dépasser la capacité globale ou (pour les SAAD) la zone d'intervention autorisées ; doit être combinée avec la mesure précédente s'agissant de la répartition entre les capacités autorisées, sachant qu'elles ne sont pas nécessairement appréciées avec la même unité	Autorisation

contexte de l'épidémie de covid-19 ;			
3° Les établissements mentionnés au 7° du I du même article L. 312-1 du même code peuvent accueillir des adolescents de 16 ans et plus, en veillant à maintenir des conditions de sécurité suffisante dans le contexte de l'épidémie de covid-19 ;		Champ PH (établissements hors éducation adaptée, CAMSP, aide par le travail et réadaptation professionnelle)r	Autorisation (si elle comporte - ou renvoie implicitement à - un âge plancher)
4° Les établissements mentionnés aux 2° et 7° du I du même article L. 312-1 du même code peuvent accueillir des personnes prises en charge par les établissements mentionnés au 1° du I du même article L. 312-1 lorsque ceux-ci ne sont plus en mesure de les accueillir dans des conditions de sécurité suffisante dans le contexte de l'épidémie de covid-19 ;		Champs PH (hors CAMSP, aide par le travail et réadaptation professionnelle) : il s'agit de permettre l'accueil de jeunes handicapés relevant de l'aide sociale à l'enfance et qui ne nécessitent pas un accueil permanent dans un établissement d'éducation adaptée	
5° Les établissements mentionnés aux 2°, 5° et 7° du I du même article L. 312-1 du même code qui ne sont plus en mesure d'accueillir dans des conditions de sécurité suffisantes dans le contexte de l'épidémie de covid-19 les personnes handicapées peuvent adapter leurs prestations afin de les accompagner à domicile, en recourant à leurs personnels ou à des professionnels libéraux ou à des services mentionnés aux 2°, 3°, 6° et 7° du I du même article L. 312-1 du même code qu'ils rémunèrent à cet effet.		Champ PH (établissements, hors CAMSP) : combinaison de l'adaptation des prestations et de leur localisation (lignes 2 et 3 supra) et des conditions minimales de fonctionnement et de qualification des personnels (lignes 1 et 4 supra) Champ PA (services) en ce qu'il permet aux établissements pour PH de recourir à eux pour prendre en charge les personnes qu'ils accueillent habituellement	Conditions minimales de fonctionnement et autorisation (voir supra quatre premières lignes correspondant au 1° de l'article 1er de l'ordonnance)

<p>II.- Les admissions dans les établissements et services mentionnés au I et au III de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles prises en application du I du présent article peuvent être prononcées en l'absence d'une décision préalable d'orientation par la commission mentionnée à l'article L. 241-5 du même code.</p>		<p>Champ PH : possibilité d'accueil ou d'accompagnement sans décision préalable de la CDAPH</p>	<p>Dispositions réglementaires qui imposent une décision préalable de la CDAPH (structures d'accueil temporaire – D. 312-10, établissements et services d'éducation adaptée – D. 312-35 et D. 312-59-14 du CASF, SAMSAH et SAVS – D. 312-170, maisons d'accueil spécialisées – R. 3441, aide par le travail – R. 344-6)</p>
<p>Il peut être dérogé à la limitation à quatre-vingt-dix jours de la durée annuelle de l'accueil temporaire dans une structure médico-sociale pour personnes handicapées, fixée en application de l'article L. 314-8 du même code.</p>		<p>Champ PH hors CAMSP et aide par le travail et rééducation professionnelle (compte tenu du champ défini à l'article D. 312-8)</p>	<p>Disposition réglementaire prévoyant le plafond de durée annuelle de l'accueil temporaire (art. D. 312-10 du CASF)</p>
<p>III.- Les adaptations dérogatoires prévues au I sont décidées par le directeur de l'établissement ou du service après consultation du président du conseil de la vie sociale et, lorsque la structure en est dotée, du comité social et économique.</p> <p>Le directeur informe sans délai la ou les autorités de contrôle et de tarification compétentes et, le cas échéant, la commission mentionnée à l'article L. 241-5 du code de l'action sociale et des familles des décisions d'adaptation dérogatoire qu'il a prises. Si</p>		<p>Les champs concernés par chacune des lignes 1 à 10 supra : décision générale du directeur se substituant temporairement à certains éléments de l'autorisation (ou à ses effets en termes de conditions minimales de fonctionnement et de qualification des personnels), sous le contrôle de l'autorité d'autorisation</p>	<p>Autorisation et disposition réglementaire prévoyant sa publication (article R. 313-7 du CASF)</p>

<p>la sécurité des personnes n'est plus garantie ou si les adaptations proposées ne répondent pas aux besoins identifiés sur le territoire, l'autorité compétente peut à tout moment s'opposer à leur mise en œuvre ou les adapter.</p>			
<p>IV.- En cas de sous-activité ou de fermeture temporaire résultant de l'épidémie de covid-19, le niveau de financement des établissements et services mentionnés au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ainsi que des lieux de vie et d'accueil mentionnés au III du même article n'est pas modifié. Pour la partie de financement des établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I du même article L. 312-1 qui ne relève pas de dotation ou de forfait global, la facturation est établie à terme mensuel échu sur la base de l'activité qui aurait prévalu en l'absence de sous-activité ou de fermeture temporaire résultant de l'épidémie de covid-19.</p>	<p><i>(alinéa complété par la phrase suivante)</i> Les résidents absents des établissements pour des motifs liés à une fermeture temporaire ou à une réduction de l'activité dues à l'épidémie ne sont pas redevables d'une contribution financière.</p>	<p>Tous les champs : maintien du financement sur la base d'une activité normale</p>	<p>Disposition législative</p>
<p>La partie de l'allocation mentionnée à l'article L. 232-3 du code de l'action sociale et des familles et de la prestation mentionnée à l'article L. 245-6 du même code affectées à la rémunération d'un service d'aide et</p>		<p>Champs PA et PH : versement direct de l'APA et de la PCH à domicile en cas d'indisponibilité des services intervenant en tiers payant</p>	

<p>d'accompagnement à domicile est versée par le département aux bénéficiaires ou aux services d'aide et d'accompagnement à domicile sur la base des plans d'aide établis antérieurement à l'état d'urgence sanitaire déclaré par l'article 4 de la loi du 23 mars 2020 susvisée, selon des modalités et conditions définies par décret.</p>			
<p>Les délais prévus dans les procédures administratives, budgétaires ou comptables relevant des droits et obligations des établissements sociaux et médico-sociaux fixés aux chapitres III, IV et V du titre Ier du livre III du même code, expirant à compter du 12 mars 2020 et jusqu'au 23 mai 2020 inclus, sont prorogés d'un délai supplémentaire de quatre mois.</p> <p>...</p> <p>Par dérogation au troisième alinéa du présent IV, le délai mentionné au premier alinéa du II de l'article L. 314-7 du code de l'action sociale et des familles est porté à six mois, sans que cela puisse porter le terme de ce délai au-delà du 31 décembre 2020, lorsque la date de notification des dotations mentionnées, selon le cas, aux articles L. 314-3 à L. 314-5 du même code, intervient entre le 12</p>	<p><i>non repris car demeurent applicables</i></p>	<p>Tous les champs : prorogation des délais de procédure opposables aux ESMS</p>	<p>Dispositions réglementaires</p>

<p>mars 2020 et le 10 juillet 2020 inclus et le délai de validation mentionné au 1° du I de l'article L. 314-2 du même code court au plus tard jusqu'au 31 octobre 2020 inclus, pour une prise en compte dans le forfait global relatif aux soins au titre de l'exercice budgétaire de l'année 2021.</p>			
<p>Par dérogation aux dispositions des articles L. 313-12 IV ter, L. 313-12-2 et L. 314-2 du même code, il n'est pas procédé en 2021 à la modulation des financements en fonction de l'activité constatée en 2020.</p>	<p><i>non repris car demeurant applicable</i></p>	<p>Champs PA et PH : inapplicabilité de la modulation des financements en fonction de l'activité de l'année précédente dans le cadre des CPOM</p>	<p>Dispositions législatives</p>
<p>V.- Par dérogation à l'article L. 243-4 du code de l'action sociale et des familles, en cas de réduction ou de fermeture d'activité résultant de l'épidémie de covid-19, l'écart de financement entre le niveau en résultant et le niveau antérieur de la rémunération garantie des travailleurs handicapés est compensé par les aides au poste versées par l'Etat.</p>	<p><i>non repris</i></p>	<p>Champ PH : financement par l'Etat du maintien de la rémunération garantie des travailleurs handicapés</p>	<p>Disposition législative</p>

ANNEXE 3 : Résultats de l'enquête auprès des établissements et services

1 Présentation générale

Une enquête a été réalisée du 15 au 28 avril 2021 en direction des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Le lien web a été transmis par l'intermédiaire des fédérations d'établissement, fondations, représentants des professionnels du secteur, établissements et services rencontrés par la mission. Il y a 745 questionnaires exploitables :

451 établissements et services dédiés aux adultes en situation de handicap, soit 60 % des répondants

294 établissements et services dédiés aux jeunes en situations de handicap soit 40 % des répondants

Cette répartition est proche de la répartition nationale entre l'ensemble des ESSMS adultes et enfants à savoir 38 % et 62 %

Question introductive « Avez-vous eu connaissance de l'ordonnance n° 2020-313 du 25 mars 2020 relative aux adaptations des règles d'organisation et de fonctionnement des établissements sociaux et médico-sociaux ? » :

Absence de réponse : 292 (39 %)

Oui : 418 (56 %)

Non ; 37 (5 %)

2 Les établissements et services accueillant/accompagnant des jeunes PSH

Les 294 ESSMS jeunes PSH se répartissent ainsi :

- 120 établissements
- 90 structures type CAMSP et CMPP
- 84 SESSAD

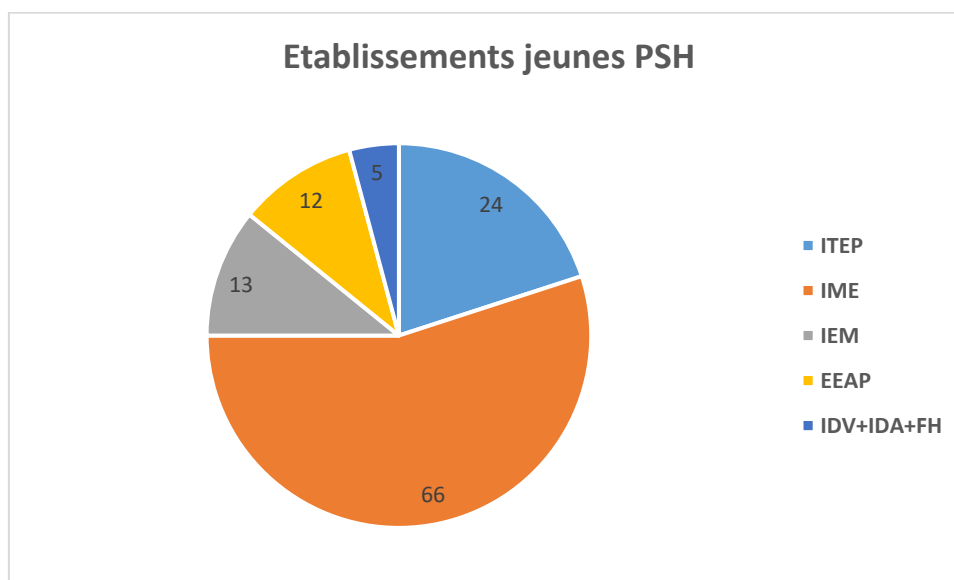
2.1 Analyse des réponses des 120 établissements accueillant des jeunes PSH

La répartition des établissements répondant est proche de la répartition nationale, telle qu'elle ressort du répertoire Finess (données au 25/11/2020).

Tableau 1 : Répartition des ESSMS dédiés aux jeunes PSH

Répartition des ESSMS "enfants" répondants à l'enquête			Répartition nationale des ESSMS dédiés à l'enfance handicapée		
ITEP	24	20%	I.T.E.P.	481	22%
IME	66	55%	I.M.E.	1 315	59%
IEM	13	11%	I.E.M.	145	6%
EEAP	12	10%	Etab.Enf.adc	193	9%
IDV+IDA+FH	5	4%	IDV+IDA	102	5%
TOTAL	120	100%	TOTAL	2 236	100%

Graphique 1 : Répartition des ESSMS répondants



Votre établissement ou service a-t-il exercé son activité dans des lieux différents de l'habitude (par exemple au domicile des personnes en situation de handicap alors qu'il assure normalement un hébergement) ?

- Tous les établissements jeunes PSH ont répondu à cette question :
 - **OUI pour 91 d'entre eux (76 %)**
 - NON pour 29 d'entre eux (24 %)
- 87 des établissements ayant exercé leur activité sur des lieux différents de l'habitudes (4 réponses manquantes) ont précisé sur quel période :

Tableau 2 : Activités exercées dans un lieu différent de l'habitude

Exercice de l'activité sur un lieu différent?	Durant le 1er confinement	1er confinement/entre deux confinements/ 2ème confinement	1er confinement et entre les deux confinements	1er et 2ème confinement	Uniquement entre les 2 confinements
	38	23	20	4	2
	44%	26%	23%	5%	2%

Votre établissement ou service a-t-il accueilli ou accompagné des publics différents de l'habitude (par exemple des personnes présentant des types de handicap différents, ou des personnes âgées, pour un SSIAD, un SPASAD ou un SAAD dédiés habituellement aux personnes en situation de handicap) ?

- Tous les établissements jeunes PSH ont répondu à cette question :
 - OUI pour 4 d'entre eux (2 uniquement pendant le 1^{er} confinement et 2 sur toute la période (1^{er}/entre les deux/2^{ème} confinement)
 - **NON pour 116 d'entre eux (97 % des établissements jeunes PSH n'ont pas accueilli de public différent de l'habitude)**

Votre établissement ou service a-t-il notamment accueilli des mineurs habituellement pris en charge par des établissements relevant de l'aide sociale à l'enfance ?

- Tous les établissements jeunes PSH ont répondu à cette question :
 - **OUI pour 17 d'entre eux (14 %)** et de façon très variable avec 7 uniquement sur la période du premier confinement.
 - **NON pour 103 d'entre eux (86 %).**

Votre établissement ou service a-t-il recouru à des personnels disposant de qualifications différentes de celles habituellement demandées ?

- Tous les établissements jeunes PSH ont répondu à cette question :
 - **OUI pour 12 d'entre eux (10 %)** et de façon très variable avec 4 uniquement sur la période du premier confinement.
 - **NON pour 108 d'entre eux (90 %).**

Votre établissement ou service a-t'il accueilli ou accompagné un nombre de personnes supérieur à celui que prévoit son autorisation ou est-il intervenu sur des territoires différents de ceux que son autorisation prévoit ?

- Tous les établissements jeunes PSH ont répondu à cette question :
 - **OUI pour 12 d'entre eux (10 %)** et de façon très variable avec 4 uniquement sur la période du premier confinement.
 - **NON pour 108 d'entre eux (90 %)**

Votre établissement ou service a-t-il accueilli ou accompagné des personnes sans orientation préalable de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées ?

- Tous les établissements jeunes PSH ont répondu à cette question :
 - **OUI pour 9 d'entre eux (8 %)** et de façon très variable et plutôt sur la période du premier confinement (4).
 - **NON pour 111 d'entre eux (92 %)**

Votre établissement ou service a-t-il accueilli à titre temporaire des personnes en situation de handicap au-delà de la durée maximale habituelle de 90 jours ?

- Un seul établissement n'a pas répondu à cette question (119 répondants) :
 - **OUI pour 6 d'entre eux (5 %)** et de façon très variable.
 - **NON pour 113 d'entre eux (95 %)**

Votre établissement ou service a-t-il appliqué d'autres règles, en matière d'organisation et de fonctionnement, dérogoires aux règles habituellement applicables ?

- Un seul établissement n'a pas répondu à cette question (119 répondants) :
 - **OUI pour 81 d'entre eux (68 %).**
 - **NON pour 38 d'entre eux (32 %)**

79 établissements ayant dérogé aux règles habituelles ont précisé la période concernée :

Tableau 3 : Dérogations aux règles en matière d'organisation et de fonctionnement

Déroger aux conditions de fonctionnement ?	Durant le 1er confinement	1er confinement et entre deux confinements et 2ème confinement	1er confinement et entre les deux confinements	1er et 2ème confinement
	30	30	17	2
	38%	38%	22%	3%

Si vous avez mis en œuvre une ou plusieurs des mesures inhabituelles envisagées dans les questions précédentes, en avez-vous informé l'autorité compétente (agence régionale de santé ou département) ?

- 96 établissements ont répondu à cette question :
 - NON pour 16 d'entre eux (17 %)
 - **OUI pour 80 d'entre eux (83 %) sous différentes modalités** précisées par 79 répondants :
 - **55 d'entre eux par un écrit informel (mail...) : 70 % des cas**
 - 21 par une décision formalisée : 27 % des cas
 - 3 oralement : 4 % des cas

En cas de sous-activité ou de fermeture temporaire, une contribution financière a-t-elle été demandée aux résidents absents ?

- Aucune réponse positive

En cas de sous-activité ou de fermeture temporaire votre établissement ou service a-t-il bénéficié d'un maintien de financement par l'autorité compétente ?

- 90 répondants :
 - NON pour 4 établissements (4 %)
 - **OUI pour 86 établissements (96 %) ;**
73 d'entre eux ont précisé la période concernée, c'est essentiellement pendant tout la période (51 % d'entre eux) et durant le premier confinement uniquement (34 % d'entre eux)

Les remarques des établissements d'accueil des jeunes PSH :

24 établissements ont apporté des compléments d'information, 10 commentaires concernent les financements afin de préciser que leur établissement est en dotation globale. D'autres, encore en tarification à la place, saluent le soutien de l'autorité. Un seul précise que « Notre autorité de contrôle et de tarification a repris les excédents de l'exercice antérieur ».

Quelques témoignages en rapport avec l'organisation des établissements durant la crise :

« Concernant les jeunes relevant d'une mesure de protection judiciaire ou administrative Ils font partis de l'effectif habituel de l'établissement à hauteur de 50 % en 2020. Ces enfants ont été accueillis mais s'il s'agit d'enfants ne faisant pas partie de l'effectif habituel il n'y a pas eu d'accueil. Néanmoins des professionnels ont été détachés pour renforcer des équipes de MECS durant le premier confinement. »

« L'établissement a maintenu l'accompagnement éducatif de l'ensemble des jeunes accueillis mais sous des formes diverses : distanciel, domicile, répits etc.. »

« IME avec internat en temps normal mais pdt le confinement beaucoup d'appels téléphoniques de visio etc et des VAD autant au domicile parental que dans les familles d'accueil ASE. Beaucoup de lien avec les partenaires pour encadrer la scolarisation et le soin. »

2.2 Analyse des réponses des 84 SESSAD

Le nombre de SESSAD ayant complété l'enquête, au regard du nombre d'établissements répondant se situe dans un ordre de grandeur proche des données nationales concernant les mêmes types d'établissements :

Tableau 4 : SESSAD /Etablissements jeunes PSH

	Enquête	données nationales
SESSAD	86	1734
Etablissements	120	2236
TOTAL	206	3970
part de SESSAD	42%	44%

Votre établissement ou service a-t-il exercé son activité dans des lieux différents de l'habitude (par exemple au domicile des personnes en situation de handicap alors qu'il assure normalement un hébergement) ?

- Tous les SESSAD ont répondu à cette question :
 - OUI pour 32 d'entre eux (38 %) avec une répartition sur toutes les périodes avec 41 % des SSIAD concernés qui sont sortis de leur périmètre seulement durant le premier confinement et 34 % durant toute la crise de 2020 ;
 - **NON pour 52 d'entre eux (62 %)**

Votre établissement ou service a-t-il accueilli ou accompagné des publics différents de l'habitude (par exemple des personnes présentant des types de handicap différents, ou des personnes âgées, pour un SSIAD, un SPASAD ou un SAAD dédiés habituellement aux personnes en situation de handicap) ?

- Tous les SESSAD ont répondu à cette question
 - OUI pour 6 d'entre eux (7 %) avec des périodes variables mais couvrant majoritairement le premier confinement
 - **NON pour 78 d'entre eux (93 %)**

Votre établissement ou service a-t-il notamment accueilli des mineurs habituellement pris en charge par des établissements relevant de l'aide sociale à l'enfance ?

- Tous les SESSAD ont répondu à cette question
 - OUI pour 4 d'entre eux (5 %) dont 2 sur toute la période de crise en 2020.
 - **NON pour 80 d'entre eux (95 %)**

Votre établissement ou service a-t-il recouru à des personnels disposant de qualifications différentes de celles habituellement demandées ?

- Tous les SESSAD ont répondu à cette question
 - OUI pour 2 d'entre eux (2 %), l'un pendant le premier confinement et l'autre durant toute la période de 2020 ;
 - **NON pour 82 d'entre eux (98 %).**

Votre établissement ou service a-t-il accueilli ou accompagné un nombre de personnes supérieur à celui que prévoit son autorisation ou est-il intervenu sur des territoires différents de ceux que son autorisation prévoit ?

- Tous les SESSAD ont répondu à cette question
 - **OUI pour 12 d'entre eux (14 %) durant toute la période de pandémie 2020 pour 50 % d'entre eux.**
 - **NON pour 72 d'entre eux (86 %).**

Votre établissement ou service a-t-il accueilli ou accompagné des personnes sans orientation préalable de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées ?

- Tous les SESSAD ont répondu à cette question

Un seul SESSAD a accompagné sans orientation préalable de la CDAPH (durant le premier confinement)

Votre établissement ou service a-t-il appliqué d'autres règles, en matière d'organisation et de fonctionnement, dérogatoires aux règles habituellement applicables ?

- Un seul SESSAD n'a pas répondu à cette question (83 répondants) :
 - **OUI pour 40 d'entre eux (44 %).**
 - **NON pour 43 d'entre eux (52 %)**

37 SESSAD ont précisé les périodes concernées, le premier confinement est systématiquement concerné et dans 51 % des cas, c'est toute la période pandémique de 2020 (19 SESSAD)

Si vous avez mis en œuvre une ou plusieurs des mesures inhabituelles envisagées dans les questions précédentes, en avez-vous informé l'autorité compétente (agence régionale de santé ou département) ?

- 63 SESSAD ont répondu à cette question :
 - NON pour 28 d'entre eux (44 %)
 - **OUI pour 35 d'entre eux (56 %) sous différentes modalités** précisées par 33 répondants :
 - **19 d'entre eux par un écrit informel (mail...) : 58 % des cas**
 - 12 par une décision formalisée : 36 % des cas
 - 2 oralement : 6 % des cas

En cas de sous-activité ou de fermeture temporaire, une contribution financière a-t-elle été demandée aux résidents absents ?

- Aucune réponse positive

En cas de sous-activité ou de fermeture temporaire votre établissement ou service a-t-il bénéficié d'un maintien de financement par l'autorité compétente ?

- 71 répondants dont 26 cochent « non concernés » soit 45 répondants concernés :
 - NON pour 2 SSIAD (4 %)
 - **OUI pour 43 SSIAD (96 %) ;**
33 d'entre eux ont précisé la période concernée, c'est massivement pendant toute la période (73 % d'entre eux) que les financements ont été maintenu (en lien avec la dotation globale probablement) .

Remarques :

10 commentaires (dont 2 pour préciser que leur SSIAD est en dotation globale) qui permettent de relater les organisations mises en place durant la crise :

La mise en place des règles, en matière d'organisation et de fonctionnement ont été établies et appliquées en fonction des directives du ministère et de l'ARS HdF complétées par les directives et recommandations de la direction régionale APF France Handicap des HdF

"Pendant le premier confinement beaucoup de travail par téléphone et par sms et visio avec les familles mais aussi avec les jeunes également avec les partenaires comme l'éducation nationale (les professeurs) et l'ASE. Maintien des thérapies à distance par les psychologues."

Nous avons maintenu l'activité pendant les périodes de confinement et avons développé les prestations à domicile plus adaptées à la situation de crise sanitaire.

Ouverture de l'UEMA (rattachée au SESSAD, sans numéro Finess propre) entre les deux confinements dont le fonctionnement a été adapté pdt le deuxième confinement avec les prises en charge à domicile au lieu de l'école, en raison de la date de réception de cette information officielle (mardi 6 avril), de la situation de cas contact de l'enseignante et des nécessités d'organisation et d'anticipation avec le jeune public TSA.

Les modifications de prise en charge ont concernés les VAD ou des sorties durant la période où les établissements scolaires ont fermé.

Mise en place de VAD, visioconférence, télétravail..

Les salariés ont travaillé de leur domicile en appelant les jeunes et leurs familles afin de maintenir un lien thérapeutique. Des temps de rencontre Zoom, ont permis à plusieurs praticiens d'avoir en visuel plusieurs jeunes et ainsi poursuivre les temps de soins. Des réunions Zoom hebdomadaires ont servi de réunions d'équipe. Le directeur venait régulièrement au SESSAD afin de communiquer aux salariés les éléments nécessaires pour maintenir le lien thérapeutique par téléphone.

2.3 Analyse des réponses des CAMSP ET CMPP

90 structures concernées : 36 CAMSP et 54 CMPP

La répartition entre CAMSP et CMPP est proche de la répartition nationale :

Tableau 5 : Répartition CAMSP et CMPP

	Enquête	données nationales
CAMSP	36	347
CMPP	54	476
Total	90	823
Part de CAMSP	40%	42%

Votre établissement ou service a-t-il exercé son activité dans des lieux différents de l'habitude (par exemple au domicile des personnes en situation de handicap alors qu'il assure normalement un hébergement) ?

- Tous les CAMSP et CMPP ont répondu à cette question :
 - OUI pour 30 d'entre eux (40 %) avec une répartition sur toutes les périodes avec 47 % des CAMSP et CMPP concernés qui sont sortis de leur périmètre seulement durant le premier confinement et 25 % durant toute la crise de 2020 ;
 - **NON pour 54 d'entre eux (60 %)**

Votre établissement ou service a-t-il accueilli ou accompagné des publics différents de l'habitude (par exemple des personnes présentant des types de handicap différents, ou des personnes âgées, pour un SSIAD, un SPASAD ou un SAAD dédiés habituellement aux personnes en situation de handicap) ?

- Tous les CAMSP et CMPP ont répondu à cette question
 - OUI pour 7 d'entre eux (8 %) dont 4 uniquement pendant le premier confinement
 - **NON pour 83 d'entre eux (92 %)**

Votre établissement ou service a-t-il notamment accueilli des mineurs habituellement pris en charge par des établissements relevant de l'aide sociale à l'enfance ?

- Tous les CAMSP et CMPP ont répondu à cette question
 - **OUI pour 29 d'entre eux (32 %)** majoritairement sur toute la période Covid 2020 (dans 64 % des cas).
 - **NON pour 61 d'entre eux (68 %)**

Votre établissement ou service a-t-il recouru à des personnels disposant de qualifications différentes de celles habituellement demandées ?

- Tous les CAMSP et CMPP ont répondu à cette question
 - OUI pour 2 d'entre eux (2 %), durant uniquement le premier confinement
 - **NON pour 88 d'entre eux (98 %).**

Votre établissement ou service a-t-il accueilli ou accompagné un nombre de personnes supérieur à celui que prévoit son autorisation ou est-il intervenu sur des territoires différents de ceux que son autorisation prévoit ?

- Tous les CAMSP et CMPP ont répondu à cette question
 - **OUI pour 9 d'entre eux (10 %) durant toute la période de pandémie 2020 dans 78 % des cas.**
 - **NON pour 81 d'entre eux (90 %).**

Votre établissement ou service a-t-il accueilli ou accompagné des personnes sans orientation préalable de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées ?

- Tous les CAMSP et CMPP ont répondu à cette question pour de façon générale préciser qu'ils ne sont pas concernés par les orientations CDAPH, néanmoins **2 CMPP ont répondu oui** (l'un uniquement lors du premier confinement et l'autre durant toute la période Covid).

Votre établissement ou service a-t-il appliqué d'autres règles, en matière d'organisation et de fonctionnement, dérogoires aux règles habituellement applicables ?

- •Tous les CAMSP et CMPP ont répondu à cette question
 - **OUI pour 66 d'entre eux (73 %).**
 - **NON pour 24 d'entre eux (27 %)**

Les 66 CAMSP et CMPP ont précisé les périodes concernées, toute la période pandémique est concernée dans 50 % des cas et le premier confinement uniquement dans 33 % des cas.

Si vous avez mis en œuvre une ou plusieurs des mesures inhabituelles envisagées dans les questions précédentes, en avez-vous informé l'autorité compétente (agence régionale de santé ou département) ?

- 87 CAMSP et CMPP ont répondu à cette question :
 - NON pour 26 d'entre eux (30 %)
 - **OUI pour 61 d'entre eux (70 %) sous différentes modalités** précisées par 60 répondants :
 - **30 d'entre eux par un écrit informel (mail...) : 50 % des cas**
 - 26 par une décision formalisée : 43 % des cas
 - 4 oralement : 7 % des cas

En cas de sous-activité ou de fermeture temporaire, une contribution financière a-t-elle été demandée aux résidents absents ?

- Aucune réponse positive

En cas de sous-activité ou de fermeture temporaire votre établissement ou service a-t-il bénéficié d'un maintien de financement par l'autorité compétente ?

- 79 répondants dont 22 cochent « non concernés » soit 57 répondants concernés :
 - NON pour 3 CAMSP ET CMPP (7 %)
 - OUI pour 54 CAMSP ET CMPP (93 %) ;
47 d'entre eux ont précisé la période concernée, c'est dans 48 % des cas durant toute la pandémie et pour 42 % uniquement durant le premier confinement.

Les remarques :

19 commentaires :

L'ARS a bien soutenu les ESMS de notre région, notamment sur le plan financier.

Des modalités de travail en distanciel ont été mises en places. L'information s'est faite via les reportings en ligne mis en place par l'ARS.

Maintien de consultations par téléphone ou en visio lors du 1er confinement. Reprise normale de l'activité après le 1er confinement.

Sous activité due aux nouvelles règles sanitaires.

Accompagnements des familles à distance."

Baisse de l'activité, car difficile d'assurer des consultations par téléphone ou visio avec de tout jeunes enfants. Maintien de contacts pour les psychomotriciens, mais pas de séance possible. L'ARS va maintenir le budget annuel habituel.

Nous avons maintenu l'activité en distanciel et avons développé les VAD durant la période de crise sanitaire

Mise en place de VAD, visioconférences, télétravail, protocoles internes, EPI, signalétique, ...

"Moins de séances en présentiel du fait des mesures sanitaires après le 1er confinement.

Mise en place de dispositifs d'accompagnements à distance."

"Prise en compte de consultations téléphoniques et en visioconférence.

Maintien du budget habituel"

Bien que la sous-activité se soit poursuivie, l'autorité de financement n'a pas répondu à notre demande d'échange autour du financement

La notion de sous activité doit être abordée sous l'angle de l'Etat d'urgence sanitaire pour notre établissement. Les mesures de sécurité sanitaire continuent d'impacter notre activité (temps d'aération des pièces, régulation des flux, etc.). Nous fonctionnons à peu près à 85/90 % de notre rythme "normal".

Pendant le confinement le service était à moitié en télétravail pour la mairie et pour l'autre partie du temps en présentiel auprès du service MNA de l'A..."

Nous n'avons pas encore reçu le règlement

L'ARS a financé l'activité pendant la fermeture temporaire du 1er confinement jusqu'au 3 juillet 2020

Découverte du télétravail, des soins par téléphone et/ou visio conférence

"Durant le premier confinement, les salariés ont travaillé de leur domicile et appelant les différentes familles et patients pour conserver un lien thérapeutique. Le DA et la DM étaient présents au CMPP pour transmettre aux praticiens les éléments nécessaires (numéros téléphoniques, éléments de dossiers...). Des consultations en urgence ont été réalisées par la DM au CMPP même.

Des réunions Zoom ont été mises en place pour maintenir les réunions d'équipe, chaque semaine."

"Nous avons certes maintenu les contacts avec les patients lors des confinements, mais notre principale difficulté a été la désorganisation des familles parfois prises par d'autres préoccupations que le soin de leur enfant (télétravail difficile à organiser/réaliser, école à la maison, isolement en cas d'enfant/adulte cas contact ou positif, ...). Certains personnels ont eu des difficultés pendant les confinements pour faire garder leurs propres enfants, n'étant pas forcément considérés comme prioritaires par les écoles, ils ont eu eux-mêmes des difficultés organisationnelles pour pouvoir télétravailler ou être en présentiel.

En activité en présentiel, nous n'avons pas pu réaliser pleinement notre activité car les mesures sanitaires ne le permettaient pas (désinfection/ventilation entre chaque patient, décalage des rendez-vous pour éviter que les patients se croisent dans l'établissement..."

L'ARS nous a autorisé à comptabiliser les entretiens téléphoniques comme des actes facturables, ainsi nous avons pu être financé pour le travail que nous faisons

Depuis le premier confinement nous avons poursuivi l'accompagnement des enfants (téléconsultations). Aucun enfant de la file active n'a subi d'interruption dans son parcours de soins au CMPP.

3 Les établissements et services accueillant/accompagnant les adultes en situation de handicap

[268] Les 451 ESSMS adultes PSH se répartissent entre

- **204 établissements d'hébergements** qui se répartissent comme suit :

Tableau 6 : Répartition des établissements

MAS	42	21%
EAM + FAM	60	29%
EANM + FV+FH	97	48%
Polyhand + Expérimental + AT	5	2%

- **164 ESAT et 9 centres** de pré orientation pro et centre de rééducation professionnelles
- **74 services** qui se répartissent ainsi :

Tableau 7 : Répartition des services

SAVS	42	57%
SAMSAH	23	31%
SAAD	6	8%
SSIAD	3	4%

- La répartition des réponses au regard de la distribution nationale (selon les données Finess au 25/11/2020) fait apparaître une surreprésentation des ESAT (leurs données seront analysées spécifiquement) et un nombre de réponse des EANM moins important qu'attendu :

Tableau 8 : Sur-représentation des ESAT et sous-représentation des EANM

	ENQUETE		DONNEES NATIONALES	
MAS	42	10%	722	9%
EAM + FAM	60	14%	1037	13%
EANM + FV+FH	102	23%	3174	39%
ESAT	164	37%	1501	19%
CPHet CRP	9	2%	134	2%
SAVS	42	10%	1045	13%
SAMSAH	23	5%	463	6%
TOTAL	442	100%	8076	100%

3.1 Analyse des réponses des 204 ESSMS accueillants des PSH adultes

Votre établissement ou service a-t'il exercé son activité dans des lieux différents de l'habitude (par exemple au domicile des personnes en situation de handicap alors qu'il assure normalement un hébergement) ?

- 199 établissements ont répondu à cette question :
 - **OUI pour 59 d'entre eux (30 %)**
 - **NON pour 140 d'entre eux (70 %)**

Votre établissement ou service a-t'il accueilli ou accompagné des publics différents de l'habitude (par exemple des personnes présentant des types de handicap différents, ou des personnes âgées, pour un SSIAD, un SPASAD ou un SAAD dédiés habituellement aux personnes en situation de handicap) ?

- 202 établissements ont répondu à cette question :
 - **OUI pour 17 d'entre eux (9 %)**
 - **NON pour 185 d'entre eux (91 %)**

Votre établissement ou service a-t'il notamment accueilli des mineurs alors que vous n'y êtes pas habituellement autorisés ?

- 201 établissements ont répondu dont 8 qui ont coché « pas concerné », parmi les 193 réponses :
 - **OUI pour 8 d'entre eux (4 %)**
 - **NON pour 185 établissements (96 %)**

Votre établissement ou service a-t'il notamment accueilli des mineurs habituellement pris en charge par des établissements relevant de l'aide sociale à l'enfance ?

- Un seul établissement a accueilli un mineur habituellement pris en charge par l'ASE (période entre les deux confinements)

Votre établissement ou service a-t'il recouru à des personnels disposant de qualifications différentes de celles habituellement demandées ?

- 201 établissements ont répondu à cette question :
 - **OUI pour 50 d'entre eux (25 %)** essentiellement durant le premier confinement.
 - **NON pour 151 d'entre eux (75 %).**

Votre établissement ou service a-t'il accueilli ou accompagné un nombre de personnes supérieur à celui que prévoit son autorisation ou est-il intervenu sur des territoires différents de ceux que son autorisation prévoit ?

- 201 établissements ont répondu à cette question :
 - **OUI pour 17 d'entre eux (8 %)** et de façon très variable.
 - **NON pour 184 d'entre eux (92 %)**

Votre établissement ou service a-t'il accueilli ou accompagné des personnes sans orientation préalable de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées ?

- 201 établissements ont répondu dont 5 ont coché « non concerné, sur 196 réponses :
 - **OUI pour 15 d'entre eux (7 %)** et de façon très variable.
 - **NON pour 182 d'entre eux (93 %)**

Votre établissement ou service a-t'il accueilli à titre temporaire des personnes en situation de handicap au-delà de la durée maximale habituelle de 90 jours ?

- 199 établissements ont répondu à cette question:
 - **OUI pour 40 d'entre eux (20 %)** et de façon très variable.
 - **NON pour 159 d'entre eux (80 %)**

Votre établissement ou service a-t'il appliqué d'autres règles, en matière d'organisation et de fonctionnement, dérogoires aux règles habituellement applicables ?

- 200 établissements ont répondu à cette question:
 - **OUI pour 100 d'entre eux (50 %) incluant systématiquement la période du premier confinement et jusqu'à toute la période de pandémie 2020 pour 43 % d'entre eux.**
 - **NON pour 100 d'entre eux (50 %)**

Si vous avez mis en œuvre une ou plusieurs des mesures inhabituelles envisagées dans les questions précédentes, en avez-vous informé l'autorité compétente (agence régionale de santé ou département) ?

- Seulement 173 établissements ont répondu à cette question :
 - NON pour 79 d'entre eux (46 %)
 - **OUI pour 94 d'entre eux (54 %) sous différentes modalités** précisées par 87 répondants :
 - **49 d'entre eux par un écrit informel (mail...) : 56 % des cas**
 - 28 par une décision formalisée : 32 % des cas
 - 10 oralement : 12 % des cas

En cas de sous-activité ou de fermeture temporaire, une contribution financière a-t-elle été demandée aux résidents absents ?

- 6 établissements ont répondu oui, ce sont tous des EAM/FAM : 10 % de ce type d'établissement ont demandé une contribution financière aux résidents absents

En cas de sous-activité ou de fermeture temporaire votre établissement ou service a-t'il bénéficié d'un maintien de financement par l'autorité compétente ?

- 133 répondants :
 - NON pour 18 établissements (13 %)
 - **OUI pour 125 établissements (87 %) ;**
 - 96 d'entre eux ont précisé la période concernée, c'est essentiellement pendant premier confinement (52 % d'entre eux) et sur toute la période (37 %) et enfin à chaque confinement (11 %)

Remarques

25 commentaires qui illustrent des réalités locales extrêmement diverses :

Maintien du financement département et ARS malgré la volonté de certaines familles de rapatrier leur enfant adulte au domicile pendant le premier confinement. Maintien de l'activité d'accompagnement au domicile pour le PCPE adossé à l'établissement avec adaptation de l'activité lors du 1er confinement.
La dotation globale de l'établissement n'a pas été modifiée malgré un taux d'occupation en dessous des prévisions.
Absences des résidents non décomptées dans l'activité
Nous sommes en attente de l'acceptation des CA 2020 où nous saurons si l'autorité compétence nous verse la somme correspondant à la sous activité (baisse accueil temporaire et baisse de la participation des usagers et de l'Aide sociale)
L'accueil temporaire a été fermé lors des confinements et partiellement fermé pour accueillir en chambre individuelle d'où une perte de financement
Il y a eu moins de sorties pour les personnes habituellement hébergées d'où la nécessité de réorganiser les temps d'intervention notamment le week-end. Appel à des renforts ASI mais aussi élèves IDE, CDD pour compléter les effectifs en personnels. A 2 exception près toutes nos places ont été occupées en permanence
Lors du 1er confinement , la majorité des familles ont souhaité garder leurs enfants au domicile familial : seulement 10 résidents internes sont restés confinés dans la structure. Les résidents ont été réaccueillis progressivement du 11 mai 2020 au 6 juillet 2020. Suite à un cluster, l'établissement a fermé l'accueil de jour du 29.10 au 6.11.2020.
Seul l'accueil de jour a été fermé sur le premier confinement. Nous avons en conséquence développer un service d'échanges téléphoniques au moins hebdomadaire avec les usagers et leur proches pour évaluer leurs besoins. Nous avons prévu de pouvoir nous rendre à domicile si cela s'avérait nécessaire pour échanger, apporter des supports d'activités, soutenir le lien familial, ou de mettre en place de l'accueil temporaire. Nous n'avons pas eu à mettre en œuvre ces accompagnements. Durant le premier confinement, plusieurs résidents et familles ont souhaité passer le confinement ensemble. Nous leur avons proposé le même service qu'aux usagers de l'accueil de jour. Là encore les échanges téléphoniques au moins hebdomadaires ont suffi. Nos évolutions d'accompagnement ont été consignées dans notre plan de continuité d'activité qui nous a servi de support d'information à nos instances. en plus des échanges par courriels et oraux.
une bonne relation avec le département, compréhensif et avec capacité d'adaptation
Maintien pris de journée pour les accueils de jour confinés à domicile
En attente d'acceptation des CA 2020 pour savoir si la baisse d'activité sera compensée par le financeur
Une compensation financière concernant la perte d'activité générée sur l'accueil de jour et l'impossibilité d'accueil permanent uniquement du 01/03 au 30/04/20 par le CD. Mais ne couvre pas l'intégralité du besoin car reprise d'une organisation normale à la mi-juin. Pas de compensation sur 2ème confinement (fermeture de l'accueil de jour).
Visite régulière de L'ide Hygiéniste du CH et d'un médecin infectiologue GHT auprès des équipes et résidents
Le FIPS n'est pas tout à fait un foyer c'est un service "expérimental" pour l'insertion professionnelle et sociale. Très handicapé par le COVID pendant le confinement car aucune possibilité de stages d'immersion,

très difficiles recherches d'emploi, mises en emploi. Contact maintenu malgré parfois la distance par téléphone visio.
Pas de contribution lors des confinements au domicile familial des résidents le souhaitant.
Nous aurions pu aider davantage de personnes, avons fonctionné en mars avril 2020 avec seulement 3 usagers!
Il s'agit de l'accueil d'un mineur accompagné par nos services Impro/ Unité de formation pour apprentis en rupture complète avec sa famille nécessitant un hébergement d'urgence. Des dérogations ont été demandées à l'ARS/CD/MDPH
Nous avons mis en place des visites à domicile, des échanges téléphoniques et des Visio avec les familles et les personnes accompagnées en établissement et en familles. Nous avons mis en place des accueils de répit pour les personnes sans solution.
FACTURATION BASEE SUR L'ACTIVITE PREVISIONNELLE ET NON REELLE POUR LES MOIS DE MARS A MAI 2020
Taux d'occupation basé sur le réalisé de la première quinzaine de février 2020. service accueil de jour fermé sur une partie du 1er confinement
Séances à partir du domicile pour des personnes habituellement accueillies en temporaire. Expérimentation d'un bus sensoriel pour proposer du répit aux aidants familiaux et une séance sensorielle adaptée aux besoins de la personne en situation de polyhandicap (aménagement d'un véhicule de l'établissement pour mettre en place cette nouvelle réponse).
Le fait d'accorder la même dotation budgétaire sur 2020 que les autres années a été fort appréciable car les charges structurelles perdurent même si le nombre de résidents a pu diminuer sur les périodes de confinement. Les participations des résidents ont également diminuées puisque lorsqu'ils étaient absents pour retour en famille, aucune facturation ne leur était adressée.
L'autorité compétente ne nous a pas fait connaître sa décision.
La MAS a eu du fait du confinement, une activité plus importante que les autres années avec notamment peu de sorties week-end, vacances... soit plus de 1000 nuitées supplémentaires. Les évolutions mises en place se sont fait en concertation avec le CVS sur la base des préconisations gouvernementales. La place d'accueil de jour en accord avec la famille s'est transformé durant la crise en place d'hébergement continu. Donc pas de personnes en plus, mais une activité plus importante sur toute la période.
Initiative d'accueil pour permettre le répit des aidants

3.2 Analyse des réponses des 164 ESAT accueillants des PSH

Votre établissement ou service a-t'il exercé son activité dans des lieux différents de l'habitude (par exemple au domicile des personnes en situation de handicap alors qu'il assure normalement un hébergement) ?

- 163 ESAT ont répondu à cette question :
 - **OUI pour 56 d'entre eux (35 %)**
 - **NON pour 107 d'entre eux (65 %)**

Remarque : les 56 ESAT qui ont exercés dans des lieux différents, déclarent l'avoir fait **uniquement durant le premier confinement pour 85 % d'entre eux.**

Votre établissement ou service a-t'il accueilli ou accompagné des publics différents de l'habitude (par exemple des personnes présentant des types de handicap différents, ou des personnes âgées, pour un SSIAD, un SPASAD ou un SAAD dédiés habituellement aux personnes en situation de handicap) ?

- 162 ESAT établissements ont répondu à cette question :

- OUI pour 3 d'entre eux (2 %)
- **NON pour 159 d'entre eux (98 %)**

Votre établissement ou service a-t'il notamment accueilli des mineurs alors que vous n'y êtes pas habituellement autorisés ?

- 162 ESAT ont répondu, aucune réponse positive.

Votre établissement ou service a-t'il notamment accueilli des mineurs habituellement pris en charge par des établissements relevant de l'aide sociale à l'enfance ?

- 164 ESAT ont répondu : une réponse positive (durant le premier confinement) soit 0,6 %.

Votre établissement ou service a-t'il recouru à des personnels disposant de qualifications différentes de celles habituellement demandées ?

- 164 ESAT ont répondu à cette question :
 - **OUI pour 19 d'entre eux (12 %)** uniquement durant le premier confinement pour 63 % d'entre eux.
 - **NON pour 145 d'entre eux (88 %).**

Votre établissement ou service a-t'il accueilli ou accompagné un nombre de personnes supérieur à celui que prévoit son autorisation ou est-il intervenu sur des territoires différents de ceux que son autorisation prévoit ?

- 164 ESAT ont répondu à cette question :
 - **OUI pour 4 d'entre eux (3 %)** dont pour trois d'entre eux, uniquement durant le premier confinement.
 - **NON pour 159 d'entre eux (97 %)**

Votre établissement ou service a-t'il accueilli ou accompagné des personnes sans orientation préalable de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées ?

- 164 ESAT ont répondu à cette question :
 - **OUI pour 4 d'entre eux (3 %)** sur des périodes variables.
 - **NON pour 159 d'entre eux (97 %)**

Votre établissement ou service a-t'il accueilli à titre temporaire des personnes en situation de handicap au-delà de la durée maximale habituelle de 90 jours ?

- 164 ESAT ont répondu à cette question : réponses toutes négatives

Votre établissement ou service a-t'il appliqué d'autres règles, en matière d'organisation et de fonctionnement, dérogatoires aux règles habituellement applicables ?

- 164 ESAT ont répondu à cette question
 - **OUI pour 82 d'entre eux (50 %)** durant toute la durée de la crise pour 45 % et **uniquement le premier confinement pour 38 % d'entre eux.**

- **NON pour 82 d'entre eux (50 %)**

Si vous avez mis en œuvre une ou plusieurs des mesures inhabituelles envisagées dans les questions précédentes, en avez-vous informé l'autorité compétente (agence régionale de santé ou département) ?

- 139 ESAT ont répondu à cette question :
 - NON pour 68 d'entre eux (49 %)
 - **OUI pour 71 d'entre eux (51 %) sous différentes modalités** précisées par 60 répondants :
 - **36 d'entre eux par un écrit informel (mail...) : 60 % des cas**
 - 20 par une décision formalisée : 33 % des cas
 - 4 oralement : 7 % des cas

En cas de sous-activité ou de fermeture temporaire, une contribution financière a-t-elle été demandée aux résidents absents ?

- Les ESAT ne sont pas concernés

En cas de sous-activité ou de fermeture temporaire votre établissement ou service a-t-il bénéficié d'un maintien de financement par l'autorité compétente ?

- 148 ESAT répondants dont 6 « non concernés », soit 142 réponses réparties ainsi :
 - NON pour 3 établissements (2 %)
 - **OUI pour 139 établissements (98 %) ;**
 121 d'entre eux ont précisé la période concernée, c'est le plus souvent pendant premier confinement (39 % d'entre eux), sur la période 1^{er} confinement-entre les deux confinements (31 %) et sur toute la période (28 %).

Remarques : 48 commentaires

Maintien des activités de maintenance en hygiène des locaux pour nos clients EHPAD
L'aide financière a été réalisée sur le salaire direct des travailleurs en situation de handicap
Le suivi des usagers a été maintenue en distanciel + 'visites à domicile
Il faudra réfléchir de redéployer des lits non occupés en lits où des listes d'attente existent
Nous apprécions d'être soutenus par les pouvoirs publics.
Prise en charge du complément de rémunération des travailleurs ESAT jusqu'au 10/10/2020
L'adaptation des règles de l'Aide au Poste en ESAT en 2020 a été cruciale pour ne pas se retrouver en difficulté financière.
COMPENSATION REMUNERATION DIRECTE TH jusqu'au 10-2020
Maintien des salaires des travailleurs handicapés
Aide au poste maintenue.
Le personnel de l'ESAT est venu en renfort des foyers d'hébergement et foyer de vie de l'association et a maintenu les services indispensables (restauration, blanchisserie, en mobilisant le personnel, puisque les travailleurs de l'ESAT étaient confinés à domicile)
Maintien de la rémunération des travailleurs suivis à domicile par les salariés en télétravail avec un plan de suivi via des appels pluri hebdomadaires
Prise en charge de la rémunération des travailleurs ESAT

Soutien financier de l'état de la rémunération directe des travailleurs handicapés de Mars à octobre
Prise en charge de la part de rémunération des usagers du budget commercial normalement de l'ESAT
Le maintien de la rémunération direct a été prolongé lors des fermetures intervenues après octobre 2020 sans aide (fermeture dû à des cas de Covid dans le même service)
Du 15 Mars au 10 Octobre 2020
Maintien de l'aide au poste pour les ESAT
Depuis octobre 2020, nous avons cessé de percevoir le maintien de la rémunération garantie pour les travailleurs d'ESAT alors que notre activité est fortement impactée (restaurant)
DE MARS A OCTOBRE 2020
Pour l'ESAT : maintien de l'intégralité de nos dotations et des aides au poste entre mi-mars et mi-octobre 2020. Financement partiel des surcoûts liés au COVID (renfort personnel, EPI)
Financement de la rémunération des Travailleurs Handicapés entre mars et octobre 2020
Maintient des ASP
Maintien des rémunérations pour les personnels vulnérables. Application du volontariat
Prise en charge rémunération garantie + surcout Covid
l'ESAT est resté fermé pendant la durée du 1er confinement et ouvert pendant le second .
Mise en place de VAD + Colis de première nécessité + séjour de répit Comme les services n'ont pas de FINESS les dispositions ont été aussi effectué sur le DEA, PCPE
Maintien de la garantie de rémunération
Les répercussions de la fermeture totale de l'établissement ont des impacts notables sur la production de l'ESAT en 2021 également : perte de chiffre d'affaire, baisse d'activité pour certaines commandes...
Païement de la rémunération garantie de mars à mi-octobre
Maintien de la rémunération des TH
Maintien de la rémunération des travailleurs ESAT
Pendant le 1er confinement les 2/3 du personnel d'accompagnement a été réaffecté en établissement d'hébergement , le tiers restant a maintenu le lien social an effectuant des visites à domicile , une veille téléphonique...
Pendant le 1er confinement, l'ensemble des travailleurs d'ESAT étaient à domicile et bénéficiait d'un suivi régulier par tél, voire des visites à domicile
Nous avons fait appel à du personnel supplémentaire pour assurer le transport des TH vers les chantiers et/ou pour venir à l'ESAT pour éviter d'emprunter les transports en communs, mise en place de protocoles internes, EPI, signalétique, réaménagement des locaux pour respecter les distances, renforcement de la désinfection,...
Aides conséquentes et remarquables de la part de l'Etat
S'agissant d'un ESAT : pas d'éligibilité à l'accueil tempo de 90 jours donc non concerné, si les dotations sur le BPAS ont été maintenues par l'Autorité de tarification, le BAPC a subi un impact import sur ses recettes.
Maintien salaire garantie pour travailleurs handicapés externes
Compensation rémunération directe TH en intégralité jusqu'au 10-2020
Prise en charge par l'Etat de la rémunération des travailleurs et maintien de la dotation globale pendant la fermeture de l'ESAT lors du 1er confinement
Ce qui peut être intéressant et important et de pouvoir remplacer les Usagers d'ESAT en longue maladie pour que d'autres PSH puissent bénéficier, d'une intégration à durée déterminée, mais qui a le mérite de rompre l'isolement de la personne et dans l'attente d'accueil définitifs. Pour cela, la règle des 90 jours pourrait être applicable aux ESAT.
Prise en charge de la part de rémunération des usagers du budget commercial normalement
Prise en charge de la rémunération des Travailleurs handicapés entre mars et avril

Les répercussions de la crise sont notables sur l'activité de l'ESAT : perte de clients et donc de chiffre d'affaire, sous activité qui met à mal les travailleurs handicapés.
Période difficile, mais qui a montré une solidarité des personnes pour faire face aux difficultés. Les cadres particulièrement sous tension, ont réussi à maintenir une présence continue pour rassurer usagers et les salariés
ESAT fermé pendant le 1er confinement et ouvert normalement pour le deuxième
Maintien de l'aide au poste

3.3 Analyse des réponses des 65 (SAVS et SAMSAH) accompagnant des PSH adultes

42 SAVS et 23 SAMSAH ont répondu au questionnaire :

Votre établissement ou service a-t'il exercé son activité dans des lieux différents de l'habitude (par exemple au domicile des personnes en situation de handicap alors qu'il assure normalement un hébergement) ?

- Tous les SAVS et SAMSAH ont répondu à cette question (65) :
 - OUI pour 10 d'entre eux (25 %)
 - NON pour 55 d'entre eux (85 %)

Remarque : les 10 services ont exercé dans des lieux différents essentiellement durant le premier confinement et de façon exclusive sur cette période pour 50 % d'entre eux.

Votre établissement ou service a-t'il accueilli ou accompagné des publics différents de l'habitude (par exemple des personnes présentant des types de handicap différents, ou des personnes âgées, pour un SSIAD, un SPASAD ou un SAAD dédiés habituellement aux personnes en situation de handicap) ?

- 64 services ont répondu à cette question :
 - OUI pour 7 d'entre eux (11 %), essentiellement pendant le premier confinement
 - NON pour 57 d'entre eux (89 %)

Votre établissement ou service a-t'il notamment accueilli des mineurs alors que vous n'y êtes pas habituellement autorisés ?

- Les 65 services ont répondu, aucune réponse positive.

Votre établissement ou service a-t'il notamment accueilli des mineurs habituellement pris en charge par des établissements relevant de l'aide sociale à l'enfance ?

- Les 65 services ont répondu, aucune réponse positive

Votre établissement ou service a-t'il recouru à des personnels disposant de qualifications différentes de celles habituellement demandées ?

- Les 65 services ont répondu, aucune réponse positive

Votre établissement ou service a-t'il accueilli ou accompagné un nombre de personnes supérieur à celui que prévoit son autorisation ou est-il intervenu sur des territoires différents de ceux que son autorisation prévoit ?

- Les 65 services ont répondu à cette question :
 - **OUI pour 15 d'entre eux (23 %)** durant toute la période pour 9 d'entre eux (60 %) et uniquement durant le premier confinement pour 5 (33 %).
 - **NON pour 159 d'entre eux (97 %)**

Votre établissement ou service a-t'il accueilli ou accompagné des personnes sans orientation préalable de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées ?

- Les 65 services ont répondu à cette question :
 - **OUI pour 10 d'entre eux (15 %)** pendant le premier confinement et sur toute la période pour 40 % de ces répondants.
 - **NON pour 55 d'entre eux (85 %)**

Votre établissement ou service a-t'il accueilli à titre temporaire des personnes en situation de handicap au-delà de la durée maximale habituelle de 90 jours ?

- Les 65 services ont répondu à cette question : réponses toutes négatives

Votre établissement ou service a-t'il appliqué d'autres règles, en matière d'organisation et de fonctionnement, dérogatoires aux règles habituellement applicables ?

- Les 65 services ont répondu à cette question
 - **OUI pour 32 d'entre eux (49 %) initialisé pour tous avec le premier confinement avec une prolongation sur toute la période (2020) pour 9 d'Entre eux (23 %)**
 - **NON pour 33 d'entre eux (51 %)**

Si vous avez mis en œuvre une ou plusieurs des mesures inhabituelles envisagées dans les questions précédentes, en avez-vous informé l'autorité compétente (agence régionale de santé ou département) ?

- 60 services ont répondu à cette question :
 - **NON pour 36 d'entre eux (60 %)**
 - **OUI pour 24 d'entre eux (40 %) sous différentes modalités** précisées par ces 24 répondants :
 - **16 d'entre eux par un écrit informel (mail...) : 67 % des cas**
 - **8 par une décision formalisée : 33 % des cas**

En cas de sous-activité ou de fermeture temporaire, une contribution financière a-t-elle été demandée aux résidents absents ?

- Les services ne sont pas concernés

En cas de sous-activité ou de fermeture temporaire votre établissement ou service a-t'il bénéficié d'un maintien de financement par l'autorité compétente ?

- 53 services répondants dont 25 « non concernés », soit 28 réponses réparties ainsi :
 - **NON pour 2 services (7 %)**

○ **OUI pour 26 services (93 %) ;**

20 d'entre eux ont précisé la période concernée, c'est le plus souvent limité au premier confinement (70 % d'entre eux) et sur toute la période pour 30 %.

Remarques :

Mise en place du télétravail-télé-accompagnement lorsque cela était compatible avec l'activité. Mise en place d'une cellule d'accompagnement et soutien psychologique pour les usagers mais également toute personne non accompagnée par le service en situation de handicap et aidant ayant pris contact avec le SAMSAH
Cet assouplissement favorise la fluidité des parcours et une réponse accompagnée pour tous nous souhaitons maintenir cette souplesse.
maintien des prix de journée
Nous apprécions d'être soutenus par les pouvoirs publics.
Cette souplesse favorise la fluidité des parcours et en évite les ruptures.

4 Tableau récapitulatif des réponses aux questions portant sur les dérogations permises par les ordonnances

Tableau 9 : Résultat de l'enquête auprès des ESSMS

	LIEUX DIFFERENTS	PUBLICS DIFFERENTS	ACCUEIL DE MINEURS SECTEUR ADULTE	Accueil de mineurs de l'ASE	PERSONNELS DE QUALIFICATION DIFFERENTE	SUR CAPACITE	ACCUEIL SANS ORIENTATION CDAPH	Accueil temporaire supérieur 90 jours	dérogation règles de fonctionnement	Information de l'autorité (tous moyens)
Etablissements jeunes PSH (120)	76%	3%	SO	14%	10%	10%	8%	5%	68%	83%
CAMSP(36) et CMPP(54)	40%	8%	SO	32%	2%	10%	SO	SO	73%	70%
SESSAD (84)	38%	7%	SO	5%	2%	14%	1%	SO	44%	56%
TOTAL ESSMS jeunes (294)	52%	6%	SO	17%	5%	11%	4%	2%	64%	60%
Etablissements adultes PSH (204)	30%	9%	4%	0,50%	25%	8%	7%	20%	50%	54%
ESAT(164)	35%	2%	0%	0,60%	12%	3%	3%	SO	50%	51%
SAVS (42) et SAMSAH(23)	25%	11%	0%	0%	0%	23%	15%	SO	49%	40%
TOTAL ESSMS adultes (433)	29%	6%	2%	0%	16%	8%	7%	9%	49%	44%
TOTAL GENERAL (727)	38%	6%	1%	7%	12%	9%	6%	6%	55%	50%

ANNEXE 4 : Résultats de l'enquête auprès des personnes en situation de handicap

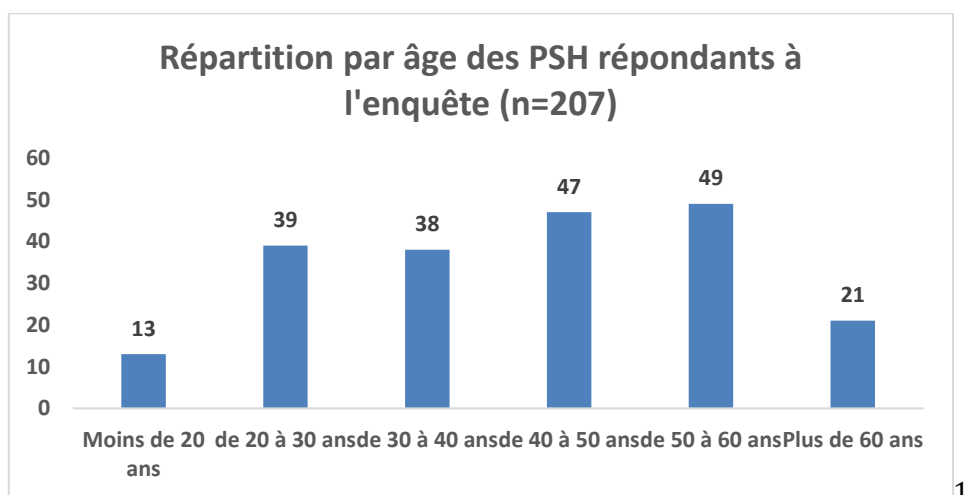
1 Présentation générale

1.1 Profil des répondants :

219 personnes ont complété l'enquête en ligne.

- Age : 207 personnes ont indiqué leur âge :

Tableau 1 : Répartition par âge des PSH répondants à l'enquête



1.2 Lieux de résidence, nombre de personnes répondantes par départements (n=160)

Tableau 2 : Lieux de résidence des répondants

département de résidence	Val-d'oise	Nord	Bouches-du-Rhône	Aube	Alpes-de-Haute-Provence	Meurthe-et-Moselle	Rhône	Somme	Vaucluse	Pas-de-Calais
nombre	60	27	24	6	5	5	5	5	4	3
	Aisne	Aveyron	Marne	Seine-Saint-Denis	Yonne	Yvelines	Ardennes	Savoie	Val-de-Marne	Var
	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1

1.3 124 personnes ont précisé leurs difficultés de santé en lien avec leur situation de handicap

Tableau 3 : Difficultés de santé des PSH répondants

Difficultés de santé	Nombre
Déficience motrice	51
Handicap psychique	50
Autre	43
Déficiences intellectuelles	14
Troubles du spectre de l'autisme	8
Handicap psychique + Autre	7
Handicap psychique + Déficience motrice	6
Polyhandicap	5
Déficience motrice + Autre	4
Déficiences intellectuelles + Handicap psychique	3
Handicap psychique + Handicap cognitif spécifique	3
Handicap psychique + Polyhandicap + Déficience motrice	3
Polyhandicap + Déficience motrice	3

Déficience auditive grave	2
Déficience motrice + Cérébro-lésions	2
Déficience motrice + Déficience auditive grave	2
Déficiences intellectuelles + Déficience motrice	2
Déficiences intellectuelles + Handicap psychique + Polyhandicap + Déficience motrice	2
Déficience auditive grave + Autre	1
Déficience visuelle grave	1
Déficiences intellectuelles + Handicap psychique + Déficience motrice + Déficience visuelle grave + Handicap cognitif spécifique	1
Handicap psychique + Déficience motrice + Cérébro-lésions	1

1.4 Organisation de l'accompagnement, avant l'épidémie de Covid

Tableau 4 : Modalités de l'accompagnement avant la crise Covid

Avant l'épidémie de Covid-19, étiez-vous :	Accompagné à domicile par un service de soins ou d'aide à domicile non spécialisé	Accompagné à domicile par un service spécialisé (SESSAD, SAMSAH, SAVS)	Accueilli en journée dans un établissement	Hébergé dans un établissement	Accompagné à domicile par un service spécialisé (SESSAD, SAMSAH, SAVS) + Accompagné à domicile par un service de soins ou d'aide à domicile non spécialisé	Accueilli en journée dans un établissement + Accompagné à domicile par un service spécialisé (SESSAD, SAMSAH, SAVS)	Hébergé dans un établissement + Accueilli en journée dans un établissement	Accueilli en journée dans un établissement + Accompagné à domicile par un service de soins ou d'aide à domicile non spécialisé
n=121	38	37	19	12	9	3	2	1
	31%	31%	16%	10%	7%	2%	2%	1%

2 Réponses aux questions

Avez-vous été hébergé(e) ou accueilli(e) en 2020 dans un établissement où vous n'allez pas d'habitude ?

- 215 personnes ont répondu à cette question :
 - NON pour 207 personnes (96 %)

- OUI pour 8 personnes (6 ont précisé la période : 3 pendant le 1^{er} confinement et 3 entre les 2 confinements)

Cet établissement s'occupe-t-il habituellement de personnes présentant le même handicap que vous ?

- Les 8 personnes concernées ont répondu :
 - OUI pour 6 personnes
 - Non pour 1 personne
 - Je ne sais pas pour 1 personne

Etes-vous rentré de manière inhabituelle chez vous ou chez un proche pendant l'année 2020 ?

- 218 personnes ont répondu à cette question :
 - Non pour 194 personnes
 - **OUI pour 24 personnes (11 %)**

Si oui, avez-vous bénéficié d'un accompagnement à domicile par votre établissement habituel ?

- Oui pour 13 personnes pendant le confinement et 1 entre les deux confinements

Si vous avez changé de lieu d'hébergement ou de mode d'accueil ou d'accompagnement au cours de l'année 2020, ce changement a-t'il fait l'objet d'une décision de la Maison départementale des personnes handicapées ?

- 189 personnes ont répondu à cette question :
 - **NON pour 165 personnes**
 - OUI pour 8 personnes
 - Je ne sais pas pour 16 personnes

Si vous êtes aidé par un proche, celui-ci a-t'il bénéficié d'un soutien particulier en tant qu'aidant ?

- 184 personnes ont répondu à la question
 - NON pour 177 personnes
 - OUI pour 17 personnes (**9 %**)

Préciser éventuellement la nature de ce soutien : Aide administrative et moral par l'AFM téléthon/Aide humaine/Aide téléphonique, service à domicile, famille/Déplacement pour rendez-vous à l'hôpital et d'autre/**Hospitalisation pour burn out de ma mère**/Information sur les gestes barrières, appel et soutien de la part de l'association, envoi de recommandations, présence téléphonique du Service Régional de l'AFM –Telethon/Psychologique/soutien familial/ **Transfert des heures d'aide à la personne en heure aidant familial**

Lorsque l'établissement qui vous accueille habituellement était fermé, avez-vous dû payer une contribution ?

- 199 personnes ont répondu à cette question :
 - NON ou non concerné pour 194 personnes
 - OUI pour 5 personnes (4 durant le premier confinement et 1 entre les deux confinements) 1**

Considérez-vous que l'accueil ou l'accompagnement dont vous avez bénéficié a répondu à vos besoins ?

- 188 personnes ont répondu à cette question
 - 70 répondent « autant que d'habitude »
 - 57 ne se prononce pas
 - 32 « moins que d'habitude » (17 %)
 - 31 « plus que d'habitude »

Récapitulatif des réponses apportées aux questions en lien avec les ordonnances :

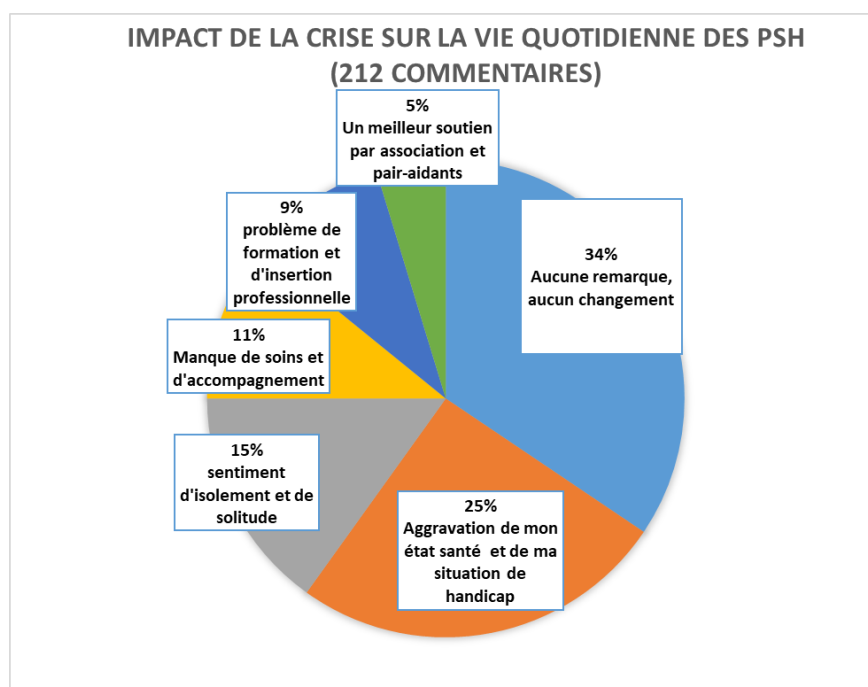
	Un soutien a-t-il été apporté au proche aidant ?		Votre accompagnement a répondu moins que d'habitude à vos besoins ?		Accueilli ou hébergé dans un nouvel établissement ?		Si oui, cet établissement accueille même profil handicap ?		Retour inhabituel à domicile ou chez un proche ?		Si oui, avec un accompagnement à domicile par votre établissement habituel ?		Si oui, avez-vous payé une contribution à l'établissement (pdt absence) ?		Si changement de modalité d'accompagnement, décision de la MDPH ?	
PSH (219), adultes de plus de 20 ans	17	8%	17	8%	8	4%	6	75%	24	11%	14	58%	5	21%	8	25%

3 Analyse des 212 commentaires libres rédigés par les personnes en situation de handicap

Après une première lecture globale des réponses apportées aux questions « Pouvez-vous décrire en quelques mots les changements survenus dans votre vie quotidienne consécutifs à l'impact de la crise ? » et « autres remarques ? », les commentaires ont été répartis selon les thèmes qui se détachent (aggravation de l'état de santé et de la situation de handicap, sentiment d'isolement et de solitude, manque de soins et d'accompagnement, problèmes liés à l'emploi et la formation, meilleur soutien par les associations).

Tableau 5 : Impacts de la crise sur la vie quotidienne

Quel changement dans votre vie quotidienne ?	Aucune remarque, aucun changement	Aggravation de mon état santé et de ma situation de handicap	sentiment d'isolement et de solitude	Manque de soins et d'accompagnement	problème de formation et d'insertion professionnelle	Un meilleur soutien par association et pair-aidants
Nombre	73	54	32	23	20	10
%	34%	25%	15%	11%	9%	5%



La mission a fait le choix, tout en les classant, de laisser apparaître le verbatim intégralement afin de ne pas extraire un thème de son contexte et d’empêcher ainsi la prise en compte de la complexité des situations. Quelques citations complémentaires les unes aux autres ont été rapportées.

25 % (54 commentaires) des personnes en situation de handicap signalent une aggravation de leur état de santé et de leur situation de handicap avec beaucoup de stress, d’angoisse et de peur exprimés dans ces questionnaires remplis à la fin avril 2021 :

- « Accentuation des **troubles psychologiques et cognitifs** »
- « **Angoisses** plus importantes, Changement de rythme de vie et de lieu d’hébergement durant les confinements, impossibilité (par précaution, aidant étant lui-même immunodéprimé) de rencontrer un de mes aidants habituels,
- « Annulation de sport, **prise de poids** »
- « Suite à la crise de la COVID-19, j’ai connu un déménagement, qui a entraîné la perte de mes repères habituels. Cela a entraîné **une grosse phase de dépression, dont je me remets très doucement et difficilement.** »
- « Changement d’ordre psychologique : j’ai fait une **dépression au 3ième confinement**, alors que j’avais très bien vécu le 1er.
- Covid est stressant faut toujours avoir une hygiène se laver les mains mettre en distance. Rester confiner me donne très mal derrière la tête avec ma pathologie
- « Depuis la crise, je n’ai plus de kiné, résultat, **je marche beaucoup plus difficilement**, et beaucoup moins. »
- « En quelque mot cette crise liée au Covid je n’en peux plus **je vis dans la peur**, je vis seule à mon domicile, j’ai une aide-ménagère 3 fois par semaine, elles ont peur aussi. »

- « Je ne sortais déjà plus beaucoup, là c'est à peine si je sors une fois par semaine, au point que **je n'ai plus de repères quand je sors, mon handicap s'est aggravé** et je pense que ça joue beaucoup »
- « La COVID m'a rendu casanière au point que je peux rester chez moi plusieurs jours consécutifs sans sortir **de peur d'attraper la maladie** ».
- « Je vis avec **la peur** et me sens seule »
- « Le fait de moins sortir c'est compliqué. **Je me suis réfugié dans la nourriture. Je me suis senti plus fatigué.** »
- « Mes préoccupations et mon **anxiété** ont pris plus de place, il m'est difficile de prendre du recul. »
- « L'interruption des soins de kinésithérapie et des consultations/infiltrations en rhumatologie à l'hôpital a conduit à une dégradation nette de ma condition physique. **Je ne sais pas si je retrouverai mon niveau physique d'avant la crise.** »
- « Ma santé physique et psychologique se sont beaucoup dégradées.
- « Perte constante de **force musculaire**. Perte de relations familiales, sociales, **renfermement sur soi-même.** »"
- « Trouble respiratoire suite à mes angoisses accentuées par le port du masque. »"
- « Mon état psychologique n'était pas top du fait d'être confiné, ne plus pouvoir sortir et voir du monde »
- « Moral négatif, voire dépression. Finance en baisse. Peur du lendemain. Douleurs plus aiguës par le stress car fibromyalgie. **Pas de Kiné, pas de Balnéothérapie** ».
- « Départ en province d'octobre à décembre pour récupérer en famille, retour en décembre avec l'attente d'une hospitalisation pour opération orthopédique, **déprogrammation, intervention, stress, dérèglement thyroïdien causé par l'anti dépresseur, départ de 11 professionnels de mon centre à cause de la crise sanitaire : J'AI PEUR**
- « La COVID - 19 est arrivé dans nos vies et sur la planète même malheureusement, l'hôpital et ces partenaires n'offrent pas un accompagnement optimal ... La COVID 19 n'est pas venu me prendre avec « les conséquences de mes pathologies » rares et évolutives ! Dommage, j'y cru pendant quelques temps avec le **confinement total et arrêt des prises en charge du jour au lendemain !** »
- « **Un peu d'angoisses au début puis plus que de la lassitude** »

15 % (32 commentaires) des personnes en situation de handicap mettent l'accent sur l'isolement et le sentiment de solitude avec, entre autres :

- « Isolement social, difficultés pour tâches quotidiennes. **Je me suis retrouvée complètement dépendante de mon compagnon aidant**, qui a fait toutes les sorties pour courses, étant identifiée personne à risque pour le COVID.
- « Isolement social et familial »

- « Ne plus pouvoir sortir avec les copains (cinéma, piscine etc). A être enfermé à la maison la vie avec mon frère était plus compliqué (plus de disputes) »
- « Très isolée, beaucoup d'inquiétude j'ai perdu des amis proches et de loin ».
- « Isolement dans un logement pas adapté ».
- « Je ne peux plus aller aussi souvent chez ma maman qui est à 50 km dans un autre département. Le SAVS vient moins souvent à la maison
- « La Solitude...Je me croyais en prison »
- « Je n'ai pas pu rentrer chez moi les week-end » /« Je ne peux plus sortir en dehors de l'établissement »./ « je ne pouvais pas venir à l'IME, cela me gênait fortement »/ Les chambres ne sont plus accessibles à la famille/

11 % (23 commentaires) des personnes en situation de handicap signalent avant tout un manque de soins et d'accompagnement :

- Plus d'auxiliaire de vie pour la nuit, très compliqué pour mes proches et moi
- « Manque d'heures supplémentaires pour les auxiliaires de vie : je suis obligée de répartir mes heures pour que l'on m'aide à me coucher ».
- « Plus de présence des professionnels à mon domicile »
- « Mes parents ont dû faire à nouveau le rôle de tierce personne. Mes auxiliaires de vie ne pouvant plus venir je suis revenue chez mes parents :. C'était très difficile pour eux. EN plus de la crainte de contracter la maladie ... Ils ont dû faire face +++ a tous mes besoins.
- « Pas pu faire mes soins de kiné et balnéothérapie »
- « Je n'ai eu un rdv avec un psychiatre (CMP) que pour fin Juin. J'attends depuis des mois. »
- « Au service de soins à domicile (SSIAD) il y a trop de changement d'aides-soignantes et trop d'horaire différent et pas d'écoute »
- « Quand il faut huit mois pour mettre en marche les aides vous imaginez bien qu'en à peine un an d'existence de la Covid nous n'avons pas eu plus d'aide que d'habitude pas plus d'heures d'accompagnement. Les heures on les a passé seul ou avec nos familles heureusement quand elles ont pu venir nous voir bien entendu ; Mon enfant a continué à aller à l'école à prendre des risques de me contaminer je n'ai pas embrassé ma fille depuis des mois et encore moins mon mari parce que eux ils ont accès à l'extérieur »

9 % (20 commentaires) des personnes en situation de handicap signalent des difficultés d'emploi et d'insertion professionnelle avec des discriminations en terme d'adaptations des conditions de travail durant la crise :

- « Je me sens mis à l'écart et discriminé, durant la crise sanitaire **j'ai été placé en ASA** (*autorisation spéciale d'absence*) alors que le mieux pour moi est de travailler, le pire c'est que mes collègues se sont relayés ou sont en télétravail, pas moi! J'ai fourni un certificat médical qui stipule que je peux travailler comme n'importe quel agent, ils n'en tiennent pas compte ? Je me sens humilié, dénigré, pourtant tous les CCAS ont été sollicité durant cette crise sanitaire et bien moi on me dit que je suis fragile... »

- « Juste une chose, malgré tous les textes de lois qui protègent les personnes RQTH et bien dans le réel c'est loin d'être le cas ! En effet pour mon employeur et ma responsable du CCAS, quand on vient du « ménage », il n'y a aucune possibilité d'évoluer, on est poussé à la porte de sortie ou au placard comme dans mon cas! Le pire c'est que ma responsable sous les ordres de Monsieur le Maire à tout fait pour me faire craquer et avec ce Covid **m'évincer du service**. Je suis sûr que je pourrais être utile ? Je sais que vous ne pouvez rien faire, j'avais juste besoin d'en parler ! Pourtant mon handicap est minime. Je vous remercie
- « Beaucoup plus de télétravail et des **douleurs liées à la position non adéquate à domicile** et l'absence d'activité physique.
- « C'était difficile pour nous avec déficit auditif de suivre les cours à distance et d'avoir la moyenne pour les devoirs ».
- « Le télétravail n'était pas évident car je n'avais pas le **matériel adéquate** ».
- « Oui cela a été très dur de rester chez soi et de faire les cours en téléformation »

5 % (10commentaires) des personnes en situation de handicap saluent et remercient les associations pour leur soutien :

- « Appel téléphonique du service pendant le confinement tous les jours du lundi au vendredi, le service me demandait comment j'allais si j'avais de la fièvre si je toussais »"
- « J'ai été aidée par le SAMSAH »
- « Les APF ont mis rapidement des solutions visio à disposition »
- « Bien suivie par les services de l'AFM, notamment avec tutos pour remplacer les séances de kiné »
- « J'ai bénéficié d'une aide de l'Agefiph pour équiper mon ordinateur, de façon à être dans les meilleures conditions pour suivre la formation à distance ».
- Je tiens à souligner l'apport du Service Régional de l'AFM-Telethon durant cette période. Leurs appels pour prendre des nouvelles, mais aussi leurs envois successifs de recommandations, ou d'enquête pour savoir comment nous allions et entendre nos besoins ont été très précieux. C'est le seul service pour lequel il n'y a pas eu de rupture dans l'accompagnement
- Soutenu moralement par l'A.F.M

ANNEXE 5 : Résultats de l'enquête auprès des aidants de personnes en situation de handicap

1 Présentation générale

- 525 proches ont complété l'enquête en ligne,
- 513 questionnaires ont été exploités, douze questionnaires ont été écartés car l'âge de la personne accompagnée n'est pas renseigné. L'analyse différencie l'accompagnement des personnes en situation de handicap de 0 à 20 ans avec celle des plus de 20 ans.
- 209 questionnaires ont été remplis par des proches aidants (les parents en général) d'enfants et jeunes de 0 à 20 ans (41 % des questionnaires exploités)
- 304 questionnaires ont été renseignés par des proches aidants de personnes âgées de plus de 20 ans.

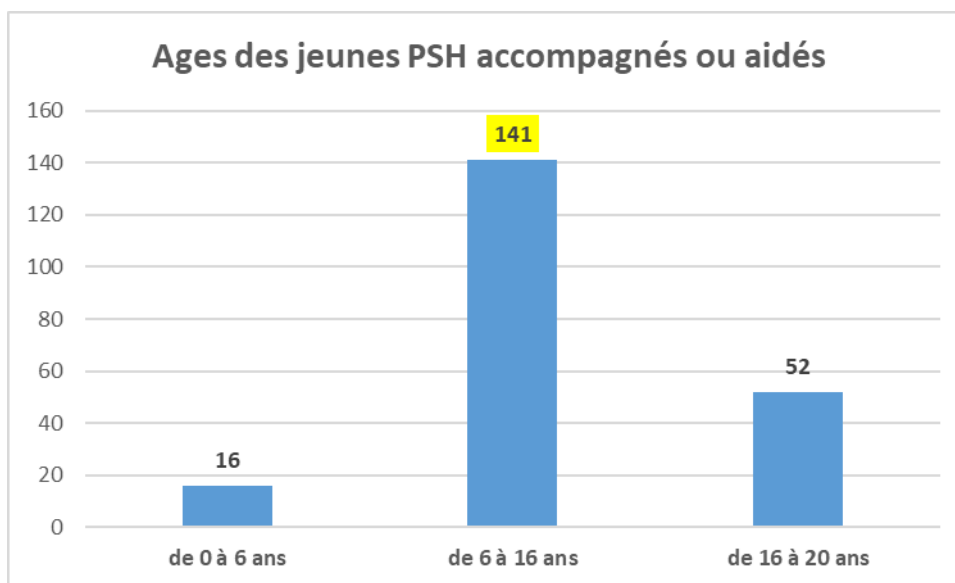
2 Questionnaires concernant l'accompagnement et l'aide à des enfants et des jeunes personnes en situations de handicap âgées de 0 à 20 ans.

Profils des jeunes PSH pour lesquels leurs proches ont rempli le questionnaire :

Tableau 1 : Répartition par âges des jeunes PSH aidées

Tranches d'âges	nombre de jeunes PSH	
de 0 à 6 ans	16	8%
de 6 à 16 ans	141	67%
de 16 à 20 ans	52	25%

Graphique 2 : Répartition par âges des jeunes PSH aidés



205 proches ont précisé le département de résidence :

- **Les répondants résident dans 42 départements différents, les plus représentés étant**

Départements les plus représentés.	Var	Seine-Saint-Denis	Aveyron	Nord	Yonne	Aube	Paris	Bouches-du-Rhône	Val-de-Marne
nombre de questionnaires	30	23	18	17	17	12	11	8	6

- Les problèmes de santé identifiés par les proches sont le plus souvent multiples, le handicap est pluriel et le plus souvent les parents d'enfants et de jeunes PSH ont coché plusieurs difficultés de santé (y compris « autre ») : L'ordre dans lequel apparaissent les déficiences (alphabétique) ne présume pas de l'importance des unes par rapport aux autres (la question de la déficience principale n'est pas posée). Un problème de santé comme par exemple les troubles du comportement semblent moins représentés car moins fréquemment cités isolément. A titre indicatif, son identification est repérée par la couleur verte dans le tableau ci-dessous :

RAPPORT IGAS N°2021-010R

Problèmes de santé identifiés par les proches	Déficience motrice	Polyhandicap	Déficiences intellectuelles	"Autre"	Troubles du spectre de l'autisme	Déficience auditive grave	Handicap cognitif spécifique
nombre de questionnaires	25	23	18	17	16	12	8
Problèmes de santé identifiés par les proches	Déficiences intellectuelles et Déficience motrice	Polyhandicap et Déficience motrice	Déficience motrice et Cérébro-lésions	Déficiences intellectuelles et Troubles du spectre de l'autisme	Handicap psychique	Troubles du comportement	Déficiences intellectuelles et Troubles du comportement
nombre de questionnaires	7	5	4	4	4	4	3
Problèmes de santé identifiés par les proches	Déficiences intellectuelles et Troubles du comportement et Déficience motrice	Déficiences intellectuelles et Troubles du spectre de l'autisme et Polyhandicap Déficience motrice	Déficiences intellectuelles et Troubles du spectre de l'autisme et Troubles du comportement	Handicap psychique et Déficience motrice	Déficience motrice et "Autre"	Déficience motrice et Déficience auditive grave	Déficience motrice et Handicap cognitif spécifique
nombre de questionnaires	3	3	3	3	2	2	2
Problèmes de santé identifiés par les proches	Déficience visuelle grave	Déficiences intellectuelles et "Autre"	Déficiences intellectuelles et Polyhandicap	Déficiences intellectuelles et Polyhandicap et Déficience motrice	Déficience auditive grave et "Autre"	Déficiences intellectuelles et Déficience motrice et "Autre"	Déficiences intellectuelles et Déficience motrice et Cérébro-lésions
nombre de questionnaires	2	2	2	2	1	1	1

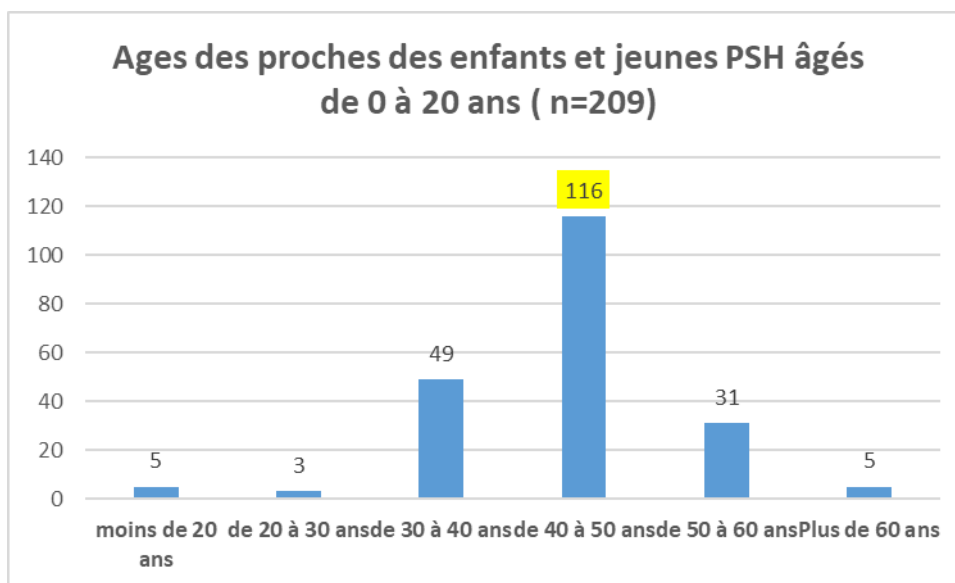
Problèmes de santé identifiés par les proches	Déficiences intellectuelles et Déficience motrice et Déficience visuelle grave et Cérébro-lésions et Handicap cognitif spécifique	Déficiences intellectuelles et Handicap psychique	Déficiences intellectuelles et Handicap psychique et Déficience motrice et Handicap cognitif spécifique et "Autre"	Déficiences intellectuelles et Handicap psychique et Polyhandicap et Déficience motrice et Déficience auditive grave et Déficience visuelle grave et Cérébro-lésions	Déficiences intellectuelles et Handicap psychique et Troubles du comportement	Déficiences intellectuelles et Troubles du comportement et Cérébro-lésions	Déficiences intellectuelles et Troubles du comportement et Déficience auditive grave
nombre de questionnaires	1	1	1	1	1	1	1
Problèmes de santé identifiés par les proches	Déficiences intellectuelles et Troubles du spectre de l'autisme et Déficience motrice et Cérébro-lésions	Déficiences intellectuelles et Troubles du spectre de l'autisme et Handicap psychique et Troubles du comportement et Polyhandicap et Déficience motrice et Handicap cognitif spécifique et "Autre"	Déficiences intellectuelles et Troubles du spectre de l'autisme et Polyhandicap et Déficience motrice et Déficience visuelle grave et Cérébro-lésions et Handicap cognitif spécifique et "Autre"	Déficiences intellectuelles et Troubles du spectre de l'autisme et Troubles du comportement et Polyhandicap	Handicap psychique et Troubles du comportement	Polyhandicap et "Autre"	Polyhandicap et Cérébro-lésions
nombre de questionnaires	1	1	1	1	1	1	1
Problèmes de santé identifiés par les proches	Polyhandicap et Déficience auditive grave et Cérébro-lésions	Polyhandicap et Déficience motrice et Handicap cognitif spécifique	Polyhandicap et Handicap cognitif spécifique et "Autre"	Troubles du comportement et Cérébro-lésions	Troubles du comportement et Déficience motrice	Troubles du comportement et Déficience motrice et Cérébro-lésions et "Autre"	Troubles du comportement et Déficience motrice et Cérébro-lésions et "Autre"
nombre de questionnaires	1	1	1	1	1	1	1
Problèmes de santé identifiés par les proches	Troubles du comportement et Déficience motrice et Cérébro-lésions et "Autre"	Troubles du comportement et Déficience visuelle grave et "Autre"	Troubles du comportement et Polyhandicap				
nombre de questionnaires	1	1	1				

- 30 parents (14 % des répondants) ont apporté des éléments de précision :
 « malformation rénale et insuffisance, dystonie, troubles de l'oralité, retard de langage sévère » ;
 « Displégie spastique » ; « Myopathie ullrich » ; « Maladie neuromusculaire de mes jumeaux » ;
 « troubles neurologiques, troubles du langage, troubles de l'oralité et dystonie » ; « Maladie de Chiari
 type 1 opéré en Neurochirurgie et Syringomyélie dorsale » ; « Dyspraxie visuo spatiale » ; « Multidys »
 ; « Displégie spastique » ; « TSLO » ; « Tsl » ; « hyperactivité » ; « myopathie de becker et trouble
 praxiques et attentionnels » ; « Trisomique 21 » ; « handicap moteur » ; « Aucun diagnostic : arrêt de
 la marche parole et déglutition chez enfant en bonne santé » ; « Epilepsie » ; « dysphasie avec trouble
 de l'attention et trouble du langage » ; « épilepsie » ; « Epilepsie rare » ; « cognitifs - retard dans les
 apprentissages malformation cardiaque et gynécologique » ; « Epilepsie » ; « Anomalie génétique très
 rare » ; « Syndromes de sotos » ; « Myopathie mitochondriale » ; « Syndrome de Dravet » ; « enfant
 porteur d'une trisomie 21 » ; « syndrome de dravet » ; « handicap moteur » ; « troubles de la
 compréhension » ;
- Les proches aidants ont tous précisé leurs âges :

Tableau 2 : Répartition par âges des proches aidants

âges des proches répondants	Nombre	
moins de 20 ans	5	2%
de 20 à 30 ans	3	1%
de 30 à 40 ans	49	23%
de 40 à 50 ans	116	56%
de 50 à 60 ans	31	15%
Plus de 60 ans	5	2%

Graphique 1 : Répartition par âges des proches aidants



Avant l'épidémie de Covid-19, quelles étaient les modalités de l'accompagnement de la personne que vous aidez ?

- 188 proches ont précisé les modalités d'accompagnement du jeune PSH avant la crise Covid :

Tableau 3 : Modalités d'accompagnement avant la crise

MODALITES D'ACCOMPAGNEMENT	Accompagnée à domicile par un service	Accueillie en journée dans un établissement	Accueillie en journée dans un établissement Accompagnée à domicile par un service	Hébergée dans un établissement
NOMBRE DE REPONSES	39	108	2	39
	21%	57%	1%	21%

La personne que vous aidez a-t-elle été hébergée ou accueillie en 2020 dans un établissement où elle ne va pas d'habitude ?

- 187 proches ont répondu à cette question :
 - NON pour 179 personnes (96 %)
 - OUI pour 8 personnes (4 %), 5 d'entre eux étaient habituellement accueillis à la journée, deux étaient hébergés et un était à domicile
- Si oui, pendant quelle période (pour les 8 réponses positives) ?

Tableau 4 : Répartition par périodes d'accueils dans un établissement inhabituel

Accueil ou hébergement différent de l'habitude	Pendant le premier confinement.	Entre les deux confinements	Entre les deux confinements · Pendant le deuxième confinement.	Pendant le deuxième confinement.
nombre	1	2	2	3

- Cet établissement s'occupe-t-il habituellement de personnes présentant le même handicap que la personne que vous aidez ?
 - OUI pour 6 personnes
 - NON pour 2 personnes

La personne que vous aidez est-elle rentrée de manière inhabituelle chez elle ou chez vous pendant l'année 2020 ?

- 185 réponse à cette question :
- **OUI pour 94 personnes (51 %)**
- NON pour 91 personnes

90 personnes parmi les 94 ayant répondu OUI ont précisé la période concernée :

Tableau 5 : Répartition des périodes d'accueil « inhabituelle » au domicile

RETOUR INHABITUEL A DOMICILE (n=90)	Pendant le premier confinement.	Pendant le premier confinement et Entre les deux confinements.	Entre les deux confinements.	Pendant le premier confinement et Entre les deux confinements et Pendant le deuxième confinement.	Pendant le premier confinement et Pendant le deuxième confinement.	Pendant le deuxième confinement.
Nombre	51	5	3	9	19	3
	57%	6%	3%	10%	21%	3%

69 (73 %) ont précisé que la personne aidée a pu être accompagnée à distance (téléphone, visio...)

9 (10 %) des personnes aidées ont pu être accompagnées par un établissement ou un service durant cette période inhabituelle à domicile.

Si la personne que vous aidez a changé de lieu d'hébergement ou de mode d'accueil ou d'accompagnement au cours de l'année 2020, ce changement a-t'il fait l'objet d'une décision de la Maison départementale des personnes handicapées ?

- 49 proches répondent à cette question et seulement 4 personnes ont connaissance d'une décision de la MDPH concernant le mode d'accompagnement du jeune PSH ;

Avez-vous bénéficié d'un soutien particulier en tant qu'aidant ?

- 27 proches ont précisé la nature du soutien :
 - Essentiellement du soutien téléphonique (appel hebdomadaire de la psychologue de l'établissement ou encore tous les 10 jours de l'éducatrice pour « savoir comment nous allions », quelques appels pour « échanger sur la prise en charge de mon fils et sur mon état de santé et mon état d'esprit » « appels du SESSAD pour prendre des nouvelles et proposer de l'aide »... ces appels sont perçus comme du « soutien moral »
 - Quelques visites à domicile « Aide assistante sociale, visite kiné à domicile » « une fois par semaine, pour faire les courses »
 - Quelques envois de supports papier pour les exercices et « quelques mails d'illustration
 - PCH attribué en « Urgence »
 - « La CAF me verse l'AAEH pour les jours où ma fille reste à ma charge »

Lorsque l'établissement qui accueille habituellement la personne que vous aidez était fermé, a-t-elle dû payer une contribution ?

- 5 réponses positives dont une concerne une personne accompagnée par des services à domicile (erreur de saisie ?)
 - Les 4 autres situations concernent dans 2 cas des jeunes de 16 à 20 ans et les deux autres ont entre 6 et 16 ans, ils résident tous dans des départements différents.

Considérez-vous que l'accueil ou l'accompagnement dont a bénéficié la personne que vous aidez a répondu à ses besoins ?

- 26 réponses (15 autant que d'habitude, 7 moins que d'habitude et 4 ne se prononce pas)

Pouvez-vous décrire en quelques mots les changements survenus dans votre vie quotidienne consécutifs à l'impact de la crise?

Ils sont principalement de trois ordres :

- **Aggravation de l'état de santé des jeunes PSH :**

Un gros manque de kiné, ce qui a eu un gros impact sur l'état physique de mon enfant. Impossible aussi de recevoir à domicile les autres intervenants professionnels car pas de place pour respecter les mesures de sécurité avec le reste de la famille dans l'appartement

Perte des intervenants libéraux (kiné, psychomotricienne): impact physique et moteur sur la personne aidée.

Mon fils durant tout le premier confinement n'a eu aucune prise en charge rééducative. Par semaine il a une séance de kiné, d'orthophonie, de psychomotricité, d'ergothérapie et d'orthoptie et tout s'est donc arrêté pendant le premier confinement ce qui a entraîné des régressions.

Mon fils est reparti dans un sur attachement vis à vis de moi car il a été 5 semaines non stop avec moi. Retour de trou les du comportement comme se mordre troubles du sommeil...

"devoir gérer moi-même les exercices de kiné de ma fille pendant le 1er confinement.

Être encore plus présente pour la rééducation de ma fille."

Dure à gérer, 24h sur 24h. Et malgré les soutiens et les aides que l'IME m'a fournies en nous accompagnant il y a quand même eu une régression. Mais maintenant ça va mieux

- **Difficultés financières et Difficulté de mener de front télétravail et soins à de jeunes PSH :**

"Période très difficile financièrement, étant du domaine de santé travaillant à 50 %, j'aurais souhaité m'arrêter un peu et vivre avec le chômage partiel, mais je n'ai pas eu des réponses à mes questions c'est on me disait que je suis déjà à mi-temps, ceci pour la 1ère vague. Pour la seconde, ma fille était hospitalisée (pas covid19) et la 3ème vague, j'avais posé tous mes congés payés restant et ma reprise est prévue ce samedi 1er Mai.

Parent seul et isolé, infirmière de métiers et mère de 3 filles (18,15 et 10 ans) dont la cadette en situation de polyhandicap ; je tiens à préciser que la facture des dépenses (surtout pour l'année 2020) suite aux confinements est vraiment très salée presque 2800 €."

Télétravail avec une enfant porteuse de paralysie cérébrale : période très éprouvante pour les parents, la fratrie et l'enfant

Pendant le premier confinement, j'étais en télétravail avec mes deux enfants en situation d'handicap à gérer à la maison. Je faisais mon travail, les devoirs, les séances par visio et toutes les tâches ménagères. C'était très compliqué à gérer

Plus de sorties dans la famille, dans les commerces, IEM fermé le 1er confinement plus aucune prise en charge pour mon enfant juste 4 appels téléphoniques pour voir si tt va bien !!! Et des devoirs par mails donc scolaire, kiné, orthophoniste, psychomotricité fait à la maison par moi moi-même. Réouverture de IEM mi-mai 2h 3 fois par semaine mais plus de transport pendant 4 semaines puis 1 1/2 par semaine jusque fin juin, juillet reprise à mi-temps avec transport.

- **Aggravation du sentiment d'isolement ; de solitude :**

L'impact était surtout pour l'enfant qui avait un rythme et qui a eu du mal au départ à comprendre la situation. Le travail en partenariat avec l'équipe éducative et médical m'a soutenu et accompagné tout au long de cette situation bien sûre compliquée pour tout le monde.

Le confinement avec tous ses interdit et contraintes, la difficulté d'accéder à certains services, la peur de contracter la maladie

Le grand changement a été d'en ne pas pouvoir voir ses proches, surtout les parents. Nos aînés

Les parents n'ont pas de soutiens, moral et santé

Solitude

Autres remarques :

Des parents ont remonté les difficultés financières occasionnées par l'accompagnement de leurs enfants à temps plein chez eux, avec des coûts parfois très élevés.

Lors des auditions, il a également été évoqué la question du financement de l'indemnisation des proches dans le cadre de la PCH. :

« Je souhaiterais savoir si l'État a prévu un moyen d'aide exceptionnel pour les factures ? »

« Les structures ont-elles perçues les aides de l'ars pendant le confinement alors qu'elles n'accueillaient pas les enfants ? »

Des notes positives également exprimés en conclusion du questionnaire :

« On a été quand même bien suivie appel téléphonique tous les deux jours, mail des éducateurs »

"Le cesap de X où est suivi mon fils a été d'un grand soutien avec les moyens qui leurs ont été donnés au 1er confinement. L'ergo m'a apporté la flèche de mon fils le médecin est passé avec la psy quand il a eu des troubles de l'alimentation. Il a pu être accueilli à l'internat car la situation était très difficile à vivre pour lui pour moi."

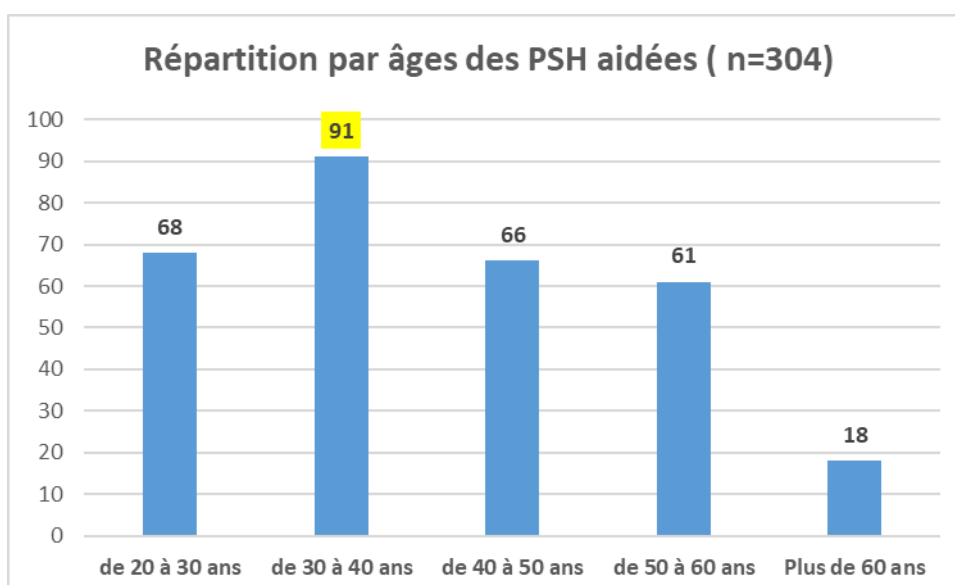
3 Questionnaires concernant l'accompagnement et l'aide à des personnes en situation de handicap de 20 ans et plus.

Profils des PSH adultes pour lesquels leurs proches ont complété le questionnaire :

Tableau 6 : Répartition par âges des PSH aidées

de 20 à 30 ans	68	22%
de 30 à 40 ans	91	30%
de 40 à 50 ans	66	22%
de 50 à 60 ans	61	20%
Plus de 60 ans	18	6%

Graphique 2 : Répartition par âges des PSH aidées



- Les répondants résident dans **62 départements différents**, les plus représentés étant :

Départements	Meurthe-et-Moselle	Rhône	Nord	Aube	Vaucluse	Yonne	Bouches-du-Rhône	Ile-et-Vilaine	Marne	Pas-de-Calais	Seine-et-Marne
Nbre de questionnaires	62	16	15	14	14	13	10	10	9	9	8

- Les problèmes de santé identifiés par les proches sont tout aussi pluriels que pour les jeunes PSH, il y a même plus de « combinaisons » possible, 61 pour les adultes. Néanmoins, les grandes familles de déficiences se détachent mieux. Ainsi les situations les plus souvent décrites sont :

Problèmes de santé identifiés par les proches	Handicap psychique	Polyhandicap	Déficiences intellectuelles	Autre	Troubles du spectre de l'autisme	Déficiences intellectuelles Déficience motrice	Déficiences intellectuelles Handicap psychique	Déficience motrice	Déficiences intellectuelles Troubles du spectre de l'autisme
Nombre de questionnaires	41	38	37	24	20	12	11	10	10

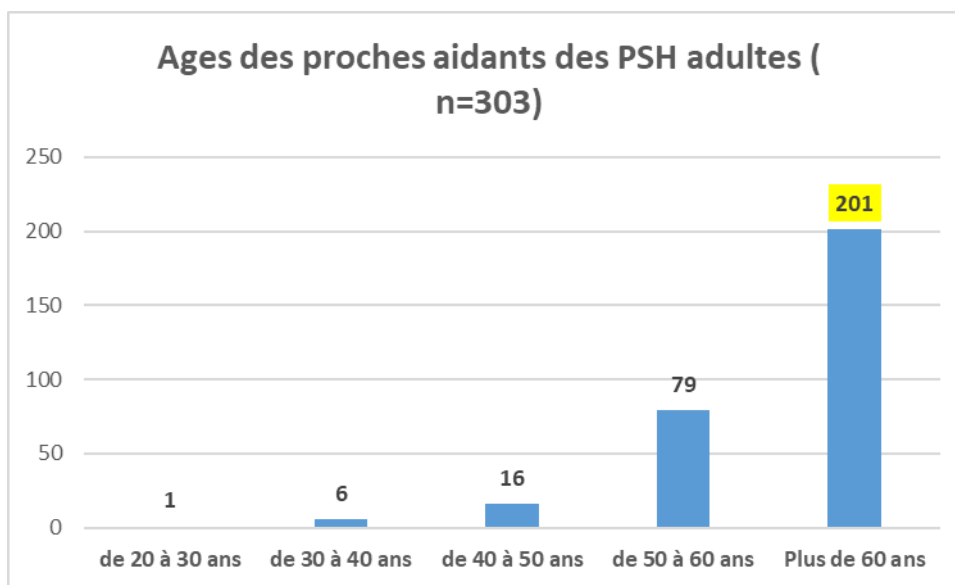
33 des 304 familles (11 %) apportent les précisions suivantes : Trisomie 21 ; syndrome de Prader Willi ; trisomie ; infirme moteur cérébrale ; trisomique 21 ; trisomie 21 ; Traumatisée Cranien ; Hémiplégique et épileptique ; tétraplégique + mutisme + alimentation par gastrotomie + problème de déglutition + suspicion de crises d'épilepsie ; difficultés d'élocution et de communication ; Épilepsie ; Adulte handicapée ; Sourd et muet ; a des difficultés de langages ; Maladie neuro musculaire ; Personne épileptique ; mobilité ; trouble neuro-développement ; Dystrophie myotonique de steinert multisystemique ; trisomie ; troubles du comportement avec agressivité ; Psychotique ; dystrophie de steinert ; Anomalie rare du fonctionnement du métabolisme nécessitant un régime alimentaire spécifique strict comme thérapie ; « séquelles lourdes d'un cancer ponto-cérébelleux opéré en janvier 2000" ; Trisomie 21 ; elle est épileptique ; Atteints de myopathie ; épileptique ; épileptique ; Myotonie de steinert ; Opérée en mai 2018 d'un plasmocytome puis radiothérapie suivie d'un myélome multiple avec autogreffe de moelle.

- Un seul proche n'a pas renseigné son âge (303 réponses) :

Tableau 7 : Répartition par âges des proches aidants

Ages des proches aidants	Nombre	
de 20 à 30 ans	1	0%
de 30 à 40 ans	6	2%
de 40 à 50 ans	16	5%
de 50 à 60 ans	79	26%
Plus de 60 ans	201	66%

Graphique 3 : Répartition par âges des proches aidants



Avant l'épidémie de Covid-19, quelles étaient les modalités de l'accompagnement de la personne que vous aidez ?

- 279 proches ont précisé les modalités d'accompagnement de l'adulte en situation de handicap avant la crise Covid :

Tableau 8 : Modalités d'accompagnement avant la crise

MODALITES D'ACCOMPAGNEMENT	Accompagnée à domicile par un service	Accueillie en journée dans un établissement	Accueillie en journée dans un établissement et Accompagnée à domicile par un service	Hébergée dans un établissement et Accompagnée à domicile par un service	Hébergée dans un établissement
Nombre de réponses	29	58	10	4	178
	10%	21%	4%	1%	64%

La personne que vous aidez a-t-elle été hébergée ou accueillie en 2020 dans un établissement où elle ne va pas d'habitude ?

- 298 proches ont répondu à cette question :
 - NON pour 279 personnes (94 %)
 - OUI pour 17 personnes (6 %), 5 d'entre eux étaient habituellement accueillis à la journée, deux étaient hébergés et un était à domicile
- Si oui, pendant quelle période (pour les 17 réponses positives) ?

Tableau 9 : Répartition des périodes d'accueil dans un établissement « inhabituel »

Période d'accueil dans un établissement différent de l'habitude	Pendant le premier confinement.	Pendant le premier confinement. Entre les deux confinements	Entre les deux confinements	Pendant le premier confinement. Entre les deux confinements	Pendant le premier confinement. Pendant le deuxième confinement.	Pendant le deuxième confinement.
nombre (n=17)	5	1	2	3	2	4

- **Cet établissement s'occupe-t-il habituellement de personnes présentant le même handicap que la personne que vous aidez ?**
 - OUI pour 14 personnes
 - NON pour 1 seule personne
 - « Je ne sais pas » pour deux personnes

La personne que vous aidez est-elle rentrée de manière inhabituelle chez elle ou chez vous pendant l'année 2020 ?

- 299 réponses à cette question :

- **OUI pour 146 personnes (49 %)**
- NON pour 153 personnes (51 %)

140 personnes parmi les 146 ayant répondu OUI ont précisé la période concernée :

Tableau 10 : Répartition des périodes de retours « inhabituels » à domicile

Retour inhabituel à domicile (n=140)	Pendant le premier confinement.	Pendant le premier confinement. Entre les deux confinements	Entre les deux confinements	Pendant le premier confinement. Entre les deux confinements Pendant le deuxième confinement.	Entre les deux confinements Pendant le deuxième confinement.	Pendant le premier confinement. Pendant le deuxième confinement.	Pendant le deuxième confinement.
Nombre	43	6	15	32	5	35	4
	31%	4%	11%	23%	4%	25%	3%

77 (55 %) ont précisé que la personne aidée a pu être accompagnée à distance (téléphone, visio...)

29 (21 %) des personnes aidées ont pu être accompagnées par un établissement ou un service durant cette période inhabituelle à domicile.

Si la personne que vous aidez a changé de lieu d'hébergement ou de mode d'accueil ou d'accompagnement au cours de l'année 2020, ce changement a-t'il fait l'objet d'une décision de la Maison départementale des personnes handicapées ?

- 171 proches répondent à cette question et 11 personnes ont connaissance d'une décision de la MDPH concernant un changement de mode d'accompagnement de la PSH (6 %)

Avez-vous bénéficié d'un soutien particulier en tant qu'aidant ?

- 270 proches répondent à cette question, 28 déclarent avoir eu un soutien (10 %) :

*Soutien moral de l'encadrement de l'établissement par appels téléphoniques / facilités pour des échanges via SKyPE et rencontres en présentiel sous conditions/Organisation de réunions zoom pour planifier les journées, sorties avec le SAMSAH/ Psychiatre/ **Par téléphone, on nous expliquait les actes de violence de notre fils et les solutions que l'on tentait. Puis on nous a proposé l'hospitalisation en secteur psychiatrique. Il est resté confiné 5mois et demi./ Unafam - Zoom/ téléphone du CAPS à Nous/ ENTRETIEN AVEC PSYCHOLOGUE/ Psychologique de la part de l'établissement/Ma psychologue/ hospitalisation préventive 3 eme burn out/ informations téléphoniques hebdomadaires./ "Téléphone, mails et visio conférences avec les bénévoles Unafam/ Liens téléphoniques avec l'hôpital de jour Mgen"/ Appel régulier du foyer où elle est habituellement accueillie ainsi que de l'ESAT où elle travaille/ Groupe de sensibilisation Apf France handicap/ La Mas apporte son soutien et propose des aides si besoins au cas par cas/ aide de l'équipe de place , mais également apport de notre soutien à cette équipe/ Entretiens téléphoniques réguliers/ mise en place d'une coordination par établissement .lettres aux aidants .écoutes téléphoniques .mise en place d'une cellule COVID et d'une cellule de crise/ groupe de parole en autonomie et profamille entre les confinements.../ Rdv en visio organisé régulièrement par l'établissement./ visio rencontres, suivi par plate forme territoriale***

Lorsque l'établissement qui accueille habituellement la personne que vous aidez était fermé, a-t-elle dû payer une contribution ?

- 7 réponses positives concernant 6 personnes en hébergement permanent et une en accueil de journée, sur 6 départements différents. Deux sont âgées de 20 à 30 ans, deux de 30 à 40, 2 de 40 à 50 ans, une personne âgée de 50 à 60 ans..

Considérez-vous que l'accueil ou l'accompagnement dont a bénéficié la personne que vous aidez a répondu à ses besoins ?

- 262 avis, partagés :

Tableau 11 : Répartition de l'appréciation de l'évolution de la réponse aux besoins

Autant que d'habitude	99	38%
Moins que d'habitude	74	28%
Plus que d'habitude	51	19%
ne se prononce pas	38	15%
NOMBRE D'AVIS	262	100%

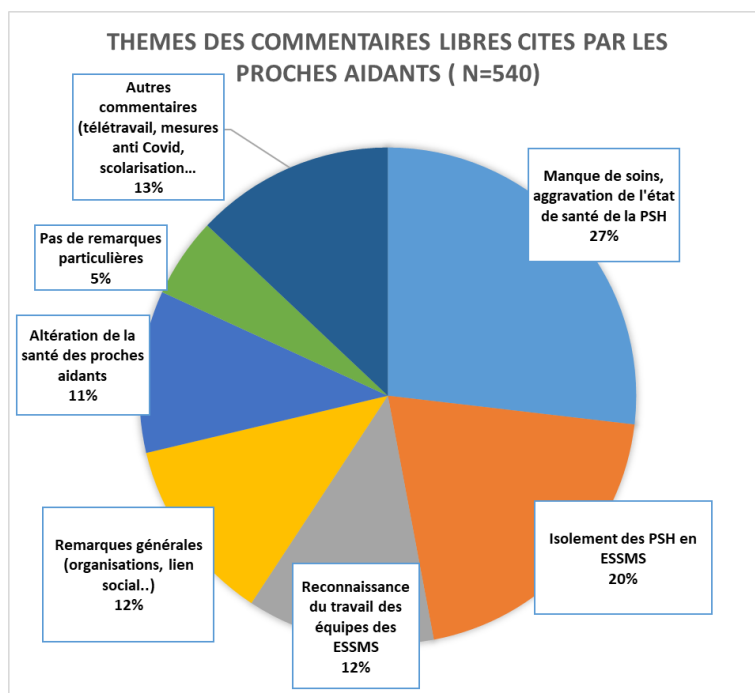
4 Analyse des 540 commentaires libres rédigés par les proches aidants des personnes en situation de handicap de tous âges

Après une première lecture globale, les commentaires ont été répartis selon les thèmes qui se détachaient (Manque de soins, aggravation de l'état de santé de la PSH ; Isolement des PSH en ESMS ; reconnaissance des équipes des ESSMS ; remarques générales dont la charge pour les proches aidants ; Altération de la santé des proches aidants ; pas de remarques particulières ; impact sur le travail et les ressources du proche aidant ; Difficultés liées aux mesures barrières, accès aux tests et aux vaccins ; Difficultés de scolarisation et d'insertion professionnelles des PSH) :

Tableau 12 : Répartition des thèmes abordés dans les commentaires libres

Thèmes évoqués en commentaires libres (n=540)	Manque de soins, aggravation de l'état de santé de la PSH	Isolement des PSH en ESMS	Remerciements aux équipes des ESSMS	Remarques générales (organisations, charge pour les proches)	Altération de la santé des proches aidants	Pas de remarques particulières	Impact sur le travail et les ressources du proche aidant	Difficultés liées aux mesures barrières, accès aux tests et aux vaccins	Difficultés de scolarisation et d'insertion professionnelles des PSH
Nombre	145	109	66	65	57	28	26	24	20
%	27%	20%	12%	12%	11%	5%	5%	4%	4%

Graphique 4 : Répartition des thèmes abordés dans les commentaires libres



La mission a fait le choix, tout en les classant, de laisser apparaître le verbatim intégralement afin de ne pas extraire un thème de son contexte et d'empêcher ainsi la prise en compte de la complexité des situations

12 % (66 commentaires) des proches aidants expriment spontanément leur reconnaissance envers les équipes des établissements et services et regrettent très souvent le manque de reconnaissance dont aurait manqué le secteur médico-social:

- « En ce qui concerne l'établissement concerné, les moyens ont été à la hauteur des attentes et le renfort de personnel apporté aux équipes éducatives ont fait que les confinements se sont "bien" passés". Ce qui a été bénéfique dans la prise en charge des résidents. »
- « Dans l'établissement recevant mon fils handicapé tout un protocole pour la protection des usagers, des personnels et des personnes venant de l'extérieur (proches, amis etc) a été mis en place de manière absolument stricte. L'effet a été bénéfique et a limité au maximum les risques de contagion. »
- « L'effort fourni par tous est à saluer et à féliciter. »
- « En conclusion que ce soit en période de confinement ou seulement de couvre-feu, les règles ont été appliquées strictement au sein de sa structure de travail et d'hébergement. Elles ont été efficaces, le personnel accompagnant s'est grandement investi dans les explications à fournir, les discussions à assurer pour rassurer et entourer au mieux. Toutes ces actions, sortant de l'accompagnement ordinaire, accomplies sont à saluer et à féliciter. »
- « Je crois que l'on n'a pas assez reconnu et valorisé le personnel de ce type d'établissement »
- « Il est scandaleux que les établissements médico-sociaux n'aient pas été jugés prioritaires alors que le dévouement des personnels a été sans failles. »

- « La crise a été un révélateur de l'importance des professionnels du médico- social »
- "Les choix que nous fûmes obligés de prendre furent difficiles et pouvant parfois être comparés à du chantage. Il est difficile de s'entendre dire vous ne pouvez voir votre fille. En sachant que nous avons aussi des parents âgés que nous ne pouvions voir pendant ces mêmes périodes. Dans l'ensemble les professionnels ont fait un travail remarquable pour que nous puissions traverser cette période très difficile. En espérant que la vaccination nous permette de voir l'avenir d'une façon plus souriante."
- « Les personnes handicapées, les professionnels s'occupant de nos enfants n'ont pas eu la reconnaissance de la part de l'Etat. Les personnes polyhandicapées n'ont pas été aussi considérées comme personnes à risques, non prioritaires? C'est une aberration lorsque l'on connaît leur fragilité. »"
- « Les outils développés pendant cette période (visio, etc.) pourraient être maintenus en classe quand l'enfant est hospitalisé ou opéré, les enseignants en milieu spécialisé se sont rodés avec la technologie, c'est une chance à saisir pour améliorer la continuité de l'enseignement (ou des soins) lors des absences de l'enfant ! »
- « Nous avons très bien été aidé pas le moniteur référent de notre fils ainsi que l'Esat »
- « Nous saluons toutes les équipes qui méritent la reconnaissance de leur travail par une rémunération adaptée et valorisante. »
- « Pendant cette période l'établissement a réalisé un petit journal mensuel avec des photos des activités que les jeunes faisaient et nous l'envoyait par mail, même si nous ne voyions pas à chaque fois notre protégée, nous étions heureux de voir que les jeunes même confinés dans leur unité avaient des activités et paraissaient joyeux sur les photos. Et ce qui est bien c'est que cela continue. »
- « Très grande mobilisation des professionnels qui les accompagnent mais conditions de visite contraignantes. »"
- « Le quotidien a été difficile les premiers mois sans aide des proches et du centre mais le soutien des équipes par téléphone nous a aidé à tenir. Notre parent handicapé fut confiné dans le centre qui l'accueille, pendant un mois. Impossible de le voir, les sorties week-end ont été suspendues dans l'intérêt de tous. Inquiétude pour les parents très âgés qui redoutaient une contamination. Cependant les équipes très dévouées ont redoublé d'imagination pour distraire les résidents et tout s'est très bien passé. »

[269] La majorité des remarques et commentaires concernent le manque de soins, la difficulté d'accès aux soins, quel que soit l'âge de la personne en situation de handicap (cf. également l'annexe concernant les réponses apportées par les personnes en situation de handicap)

27 % des commentaires signalent un manque de soins (para médicaux mais aussi sociaux) avec le plus souvent une aggravation de la situation de handicap (145 commentaires). Les témoignages concernent souvent les jeunes PSH mais également des personnes adultes.

- « Nous nous sommes retrouvé complètement seuls face au handicap de notre fille qui avait 1 an. Les médecins nous parlaient sans cesse de stimulation notamment vis à vis de la plasticité

cérébrale. **Mais nous n'avons pas le temps de l'aider**, le télétravail était très difficile. Du jour au lendemain, plus de séance de kiné, de psychomotricité. **C'était l'enfer !** »

- « Nos enfants ont été **sur-médicamenté** pour maintenir une certaine tranquillité, malgré nos SOS pour le changement de fauteuil en panne et avec une attente de 2 ans, nous n'avons pas trouvé beaucoup de soutien, « nous avons été abandonnés » ».
- « Aujourd'hui, mon fils est accueilli à l'école mais son AESH étant absente (depuis février 2021), c'est garderie, il ne se passe rien. Aucun apprentissage. **C'est dramatique !** c'est honteux. »
- « **Les troubles du comportement de mon fils de 4 ans se sont multipliés.** Lui qui adorait l'école ne veut plus y aller (il n'a plus d'AVS donc ne se sent pas en sécurité et elle ne reviendra qu'en décembre 2021) »
- « Mon fils a très mal supporté l'arrêt total de rééducation pendant le 1er confinement qui l'a fait **beaucoup régressé**. Il n'apprend plus rien en classe. On le laisse de côté. Ce n'est pas de l'inclusion ! c'est injuste et inégal. »
- « Arrêt des séances de kinésithérapie et orthophonie en cabinet (2mois) de mon fils ce qui a entraîné **une perte de la mobilité et de l'autonomie** / reprise à domicile à partir du mois de mai 2020. Le poids du handicap encore plus lourd pour moi. »
- « C'est moi qui ai dû aider ma fille pour tout ce qui concerne devoirs, orthophonie et psychomotricité / "devoir gérer moi-même les exercices de kiné de ma fille pendant le 1er confinement. .../... (**de nombreux témoignages identiques**)
- « L'impact de la crise : un abandon total des soins. **En 1 an mon fils a eu 2 mois et demi de soin ; Il a régressé** et tous les bénéfices liés à ses efforts depuis des années ont été perdu il doit tout réamorcer ... »
- « Le Centre d'Accueil de Jour a fermé, aucun suivi par la structure **seulement un appel par semaine**, nous indiquant .../...que l'équipe d'accompagnement étaient en renfort de leurs collègues du FAM, mais pour nous famille aucune aide...ils n'ont pas pris la peine de venir nous soulager au domicile ou d'organiser 1 après midi (pour nos enfants) dans la structure près de chez nous, ni même de visio conférence... »
- « Lors d'une visite avec le médecin rééducateur, j'ai appris que **ma fille ne pliait plus les genoux suite au manque de soins durant le confinement**, nous l'avons appareillé et avons trouvé un kiné pour 3 fois par semaine »
- « Le retour en famille a été perturbé, **son handicap moteur s'est modifié**, plus de kiné moins de déplacement aujourd'hui, il faut faire avec et ce n'est pas facile, déplacement en fauteuil, le retour en famille nécessite des transformations et aménagement de mon domicile et je rencontre beaucoup de soucis au niveau de la MDPH. »
- « Notre enfant n'a pas pu bénéficier de ses suivis habituels pendant le premier confinement et cela malgré ses difficultés scolaires liés à ses troubles (orthophoniste, ergothérapeute) il n'a pas eu non plus de séances de kiné nécessaire au vu de sa myopathie Ni d'ailleurs de séances de psychologue »

- « Notre fils Florian a 34 ans. Il est polyhandicapé. Il a été confiné à la maison du 20/3/20 à mi-juillet, puis retour à la MAS de façon plus allégée jusqu'à fin août et à nouveau confiné de début septembre jusqu'à début février 2021. Pendant ces 11 mois, plus aucune prise en charge : plus de kiné (il n'avait qu'une séance hebdo. de 20 mn), pas de possibilité de réviser le matériel et les aides techniques, plus de vie sociale avec les autres résidents. Les seuls contacts avec l'établissement pendant cette période l'ont été à l'initiative d'un éducateur et de deux auxiliaires qui soit téléphonaient soit sont venus à domicile 4 ou 5 fois pour occuper notre fils et nous permettre de "souffler un peu ».
- « Pendant le premier confinement, la rééducation a été arrêté alors que je devais faire l'école à la maison... **Mon fils a perdu des capacités motrices et son moral était au plus bas avec des pensées suicidaires... Il n'avait alors que 7 ans... »**
- « Nous sommes parents et faisons au mieux mais nous ne pouvons-nous substituer à des professionnels. »
- « Vie entre parenthèse comme la plupart de nos concitoyens. Mais surtout surcharge de travail : ma fille en situation de handicap (40 ans) et ma mère (94 ans) chez moi **et impossibilité de trouver de l'aide (SSIAD, SAAD manquent de personnels)**. Donc beaucoup de fatigue physique et nerveuse »
- « Le suivi réalisé en principe 2 fois par an au centre de référence (hôpital Trousseau) a été interrompu. Il n'y a donc eu qu'un seul suivi en 2020 au lieu de 2. »
- « Cette situation a créé plus **d'angoisse et d'agressivité** de la part notre fils par rapport à l'avenir et de sa place dans la société, au niveau de la vie professionnelle et d'une possibilité d'hébergement avec un encadrement et un accompagnement. »
- « **Crises répétées** de désespoir et de déraison liés à la solitude, le sentiment de rejet, de dénigrement, d'impossibilité de communication et d'intégration dans un groupe social et même de reconnaissance humaine par un seul être. »
- « Notre recherche pour trouver une auxiliaire de vie disponible, même pour quelques heures par semaine, n'a pas abouti à cause de la **pénurie de personnel dans les entreprises d'aide à domicile** »
- « ESAT fermé, aucune activité de loisirs, rupture des plannings et de la prévisibilité des choses, **un désastre total pour une personne autiste** »
- « Isolement de plus en plus ressenti pour ma fille, aujourd'hui **elle est en pleine dépression**, je me sens seule face à cette tristesse et cette solitude que connaît ma fille »
- « Gérer la non prise en charge de mon enfant malade psychique. **Gérer les angoisses décuplées** liées à son future proche et lointain. Quelle place pour une personne psy dans ce contexte. Essayer de rester positive. »
- « **Mon fils est devenu violent lors du premier confinement nous nous sommes sentis abandonnés**. Le suivi à Domicile ne convient pas à mon enfant et les accueils temporaires ont

été espacés la prise en charge est donc dégradé et le répit est illusoire. **Que peut faire un appel téléphonique lorsque vous voyez votre enfant se taper la tête à sang? »**

- « Mon fils de 34 ans malade psychique s'est refermé sur lui-même depuis le 1er confinement. Est **en situation de repli** depuis le 1er confinement. »
- « **Zéro prise en charge paramédicale pendant 3 mois et zéro aides à domicile -> régression des capacités motrices** ma filles, **détresse psychologique** manifestées par une augmentation des crises d'épilepsie »
- « Revaloriser la rééducation de nos enfants avec paralysie cérébrale ? pourquoi 4h par semaine de rééducation quand partout ailleurs, on préconise 4h par jour ? Quand les familles pourront elles arrêter de fuir en Pologne, en Belgique, en Espagne ? honteux pour la France mais nous n'avons pas le choix. (J'attends toujours remboursement de 1h de kiné par jour pendant notre séjour belge ! mais la CNAM ne répond pas et laisse les familles endettées) déplorable ? calamiteux, **on en a assez !** »
- « La prise en charge des enfants handicapés est très mal faite. 1 séance de kinésithérapie par semaine, toujours se battre pour les appareillages. La France est très en retard sur le polyhandicap, tant que cela ne vous concerne pas, vous ne pouvez pas vous rendre compte. **La longueur de réponse par la MDPH est inadmissible.** Mes réponses à ce questionnaire resteront sans suite car nous sommes qu'un grain de sable. »
- « Le personnel de l'établissement a fait de son mieux avec des moyens insuffisants, antérieurs à la crise. Les retours réguliers à domicile sont maintenant possibles. **La décompensation de l'état de santé de ma fille reste une grande inquiétude.** »
- « **Les prestations reprendront dès que les auxiliaires de vie et l'aide à domicile seront vaccinées.** » !!!!
- « La famille d'accueil hébergeant ma sœur a très mal vécu les deux confinements avec ma sœur, liée à une présence 24h/24h. Cet écueil a été à l'origine de la fin du contrat d'accueil et d'une nouvelle **rupture de vie** de ma sœur. L'impossibilité pour ma sœur de voir sa famille a été à l'origine de **deux crises d'épilepsie** dont une très sérieuse. La fin de l'accueil en famille a été une grande source d'angoisse qui s'est traduite par une crise grave d'épilepsie. »

11 % des commentaires (57) concernent l'apparition ou l'aggravation des problèmes de santé chez le proche aidant

- « ; peur de ne pas pouvoir revivre normalement »
- « **Besoin de répit URGENT** »
- « Le premier confinement m'a démoli physiquement puisque j'ai dû gérer (maman solo) H24 mon fils de 11 ans polyhandicapé sévère , pratiquer moi-même sa kiné car l'IEM a arrêté du jour au lendemain tous les soins . **Résultat une sciatique et une tendinite pour moi l'aidante** que je n'ai pas terminé de soigner. »
- « C'était un cauchemar ! C'est honteux d'avoir abandonné des enfants et des parents dans une telle situation ! »

- « La maladie d'un enfant et le handicap sont déjà difficile Avec la crise c'est un fardeau alourdi »
- Ressenti : abandon, isolement...**ma santé (aidante),c 'est détériorée.....**j'ai eu le covid en Octobre 2020 ; la structure qui s'occupe de ma fille polyhandicapée, ma obligé à la garder chez moi car c'était un "cas contact", en plus d'être contaminée par ce virus, **malade, faible, je me suis occupée seule de ma fille en grande dépendance** et je l'ai contaminée...j'ai trouvé cela "petit" de ce manque de solidarité ; inhumain ; aucune considération pour nous famille de personnes en situation de handicap
- Absence de prise en charge, perte de repères pour mon fils, isolement +++, réponses inadaptées du service, sentiment d'incompréhension de nos besoins, **aucune information délivrée sur les possibilités de faire appel au répit** par exemple donc sentiment d'être livrés à nous-mêmes
- « Impossible de « respirer « ou d'avoir un moment à soi »
- « Angoisses importantes manque de sommeil / Épuisement nerveux lassitude manque de sommeil/ Épuisement. Moins d'argent car pas possibilité de travailler. **Burn out** »
- « Beaucoup plus de tension nerveuse et une **fatigue inhabituelle** ».
- « Grande difficulté à assurer le lien et la présence auprès de notre fille. Souffrance empathique à l'égard de son isolement complet (hors téléphone), puis aux conditions des "visites" (parloir). Pressions pour la "reprendre au domicile" -expression évidemment inadaptée puisqu'elle est hébergée à temps plein, son domicile est son établissement). **Répercussions importantes sur le moral.** »
- « Impact sur total sur **les finances et la qualité de vie**. Enorme fatigue physique et morale, problèmes de sommeil, période dépressive et tendinites et douleurs lombaires »
- « **Impossible de reprendre le travail avant la mi-juin compte tenu des jours et des horaires d'accueil de l'établissement.** »
- « Œdème aux cervicales et déclenchements de **douleurs d'arthrose cervicales**. Douleurs lombaires »
- « **Inquiétudes constantes** de ma part, par rapport à mon proche handicapé psychique »
- « J'ai dû m'arrêter de travailler pour m'occuper de mon fils à la maison pendant le premier confinement et j'ai ensuite pris une année de disponibilité car j'étais épuisée physiquement et moralement. »
- « **J'ai perdu 5 kg** car j'ai manipuler bien plus souvent mon enfant. J'ai des **douleurs aux épaules et au dos.** »
- « L'accueil durant 10 semaines lors du 1er confinement dans notre foyer familiale (sœur de la personne handicapée) a été long et son retour au foyer d'hébergement difficile. **La crise sanitaire génère beaucoup d'angoisse et de stress** »

- « **Le service d'aide à domicile n'arrivait pas à trouver des auxiliaires de vie** ; c'est donc moi, l'aidant, qui ait assuré l'accompagnement et la prise en charge. La situation s'est améliorée en 2021 mais j'ai terminé l'année 2020 **épuisé et découragé** »
- « Mon fils a besoin d'un accompagnement de jour et de nuit, nous avons tout assuré sans aide. Il pèse 56kg, **nous avons 71 et 75 ans** c'est extrêmement, lourd, nous avons eu **3 coups de téléphone de l'établissement d'origine ne un an** ,pas de masque, pas de priorité pour les vaccinations alors que nous sommes depuis plus de un an en permanence en situation difficile et que la vaccination nous aurait permis d'être moins confinés. L'établissement nous a proposé de vacciner notre fils avec astra zeneca ce que nous avons refusé du fait d'un risque d'hyperthermie provoquant des convulsions. »
- « Pression de l'IME pour que l'on garde nos enfants à domicile. Je suis soignante coordinatrice, je n'ai pas eu d'autre choix que d'aller au front. Mon mari a tel travaillé avec notre fille à la maison. Mission impossible ! Cela a généré de grandes **tensions dans le couple**.
- « Sortie du 1er confinement en **dépression, perte de mon emploi et perte de mon rythme de vie**
- Télétravail et garde enfant en situation de handicap et de retard des apprentissages amenant un **état de stress et de nervosité permanent / culpabilité** car pas de temps pour aider son enfant dans ses acquisitions
- C'était très compliqué dans premier confinement on habite en appartement j'essayais de les occuper comme je pouvais les voisins gueulaient, ça faisait trop de bruit. J'étais **stressé énérvé**

20 % des proches aidants déclarent avoir mal vécu la séparation d'avec les personnes en situation de handicap (109 commentaires).

il s'agit en particulier de l'impossibilité de recevoir la PSH les week-ends à leur domicile (motif le plus fréquent pour faire le choix d'accueillir la PSH à temps plein à leur domicile) et les contraintes liées au respect des gestes barrières spécifiques dans les ESSMS sont souvent peu comprises. Certaines familles ont dû renoncer à rendre visite à leur proches lorsque les masques, plexiglass...les effrayaient trop ou que l'interdiction de s'embrasser et de transmettre son affection les frustraient trop et risquait de déclencher des crises.

- « C'est dur de voir des membres de sa famille et ne pas pouvoir s'embrasser »
- « Nous sommes vaccinés depuis mi-avril et nous attendons de pouvoir sortir notre fille un samedi dimanche sans contrainte »
- « Les protocoles de retour sont trop lourds, notamment l'isolement de 7j au retour dans l'établissement. En effet, avec un handicap il est difficile d'isoler une personne. Il faudrait alléger les protocoles, surtout si les personnes sont vaccinées »
- « Les visites sont limitées à 3/4 d'heure voire une heure tout au plus, sous surveillance, malgré un respect strict des règles de sécurité et malgré la vaccination du résident. Cette situation est compliquée pour des parents âgés comme moi même. »

- « J'en suis à mon 6ème test PCR pour pouvoir rendre visite à mon fils(une fois tous les 15 jours) qu'en sera-t-il après ma vaccination terminée en juin? »
- **Pas d'accès à la chambre du résident depuis plus d'un a , pas de contrôle possible des effets personnels du résident.**
- « Période difficile car cela a chamboulé les retours à domicile qui sont vraiment nécessaires pour la personne handicapée. »
- « Vu notre âge nous ne pouvions nous déplacer pour le voir »
- « A chaque confinement, mon proche est resté au domicile pendant trois mois et demi. **Pour ne pas rester sans le voir.** »
- Le foyer est confiné depuis plusieurs semaines, **et les résidents sont dans leur chambre (9m²), c'est difficile à supporter"**
- « Aucune possibilité d'entrer en contact avec mon frère pendant les confinements. »
- « Je n'ai pas voulu venir le voir sans avoir la possibilité de pouvoir le récupérer quelques jours à mes côtés. »"
- « Avant la crise, mon fils rentrait tous les week-end à la maison. Pendant cette période de pandémie; il a séjourné plusieurs mois à la maison. Il était en grand stress lors de ses retours en MAS. Actuellement, mon fils est à la maison depuis le 12 février ! Nous avons pris la décision de la garder avec nous **plutôt que de lui faire subir un test PCR et un confinement en chambre pendant une semaine !** .../... ce qu'il ne comprendrait pas et le déstabiliserait encore un peu plus!
- « Visites possibles mais rares au regard des créneaux proposés par l'établissement d'hébergement et courtes (1h maxi)
- « Pendant le premier confinement, contacts longs à se mettre en place. **Il a fallu attendre 2 mois au moins pour accéder à la visio par skype avec nos proches** et ce une fois par semaine sur un créneau prédéfini."
- « Cela a été pénible pour ma fille et moi-même, que j'accueillais le week-end tous les 15 jours, de ne pas pouvoir la recevoir à la maison. »
- « Durant le 1er confinement, nous avons accueilli notre fille à notre domicile du 13/03 au 11/05 sans aides spécifiques. Le Foyer qui la prend en charge normalement a eu très peu de contacts avec elle. Ils ont plutôt eu lieu à notre demande. Pour les autres périodes (Octobre-Novembre) et (Janvier-Février), il y a eu des cas ce Covid dans son Foyer. Elle n'a pas pu rentrer chez nous et nous n'avons pas pu la voir durant de longues périodes. **Ce fut très difficile et pénible de la savoir fermée dans sa chambre durant 3 semaines en Janvier par exemple.** »
- « Impossible d'aller voir, de toucher, d'embrasser la personne en situation de handicap. »

- « L'assimilation des FAM aux Ehpad est un non-sens. **Le confinement en chambre a été terrible.** »
- « La suppression des retours en famille pendant les 3 confinements (plus longs que pour les autres personnes) et la perte des petits plaisirs de la vie sociale familiale et amicale par l'absence de sorties... »
- Le confinement dans l'établissement sans possibilité de sortie nous a obligé de reprendre en charge à domicile durant plusieurs mois.
- Le manque de tendresse, ne pas pouvoir l'embrasser
- « Ma fille autiste sévère étant hébergée en Belgique, nous n'avons pu la voir que 2 fois en 1 an et demi, ce qui est un déchirement pour nous comme pour elle qui nous attend à la porte tous les jours...quand d'habitude, nous allons la chercher toutes les 4 semaines pour passer 3 nuits à la maison. »
- « Ma fille est trisomique, (CIA-CIV, hypertension pulmonaire et oxygène 24 heures sur 24 heures à 2 l) ne parle pas ou quelques mots, s'exprime beaucoup avec des gestes. Pendant les confinements montrait aux éducatrices photos de maman avec larmes aux yeux, le temps lui a paru très long, dans sa tête devait penser que je l'avais abandonnée. Quand j'ai été la chercher elle a beaucoup pleuré ensuite ne m'a plus quittée, je l'avais prise une semaine.
- « Obligation d'un test PCR de moins de 72 h, qui ne protège en rien, et qui est très astreignant pour des parents du troisième âge. Les visites sont de ce fait espacées. »
- « Au second confinement : toujours pas de possibilité d'aller dans sa chambre: visite dans une salle de visite dédiée (confort spartiate, impersonnel, bien être inexistant, pas de contact physique (câlin, bisous, etc.) ...) »
- « Privation des retours à domicile réguliers de ma fille qui nous permettaient d'entretenir nos liens affectifs et familiaux. Perte de tous ses repères. Grandes difficultés à entrer en contact téléphonique ou visio avec elle du fait de la spécificité de son handicap. »
- « Rupture du lien familial malgré les efforts de l'établissement à privilégier le contact en visio. Isolement social de la personne handicapée autant avec ses pairs et l'environnement familial. »

12 % des commentaires (65 commentaires) concernent des remarques d'ordre général en lien avec la crise et traitent souvent de la question du lien social :

- « Absence de sorties dans les lieux culturels et rencontre avec d'autres jeunes issus d'Ihme ou foyers. Un manque exprimé fortement quant au lien social, associatif et familial. »
- « Difficile occupation des journées quand on ne peut que tourner en rond dans la campagne »
- « Nous avons dû la garder à la maison pendant les confinements et **trouver de quoi l'occuper** »

- « Le confinement avec tous ses interdit et contraintes, la difficulté d'accéder à certains services, **la peur de contracter la maladie** »
- « Le numérique mis en place n'est pas adapté à l'ensemble des handicaps. »
- « Ma commune a mis en place un service d'appel, d'aide pendant ce moment-là mais uniquement pour les personnes âgées comme d'habitude...quand va t on prendre en compte les parents d'enfants ou jeunes adultes handicapés. ? »

5 % des commentaires (26) concernent l'impact sur le travail des proches aidants et sur leurs ressources. Il est difficile de conjuguer télétravail et accompagnement d'une personne en situation de handicap.

- « En parallèle, nous avons dû nous battre avec notre employeur (qui est quand même la fonction publique) afin d'être en autorisation spéciale d'absence (ASA), car notre employeur préconisait le télétravail tout en gardant notre enfant à la maison, ce qui est une chose impossible bien sûr, car de fait notre enfant faisait bêtise sur bêtise et demandait donc une surveillance constante. »
- « Beaucoup de difficulté à effectuer du télétravail en présence de ma fille qui est en situation d'handicape car beaucoup de sollicitations et incompréhension, voir **réprimandes de mes patrons qui m'obligeaient à travailler tardivement en fin de journée une fois ma fille couchée.**
- « Le plus pénible a été mon travail étant le plus souvent seule avec ma directrice au bureau et les autres en télétravail j'ai récupéré trois fois plus de travail et toujours à devoir sortir tout le boulot comme si le confinement n'existait pas pour mon employeur bref l'enfer pendant des mois sans reconnaissance et ne pouvant dormir que 5 heures par nuit car j'ai aussi ma fille a m'occuper car malheureusement si vous êtes maman solo c'est marche ou crève donc on se tait pour garder son travail afin d'offrir vie plus facile financièrement pour son enfant »
- « LES AIDANTS devraient également pouvoir recevoir une prime défiscalisée pour services rendus à la NATION. ILS ONT hélas ETE OUBLIES, notamment ceux qui ont cessé toute activité professionnelle. MERCI d'en TENIR COMPTE. »
- « J'ai dû arrêter complètement de travailler et je me trouve à tout réaliser pour lui seule. »
- « J'ai dû prendre congés pour gérer mon fils à la maison. »
- « Devoir accueillir mon enfant polyhandicapée, être obligé de réorganiser mon travail, les surcouts occasionnés par l'accueil à domicile (frais de garde) »
- « Ma fille réclame toujours ses camarades et les professionnels qui la suivait tous les mercredis, et des problèmes au travail étant donné que je n'ai pas trouvé un moyen de garde pour ma fille.
- « Modification des horaires de travail pour être présente à domicile et aider à suivre les cours en distanciel (pour un lycéen) et prise en charge à domicile pour kiné, ergo et psychomotricité habituellement faits sur le temps scolaire. »

- Organisation compliquée entre l'accueil à la maison et le travail ; heureusement que notre dernier fils lycéen à l'époque, était confiné lui aussi et a pu assurer la surveillance de la personne polyhandicapée. (remarque de la mission : et ses propres cours en distanciel...)
- « Télétravail avec une enfant porteuse de paralysie cérébrale : période très éprouvante pour les parents, la fratrie et l'enfant »
- « En tant qu'aidant familial, les périodes de télétravail sont grandement perturbées par la non prise en charge de notre fille en situation de handicap ! **L'usure des parents n'est pas prise en compte ! ni même le fait que nous souhaitons continuer de travailler, l'évolution professionnelle est grandement pénalisée, mais ça tout le monde s'en fout !!!!** »
- « Accompagner un enfant qui a des troubles cognitifs dans ses devoirs le soir est une chose, faire la classe à la maison en est une autre. Surtout si on a soi-même une activité professionnelle. Cela a donc été une période difficile, comme pour beaucoup de parents; l'absence de soins thérapeutiques a été palliée par les exercices proposés par l'équipe mais il n'aurait pas fallu que cela se prolonge. Il est clair pour moi que les personnes qui ont décidé le confinement n'ont pas d'enfants à charge. »
- « Il y a aussi un impact financier le forfait journalier du conseil départemental est toujours dû environ 20 euros par jour et le coût financier au domicile est énorme les repas 3par jours , l'eau pour les douches, les loisirs, le blanchiment, les protections sachant la personne en situation de handicap est incontinente (les protections sont habituellement prises en charge par l'institut) »
- « Je souhaiterais savoir si l'État a prévu un moyen d'aide exceptionnel pour les factures. »
- « On a beaucoup parlé de la personne en situation de handicap ou souffrant de troubles autistiques mais peu des difficultés rencontrées par les aidants ou proches aidants (charge de travail amplifiée, pas d'aides financières en plus alors que l'état dédommage les entreprises et salaires de certains secteurs hospitaliers par exemple. Les auxiliaires de vie ne sont pas les seuls aidants. »

4 % des commentaires (20) traitent principalement des difficultés de scolarisation et d'insertion professionnelle avec des orientations ou stages qui n'ont pu se faire ou des scolarisations qui ne se sont pas déroulées dans de bonnes conditions.

- Mon fils devait réaliser des stages en cuisine cette année et, suite à cette expérience, envisager ou pas une formation adaptée. On en avait trouvé quatre dès juin en ayant déployé beaucoup d'énergie. Mais peu de stages réalisables, pas de conclusion possible. Il quitte l'école. Majeur, il n'a rien. Quel désespoir!
- « Absence d'école donc absence d'AVS même lorsqu'on fait partie de métiers dit prioritaire (pour mémoire, pendant les fermetures d'école, l'éducation nationale accueillait néanmoins les enfants des professionnels de santé comme cette mère de PSH.) »
- « Depuis septembre avec la règle de non brassage il n'est plus possible pour un atelier ou temps de classe de prendre des enfants de deux groupes différents. Les ateliers proposés sont faute

de mieux et pas toujours ceux qui sont les plus adaptés aux besoins de ma fille. Idem pour les temps de classe.

- « Une autre conséquence c'est que les jeunes adultes qui ne peuvent pas quitter l'Ime vers le secteur adulte. Nos enfants ne peuvent pas accéder au groupe supérieur. »
- « Mon fils (handicap moteur) a 4 ans. Il vit à la maison et va à l'école ordinaire accompagné par une AVS. Ce qui a changé pour nous : pas d'école pour lui à cause du Covid. Je fais venir des intervenants à domicile pour lui faire l'école. J'ai la chance de pouvoir faire du télétravail. »

4 % des commentaires (24) concernent les difficultés liées aux mesures barrières, à l'accès aux tests et aux vaccins. Les mesures barrières (masques inadaptés ou non supportés) et les contraintes liées à l'isolement exigé lors du retour dans un établissement ont eu une incidence sur la qualité de vie des PSH et de leurs proches aidants allant jusqu'au renoncement au retour dans l'établissement L'accès aux tests avec en particulier les tests salivaires puis celui aux vaccins ont été perçus comme trop tardifs :

- « Une personne sourde et déficiente intellectuelle est doublement isolée avec le port du masque et les gestes de protection: les interactions sociales sont autant diminuées qu'inexistantes et compliquent les relations. »
- « Le port du masque est difficile et il est très difficilement supportable pour ma fille quand l'établissement a dû être fermé pour cause de cas »
- « Le confinement strict imposé dans les établissements depuis le 1er février 2021 alors que le reste de la population française ne l'est pas est délétère et est de fait une rupture d'égalité entre les citoyens
- « Les aidants de personnes polyhandicapées ne sont toujours pas éligibles à la vaccination COVID, alors que le handicap mental majore les risques de COVID sévère. Il n'existe pas de solution d'accueil d'urgence pour un enfant polyhandicapé dont l'aidant tomberait malade : l'Etat compterait-il sur la sélection naturelle pour se débarrasser de ces familles ? (c'est ironique) »
- L'évolution des choses, la répétition des confinements et le maintien au long cours des gestes barrières m'obligent à signaler la non prise en compte du handicap dans la gestion de la crise. Les handicapés mentaux ne peuvent plus sortir de chez eux depuis maintenant un an. L'inclusion dans le milieu ordinaire est plus que jamais un leurre. Depuis plus d'un an, mon fils n'a pas pu aller chez sa coiffeuse ! Même une consultation médicale est compliquée (**refus du masque, non-respect des distances.**) au point de devoir faire venir le médecin à domicile (situation contraire aux préconisations en matière de prise en charge des visites par l'Assurance maladie)
- Quelle date pour la vaccination COVID HORS CRITERES d'âge pour les handicapés psychiques, le suivi somatique et l'identification d'une comorbidité n'étant pas toujours présents d'une façon générale.

**ANNEXE 6 : Répartition des autorisations des
ESSMS par type de handicap
(source Finess – 25/11/2020)**

Etablissements et services dédiés à l'enfance handicapée

Tableau 1-1 Catégories et publics

	ESSM	Unités	Capacité installée	Déf. Intel. ss tb assoc		Déf Intel avec ou ss tb ass graduée		Déf Intel av tb ass graduée		Tte def intl av tb assoc	Troubles du spectre de l'autisme		Diff psy avec tc		Poly-handi-cap		
				Unités	Capacit	Unités	Capacit	Unités	Capacité		Unités	Capacité	Unités	Capacité	Unités	Capacité	
I.M.E.	1 315	3 262	70 435	1098	29571	635	14947	176	3620	774	23667	858	8817	16	281	182	2026
I.T.E.P.	481	957	16 989	1	20					7	63	1	6	917	16517		
Etab.Enf.ado.Poly.	193	400	5 742	5	29	7	57	3	33	6	58	17	144			347	5324
I.E.M.	145	335	7 570	1	5							3	40			70	744
Inst.Déf.Auditifs	73	155	4 645							1	60					2	16
Inst.Déf.Visuels	29	78	1 537	1	4							5	32			3	16
Inst.Ed.Sen.Sour.Ave	18	84	1 097														
C.A.M.S.P.	347	402	15 774	5	25					1	0	34	143	3	200	1	0
C.M.P.P.	476	490	8 895	5	0					3	63	5	0	92	1185		
S.E.S.S.A.D.	1 734	2 466	53 754	395	9523	81	1606	14	237	364	9590	430	5750	376	7738	145	1462
Ctre.Acc.Fam.Spécia.	59	77	1 106	22	297	8	79	4	54	7	87	5	27	19	249	7	71
Etab.Acc.Temp.E.H.	20	25	256							1	8	6	56			4	18
Autres	36	42	318	8	121	1	13			1	0			4	12	3	67
Total	4926	8773	188118	1541	39595	732	16702	197	3944	1165	33596	1364	15015	1427	26182	764	9744

Def mot ss tb ass		Def mot av tb assoc		Def sens ss tb assoc		Def sens av tb ass		Autres		Tous types de handicap (yc autres enf ado pour cmpp et prescol		Total		Dont ss tb assoc	
Unités	Capacité	Unités	Capacité	Unités	Capacité	Unités	Capacité	Unités	Capacité	Unités	Capacité	Unités	Capacité	Unités	Capacité
1	0	8	33					89	858	60	1562	3 262	70 435	1099	29571
								9	78	22	305	957	16 989	1	20
2	18	16	119					2	5	2	12	400	5 742	7	47
88	2235	162	4452			1	3	7	65	3	26	335	7 570	89	2240
				70	2185	65	2143	17	241			155	4 645	70	2185
				25	357	38	1066	5	54	1	8	78	1 537	26	361
				24	229	49	695	9	76			84	1 097	26	326
2	97			22	313	12	251	11	212	301	13902	402	15 774	32	738
5	400	7	328	1	0	1	25	2		381	7622	490	8 895	6	0
				178	5194	139	4289	89	1475	119	2571	2 466	53 754	639	16464
66	1747	151	4178							9	246	77	1 106	24	330
2	33	1	2					1	40	8	60	25	256	3	70
3	70	3	44							20	63	42	318	12	176
2	48			2	7			2	0						
171	4648	348	9156	322	8285	305	8472	243	3104	926	26377	8773	188118	2034	52528

Tableau 1-2 Répartition des catégories par publics

	ESSM	Unités	Capacité installée	Déf. Intel. ss tb assoc		Déf Intel avec ou ss tb ass graduée		Def Intel av tb ass graduée		Tte def intl av tb assoc		Troubles du spectre de l'autisme		Diff psy avec tc		Poly-handi-cap	
				Unités	Capacit	Unités	Capacit	Unités	Capacité	Unités	Capacité	Unités	Capacité	Unités	Capacité	Unités	Capacité
I.M.E.		3 262	70 435	34%	42%	19%	21%	5%	5%	24%	34%	26%	13%	0%	0%	6%	3%
I.T.E.P.		957	16 989	0%	0%					1%	0%	0%	0%	96%	97%		
Etab.Enf.ado.Poly.		400	5 742	1%	1%	2%	1%	1%	1%	2%	1%	4%	3%			87%	93%
I.E.M.		335	7 570	0%	0%							1%	1%			21%	10%
Inst.Déf.Auditifs		155	4 645							1%	1%					1%	0%
Inst.Déf.Visuels		78	1 537	1%	0%							6%	2%			4%	1%
Inst.Ed.Sen.Sour.Ave		84	1 097														
C.A.M.S.P.		402	15 774	1%	0%					0%		8%	1%	1%	1%	0%	
C.M.P.P.		490	8 895	1%						1%	1%	1%		19%	13%		
S.E.S.S.A.D.		2 466	53 754	16%	18%	3%	3%	1%	0%	15%	18%	17%	11%	15%	14%	6%	3%
Ctre.Acc.Fam.Spécia.		77	1 106	29%	27%	10%	7%	5%	5%	9%	8%	6%	2%	25%	23%	9%	6%
Etab.Acc.Temp.E.H.		25	256							4%	3%	24%	22%			16%	7%
Autres		42	140	19%	38%	2%	4%			2%				10%	4%	7%	21%
Moyenne				18%	21%	8%	9%	2%	2%	13%	18%	16%	8%	16%	14%	9%	5%

Def mot ss tb ass		Def mot av tb assoc		Def sens ss tb assoc		Def sens av tb ass		Autres		Tous types de handicap		Total		Dont ss tb assoc	
Unités	Capacité	Unités	Capacité	Unités	Capacité	Unités	Capacité	Unités	Capacité	Unités	Capacité	Unités	Capacité	Unités	Capacité
0%		0%	0%					3%	1%	2%	2%	100%	100%	34%	42%
								1%	0%	2%	2%	100%	100%	0%	0%
1%	0%	4%	2%					1%	0%	1%	0%	100%	100%	2%	1%
26%	30%	48%	59%			0%	0%	2%	1%	1%	0%	100%	100%	27%	30%
				45%	47%	42%	46%	11%	5%			100%	100%	45%	47%
				32%	23%	49%	69%	6%	4%	1%	1%	100%	100%	33%	23%
2%	9%			29%	21%	58%	63%	11%	7%			100%	100%	31%	30%
1%	3%	2%	2%	5%	2%	3%	2%	3%	1%	75%	88%	100%	100%	8%	5%
				0%		0%	0%	0%		78%	86%	100%	100%	1%	0%
3%	3%	6%	8%	7%	10%	6%	8%	4%	3%	5%	5%	100%	100%	26%	31%
3%	3%	1%	0%					1%	4%	12%	22%	100%	100%	31%	30%
12%	27%	12%	17%							32%	23%	100%	100%	12%	27%
5%	15%			5%	2%			5%		48%	20%	100%	100%	29%	55%
2%	2%	4%	5%	4%	4%	3%	5%	3%	2%	11%	14%	100%	100%	23%	28%

Etablissements et services principalement dédiés aux adultes handicapés

Tableau 2-1 Catégories et publics

	ESSM	Unités	Capacité installée	Déf.		Def		Def Intel		Tte def		Trouble		Def psy		Handica	
				Intel. ss	tb	Intel av	ou ss	av tb	tb	assoc	assoc	assoc	assoc	s du	et tb	psych	psychiq
				assoc	tb ass	tb ass	graduée	graduée	de	path	ue						
				Unités	Capacit	Unités	Capacit	Unités	Capacit	Unités	Capacit	Unités	Capacit	Unités	Capacité	Unités	Capacit
M.A.S.	722	1 710	30 210	63	1582	84	1732	44	591	48	877	238	2301	97	2212	64	1123
F.A.M.	830	1 551	23 825	214	3478	117	1947	42	539	108	1631	276	3136	155	2524	9	183
E.A.M.	207	482	6 904	7	89			4	57	95	1541	99	967	4	49	52	860
Foyer de vie A.H.	1 643	2 690	48 134	969	17929	301	6491	36	627	167	3071	20	210	81	1861	10	105
Foyer Héberg.A.H.	1 117	1 543	33 805	683	15025	217	4787	10	160	110	2820	10	105	33	710	7	71
Foyer Poly.A.H.	63	140	2 548	71	1335	16	403			12	149			5	81		
E.A.N.M.	351	581	11 347	18	324	5	57			226	4956	10	85	1	0	39	643
Etab.Acc.Temp.A.H.	60	72	695	12	138	5	55			5	65	12	83	1	5		
E.S.A.T.	1 501	1 687	118 472	590	49279	144	13016	9	591	202	15518	30	426	125	5103	50	1703
Ctre.Préorient.Hand.	48	60	833	1	20									3	50	3	87
Ctre.Rééducat.Prof	86	139	9 762														
S.A.M.S.A.H.	463	548	11 325	14	331	1	13	1	13	19	324	69	781	107	2352	89	2054
S.A.V.S.	1 045	1 082	42 458	228	8159	47	1739	6	269	78	3061	1	8	56	2055	29	1417
Total	8136	12285	340318	2870	97689	937	30240	152	2847	1070	34013	765	8102	668	17002	352	8246

Diff psy avec tc		Poly-handi-cap		Def mot ss tb ass		Def mot av tb assoc		Def sens ss tb assoc		Def sens av tb ass		Cerebr o lésés		Autres		Tous types de handic		Total		Dont ss tb assoc	
Unités	Capacit	Unités	Capacit	Unités	Capacit	Unités	Capacit	Unités	Capacit	Unités	Capacit	Unités	Capacit	Unités	Capacit	Unités	Capacit	Unités	Capacit	Unités	Capacit
1	40	626	12479	19	383	55	753	2	21	4	72	100	1196	41	525	308	6055	1710	30210	84	1986
13	131	117	2225	38	645	111	1880	10	139	24	389	78	1112	71	1004	285	4809	1551	23825	262	4262
1	30	52	684	2	30	41	687			8	112	26	409	9	96	82	1293	482	6904	9	119
4	94	43	708	66	884	71	970	15	249	25	443	6	95	71	779	1106	20109	2690	48134	1050	19062
2	78	2	34	22	352	24	430	7	176	11	212	6	66	25	236	591	13330	1543	33805	712	15553
		1	12	4	47					3	33			1	12	43	879	140	2548	75	1382
		3	23			22	470			6	137	4	65	11	162	241	4482	581	11347	18	324
		3	8	4	65	1	16									34	315	72	695	16	203
9	521	1	58	26	1328	40	1701	14	468	17	651	37	1001	8	173	529	39951	1687	118472	630	51075
						1	12	2	16			1	12			49	636	60	833	3	36
1	20	3	256	4	180	1	75	5	160	8	371					117	8700	139	9762	9	340
3	51	9	169	23	547	46	1036	11	181	10	166	45	1255	5	93	97	1972	548	11325	48	1059
4	136	3	32	37	2164	52	2553	22	724	19	444	10	283	14	305	523	20848	1082	42458	287	11047
38	1101	863	16688	245	6625	465	10583	88	2134	135	3030	313	5494	256	3385	4005	123379	12285	340318	3203	106448

Tableau 2-2 Répartition des catégories par publics

ESSM	Unités	Capacité installée	Déf. Intel. ss tb assoc		Def Intel avec ou ss		Def Intel av tb ass graduée		Tte def intl av tb assoc		Troubles du spectre de ..		Def psy et tb psychopath		Handicap psychique	
			Unités	Capacité	Unités	Capacité	Unités	Capacité	Unités	Capacité	Unités	Capacité	Unités	Capacité	Unités	Capacité
M.A.S.	1 710	30 210	4%	5%	5%	6%	3%	2%	3%	3%	14%	8%	6%	7%	4%	4%
F.A.M.	1 551	23 825	14%	15%	8%	8%	3%	2%	7%	7%	18%	13%	10%	11%	1%	1%
E.A.M.	482	6 904	1%	1%			1%	1%	20%	22%	21%	14%	1%	1%	11%	12%
Foyer de vie A.H.	2 690	48 134	36%	37%	11%	13%	1%	1%	6%	6%	1%	0%	3%	4%	0%	0%
Foyer Héberg.A.H.	1 543	33 805	44%	44%	14%	14%	1%	0%	7%	8%	1%	0%	2%	2%	0%	0%
Foyer Poly.A.H.	140	2 548	51%	52%	11%	16%			9%	6%			4%	3%		
E.A.N.M.	581	11 347	3%	3%	1%	1%			39%	44%	2%	1%	0%		7%	6%
Etab.Acc.Temp.A.H.	72	695	17%	20%	7%	8%			7%	9%	17%	12%	1%	1%		
E.S.A.T.	1 687	118 472	35%	42%	9%	11%	1%	0%	12%	13%	2%	0%	7%	4%	3%	1%
Ctre.Préorient.Hand.	60	833	2%	2%									5%	6%	5%	10%
Ctre.Rééducat.Prof	139	9 762														
S.A.M.S.A.H.	548	11 325	3%	3%	0%	0%	0%	0%	3%	3%	13%	7%	20%	21%	16%	18%
S.A.V.S.	1 082	42 458	21%	19%	4%	4%	1%	1%	7%	7%	0%	0%	5%	5%	3%	3%
Moyenne			23%	29%	8%	9%	1%	1%	9%	10%	6%	2%	5%	5%	3%	2%

Diff psy avec tc		Poly-handicap		Def mot ss tb ass		Def mot av tb assoc		Def sens ss tb assoc		Def sens av tb ass		Cerebro lésés		Autres		Tous types de handicap		Total		Dont ss tb assoc	
Unités	Capacit	Unités	Capacit	Unités	Capacit	Unités	Capacit	Unités	Capacit	Unités	Capacit	Unités	Capacit	Unités	Capacit	Unités	Capacit	Unités	Capacit	Unités	Capacit
0%	0%	37%	41%	1%	1%	3%	2%	0%	0%	0%	0%	6%	4%	2%	2%	18%	20%	100%	100%	5%	7%
1%	1%	8%	9%	2%	3%	7%	8%	1%	1%	2%	2%	5%	5%	5%	4%	18%	20%	100%	100%	17%	18%
0%	0%	11%	10%	0%	0%	9%	10%			2%	2%	5%	6%	2%	1%	17%	19%	100%	100%	2%	2%
0%	0%	2%	1%	2%	2%	3%	2%	1%	1%	1%	1%	0%	0%	3%	2%	41%	42%	100%	100%	39%	40%
0%	0%	0%	0%	1%	1%	2%	1%	0%	1%	1%	1%	0%	0%	2%	1%	38%	39%	100%	100%	46%	46%
		1%	0%	3%	2%					2%	1%			1%	0%	31%	34%	100%	100%	54%	54%
		1%	0%			4%	4%			1%	1%	1%	1%	2%	1%	41%	39%	100%	100%	3%	3%
		4%	1%	6%	9%	1%	2%									47%	45%	100%	100%	22%	29%
1%	0%	0%	0%	2%	1%	2%	1%	1%	0%	1%	1%	2%	1%	0%	0%	31%	34%	100%	100%	37%	43%
						2%	1%	3%	2%			2%	1%			82%	76%	100%	100%	5%	4%
1%	0%	2%	3%	3%	2%	1%	1%	4%	2%	6%	4%					84%	89%	100%	100%	6%	3%
1%	0%	2%	1%	4%	5%	8%	9%	2%	2%	2%	1%	8%	11%	1%	1%	18%	17%	100%	100%	9%	9%
0%	0%	0%	0%	3%	5%	5%	6%	2%	2%	2%	1%	1%	1%	1%	1%	48%	49%	100%	100%	27%	26%
0%	0%	7%	5%	2%	2%	4%	3%	1%	1%	1%	1%	3%	2%	2%	1%	33%	36%	100%	100%	26%	31%

ANNEXE 7 : Taux de couverture des CPOM dans le champ du handicap

L'ensemble des ESSMS peuvent signer un CPOM fixant, après négociation, le montant du financement public de manière pluriannuelle (allocation par la ressource) et les objectifs qui serviront à piloter et à évaluer les établissements et services inclus dans le périmètre du CPOM.

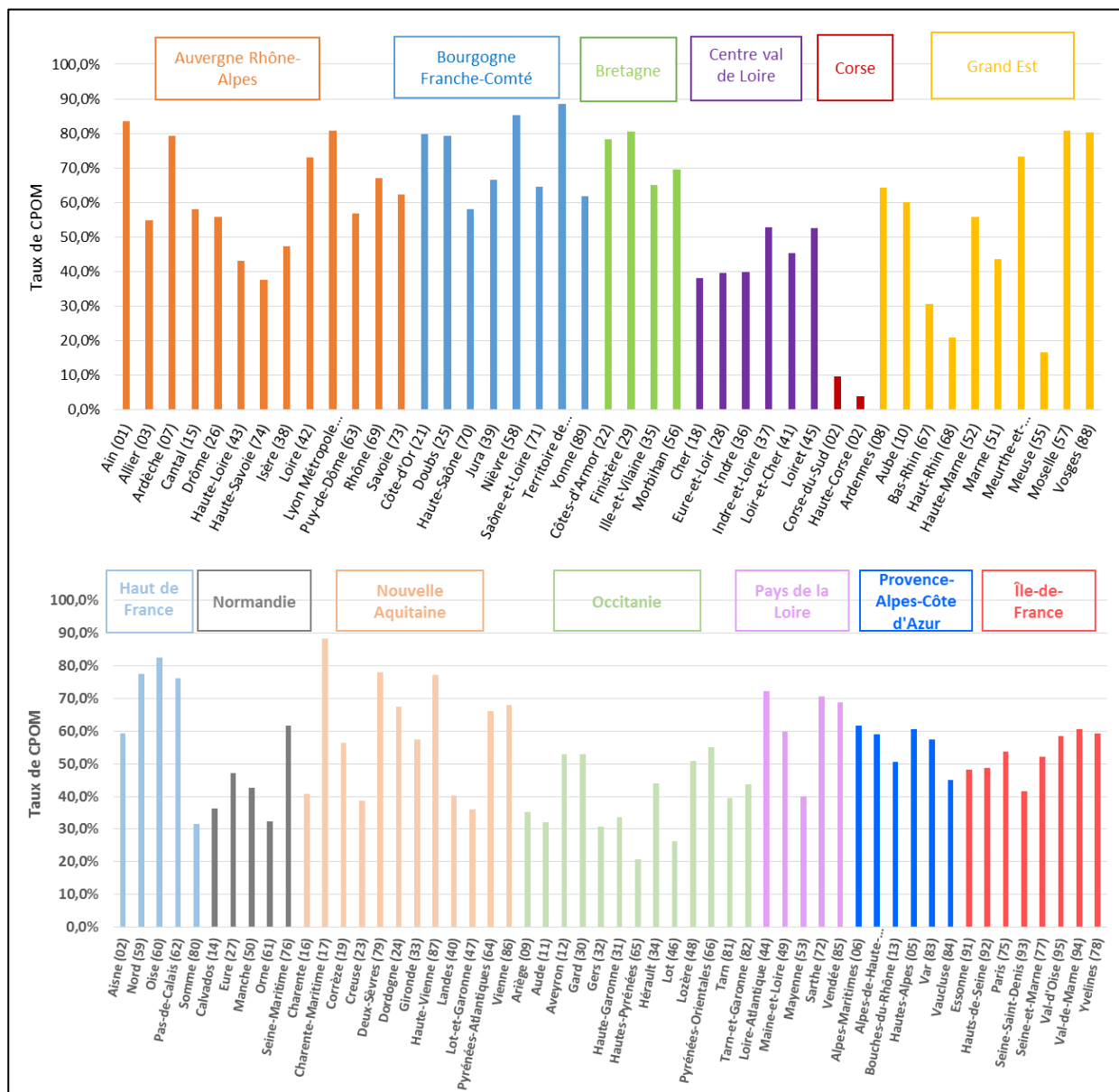
La loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement de décembre 2015 d'une part et d'autre part les lois de financement de la sécurité sociale pour 2016 et 2017 ont rendu obligatoire la conclusion de tels CPOM pour les ESSMS du secteur « handicap » de la compétence exclusive ou conjointe du DGARS.

L'épisode COVID a montré que l'outil CPOM qui emporte un financement globalisé a permis aux établissements de se trouver moins rapidement en situation de tension de trésorerie (à la différence des structures à prix de journée/prix de séance). Ces établissements ont pu plus facilement mutualiser des équipes et assouplir le cadre de fonctionnement.

Cependant les négociations de nouveaux CPOM se sont trouvées retardées du fait de la crise. Les échanges avec les différents protagonistes (les autorités et les établissements) ont révélé des difficultés qui semblent liées à une culture insuffisamment partagée et des interrogations quant au passage en financement globalisé avant que la réforme de la tarification ne soit menée à bien, les indicateurs d'activité restant encore ceux de la tarification à la dépense (taux d'occupation à la place par exemple)

Les tableaux suivants exploitent les résultats de la campagne 2019 du tableau de bord de l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP). Si les CPOM en cours de validité sont plus nombreux dans les établissements sous l'autorité (exclusive ou partagé) des ARS, les taux de CPOM sont proches dans les établissements de compétence exclusive du PCD et les établissements sous la double compétence. Les variations départementales et régionales sont importantes.

Taux de CPOM en cours dans les établissements et services sociaux et médicaux-sociaux (hors Ehpad) en fonction du département et de la région en 2019 – Tableau de bord ANAP – données 2019



Champs : Ensemble des services et établissements sociaux et médico-sociaux pour enfants et adultes handicapés (12 076 services ou établissements en France métropolitaine) : CAMSP, CMPP, CRP, EANM, EEAP, ESAT, FAM-EAM, IDA, IDV, IEM, IES, IME, I'EP, MAS, SAMSAH, SAVS, SESSAD, SPASAD, SSIAD.

Source : Données tableau de bord de la performance (ATIH-ANAP). Traitement Igas

Taux de CPOM par département en fonction des catégories d'établissements et de services sociaux et médico-sociaux. Tableau de bord ANAP- données 2019

	Nb de département	Nb (France entière)	Moyenne	Minimum	Quartile inférieur	Médiane	Quartile supérieur	Maximum
Services et établissements uniquement autorisés par l'ARS								
CMPP	90	256	69,9 %	0 %	54,5 %	81,3 %	100 %	100 %
CRP	43	73	76,7 %	0 %	50,0 %	100 %	100 %	100 %
EEAP	77	175	73,1 %	0 %	50,0 %	75,0 %	100 %	100 %
ESAT	97	1215	65,8 %	0 %	53,8 %	68,4 %	82,6 %	100 %
IDA	42	61	77,0 %	0 %	66,7 %	100 %	100 %	100 %
IDV	20	24	79,2 %	0 %	50,0 %	100 %	100 %	100 %
IEM	67	125	74,0 %	0 %	50,0 %	100 %	100 %	100 %
IES	5	6	83,3 %	0 %	100 %	100 %	100 %	100 %
IME	97	1104	75,0 %	0 %	60,0 %	80,0 %	97,0 %	100 %
ITEP	94	363	82,8 %	0 %	66,7 %	91,7 %	100 %	100 %
MAS	97	646	63,1 %	0 %	50,0 %	63,6 %	80,0 %	100 %
SESSAD	97	1412	73,7 %	0 %	61,7 %	76,0 %	91,8 %	100 %
SSIAD	96	1621	28,5 %	0 %	14,3 %	24,1 %	40,0 %	100 %
Ensemble	97	7081	61,6 %	0 %	52,6 %	63,9 %	70,1 %	96 %
Services et établissements uniquement autorisés par le département								
EANM	97	2480	52,9 %	0 %	25,0 %	58,8 %	75,5 %	100 %
SAVS	97	857	46,3 %	0 %	20,8 %	41,7 %	71,4 %	100 %
Ensemble	97	3337	53,7 %	0 %	40,0 %	53,3 %	69,6 %	100 %
Services et établissements autorisés par l'ARS et le département								
CAMSP	95	247	54,3 %	0 %	33,3 %	58,3 %	75,0 %	100 %
FAM-EAM	97	921	55,3 %	0 %	37,5 %	59,1 %	75,0 %	100 %
SAMSAH	95	384	54,2 %	0 %	28,6 %	50,0 %	80,0 %	100 %
SPASAD	36	106	37,7 %	0 %	20,0 %	37,5 %	50,0 %	100 %
Ensemble	97	1658	51,2 %	0 %	25,0 %	54,9 %	74,3 %	100 %
Tous les services et établissements sociaux et médico-sociaux	97	12076	57,6 %	4,0 %	45,5 %	58,0 %	72,3 %	88,5 %

Champs : Ensemble des services et établissements sociaux et médico-sociaux pour enfants et adultes handicapés (12 076 services ou établissements en France métropolitaine) : CAMSP, CMPP, CRP, EANM, EEAP, ESAT, FAM-EAM, IDA, IDV, IEM, IES, IME, ITEP, MAS, SAMSAH, SAVS, SESSAD, SPASAD, SSIAD.

Source : Données tableau de bord de la performance (ATIH-ANAP). Traitement Igas

ANNEXE 8 : Tableau synoptique des conditions minimales de fonctionnement des ESSMS d'éducation adaptée pour jeunes PSH

nb 1 : les dispositions ayant le même objet sont éventuellement reclassées dans l'ordre de la colonne de gauche (IME) ; lorsqu'elles ne peuvent être aisément reclassées, apr exemple au sein d'un même alinéa, la correspondance est mise en relief par le surlignage

les dispositions prévoyant un taux d'encadrement sont surlignées en rouge

IME	ITEP	IEM	EEAP	IDA	IDV
Définition et public					
Article D312-11	Article D312-59-1	Article D312-60	Article D312-83	Article D312-98	Article D312-111
Les dispositions du présent paragraphe sont applicables aux établissements et services qui accueillent et accompagnent des enfants ou des adolescents présentant un déficit intellectuel, conformément à leur plan personnalisé de compensation comprenant le projet personnalisé de scolarisation et prenant en compte les aspects psychologiques et	Les instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques accueillent les enfants, adolescents ou jeunes adultes qui présentent des difficultés psychologiques dont l'expression, notamment l'intensité des troubles du comportement, perturbe gravement la socialisation et l'accès aux apprentissages. Ces enfants, adolescents et jeunes adultes se	Les dispositions du présent paragraphe sont applicables aux établissements et services qui accueillent et accompagnent des enfants ou des adolescents présentant une déficience motrice, conformément à leur plan personnalisé de compensation comprenant le projet personnalisé de scolarisation et prenant en compte le recours à des moyens spécifiques pour le suivi médical, la	Les dispositions du présent paragraphe sont applicables aux établissements et services qui accueillent et accompagnent, conformément à leur plan personnalisé de compensation comprenant le projet personnalisé de scolarisation, des enfants ou adolescents présentant un handicap tel que défini au 5° de l'article D. 312-0-3.	Les dispositions du présent paragraphe sont applicables aux établissements et services qui accueillent et accompagnent des enfants ou des adolescents présentant une déficience auditive entraînant des troubles de la communication, conformément à leur plan personnalisé de compensation comprenant le projet personnalisé de scolarisation et prenant	Les dispositions du présent paragraphe sont applicables aux établissements et services accueillant et accompagnant des enfants ou adolescents présentant une déficience visuelle, conformément à leur plan personnalisé de compensation comprenant le projet personnalisé de scolarisation et prenant en compte le recours à des moyens spécifiques

<p>psychopathologiques ainsi que le recours, autant que de besoin, à des techniques de rééducation, telles que l'orthophonie, la kinésithérapie et la psychomotricité.</p> <p>Ces établissements et services accueillent également les enfants ou adolescents lorsque la déficience intellectuelle s'accompagne de troubles, tels que des troubles de la personnalité, des troubles comitiaux, des troubles moteurs et sensoriels et des troubles graves de la communication de toutes origines, ainsi que des maladies chroniques compatibles avec une vie collective.</p> <p>Article D312-12</p> <p>L'accompagnement mis en place au sein de l'établissement ou du service tend à favoriser l'épanouissement, la réalisation de toutes les</p>	<p>trouvent, malgré des potentialités intellectuelles et cognitives préservées, engagés dans un processus handicapant qui nécessite le recours à des actions conjuguées et à un accompagnement personnalisé tels que définis au II de l'article D. 312-59-2.</p>	<p>scolarisation, la formation générale et professionnelle, afin de réaliser leur intégration familiale, sociale et professionnelle.</p>	<p>Ce polyhandicap éventuellement aggravé d'autres déficiences ou troubles nécessite le recours à des techniques spécialisées pour le suivi médical, l'apprentissage des moyens de relation et de communication, le développement des capacités d'éveil sensorimoteur et intellectuelles concourant à l'exercice d'une autonomie optimale.</p>	<p>en compte le recours à des techniques spécialisées pour le suivi médical, l'apprentissage des moyens de communication, l'acquisition des connaissances scolaires, la formation professionnelle et l'accès à l'autonomie sociale.</p>	<p>pour le suivi médical, la compensation du handicap, l'acquisition de connaissances scolaires et d'une formation professionnelle, afin de réaliser leur intégration familiale, sociale et professionnelle.</p>
--	--	--	--	---	--

<p>potentialités intellectuelles, affectives et corporelles, l'autonomie maximale quotidienne et sociale des enfants ou des adolescents accueillis.</p> <p>Il a également pour objectif d'assurer leur insertion dans les différents domaines de la vie, la formation générale et professionnelle.</p>					
<p>Ages et projet</p>					
<p>Cet accompagnement peut concerner les enfants adolescents aux différents stades de l'éducation précoce et, selon leur niveau d'acquisition, de la formation préélémentaire, élémentaire, secondaire et technique. /</p>		<p>Article D312-61</p> <p>L'accompagnement mis en place au sein de l'établissement ou du service peut concerner les enfants ou adolescents déficients moteurs aux différents stades de l'éducation précoce et selon leur niveau d'acquisition, de la formation préélémentaire, élémentaire, secondaire dans l'enseignement</p>		<p>Article D312-99</p> <p>L'accompagnement mis en place au sein de l'établissement ou du service peut concerner les enfants ou adolescents aux différents stades de l'éducation précoce, et, selon leur niveau d'acquisition, de la formation préélémentaire, élémentaire et secondaire dans</p>	<p>Article D312-112</p> <p>L'accompagnement mis en place au sein de l'établissement ou du service peut concerner les enfants et adolescents, selon leur niveau d'acquisition, aux stades de l'éducation précoce, préélémentaire, élémentaire, secondaire ou technique.</p>

RAPPORT IGAS N°2021-010R

		général, professionnel ou technologique.		l'enseignement général, professionnel ou technologique.	
Missions					
/ Les missions de l'établissement ou du service comprennent :	Article D312-59-2 I.-Les instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques :	Les missions de l'établissement ou du service comprennent :	Article D312-84 Les missions de l'établissement ou du service comprennent :	Les missions de l'établissement ou du service comprennent :	Les missions de l'établissement ou du service comprennent :
1° L'accompagnement de la famille et de l'entourage habituel de l'enfant ou de l'adolescent ;	1° Accompagnent le développement des personnes mentionnées à l'article D. 312-59-1, au moyen d'une intervention interdisciplinaire. Cet accompagnement amène ces personnes à prendre conscience de leurs ressources, de leurs difficultés et à se mobiliser pour aller vers leur autonomie ;	1° L'accompagnement de la famille et de l'entourage habituel de l'enfant ou de l'adolescent ;	1° L'accompagnement de la famille et de l'entourage habituel de l'enfant ou de l'adolescent, notamment dans la révélation des déficiences et des incapacités, la découverte de leurs conséquences et l'apprentissage des moyens de relation et de communication ;	1° L'accompagnement de la famille et de l'entourage habituel de l'enfant ou de l'adolescent dans l'apprentissage des moyens de communication ;	3° L'accompagnement des parents ou des détenteurs de l'autorité parentale et de l'entourage habituel de l'enfant ;
	3° Favorisent le maintien du lien des intéressés avec leur milieu familial et social ;	3° L'éducation motrice ou les rééducations fonctionnelles nécessaires ;	2° L'éveil et le développement des potentialités de l'enfant, selon des stratégies éducatives individualisées ;	4° L'éveil et le développement de la communication entre l'enfant déficient auditif et son entourage selon des stratégies individualisées faisant	2° L'éveil et le développement de la relation par : a) Le développement des moyens sensoriels et

RAPPORT IGAS N°2021-010R

	<p>4° Promeuvent leur intégration dans les différents domaines de la vie, notamment en matière de formation générale et professionnelle. A ce titre, ils favorisent le maintien ou préparent l'accueil des intéressés en écoles et établissements scolaires, dans des dispositifs ordinaires ou adaptés, ou au titre de l'unité d'enseignement créée par convention conformément aux dispositions du troisième alinéa de l'article D. 312-10-6 ;</p>	<p>4° L'éveil et le développement de la relation entre l'enfant et son entourage selon des techniques éducatives ou palliatives, notamment dans le domaine de la locomotion et de la communication ;</p>	<p>3° L'amélioration et la préservation des potentialités motrices, notamment par l'utilisation de toute technique adaptée de kinésithérapie ou de psychomotricité et par l'utilisation d'aides techniques ;</p>	<p>appel à l'éducation auditive, à la lecture labiale et ses aides, à l'apprentissage et à la correction de la parole ainsi qu'à la langue des signes française, selon le choix linguistique effectué par les parents auprès de la maison départementale des personnes handicapées et inscrit à ce titre dans le projet personnalisé de scolarisation de l'enfant ;</p>	<p>psycho-moteurs de compensation du handicap visuel ;</p> <p>b) La stimulation et le développement de la vision fonctionnelle incluant l'utilisation éventuelle d'aides optiques ou non optiques lorsque des possibilités visuelles existent ;</p> <p>c) L'acquisition de la lecture et de l'écriture en braille, de l'écriture manuscrite, de l'utilisation de la dactylographie et de la reconnaissance des éléments de dessin en relief ;</p> <p>d) L'apprentissage de la locomotion ainsi que l'initiation, adaptée au cas de chaque enfant, aux différents matériels techniques, électroniques ou autres ;</p>
--	--	--	--	---	--

RAPPORT IGAS N°2021-010R

<p>2° Les soins et les rééducations ;</p> <p>3° La surveillance médicale régulière, générale ainsi que de la déficience et des situations de handicap ;</p>	<p>2° Dispensent des soins et des rééducations ;</p>	<p>2° La surveillance médicale, les soins, le maternage et l'appareillage adapté ;</p>	<p>4° La surveillance et le traitement médical ;</p> <p>5° La surveillance médicale et technique des adaptations prothétiques et orthétiques ;</p>	<p>2° La surveillance médicale régulière et générale de l'état auditif (nature, importance, évolutivité, correction s'il y a lieu) et de ses conséquences sur le développement de l'enfant ou de l'adolescent ;</p> <p>3° La surveillance médicale et technique de l'adaptation prothétique ;</p>	<p>1° Une surveillance médicale, notamment de l'état visuel (nature, importance, évolutivité, correction s'il y a lieu) et de ses conséquences sur le développement de l'enfant ou de l'adolescent et des déficiences associées éventuelles ;</p>
<p>4° L'établissement d'un projet individualisé d'accompagnement prévoyant :</p>	<p>II.-Pour mettre en oeuvre les missions définies au I du présent article, les instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques disposent d'une équipe interdisciplinaire qui :</p>	<p>5° L'établissement, pour chaque enfant, adolescent ou jeune adulte, d'un projet individualisé d'accompagnement prévoyant :</p>	<p>6° L'établissement pour chaque enfant ou adolescent d'un projet individualisé d'accompagnement prévoyant :</p>	<p>5° L'établissement pour chaque enfant ou adolescent d'un projet individualisé d'accompagnement qui prévoit :</p>	<p>4° L'établissement pour chaque enfant ou adolescent d'un projet individualisé d'accompagnement qui prévoit :</p>
<p>a) L'enseignement et le soutien permettant à chaque enfant de réaliser, dans le cadre du projet personnalisé de scolarisation, en référence aux programmes scolaires en vigueur, les</p>	<p>2° Réalise ces actions dans le cadre d'un projet personnalisé d'accompagnement, adapté à la situation et l'évolution de chaque personne accueillie.</p>	<p>a) L'enseignement et le soutien assurant la mise en oeuvre du projet personnalisé de scolarisation et permettant à chaque enfant de réaliser, en référence aux programmes scolaires en</p>	<p>a) Un enseignement adapté pour l'acquisition de connaissances conformément au contenu du projet personnalisé de scolarisation ;</p>	<p>a) L'enseignement et le soutien assurant la mise en oeuvre du projet personnalisé de scolarisation et permettant à chaque enfant de réaliser, en référence aux programmes scolaires en</p>	<p>a) L'enseignement et le soutien assurant la mise en oeuvre du projet personnalisé de scolarisation et permettant à chaque enfant de réaliser, en référence aux programmes scolaires en</p>

RAPPORT IGAS N°2021-010R

apprentissages nécessaires ;		vigueur, les apprentissages nécessaires ;		vigueur, les apprentissages nécessaires ;	vigueur, les apprentissages nécessaires ;
b) Des actions tendant à développer la personnalité de l'enfant ou de l'adolescent et à faciliter la communication et la socialisation.	1° Conjugue des actions thérapeutiques, éducatives et pédagogiques sous la forme d'une intervention interdisciplinaire réalisée en partenariat avec les équipes de psychiatrie de secteur, les services et établissements de l'éducation nationale et, le cas échéant, les services de l'aide sociale à l'enfance et ceux de la protection judiciaire de la jeunesse ;	b) Des actions d'éducation adaptée tendant à développer la personnalité et l'autonomie sociale et utilisant autant que faire se peut les moyens socio-culturels existants ;	b) Des actions tendant à développer la personnalité et faciliter la communication et l'insertion sociale, notamment l'enseignement des différents actes de la vie quotidienne en vue de l'acquisition du maximum d'autonomie ; l'éducation nécessaire en vue du développement optimal de la communication et de la découverte du monde extérieur ;	b) Des actions tendant à développer la personnalité et à faciliter l'insertion sociale ;	b) Des actions tendant à développer la personnalité et faciliter l'insertion sociale ;
Projet d'établissement					
Un projet d'établissement à visée pédagogique, éducative et thérapeutique précise les objectifs et les moyens mis en oeuvre pour assurer cet accompagnement.	Les instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques se dotent, conformément à l'article L. 311-8, d'un projet d'établissement tel que défini à l'article D. 312-59-4.	6° L'élaboration d'un projet d'établissement à visée pédagogique, éducative et thérapeutique précisant les objectifs et les moyens mis en oeuvre pour assurer cet accompagnement.	7° L'élaboration d'un projet d'établissement à visée pédagogique, éducative et thérapeutique précisant les objectifs et les moyens mis en oeuvre pour assurer cet accompagnement.	6° L'élaboration d'un projet d'établissement à visée pédagogique, éducative et thérapeutique précisant les objectifs et les moyens mis en oeuvre pour assurer cet accompagnement.	5° L'élaboration d'un projet d'établissement à visée pédagogique, éducative et thérapeutique d'établissement précisant les objectifs et les moyens mis en oeuvre pour assurer cet accompagnement.

Projet individualisé					
<p>Article D312-19</p> <p>Pour chaque enfant ou adolescent est élaboré un projet individualisé d'accompagnement, tel que défini à l'article D. 312-10-2, intégrant trois composantes : pédagogique, éducative et thérapeutique. L'ensemble des personnels mentionnés aux articles D. 312-21, D. 312-24 et D. 312-25 sont associés à son élaboration. Le directeur de l'établissement ou du service est responsable de son élaboration et de sa mise en oeuvre, dans le respect des compétences et des règles déontologiques des différents professionnels. Il en assure la cohérence ainsi que la coordination avec les intervenants extérieurs. Il organise et préside notamment les réunions de synthèse.</p>	<p>Article D312-59-5</p> <p>I.-Chaque projet personnalisé d'accompagnement mentionné au 2° du II de l'article D. 312-59-2 :</p> <p>1° Tient compte de la situation singulière des personnes mentionnées à l'article D. 312-59-1 et de leurs parents ou des détenteurs de l'autorité parentale ;</p> <p>2° Comporte une composante thérapeutique, éducative et pédagogique ;</p> <p>3° Propose des modalités d'accompagnement diversifiées, modulables et évolutives. Conformément au 1° du II de l'article D. 312-59-2, quand d'autres partenaires sont</p>	<p>Article D312-65</p> <p><i>Les dispositions des articles D. 312-16, D. 312-18 et D. 312-19 sont applicables aux établissements régis par le présent paragraphe.</i></p>			

RAPPORT IGAS N°2021-010R

	<p>associés au suivi de la personne, une cohérence doit être recherchée entre leurs actions et l'accompagnement proposé ;</p> <p>4° Détermine les étapes de la prise en charge, la périodicité des bilans et les modalités du suivi mis en place pour garantir une intervention évolutive et adaptable ;</p> <p>...</p> <p>II.-Les principales caractéristiques du projet personnalisé d'accompagnement sont retracées, selon les cas, dans le contrat de séjour ou dans le document individuel de prise en charge visés à l'article L. 311-4.</p>				
Association de la famille					
Article D312-14	Article D312-59-3	Article D312-63	Article D312-85	Article D312-109	Article D312-121

RAPPORT IGAS N°2021-010R

<p>La famille est associée à l'élaboration du projet individualisé d'accompagnement, à sa mise en oeuvre, à son suivi régulier et à son évaluation.</p> <p>L'équipe médico-psychopédagogique de l'établissement ou du service fait parvenir à la famille, au moins tous les semestres, des informations détaillées sur l'évolution de l'enfant ou de l'adolescent et chaque année un bilan pluridisciplinaire complet de sa situation.</p> <p>Au moins une fois par an, les parents sont invités à rencontrer les professionnels de l'établissement. Ils sont également saisis de tout fait ou décision relevant de l'autorité parentale.</p>	<p>Les parents ou les détenteurs de l'autorité parentale sont des acteurs à part entière du processus de développement de leur enfant. Ils sont associés aussi étroitement que possible à l'élaboration du projet personnalisé d'accompagnement et à son évolution, jusqu'à la fin de la prise en charge, ainsi qu'à l'élaboration du projet de sortie. Leur participation doit être recherchée dès la phase d'admission et tout au long de la prise en charge.</p> <p>...</p> <p>Lors de l'admission, le livret d'accueil visé à l'article L. 311-4 est communiqué à la famille et, le cas échéant, au jeune concerné. Les parents ou les détenteurs de l'autorité parentale sont saisis de tout fait ou décision</p>	<p>La famille est associée à l'élaboration du projet individualisé d'accompagnement, à sa mise en oeuvre, à son suivi régulier et à son évaluation.</p> <p>L'équipe médico-psychopédagogique de l'établissement ou du service fait parvenir à la famille, au moins tous les trimestres, des informations détaillées sur l'évolution de l'enfant ou de l'adolescent et chaque année un bilan pluridisciplinaire complet de la situation du jeune.</p> <p>Au moins une fois par an, les parents sont invités à rencontrer les professionnels de l'établissement. Ils sont également saisis de tout fait ou décision relevant de l'autorité parentale.</p>	<p>La famille est associée à l'élaboration du projet individualisé d'accompagnement, à sa mise en oeuvre, à son suivi régulier et à son évaluation.</p> <p>L'équipe médico-psychopédagogique de l'établissement ou du service fait parvenir à la famille, au moins tous les semestres, des informations détaillées sur l'évolution de l'enfant ou de l'adolescent et chaque année un bilan pluridisciplinaire complet de sa situation.</p> <p>Au moins une fois par an, les parents sont invités à rencontrer les professionnels de l'établissement. Ils sont également saisis de tout fait ou décision relevant de l'autorité parentale.</p>	<p>La famille est associée à l'élaboration du projet individualisé d'accompagnement, à sa mise en oeuvre, à son suivi régulier et à son évaluation.</p> <p>L'équipe médico-psychopédagogique de l'établissement ou du service fait parvenir à la famille, au moins tous les trimestres, des informations détaillées sur l'évolution de l'enfant ou de l'adolescent et chaque année un bilan pluridisciplinaire complet de sa situation.</p> <p>Au moins une fois par an, les parents sont invités à rencontrer les professionnels de l'établissement. Ils sont également saisis de tout fait ou décision relevant de l'autorité parentale.</p>	<p>La famille est associée à l'élaboration du projet individualisé d'accompagnement, à sa mise en oeuvre, à son suivi régulier et à son évaluation.</p> <p>L'équipe médico-psychopédagogique de l'établissement ou du service fait parvenir à la famille, au moins tous les trimestres, des informations détaillées sur l'évolution de l'enfant ou de l'adolescent et chaque année un bilan pluridisciplinaire complet de sa situation.</p> <p>Au moins une fois par an, les parents sont invités à rencontrer les professionnels de l'établissement. Ils sont également saisis de tout fait ou décision relevant de l'autorité parentale.</p>
---	--	---	---	--	--

RAPPORT IGAS N°2021-010R

	<p>relevant de l'autorité parentale.</p> <p>Ils sont destinataires chaque année d'un bilan complet de la situation de l'enfant, de l'adolescent ou, avec son accord, du jeune adulte.</p>				
Unités d'enseignement					
Article D312-15	Article D312-59-11	Article D312-64		Article D312-100	Article D312-113
<p>L'établissement ou le service peut comporter une unité d'enseignement, créée par convention conformément aux dispositions du 2° de l'article D. 312-10-5. L'unité d'enseignement a pour mission de dispenser :</p>	<p>... Sans préjudice de la possibilité de fréquenter une école ou un établissement scolaire, à temps partiel ou à temps plein, les enfants et adolescents peuvent être accueillis au titre de l'unité d'enseignement.</p> <p>...</p>	<p>L'établissement ou le service peut comporter une unité d'enseignement, créée par convention conformément aux dispositions du troisième alinéa de l'article D. 312-10-6. L'unité d'enseignement a pour mission de dispenser :</p>	<p>L'établissement ou le service peut comporter une unité d'enseignement, créée par convention conformément aux dispositions du troisième alinéa de l'article D. 312-10-6, qui a pour mission de dispenser</p>	<p>L'établissement ou le service peut comporter une unité d'enseignement, créée par convention conformément aux dispositions du troisième alinéa de l'article D. 312-10-6. L'unité d'enseignement a pour mission de dispenser :</p>	<p>L'établissement ou le service peut comporter une unité d'enseignement, créée par convention conformément aux dispositions du troisième alinéa de l'article D. 312-10-6. L'unité d'enseignement a pour mission de dispenser :</p>
<p>1° Un enseignement général permettant d'assurer les apprentissages scolaires et le développement de l'autonomie et de la socialisation ;</p>		<p>1° Un enseignement général permettant d'assurer les apprentissages scolaires et le développement de l'autonomie et de la socialisation ;</p>	<p>les apprentissages permettant la réalisation d'acquisitions dans le champ scolaire et le développement de la personnalité et la</p>	<p>1° Un enseignement général permettant d'assurer les apprentissages scolaires et le développement de l'autonomie et de la socialisation ;</p>	<p>1° Un enseignement général permettant d'assurer les apprentissages scolaires et le développement de l'autonomie et de la socialisation ;</p>

RAPPORT IGAS N°2021-010R

			socialisation des enfants et adolescents accueillis.		
2° Un enseignement professionnel intégrant l'initiation et la première formation professionnelle pour les adolescents déficients intellectuels.	Dans ce cadre, des dispositifs de formation professionnelle initiale peuvent leur être proposés. Les enseignements sont dispensés dans le cadre des programmes publiés par le ministère chargé de l'éducation nationale ou de l'agriculture. La formation professionnelle est réalisée en liaison étroite avec le milieu professionnel. ...	2° Un enseignement professionnel intégrant l'initiation et la première formation professionnelle pour les jeunes déficients moteurs.		2° Un enseignement professionnel intégrant l'initiation et la première formation professionnelle pour les adolescents déficients auditifs.	2° Un enseignement professionnel intégrant l'initiation et la première formation professionnelle pour les adolescents déficients visuels.
L'unité d'enseignement recourt à des méthodes pédagogiques adaptées. Les objectifs, les contenus, les certifications de la première formation professionnelle se réfèrent aux programmes scolaires en vigueur.		L'unité d'enseignement recourt à des méthodes pédagogiques adaptées. Les objectifs, les contenus, les certifications de la première formation professionnelle se réfèrent aux programmes scolaires en vigueur.		L'unité d'enseignement recourt à des méthodes pédagogiques adaptées. Les objectifs, les contenus, les certifications de la première formation professionnelle se réfèrent aux programmes scolaires en vigueur.	L'unité d'enseignement recourt à des méthodes pédagogiques adaptées et fait appel à des services de transcription et d'adaptation documentaires. Les objectifs, les contenus, les certifications de la première formation professionnelle se réfèrent aux

RAPPORT IGAS N°2021-010R

					programmes scolaires en vigueur.
Pour orienter chaque élève vers l'activité qu'il est le mieux à même d'exercer, compte tenu de ses aptitudes propres, l'établissement ou le service s'assure le concours de services d'orientation. Cette première formation professionnelle est réalisée en liaison étroite avec le milieu professionnel.		Pour orienter chaque élève vers l'activité qu'il est le mieux à même d'exercer, compte tenu de ses aptitudes propres, l'établissement ou le service s'assure le concours de services d'orientation. Cette première formation professionnelle est réalisée en liaison étroite avec le milieu professionnel.		Pour orienter chaque élève vers l'activité qu'il est le mieux à même d'exercer, compte tenu de ses aptitudes propres, l'établissement ou le service s'assure le concours de services d'orientation. Cette première formation professionnelle est réalisée en liaison étroite avec le milieu professionnel.	Pour orienter chaque élève vers l'activité qu'il est le mieux à même d'exercer, compte tenu de ses aptitudes propres, l'établissement ou le service s'assure le concours de services d'orientation. Cette première formation professionnelle est réalisée en liaison étroite avec le milieu professionnel.
L'établissement ou le service peut être organisé en sections notamment pour l'accueil des jeunes déficients intellectuels avec handicaps moteurs ou sensoriels associés. Les locaux et les équipements sont aménagés en conséquence.		L'établissement ou le service peut être organisé en sections notamment pour l'accueil de jeunes déficients moteurs présentant des handicaps associés importants, tels que des troubles de la personnalité et du comportement, des déficiences intellectuelles, motrices, visuelles, auditives ou autres. ...		L'établissement ou le service peut être organisé en sections notamment pour l'accueil des jeunes déficients auditifs présentant des handicaps associés importants, tels que des troubles de la personnalité et du comportement, des déficiences intellectuelles, motrices, visuelles ou autres. Les locaux et les équipements doivent	L'établissement ou le service peut être organisé en sections notamment pour l'accueil des jeunes déficients visuels présentant des handicaps associés importants, tels que des troubles de la personnalité et du comportement, des déficiences intellectuelles, motrices, auditives ou autres. Les locaux et les équipements doivent

RAPPORT IGAS N°2021-010R

				être aménagés en conséquence.	être aménagés en conséquence.
		De même, une section de préparation à la vie sociale peut accueillir les adolescents, qui, en raison de la gravité de leur déficience motrice, ne pourraient envisager une insertion professionnelle même en milieu de travail protégé. Les locaux et les équipements doivent être aménagés en conséquence.			
Dans le cadre de l'enseignement professionnel, l'établissement ou le service peut également faire appel à des éducateurs techniques spécialisés.		Dans le cadre de l'enseignement professionnel, l'établissement ou le service peut également faire appel à des éducateurs techniques spécialisés.		Dans le cadre de l'enseignement professionnel, l'établissement ou le service peut également faire appel à des éducateurs techniques spécialisés.	Dans le cadre de l'enseignement professionnel, l'établissement ou le service peut également faire appel à des éducateurs techniques spécialisés..
Des actions thérapeutiques et éducatives particulières définies individuellement en fonction des besoins propres à chaque enfant		Des actions thérapeutiques et éducatives particulières définies individuellement en fonction des besoins propres à chaque enfant ou adolescent sont		Des actions thérapeutiques et éducatives particulières définies individuellement en fonction des besoins propres à chaque enfant	Des actions thérapeutiques et éducatives particulières définies individuellement en fonction des besoins propres à chaque enfant

RAPPORT IGAS N°2021-010R

ou adolescent sont réalisées conformément au projet individualisé d'accompagnement. Ces actions sont mises en oeuvre, en tant que de besoin, en liaison avec d'autres services ou établissements spécialisés, dans le cadre de conventions passées avec ces services ou établissements.		réalisées conformément à son projet individualisé d'accompagnement. Ces actions sont mises en oeuvre, en tant que de besoin, en liaison avec d'autres services ou établissements spécialisés par des conventions dans le cadre des dispositions de l'article D. 312-10-12.		ou adolescent sont réalisées conformément au projet individualisé d'accompagnement. Ces actions sont mises en oeuvre, en tant que de besoin, en liaison avec d'autres services ou établissements spécialisés, selon les modalités de convention prévues à l'article D. 312-10-12.	ou adolescent sont réalisées conformément au projet individualisé d'accompagnement. Ces actions sont mises en oeuvre, en tant que de besoin, en liaison avec d'autres services ou établissements spécialisés, selon les modalités de convention prévues à l'article D. 312-10-12
			L'établissement peut accueillir temporairement des enfants ou adolescents requérant un accompagnement hors du contexte familial soit dans le cadre du projet individualisé d'accompagnement, soit en cas d'urgence. Les enfants ou adolescents sont répartis en petits groupes de vie.		
Article D312-16 Toutes les fois que cela est possible, les enfants ou adolescents	Article D312-59-3 (2ème alinéa) Toutes les fois que cela est possible, les enfants,	Article D312-65 Les dispositions des articles D. 312-16, D. 312-18 et D. 312-19 sont	Article D312-86 L'organisation générale de l'établissement permet d'accompagner l'enfant ou	Article D312-101 L'établissement peut fonctionner en externat, en semi-internat ou en	Article D312-114 L'établissement peut fonctionner en externat, en semi-internat ou en

RAPPORT IGAS N°2021-010R

<p>demeurent hébergés dans leur famille et sont accueillis, à temps partiel ou à temps plein, dans un établissement scolaire ordinaire.</p> <p>L'établissement peut fonctionner en externat, en semi-internat ou en internat. Dans ce dernier cas, il peut assurer l'hébergement dans ses propres locaux, dans des internats qu'il gère, dans des internats gérés par d'autres organismes ou dans des centres d'accueil familial spécialisé.</p>	<p>adolescents ou jeunes adultes résident dans leur famille.</p> <p>Article D312-59-5</p> <p>I.-Chaque projet personnalisé d'accompagnement mentionné au 2° du II de l'article D. 312-59-2 :</p> <p>...</p> <p>5° Est mis en oeuvre à temps complet ou à temps partiel, en internat, en semi-internat, en externat, en centre d'accueil familial spécialisé dans les conditions prévues aux articles D. 312-41 à D. 312-54, le cas échéant, dans le cadre d'un service d'éducation spéciale et de soins à domicile tel que prévu aux articles D. 312-55 à D. 312-59 ; ...</p>	<p>applicables aux établissements régis par le présent paragraphe.</p>	<p>l'adolescent dans sa globalité de manière continue tout au long de l'année. A cet effet, l'établissement maintient auprès des enfants ou adolescents le personnel nécessaire.</p>	<p>internat. Il peut assurer l'hébergement dans ses propres locaux, dans des foyers qu'il gère, dans des foyers gérés par d'autres organismes ou dans des centres de placements familiaux spécialisés.</p> <p>Toutes les fois que cela est possible, les enfants déficients auditifs demeurent hébergés dans leur famille.</p>	<p>internat. Il peut assurer l'hébergement dans ses propres locaux, dans des foyers qu'il gère, dans des foyers gérés par d'autres organismes ou dans des centres de placements familiaux spécialisés.</p> <p>Toutes les fois que cela est possible, les enfants déficients de la vue demeurent hébergés dans leur famille.</p>
<p>Article D312-17</p>	<p>Article D312-59-5</p>	<p>Article D312-82</p>	<p>Article D312-97</p>	<p>Article D312-110</p>	<p>Article D312-122</p>

RAPPORT IGAS N°2021-010R

<p>Dans le cadre du projet d'établissement, des transferts de l'ensemble ou partie de l'établissement peuvent être organisés sous la responsabilité du directeur. Un arrêté précise les conditions dans lesquelles ces transferts sont organisés.</p>	<p>I.-Chaque projet personnalisé d'accompagnement mentionné au 2° du II de l'article D. 312-59-2 : ... 6° Organise la mise en oeuvre des transferts de l'établissement dans les conditions prévues à l'article D. 312-17.</p>	<p><i>Sauf dispositions contraires figurant au présent paragraphe, sont applicables aux établissements et services concernés les dispositions des articles D. 312-17, D. 312-20 et D. 312-24 à D. 312-54.</i></p>	<p><i>Sauf dispositions contraires figurant à la présente sous-section, sont applicables aux établissements et services concernés, les dispositions des articles D. 312-17, D. 312-20 et D. 312-24 à D. 312-54.</i></p>	<p><i>Sauf dispositions contraires figurant au présent paragraphe, les dispositions des articles D. 312-17, D. 312-18, D. 312-20, D. 312-24, D. 312-26, D. 312-27 à D. 312-54 s'appliquent aux établissements concernés.</i></p>	<p><i>Sauf dispositions contraires figurant au présent paragraphe, les dispositions des articles D. 312-17, D. 312-18, D. 312-20, D. 312-24, D. 312-26, D. 312-27 à D. 312-54 s'appliquent aux établissements concernés.</i></p>
<p>Accompagnement après sortie</p>					
<p>Article D312-18 L'établissement ou le service assure l'accompagnement de l'insertion sociale et professionnelle de l'adolescent à sa sortie. Afin d'apporter son appui au jeune et à sa famille, en liaison avec les services administratifs et sociaux compétents auxquels il ne se substitue pas, il apporte son concours</p>		<p>Article D312-65 <i>Les dispositions des articles D. 312-16, D. 312-18 et D. 312-19 sont applicables aux établissements régis par le présent paragraphe.</i></p>		<p>Article D312-110 <i>Sauf dispositions contraires figurant au présent paragraphe, les dispositions des articles D. 312-17, D. 312-18, D. 312-20, D. 312-24, D. 312-26, D. 312-27 à D. 312-54 s'appliquent aux établissements concernés.</i></p>	<p>Article D312-122 <i>Sauf dispositions contraires figurant au présent paragraphe, les dispositions des articles D. 312-17, D. 312-18, D. 312-20, D. 312-24, D. 312-26, D. 312-27 à D. 312-54 s'appliquent aux établissements concernés.</i></p>

<p>aux démarches nécessaires pour faciliter l'insertion professionnelle et l'insertion sociale.</p> <p>Cet accompagnement est poursuivi sur une durée minimum de trois ans.</p>					
<p>Directeur</p>					
<p>Article D312-20</p> <p>Le directeur a la responsabilité générale du fonctionnement de l'établissement ou du service. Il doit posséder les qualifications mentionnées aux articles D. 312-176-6 et D. 312-176-7 ou remplir les conditions de dérogation prévues à l'article D. 312-176-8.</p> <p>Lorsqu'il s'agit d'un établissement ou d'un service médico-social de droit privé, les compétences et les missions que la personne</p>	<p>Article D312-59-7</p> <p>Dans le respect des prérogatives de l'organe délibérant de la personne morale gestionnaire de l'établissement, le directeur exerce la responsabilité générale du fonctionnement de l'établissement, notamment en matière administrative, financière et comptable. Il assure la coordination des interventions thérapeutiques, éducatives, pédagogiques et met en oeuvre les coopérations</p>	<p>Article D312-82</p> <p><i>Sauf dispositions contraires figurant au présent paragraphe, sont applicables aux établissements et services concernés les dispositions des articles D. 312-17, D. 312-20 et D. 312-24 à D. 312-54.</i></p>	<p>Article D312-97</p> <p><i>Sauf dispositions contraires figurant à la présente sous-section, sont applicables aux établissements et services concernés, les dispositions des articles D. 312-17, D. 312-20 et D. 312-24 à D. 312-54.</i></p>	<p>Article D312-110</p> <p><i>Sauf dispositions contraires figurant au présent paragraphe, les dispositions des articles D. 312-17, D. 312-18, D. 312-20, D. 312-24, D. 312-26, D. 312-27 à D. 312-54 s'appliquent aux établissements concernés.</i></p>	<p>Article D312-122</p> <p><i>Sauf dispositions contraires figurant au présent paragraphe, les dispositions des articles D. 312-17, D. 312-18, D. 312-20, D. 312-24, D. 312-26, D. 312-27 à D. 312-54 s'appliquent aux établissements concernés.</i></p>

RAPPORT IGAS N°2021-010R

<p>physique ou morale gestionnaire confié par délégation au directeur de l'établissement sont précisées dans un document unique selon les dispositions de l'article D. 312-176-5.</p> <p>Le directeur doit en outre être apte physiquement, moralement et professionnellement à assurer la garde et l'éducation d'enfants et d'adolescents, ainsi que le bon fonctionnement d'un établissement.</p>	<p>mentionnées au 3° de l'article D. 312-59-4.</p> <p>A ce titre, le directeur :</p> <p>1° Est responsable de la mise en oeuvre du projet d'établissement et de son évolution, en liaison avec l'équipe interdisciplinaire ; ...</p> <p>8° Doit répondre aux conditions prévues à l'article D. 312-20.</p>				
<p>Equipe médicale, paramédicale et psycho-sociale obligatoire</p>					
<p>Article D312-21</p> <p>L'établissement s'assure les services d'une équipe médicale et paramédicale, comprenant notamment :</p>	<p>Article D312-59-9</p> <p>II. - L'équipe visée au I du présent article :</p> <p>1° Comprend :</p>	<p>Article D312-66</p> <p>L'établissement s'assure les services d'une équipe médicale, paramédicale et psychosociale travaillant en liaison avec les enseignants et les</p>	<p>Article D312-88</p> <p>L'établissement s'assure le concours d'une équipe médicale, paramédicale, psycho-sociale et éducative comprenant au moins :</p>	<p>Article D312-102</p> <p>L'établissement doit s'assurer les services d'une équipe médicale, paramédicale et psychosociale, comprenant notamment :</p>	<p>Article D312-115</p> <p>L'établissement s'assure le concours d'une équipe médicale, paramédicale et psycho-sociale travaillant en liaison avec les enseignants et</p>

RAPPORT IGAS N°2021-010R

		éducateurs et comprenant au moins :			les éducateurs et comprenant au moins :
1° Un psychiatre possédant une formation dans le domaine de l'enfance et de l'adolescence ;	- un psychiatre possédant une formation dans le domaine de l'enfance et de l'adolescence, le cas échéant exerçant dans un secteur de psychiatrie infanto-juvénile ;		3° Un psychiatre ;		
2° Un pédiatre, ou, selon l'âge des personnes accueillies et en fonction des besoins de l'établissement, un médecin généraliste ;	- un pédiatre ou un médecin généraliste ;	2° Un pédiatre.	2° Un pédiatre ;	2° Un pédiatre ;	1° Un pédiatre ;
		1° Un médecin spécialiste de rééducation et réadaptation fonctionnelles, à raison d'au moins une vacation de quatre heures par semaine pour vingt-quatre enfants accueillis	1° Un médecin de médecine physique et de rééducation fonctionnelle ;	1° Un médecin qualifié en oto-rhino-laryngologie, compétent en phoniatry ;	2° Un ophtalmologiste
3° Un psychologue ;	- un psychologue clinicien ;	L'équipe comprend également des membres des professions suivantes : 2° Psychologue ;	4° Ainsi que des membres des professions suivantes : k) Un psychologue.	3° Un psychologue ;	4° Un psychologue ;

RAPPORT IGAS N°2021-010R

<p>4° Un infirmier ou une infirmière ;</p>		<p>1° Infirmier, (Article D312-68 L'effectif des personnels mentionnés au cinquième alinéa de l'article D. 312-66 comprend :</p> <p>3° Un infirmière ou une infirmier polyvalent à temps plein ;)</p>	<p>f) Infirmier ..., auxiliaire de puériculture, aide soignant ;</p>		
		<p>kinésithérapeute, (Article D312-68 ... 1° Des kinésithérapeutes, à raison de un pour huit enfants en cas de rééducation motrice intensive et de un pour vingt-quatre enfants en cas de rééducation d'entretien ; à partir de trois groupes, l'un d'eux assumera les fonctions de kinésithérapeute chef ;)</p>	<p>a) Kinésithérapeute ;</p>		
		<p>ergothérapeute,</p>	<p>b) Ergothérapeute ;</p>		

		<p>(Article D312-68 ...</p> <p>2° Des ergothérapeutes spécialement formés pour la rééducation, à raison de un pour huit enfants et de un au minimum pour vingt-quatre enfants en cas de rééducation d'entretien ; à partir de trois groupes, l'un d'eux assumera les fonctions d'ergothérapeute chef ;)</p>			
		<p>orthophoniste ;</p> <p>(Article D312-68 ...</p> <p>6° Des orthophonistes, au nombre de un pour huit enfants ayant des troubles de la parole.)</p>	d) Orthophoniste ;	<p>(Article D312-103</p> <p>L'établissement doit s'assurer le concours d'une équipe de professionnels prenant en charge l'ensemble des actions concernant la communication, la parole et le langage, l'enseignement et son soutien.</p> <p>Elle est recrutée parmi les catégories suivantes :</p>	

RAPPORT IGAS N°2021-010R

				...	
				4° Des orthophonistes dont l'action s'exerce selon le champ de compétence défini en application des articles L. 4341-1 et suivants du code de la santé publique.)	
			c) Psychomotricien ;		
			e) Orthoptiste ;		3° Des rééducateurs intervenant dans les différents domaines de la compensation du handicap visuel et dans le développement de la vision fonctionnelle ;
			f) ... auxiliaire de puériculture, aide soignant ;		
			g) Éducateur spécialisé, moniteur éducateur, éducateur de jeunes enfants et éducateur technique spécialisé ;		
			h) Un enseignant mentionné dans l'arrêté prévu à l'article D. 351-20 du code de l'éducation ;		

			i) Aide médico-psychologique ;		
		<p>Article D312-80 ...</p> <p>Compte tenu de la nature des handicaps, des modifications, déterminées par le directeur départemental des affaires sanitaires et sociales, pourront être apportées tant en ce qui concerne les structures architecturales que les personnels d'encadrement employés.</p> <p>Les conditions relatives aux installations et aux personnels nécessaires pour certaines rééducations, telles l'orthophonie ou l'ergothérapie, pourront être adaptées dans la mesure où les catégories de mineurs accueillis ne relèvent pas de ces rééducations particulières.</p>			

RAPPORT IGAS N°2021-010R

<p>Article D312-24</p> <p>Tout établissement comporte un service social confié à un assistant de service social, exerçant soit à temps partiel, soit à temps complet, si l'établissement compte au moins cent places.</p>	<p>Article D312-59-12</p> <p>L'établissement recourt aux compétences d'un service social.</p>	<p>Article D312-66 (suite)</p> <p>3° Assistant de service social ;</p> <p>(Article D312-68 ...</p> <p>L'assistant de service social mentionné au septième alinéa de l'article D. 312-66 exerce à temps complet ou à temps partiel, en liaison avec le service social de secteur.)</p>	<p>j) Assistant de service social ;</p>	<p>Article D312-102 (suite)</p> <p>4° Un assistant de service social.</p>	<p>5° Un assistant de travail social ;</p>
<p>Equipe médicale et paramédicale en fonction des besoins</p>					
<p>Article D312-21 (suite)</p> <p>5° Selon les besoins des enfants, notamment des kinésithérapeutes, orthophonistes, psychomotriciens ;</p>	<p>Article D312-59-9 (suite)</p> <p>2° En fonction du projet d'établissement, comprend ou associe tout ou partie des professionnels suivants :</p> <p>- orthophonistes ;</p>	<p>4° En fonction des besoins de l'établissement :</p> <p>...</p> <p>b) Des auxiliaires médicaux (audio-prothésistes, pédicures, podologues) ;</p> <p>c) Des appareilleurs ;</p>	<p>5° En fonction des besoins des enfants et des équipes de l'établissement :</p> <p>b) Un diététicien ;</p> <p>c) D'autres auxiliaires médicaux ;</p> <p>d) Des rééducateurs divers.</p>	<p>5° En fonction des besoins de l'établissement :</p> <p>...</p> <p>b) Des rééducateurs divers.</p> <p>L'établissement s'assure le concours d'un ou plusieurs</p>	<p>6° Et, en fonction des besoins de l'établissement,</p>

	<p>- psychomotriciens ;</p> <p>- les auxiliaires médicaux tels que mentionnés au livre III de la quatrième partie du code de la santé publique, requis ;</p>	<p>d) Des aides soignantes ; (Article D312-68 4° Des aides soignants, à raison de trois pour seize enfants, assurant par roulement le service de jour et de nuit ;)</p> <p>e) Des auxiliaires de puériculture ;</p> <p>f) Des psychomotriciens ;</p> <p>g) Des orthoptistes ;</p> <p>h) Des rééducateurs divers. (Article D312-68 5° Des éducateurs, à raison d'un éducateur pour huit internes ou demi-pensionnaires ; ces éducateurs ont la responsabilité des enfants en dehors des heures de classe, d'atelier ou de rééducation motrice ;</p>		<p>audioprothésistes chargés de la surveillance technique de l'adaptation prothétique.</p>	
--	--	--	--	--	--

RAPPORT IGAS N°2021-010R

		chaque " groupe de famille " est placé sous l'égide d'un éducateur ;)			
6° En fonction des besoins, un médecin ayant une compétence particulière en neurologie, en ophtalmologie, en audiophonologie ou en rééducation et réadaptation fonctionnelle.		a) Des médecins qualifiés spécialistes ou compétents notamment en psychiatrie, chirurgie orthopédique ou traumatologie, neurologie, urologie ;	a) D'autres médecins qualifiés spécialistes ou compétents ; ...	a) Un psychiatre ;	un psychiatre et un neurologue.
Conventions avec d'autres établissements ou professionnels					
		Des accords sont passés avec un oto-rhino-laryngologiste et un dentiste ou un stomatologiste afin qu'ils puissent prodiguer leurs soins aux enfants accueillis dans l'établissement.	Des accords sont passés avec un oto-rhino-laryngologiste et un dentiste ou un stomatologiste afin qu'ils puissent prodiguer leurs soins aux enfants accueillis dans l'établissement.		

RAPPORT IGAS N°2021-010R

	3° Développe, dans le cadre du projet d'établissement, des liens fonctionnels avec les secteurs de psychiatrie concernés.	Une convention est passée avec un service hospitalier possédant un service de réanimation susceptible d'intervenir dans des délais rapprochés.	Des conventions peuvent être passées avec des établissements de santé, pour l'une de leurs activités de psychiatrie infanto-juvénile, des centres d'action médico-sociale précoce, des centres médico-psychopédagogiques, des centres de ressources, d'autres établissements ou services d'éducation adaptée ou des intervenants spécialisés proches du domicile des parents. En particulier, une convention est passée avec un établissement de santé possédant un service de réanimation susceptible d'intervenir dans des délais rapprochés.		
Missions de l'équipe					
Article D312-22 Sous la responsabilité de l'un des médecins mentionnés aux 1° et 2°	Article D312-59-9 I. - L'équipe interdisciplinaire comporte une équipe	Article D312-67 Sous la responsabilité de l'un des deux médecins mentionnés aux 1° et 2° de	Article D312-89 Sous la responsabilité de l'un des médecins mentionnés aux 1° et 2° de	Sous la responsabilité de l'un des médecins attachés à l'établissement, l'équipe médicale et paramédicale met en	Sous la responsabilité de l'un des médecins attachés à l'établissement, l'équipe médicale et paramédicale met en

RAPPORT IGAS N°2021-010R

<p>de l'article D. 312-21, l'équipe médicale et paramédicale :</p> <p>1° Met en oeuvre les composantes thérapeutique et rééducative du projet individualisé d'accompagnement de l'enfant ou de l'adolescent ;</p> <p>2° Assure la surveillance de la santé des enfants ou adolescents en coordination avec leur médecin de famille ;</p> <p>3° Assure, en coordination avec le directeur ainsi qu'avec le médecin du travail, la surveillance générale de l'établissement en ce qui concerne l'hygiène de vie des enfants ou adolescents, leur alimentation et l'hygiène des locaux.</p> <p>Article D312-23</p>	<p>médicale, paramédicale et psychologique qui :</p> <p>1° Dresse dès l'admission un bilan de santé puis veille à son actualisation pour chaque enfant, adolescent ou jeune adulte accueilli ;</p> <p>2° Assure une fonction générale de surveillance de la santé physique et psychique des enfants, adolescents et jeunes adultes accueillis ;</p> <p>3° Veille à la réalisation du projet d'établissement dans sa dimension thérapeutique ;</p> <p>4° En lien avec les autres membres de l'équipe interdisciplinaire et les partenaires extérieurs, notamment les médecins traitants, met en oeuvre, au sein de l'établissement, et veille</p>	<p>l'article D. 312-66, l'équipe médicale et paramédicale :</p> <p>1° Met en oeuvre les composantes thérapeutique et rééducative du projet individualisé d'accompagnement des enfants ou des adolescents ;</p> <p>2° Assure, en liaison avec les autres médecins attachés à l'établissement, la surveillance de la santé des enfants ou adolescents en coordination avec le médecin de famille du jeune déficient moteur ;</p> <p>3° Assure, en coordination avec le directeur ainsi qu'avec le médecin du travail, la surveillance générale de l'établissement en ce qui concerne l'hygiène de vie des enfants ou adolescents, leur alimentation et l'hygiène des locaux.</p>	<p>l'article D. 312-88, l'équipe médicale et paramédicale :</p> <p>1° Met en oeuvre les composantes thérapeutique et rééducative du projet individualisé d'accompagnement de l'enfant ou de l'adolescent ;</p> <p>2° Assure, en liaison avec les autres médecins attachés à l'établissement, la surveillance de la santé des enfants ou adolescents en coordination avec les médecins habituels de la famille ;</p> <p>3° Assure, en coordination avec le directeur ainsi qu'avec le médecin du travail, la surveillance générale de l'établissement en ce qui concerne l'hygiène de vie des enfants ou adolescents, leur alimentation et l'hygiène des locaux.</p>	<p>oeuvre les composantes thérapeutique et rééducative du projet individualisé d'accompagnement de l'enfant ou de l'adolescent.</p> <p>Le pédiatre assure la surveillance générale de l'établissement en ce qui concerne l'hygiène des locaux, l'alimentation, la discipline de vie des enfants et, en liaison avec les autres médecins, la surveillance de la santé des enfants et adolescents, en coordination avec le médecin habituel de l'enfant.</p>	<p>oeuvre les composantes thérapeutique et rééducative du projet individualisé d'accompagnement de l'enfant ou de l'adolescent.</p> <p>Le pédiatre assure la surveillance générale de l'établissement en ce qui concerne l'hygiène des locaux, l'alimentation, la discipline de vie des enfants et, en liaison avec les autres médecins, la surveillance de la santé des enfants et adolescents, en coordination avec le médecin habituel de l'enfant.</p>
---	--	--	---	--	--

RAPPORT IGAS N°2021-010R

<p>Des accords sont passés avec un oto-rhino-laryngologiste et un dentiste ou un stomatologiste afin qu'ils puissent prodiguer leurs soins aux enfants accueillis dans l'établissement.</p>	<p>à la délivrance, à l'extérieur de celui-ci, de toute forme de soins et de soutien psychologique.</p> <p>L'équipe médicale, paramédicale et psychologique est animée par un médecin psychiatre, qui en coordonne les actions.</p>				
<p>Article D312-13</p> <p>Il est pratiqué au moins un examen complet de tous les enfants une fois en cours d'année, ainsi que des examens autant que de besoin en fonction de l'évolution de l'enfant.</p> <p>Aucun traitement n'est entrepris s'il n'a été prescrit par un des médecins attachés à l'établissement ou par un médecin appelé en consultation.</p>	<p>Aucun traitement n'est entrepris s'il n'a été prescrit par un médecin. Un registre de l'état sanitaire mentionne tous les accidents et incidents survenus ainsi que les hospitalisations effectuées.</p>	<p>Article D312-62 (répété à la fin de l'article D312-68)</p> <p>Il est pratiqué au moins un examen complet de tous les enfants une fois en cours d'année, ainsi que des examens autant que de besoin en fonction de l'évolution de l'enfant.</p> <p>Aucun traitement n'est entrepris s'il n'a été prescrit par un des médecins attachés à l'établissement ou par un médecin appelé en consultation.</p>	<p>Article D312-97</p> <p>Aucun traitement n'est entrepris s'il n'a été prescrit par un des médecins attachés à l'établissement ou par un médecin appelé en consultation.</p> <p>Le concours demandé à ces médecins spécialistes permet l'examen complet de tous les enfants une fois par semestre et une surveillance médicale régulière.</p>	<p>Aucun traitement n'est entrepris s'il n'a été prescrit par un des médecins attachés à l'établissement ou par un médecin appelé en consultation.</p> <p>Le concours demandé à ces médecins spécialistes varie avec l'importance de l'établissement et doit permettre l'examen complet de tous les enfants une fois en cours d'année ainsi qu'un examen par trimestre scolaire et la surveillance des traitements</p>	<p>Aucun traitement n'est entrepris s'il n'a été prescrit par un des médecins attachés à l'établissement ou par un médecin appelé en consultation.</p> <p>Le concours demandé à l'un de ces médecins varie avec l'importance de l'établissement et doit permettre l'examen complet de tous les enfants une fois en cours d'année, ainsi qu'un examen par trimestre scolaire et la surveillance des traitements</p>

RAPPORT IGAS N°2021-010R

				ordonnés et des rééducations pratiquées.	ordonnés et des rééducations pratiquées.
Equipe pédagogique					
Article D312-25	Article D312-59-10	Article D312-69	Article D312-97	Article D312-103	Article D312-116
<p>L'établissement s'assure le concours d'une équipe pédagogique et éducative comprenant selon l'âge et les besoins des enfants :</p>	<p>L'équipe interdisciplinaire comporte une équipe éducative qui veille au développement de la personnalité et à la socialisation des enfants, des adolescents et des jeunes adultes, les suit dans leur vie quotidienne et dans la réalisation de leur projet personnalisé d'accompagnement, à l'intérieur comme à l'extérieur de l'établissement.</p> <p>La fonction de référent est assurée au sein de l'équipe éducative. Elle favorise pour chaque enfant, adolescent ou jeune adulte accueilli et sa famille la continuité et la cohérence de l'accompagnement. Ses</p>	<p>L'établissement s'assure également les services d'une équipe éducative et enseignante comprenant, selon l'âge ou le développement des enfants, des membres des professions suivantes :</p>	<p><i>Sauf dispositions contraires figurant à la présente sous-section, sont applicables aux établissements et services concernés, les dispositions des articles D. 312-17, D. 312-20 et D. 312-24 à D. 312-54.</i></p>	<p>L'établissement doit s'assurer le concours d'une équipe de professionnels prenant en charge l'ensemble des actions concernant la communication, la parole et le langage, l'enseignement et son soutien.</p> <p>Elle est recrutée parmi les catégories suivantes :</p>	<p>L'établissement ou le service s'assure notamment le concours d'enseignants prenant en charge, en liaison avec l'équipe médicale, paramédicale et psychosociale, la formation scolaire des enfants et adolescents :</p> <p>Cette équipe peut être constituée des catégories suivantes :</p>

RAPPORT IGAS N°2021-010R

	<p>modalités de mise en oeuvre sont prévues par le projet d'établissement.</p> <p>La surveillance de nuit des enfants, des adolescents et des jeunes adultes participe à l'exercice de la fonction éducative.</p> <p>L'équipe éducative comprend notamment les professionnels ayant une qualification pour exercer les fonctions suivantes :</p>				
<p>1° Des enseignants mentionnés dans l'arrêté prévu à l'article D. 351-20 du code de l'éducation dont la rémunération est prise en charge par l'Etat en application de l'article L. 351-1 du même code ;</p> <p>...</p>		<p>6° Enseignants mentionnés dans l'arrêté prévu à l'article D. 351-20 du code de l'éducation ;</p>		<p>1° Enseignants mentionnés dans l'arrêté prévu à l'article D. 351-20 du code de l'éducation ;</p> <p>2° Instituteurs ou professeurs des écoles titulaires du certificat d'aptitude à l'enseignement des inadaptes, option " handicapés auditifs ", en fonctions dans un</p>	<p>1° Des enseignants mentionnés dans l'arrêté prévu à l'article D. 351-20 du code de l'éducation ;</p>

<p>Les enseignants mentionnés au deuxième alinéa sont recrutés dans les catégories suivantes :</p> <p>1° Instituteurs spécialisés ou professeurs des écoles spécialisés, titulaires du certificat d'aptitude professionnelle pour les aides spécialisées, les enseignements adaptés et la scolarisation des élèves en situation de handicap ;</p> <p>2° Professeurs d'enseignement général et de première formation professionnelle ;</p> <p>3° Professeurs d'enseignement technique ou professionnel, lorsqu'existe une section de formation professionnelle.</p> <p>En outre, il est fait appel à des professeurs</p>				<p>établissement régi par les dispositions du présent paragraphe, à la date du 24 avril 1988 ;</p> <p>3° Instituteurs ou professeurs des écoles titulaires du certificat d'aptitude professionnelle pour les aides spécialisées, les enseignements adaptés et la scolarisation des élèves en situation de handicap, sous réserve de l'obtention du certificat d'aptitude au professorat de l'enseignement des jeunes sourds, dans un délai de cinq ans à compter de leur affectation dans l'établissement.</p> <p>L'action de ces instituteurs ou professeurs des écoles concerne l'enseignement et son soutien.</p> <p>(Article D312-104</p>	
---	--	--	--	---	--

<p>d'éducation physique et sportive.</p>				<p>... La section de première formation professionnelle doit comporter les personnels titulaires du certificat d'aptitude aux fonctions de professeur d'enseignement technique aux déficients auditifs ou munis des qualifications nécessaires pour enseigner en lycée professionnel, sous réserve d'un complément de formation spécialisée pour déficients auditifs.</p>	
<p>2° Des éducateurs assurant des actions orientées vers le développement de la personnalité et la socialisation des enfants et adolescents.</p> <p>Les éducateurs mentionnés au troisième alinéa sont recrutés, à raison de un pour quinze enfants, dans les catégories suivantes :</p>	<p>- éducateurs spécialisés ou éducateurs de jeunes enfants et moniteurs-éducateurs ;</p>	<p>1° Éducateurs spécialisés ; 2° Éducateurs de jeunes enfants ; 3° Moniteurs éducateurs ;</p>		<p>(Article D312-104 ... Pour les actions concernant le développement personnel des enfants, leur insertion sociale ainsi que leur encadrement dans les internats et semi-internats, les établissements s'assurent le concours d'éducateurs spécialisés, d'éducateurs de jeunes</p>	<p>2° Des éducateurs spécialisés, des éducateurs de jeunes enfants ou des moniteurs-éducateurs et des personnels agréés par la direction départementale des affaires sanitaires, dont les actions concernent le développement personnel des enfants, leur insertion sociale ainsi que leur encadrement dans les</p>

RAPPORT IGAS N°2021-010R

<p>1° Éducateurs spécialisés ;</p> <p>2° Éducateurs de jeunes enfants ;</p> <p>3° Moniteurs-éducateurs.</p> <p>Le nombre d'éducateurs est fixé de sorte à pouvoir assurer les remplacements liés aux congés.</p>				<p>enfants ou de moniteurs-éducateurs. Les éducateurs affectés dans les groupes d'enfants au stade de l'éducation précoce et de l'éducation préscolaire doivent être titulaires du diplôme d'Etat d'éducateur de jeunes enfants ou d'un diplôme reconnu équivalent.</p>	<p>internats et semi-internats.</p> <p>Les éducateurs affectés dans les groupes d'enfants au stade de l'éducation précoce et de l'éducation préscolaire doivent être titulaires du diplôme d'Etat d'éducateur de jeunes enfants ou d'un diplôme reconnu équivalent.</p>
<p>Cette équipe peut être complétée, selon les besoins, par le recours à des aides médico-psychologiques</p>		<p>4° Aides médico-psychologiques ;</p>		<p>Article D312-104</p> <p>Les établissements peuvent s'attacher le concours de personnes sourdes disposant des qualifications professionnelles prévues au présent article ou de celle d'aides médico-psychologiques. Leur activité peut s'étendre, au-delà du champ d'exercice normal de cette qualification, à des actions concernant</p>	

				l'acquisition et le développement de la communication gestuelle.	
<p>Dans le cadre de l'enseignement professionnel, l'établissement ou le service peut également faire appel à des éducateurs techniques.</p> <p>...</p> <p>La section de formation professionnelle peut en outre faire appel à des éducateurs techniques spécialisés. Elle peut également solliciter le concours d'artisans locaux ou d'ouvriers qualifiés présentant les qualités indispensables pour ces fonctions.</p>	<p>- éducateurs techniques spécialisés ;</p>	<p>5° Éducateurs techniques spécialisés ;</p> <p>...</p> <p>7° Educateurs sportifs et moniteurs sportifs lorsque ces personnels existent déjà au sein de l'établissement.</p>		<p>(Article D312-104</p> <p>...</p> <p>Lorsque cette section [<i>de première formation professionnelle</i>] comporte des groupes de déficients auditifs avec handicaps associés, à défaut des personnels ci-dessus, il peut être fait appel à des éducateurs techniques spécialisés. Dans tous les cas, les liaisons nécessaires avec les entreprises sont établies afin de réaliser la meilleure adaptation possible à la vie professionnelle future.</p>	
	<p>- agents qui, au sein des unités de vie, sont appelés à prendre en charge certains aspects matériels de la vie quotidienne des enfants ou adolescents et</p>				

RAPPORT IGAS N°2021-010R

	assurent une fonction de maître ou maîtresse de maison.				
				Article D312-103 (suite) 5° Des interprètes en langue des signes français (L.S.F.) ; 6° Des codeurs en langage parlé complété.	
Diplomes					
Article D312-26 Chacun des membres des équipes médicale, pédagogique et éducative possède les diplômes d'Etat ou les équivalences reconnues nécessaires à l'exercice de ses compétences.	Article D312-59-13 ... Chacun des membres de l'équipe interdisciplinaire possède les diplômes ou les équivalences reconnus nécessaires à l'exercice de ses compétences.	Article D312-82 <i>Sauf dispositions contraires figurant au présent paragraphe, sont applicables aux établissements et services concernés les dispositions des articles D. 312-17, D. 312-20 et D. 312-24 à D. 312-54.</i>	Article D312-97 <i>Sauf dispositions contraires figurant à la présente sous-section, sont applicables aux établissements et services concernés, les dispositions des articles D. 312-17, D. 312-20 et D. 312-24 à D. 312-54.</i>	Article D312-110 <i>Sauf dispositions contraires figurant au présent paragraphe, les dispositions des articles D. 312-17, D. 312-18, D. 312-20, D. 312-24, D. 312-26, D. 312-27 à D. 312-54 s'appliquent aux établissements concernés.</i>	Article D312-122 <i>Sauf dispositions contraires figurant au présent paragraphe, les dispositions des articles D. 312-17, D. 312-18, D. 312-20, D. 312-24, D. 312-26, D. 312-27 à D. 312-54 s'appliquent aux établissements concernés.</i>

RAPPORT IGAS N°2021-010R

Installation					
<p>Article D312-27</p> <p>Lorsqu'il est situé en milieu rural, le terrain d'assiette de l'établissement est calculé sur la base de deux hectares pour cinquante lits. Ce terrain doit bénéficier d'un environnement sain et agréable et de communications faciles avec les villes avoisinantes.</p> <p>Tout établissement accueillant des enfants comporte des terrains de jeux. Tout internat comporte des espaces verts suffisants.</p> <p>La construction des locaux est conçue de façon à favoriser la vie en petits groupes relativement autonomes.</p>	<p>Article D312-59-17</p> <p>L'implantation de l'établissement garantit son insertion dans la communauté sociale et l'accès aux infrastructures, notamment culturelles et sportives.</p> <p>L'organisation et l'utilisation des locaux et des installations extérieures doivent permettre la surveillance adaptée des enfants, adolescents ou jeunes adultes.</p> <p>Les locaux sont adaptés à la vocation de l'établissement et à l'âge des personnes accueillies. Des sections séparées doivent être prévues pour les enfants, les adolescents et, si nécessaire, les jeunes adultes.</p>	<p>Article D312-82</p> <p><i>Sauf dispositions contraires figurant au présent paragraphe, sont applicables aux établissements et services concernés les dispositions des articles D. 312-17, D. 312-20 et D. 312-24 à D. 312-54.</i></p> <p>Article D312-70</p> <p>L'établissement comprend des salles destinées à l'unité d'enseignement, aux activités de groupe ainsi que des salles adaptées aux différents types de rééducation nécessités par les catégories d'enfants ou d'adolescents accueillis, notamment des installations de balnéothérapie.</p> <p>Article D312-80</p>	<p>Article D312-97</p> <p><i>Sauf dispositions contraires figurant à la présente sous-section, sont applicables aux établissements et services concernés, les dispositions des articles D. 312-17, D. 312-20 et D. 312-24 à D. 312-54.</i></p> <p>Article D312-90</p> <p>L'établissement comprend des salles destinées aux activités de groupe, à l'unité d'enseignement ainsi que des salles adaptées aux différents types de rééducation nécessités par les catégories d'enfants ou d'adolescents accueillis, notamment des installations de balnéothérapie.</p>	<p>Article D312-110</p> <p><i>Sauf dispositions contraires figurant au présent paragraphe, les dispositions des articles D. 312-17, D. 312-18, D. 312-20, D. 312-24, D. 312-26, D. 312-27 à D. 312-54 s'appliquent aux établissements concernés.</i></p> <p>Article D312-108</p> <p>L'établissement doit disposer des locaux et équipements correspondant aux dispositions réglementaires générales d'hygiène et de sécurité.</p> <p>Les locaux doivent en outre comporter les aménagements nécessaires à une bonne réception des messages visuels et auditifs, en ce qui concerne notamment</p>	<p>Article D312-122</p> <p><i>Sauf dispositions contraires figurant au présent paragraphe, les dispositions des articles D. 312-17, D. 312-18, D. 312-20, D. 312-24, D. 312-26, D. 312-27 à D. 312-54 s'appliquent aux établissements concernés.</i></p> <p>Article D312-120</p> <p>L'établissement doit disposer des locaux et équipements correspondant aux dispositions réglementaires générales d'hygiène et de sécurité.</p> <p>Les locaux devront en outre comporter les aménagements nécessaires pour une bonne réception des messages auditifs, des informations tactiles et</p>

<p>Des locaux en nombre suffisant et de dimension appropriée sont prévus pour l'ensemble des activités d'enseignement, sportives ou liées à la pédagogie, à la formation professionnelle, à la rééducation, et notamment une salle de réunion, une bibliothèque de documentation, un dépôt d'archives. Les diverses activités devront s'effectuer, autant que possible, dans des lieux distincts et clairement identifiables par les enfants ou adolescents.</p> <p>Les enfants disposent d'une salle de jour distincte de leurs chambres.</p> <p>D'une manière générale, les lieux d'accueil de l'enfant doivent présenter un aspect familial. Dans le restaurant d'enfants, l'espace est aménagé de</p>	<p>Ils doivent permettre des prises en charge par petits groupes au sein d'unités de vie et créer un cadre favorisant le respect de chacun et de son intimité.</p> <p>Les locaux et l'espace sont organisés de manière à distinguer les lieux pédagogiques, les lieux de soins, les lieux collectifs de socialisation et d'animation, les lieux de résidence et de vie quotidienne pour permettre un fonctionnement autonome de chacun des groupes en tant que de besoin.</p> <p>L'équipe mentionnée à l'article D. 312-59-9 bénéficie de lieux de consultation afin notamment de réaliser les entretiens et thérapies individuels des personnes accueillies et de recevoir les familles.</p>	<p>Compte tenu de la nature des handicaps, des modifications, déterminées par le directeur départemental des affaires sanitaires et sociales, pourront être apportées tant en ce qui concerne les structures architecturales que les personnels d'encadrement employés.</p> <p>Les conditions relatives aux installations et aux personnels nécessaires pour certaines rééducations, telles l'orthophonie ou l'ergothérapie, pourront être adaptées dans la mesure où les catégories de mineurs accueillis ne relèvent pas de ces rééducations particulières.</p>		<p>la luminosité et l'insonorisation.</p> <p>Des locaux doivent être prévus pour les interventions individuelles, notamment en apprentissage de la parole.</p> <p>Des équipements en vue de la transmission et de l'amplification des signaux sonores et de leur visualisation sont mis à la disposition des enfants et des adolescents.</p> <p>Lorsque les examens audiométriques courants sont pratiqués dans l'établissement, ce dernier doit disposer des équipements nécessaires comportant une cabine audiométrique équipée du matériel d'audiométrie tonale au casque et en champ libre et d'audiométrie vocale.</p>	<p>podotactiles et une utilisation optimale des possibilités visuelles des enfants et adolescents.</p> <p>Des locaux devront être prévus pour les interventions individuelles.</p> <p>Lorsque des examens ophtalmologiques sont pratiqués dans l'établissement, ce dernier doit disposer des installations appropriées.</p>
---	---	---	--	---	---

RAPPORT IGAS N°2021-010R

<p>manière à permettre la prise des repas en petits groupes.</p> <p>Les locaux techniques, cuisine, buanderie, ateliers d'entretien notamment, sont installés en fonction des besoins.</p> <p>...</p>					
---	--	--	--	--	--

nb : ne sont pas repris les articles D312-28 à 34 relatifs aux chambres, aux autres locaux, au cabinet médical, au registre et aux examens médicaux obligatoires pour les membres du personnel, directement applicables à toutes les catégories d'établissements

RAPPORT IGAS N°2021-010R

Admission					
<p>Article D312-35</p> <p>Le directeur prononce l'admission de l'enfant ou de l'adolescent conformément à la décision de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées et dans les conditions fixées à l'article D. 312-10-3. Le directeur est tenu d'informer dans un délai de quinze jours la maison départementale des personnes handicapées de la suite réservée à la désignation opérée par la commission des droits et de l'autonomie conformément aux dispositions de l'article R. 146-36.</p>	<p>Article D312-59-14</p> <p>Le directeur prononce l'admission de l'enfant ou de l'adolescent conformément à la décision de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées et dans les conditions fixées à l'article D. 312-10-3. Le directeur est tenu d'informer dans un délai de quinze jours la maison départementale des personnes handicapées de la suite réservée à la désignation opérée par la commission des droits et de l'autonomie conformément aux dispositions de l'article R. 146-36.</p> <p>Lorsque, après avis de l'équipe interdisciplinaire, le directeur est amené à constater que l'orientation dans son</p>	<p>Article D312-82</p> <p><i>Sauf dispositions contraires figurant au présent paragraphe, sont applicables aux établissements et services concernés les dispositions des articles D. 312-17, D. 312-20 et D. 312-24 à D. 312-54.</i></p>	<p>Article D312-97</p> <p><i>Sauf dispositions contraires figurant à la présente sous-section, sont applicables aux établissements et services concernés, les dispositions des articles D. 312-17, D. 312-20 et D. 312-24 à D. 312-54.</i></p>	<p>Article D312-110</p> <p><i>Sauf dispositions contraires figurant au présent paragraphe, les dispositions des articles D. 312-17, D. 312-18, D. 312-20, D. 312-24, D. 312-26, D. 312-27 à D. 312-54 s'appliquent aux établissements concernés.</i></p>	<p>Article D312-122</p> <p><i>Sauf dispositions contraires figurant au présent paragraphe, les dispositions des articles D. 312-17, D. 312-18, D. 312-20, D. 312-24, D. 312-26, D. 312-27 à D. 312-54 s'appliquent aux établissements concernés.</i></p>

RAPPORT IGAS N°2021-010R

	<p>établissement n'est pas conforme à l'intérêt de l'enfant, de l'adolescent ou du jeune adulte, il en informe la commission et peut proposer une autre solution à la commission, aux parents ou aux détenteurs de l'autorité parentale ou contribuer à l'élaboration d'une solution de remplacement plus adaptée.</p> <p>Les démarches mentionnées à l'alinéa précédent s'effectuent dans le respect des dispositions de l'article L. 351-2 du code de l'éducation et ne peuvent faire obstacle à la mise en oeuvre de la décision visée au second alinéa dudit article.</p>				
Projet d'établissement					
Article D312-38	Article D312-59-4	<i>Article D312-82</i>	<i>Article D312-97</i>	<i>Article D312-110</i>	<i>Article D312-122</i>
Le projet d'établissement ou du	Le projet d'établissement prévu à	<i>Sauf dispositions contraires figurant au présent</i>	<i>Sauf dispositions contraires figurant à la présente sous-</i>	<i>Sauf dispositions contraires figurant au</i>	<i>Sauf dispositions contraires figurant au</i>

RAPPORT IGAS N°2021-010R

<p>service établi après consultation du conseil de la vie sociale ou d'une autre instance de participation instituée conformément à l'article L. 311-8 fixe les objectifs pédagogiques, éducatifs et thérapeutiques de l'établissement ou du service ainsi que les modalités de leur réalisation et de l'évaluation de leurs résultats. Il comprend notamment le projet pédagogique de l'unité d'enseignement. Ce projet est adopté par le conseil d'administration et porté à la connaissance de la tutelle.</p> <p>Le projet d'établissement prévoit un emploi du temps équilibré des enfants ou des adolescents avec, éventuellement, et selon les directives des équipes médicale, pédagogique et éducative, les modifications adaptées</p>	<p>l'article L. 311-8 garantit la cohérence, la continuité et la qualité des projets personnalisés d'accompagnement. Ce projet :</p> <p>1° Définit les modalités de mise en oeuvre des missions énumérées au I de l'article D. 312-59-2 et des composantes thérapeutique, éducative, pédagogique et sociale mentionnées aux articles D. 312-59-9 à D. 312-59-12 et précise les conditions d'intervention des membres de l'équipe interdisciplinaire, mentionnés à ces mêmes articles ;</p> <p>1° bis Comprend le projet pédagogique de l'unité d'enseignement mise en place par l'établissement ou le service ;</p>	<p><i>paragraphe, sont applicables aux établissements et services concernés les dispositions des articles D. 312-17, D. 312-20 et D. 312-24 à D. 312-54.</i></p>	<p><i>section, sont applicables aux établissements et services concernés, les dispositions des articles D. 312-17, D. 312-20 et D. 312-24 à D. 312-54.</i></p>	<p><i>présent paragraphe, les dispositions des articles D. 312-17, D. 312-18, D. 312-20, D. 312-24, D. 312-26, D. 312-27 à D. 312-54 s'appliquent aux établissements concernés.</i></p>	<p><i>présent paragraphe, les dispositions des articles D. 312-17, D. 312-18, D. 312-20, D. 312-24, D. 312-26, D. 312-27 à D. 312-54 s'appliquent aux établissements concernés.</i></p>
---	---	--	--	---	---

<p>au projet individualisé d'accompagnement défini pour chaque jeune.</p> <p>Afin notamment de faciliter le maintien des liens familiaux, le règlement de fonctionnement de l'établissement détermine les périodes de vacances. Il précise en outre les modalités et les horaires de retour de l'enfant dans sa famille ou les conditions de visite des parents dans l'établissement ou le service.</p>	<p>2° Détaille les caractéristiques générales des prises en charge, des accompagnements et des prestations mis en oeuvre par l'établissement qui constituent le cadre de référence des projets personnalisés d'accompagnement élaborés dans les conditions prévues à l'article D. 312-59-5 ;</p> <p>3° Précise le contenu de la collaboration de l'établissement avec d'autres partenaires afin de favoriser la qualité de la prise en charge de ces personnes ainsi que la préparation ou la poursuite de leur intégration en milieu de vie ordinaire. Cette collaboration peut donner lieu à la conclusion d'une convention ou s'inscrit dans l'une des autres formules de coopération mentionnées aux articles</p>				
---	---	--	--	--	--

	<p>L. 312-7 et D. 312-10-12 ;</p> <p>4° Détermine la nature des dispositifs propres à garantir une bonne animation de l'équipe interdisciplinaire ainsi que la mise en oeuvre de programmes de formation et d'actions de soutien des personnels telles que définies à l'article D. 312-59-16 ;</p> <p>5° Formalise les procédures relatives à l'amélioration de la qualité du fonctionnement de l'établissement et des prestations qui y sont délivrées. Cette formalisation vient soutenir la mise en oeuvre de l'évaluation interne telle que définie au premier alinéa de l'article L. 312-8 du présent code.</p>				
--	--	--	--	--	--

nb : ne sont pas repris les articles D.312-41 à D.312-54, relatifs aux centres d'accueil familial spécialisés, directement applicables à l'ensemble des catégories d'établissements

RAPPORT IGAS N°2021-010R

SESSAD					
<p>Article D312-55</p> <p>Un service d'éducation spéciale et de soins à domicile peut être rattaché à l'établissement. Ce service peut être également autonome.</p>	<p>Article D312-59-5</p> <p><i>I.-Chaque projet personnalisé d'accompagnement mentionné au 2° du II de l'article D. 312-59-2 :</i></p> <p>...</p> <p><i>5° Est mis en oeuvre ... le cas échéant, dans le cadre d'un service d'éducation spéciale et de soins à domicile tel que prévu aux articles D. 312-55 à D. 312-59 ; ...</i></p>	<p>Article D312-75</p> <p>Un service d'éducation spéciale et de soins à domicile peut être rattaché à l'établissement. Ce service peut être également autonome.</p>	<p>Article D312-95</p> <p>Un service de soins et d'aide à domicile peut être rattaché à l'établissement.</p>	<p>Article D312-105</p> <p>Les services suivants peuvent être créés par l'établissement auquel ils sont rattachés :</p> <p>(dernier alinéa de l'article)</p> <p>Ces services peuvent être autonomes lorsqu'il existe une difficulté grave de rattachement.</p>	<p>Article D312-117</p> <p>Les services suivants peuvent être créés par l'établissement auquel ils sont rattachés :</p> <p>(dernier alinéa de l'article)</p> <p>Ces services peuvent être autonomes lorsqu'il existe une difficulté grave de rattachement.</p>
<p>Son action est orientée, selon les âges, vers :</p> <p>1° L'accompagnement précoce pour les enfants de la naissance à six ans comportant le conseil et l'accompagnement des familles et de l'entourage familial de l'enfant, l'approfondissement du diagnostic, l'aide au développement psychomoteur initial de</p>		<p>Son action est orientée, selon les âges, vers :</p> <p>- l'accompagnement précoce pour les enfants de la naissance à six ans comportant le conseil et l'accompagnement des familles et de l'entourage familial de l'enfant, l'approfondissement du diagnostic, le traitement et la rééducation qui en découlent, le</p>	<p>Son action est orientée vers :</p> <p>- d'une part, l'accompagnement précoce pour les enfants de la naissance à six ans, comportant le conseil et l'accompagnement des familles et de l'entourage familial de l'enfant, l'approfondissement du diagnostic et le développement psychomoteur initial de</p>	<p>- un service d'accompagnement familial et d'éducation précoce pour les enfants de la naissance à trois ans, qui assure la prise en charge définie à l'article D. 312-99 et tout particulièrement le conseil et l'accompagnement des familles et de l'entourage</p>	<p>- un service d'accompagnement familial et d'éducation précoce pour les enfants de la naissance à trois ans assurant l'accompagnement définie à l'article D. 312-112 et tout particulièrement le conseil et l'accompagnement des</p>

RAPPORT IGAS N°2021-010R

<p>l'enfant et la préparation des orientations collectives ultérieures ;</p>		<p>développement psychomoteur initial de l'enfant et la préparation des orientations collectives ultérieures ;</p>	<p>l'enfant ainsi que le développement de la communication ;</p>	<p>familier de l'enfant, l'approfondissement du diagnostic et de l'adaptation prothétique, l'éveil et le développement de la communication de l'enfant et dont les interventions peuvent avoir lieu dans les locaux du service et par des visites à domicile ;</p>	<p>familles et de l'entourage familial de l'enfant, l'approfondissement du diagnostic et le développement psychomoteur initial de l'enfant et dont les interventions ont lieu dans les locaux du service et par des visites au domicile de l'enfant ;</p>
<p>2° Le soutien à la scolarisation ou à l'acquisition de l'autonomie comportant l'ensemble des moyens médicaux, paramédicaux, psychosociaux, éducatifs et pédagogiques adaptés.</p>		<p>- le soutien à la scolarisation ou à l'acquisition de l'autonomie comportant l'ensemble des moyens médicaux, paramédicaux, psychosociaux, éducatifs et pédagogiques adaptés.</p>	<p>- d'autre part, pour l'ensemble des enfants et adolescents, le soutien à la scolarisation et aux acquisitions de l'autonomie comportant l'ensemble des moyens médicaux, paramédicaux et psychosociaux adaptés.</p>	<p>-un service de soutien à l'éducation familiale et à la scolarisation pour les enfants de plus de trois ans qui suivent par ailleurs une scolarité à l'école ordinaire ainsi que pour les enfants de trois à six ans qui ne peuvent bénéficier d'une telle scolarité.</p>	<p>-un service d'aide à l'acquisition de l'autonomie et à la scolarisation apportant, d'une part, l'ensemble des moyens de compensation du handicap, de développement de la vision fonctionnelle, d'apprentissage des techniques palliatives, d'autre part, les soutiens pédagogiques adaptés et assurant la mise à disposition des matériels et équipements spécialisés.</p>
<p>Les interventions s'accomplissent dans les différents lieux de vie et d'activité de l'enfant ou</p>		<p>Les interventions s'accomplissent dans les différents lieux de vie et d'activité de l'enfant ou</p>	<p>Les interventions s'accomplissent dans les différents lieux de vie et d'activité de l'enfant,</p>		

RAPPORT IGAS N°2021-010R

adolescent, domicile, crèche, école, et dans les locaux du service.		adolescent, domicile, crèche, établissement d'enseignement, et dans les locaux du service.	domicile, crèche, notamment, et dans les locaux du service.		
<p>Le service d'éducation spéciale et de soins à domicile oeuvre en liaison étroite notamment avec les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, les services hospitaliers, la protection maternelle et infantile et les centres d'action médico-sociale précoce, les centres médico-psycho-pédagogiques.</p> <p>Des conventions peuvent être passées pour certaines des prestations nécessaires avec ces services ou des intervenants spécialisés proches du domicile des parents.</p>		<p>Le service d'éducation spéciale et de soins à domicile oeuvre en liaison étroite avec les services hospitaliers, la protection maternelle et infantile et les centres d'action médico-sociale précoce.</p> <p>Des conventions peuvent être passées pour certaines des prestations nécessaires avec ces services ou des intervenants spécialisés proches du domicile des parents.</p>	<p>Le service de soins et d'aide à domicile oeuvre en liaison étroite avec les services hospitaliers, le secteur de psychiatrie infanto-juvénile, les services de dépistage et de diagnostic, les centres d'action médico-sociale précoce, les centres médico-psycho-pédagogiques, les autres établissements ou services d'éducation spéciale ou les intervenants spécialisés proches du domicile des parents.</p> <p>Des conventions peuvent être passées pour certaines prestations nécessaires avec ces services ou des intervenants spécialisés proches du domicile des parents.</p>	Des conventions peuvent être passées pour certaines des prestations nécessaires avec des centres d'audiophonologie, des services O.R.L. (dépistage et diagnostic), des centres d'action médico-sociale précoce ou des intervenants spécialisés proches du domicile des parents.	Dans le cadre des dispositions de l'article D. 312-10-12, des conventions peuvent être passées pour certaines des prestations nécessaires avec des centres d'ophtalmologie, des services de dépistage et de diagnostic, des centres d'action médico-sociale précoce ou des intervenants spécialisés proches du domicile des parents.
Article D312-56		Article D312-76		Article D312-106	Article D312-118

<p>Le service d'éducation spéciale et de soins à domicile comprend une équipe médicale et paramédicale telle que définie à l'article D. 312-21.</p> <p>Il comprend également des éducateurs assurant des actions orientées vers le développement de la personnalité et la socialisation des enfants ou adolescents.</p> <p>Il comprend en tant que de besoin un ou des enseignants spécialisés.</p>		<p>Le service d'éducation spéciale et de soins à domicile comprend une équipe médicale et paramédicale telle que définie à l'article D. 312-66.</p> <p>Il comprend également des éducateurs assurant des actions orientées vers le développement de la personnalité et la socialisation des enfants ou adolescents.</p> <p>Il comprend en tant que de besoin un ou des enseignants spécialisés.</p>		<p>L'accompagnement qui incombe au service d'accompagnement familial et d'éducation précoce est assuré par les personnels ayant les qualifications prévues par les dispositions de l'article D. 312-102 et, en tant que de besoin, de l'article D. 312-103.</p> <p>Le service de soutien à l'éducation familiale et à la scolarisation réalise l'ensemble de l'accompagnement défini à l'article D. 312-99. Il est assuré par les personnels ayant les qualifications prévues aux articles D. 312-102 et D. 312-103.</p>	<p>L'accompagnement qui incombe au service d'accompagnement familial et d'éducation précoce est assuré par les personnels ayant les qualifications prévues à l'article D. 312-115 et, en tant que de besoin, à l'article D. 312-116.</p> <p>Le service d'aide à l'acquisition de l'autonomie et à la scolarisation effectue l'ensemble de la prise en charge définie à l'article D. 312-112. Elle est assurée par les personnels ayant les qualifications prévues aux articles D. 312-115 et D. 312-116.</p>
<p>Article D312-57</p> <p>Lorsque le service d'éducation spéciale et de soins à domicile est autonome, la direction en est assurée par un directeur possédant les qualifications et les</p>		<p>Article D312-77</p> <p>Lorsque le service d'éducation spéciale et de soins à domicile est autonome, la direction en est assurée par un directeur possédant les qualifications et les</p>			

<p>aptitudes fixées par les dispositions de l'article D. 312-20 et qui en exerce la responsabilité dans les conditions définies à l'article D. 312-19.</p> <p>L'un des deux médecins mentionnés à l'article D. 312-21 s'assure de l'application des dimensions thérapeutique et rééducative du projet individualisé d'accompagnement des enfants ou adolescents ainsi que, en liaison avec le médecin de la famille, la surveillance de la santé des enfants ou adolescents.</p>		<p>aptitudes fixées par les dispositions de l'article D. 312-20 et qui en exerce la responsabilité dans les conditions définies à l'article D.312-19.</p> <p>L'un des deux médecins mentionnés à l'article D. 312-66 assure :</p> <ul style="list-style-type: none"> -l'application du projet individualisé d'accompagnement des enfants ou adolescents ; -en liaison avec le médecin de famille et au besoin avec les services hospitaliers, la surveillance de la santé des enfants ou adolescents. 			
<p>Article D312-58</p> <p>Lorsque le service d'éducation spéciale et de soins à domicile intervient dans le cadre de la scolarisation, une</p>		<p>Article D312-78</p> <p>Lorsque le service d'éducation spéciale et de soins à domicile intervient dans le cadre de la scolarisation, une</p>			<p>Une convention passée entre l'établissement de rattachement ou le service s'il est autonome et les services du ministère de l'éducation nationale ou l'établissement privé</p>

RAPPORT IGAS N°2021-010R

<p>convention passée avec, selon les cycles d'enseignement, le directeur académique des services de l'éducation nationale agissant sur délégation du recteur d'académie ou le chef d'établissement scolaire précise les conditions d'intervention du service dans le cadre du projet d'établissement.</p> <p>La convention conclue conformément aux dispositions de l'article D. 312-10-5 précise également les modalités d'intervention des personnels spécialisés (lieux, durée, fréquence, réunions de synthèse). Lui est annexée la liste des personnels enseignants et spécialisés appelés à intervenir auprès des enfants ou adolescents, avec leurs qualifications et statuts.</p>		<p>convention passée avec, selon les cycles d'enseignement, le directeur académique des services de l'éducation nationale agissant sur délégation du recteur d'académie ou le chef d'établissement scolaire précise les conditions d'intervention du service dans le cadre du projet d'établissement.</p> <p>La convention conclue conformément aux dispositions de l'article D. 312-10-6 précise également les modalités d'intervention des personnels spécialisés, notamment les lieux, la durée, la fréquence de ces interventions, les réunions de synthèse. Lui est annexée la liste des personnels enseignants et spécialisés appelés à intervenir auprès des enfants ou adolescents, avec leurs qualifications et statuts.</p>			<p>sous contrat précise quels personnels apportent leur concours à la réalisation de la prise en charge et les conditions de celle-ci.</p>
---	--	---	--	--	--

LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

Ministres

Mme Sophie CLUZEL, secrétaire d'État auprès du Premier ministre, chargée des personnes handicapées

Cabinets des ministres

Cabinet de la secrétaire d'État auprès du Premier ministre, chargée des personnes handicapées

Mme Cécile COURAULT, directrice de cabinet

M. Saïd ACEF, directeur de cabinet adjoint chargé de la transformation de l'offre et de l'innovation territoriale

Cabinet du secrétaire d'État auprès du Ministre des solidarités et de la Santé, en charge de la protection de l'Enfance

M. Philippe ROMAC, conseiller en charge de la petite enfance et du suivi de l'exécution des réformes.

Autorités publiques indépendantes

Le Défenseur des droits

Mme George PAU-LANGEVIN, adjointe au Défenseur des droits, en charge de la lutte contre les discriminations et de la promotion de l'égalité

Mme Fabienne JEGU, conseillère-expertise handicap, secrétariat général

Haute Autorité de Santé (HAS)

Mme Véronique GHADI, directrice de la qualité de l'accompagnement social et médico-social

Instances placées auprès du Premier ministre

Secrétariat général du Comité Interministériel du Handicap (SGCIH)

Mme Celine POULET, secrétaire générale du comité interministériel du handicap

M. Maxime OILLAUX, chef de projet Participation des personnes

Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement (DIHAL)

Mme le Dr Pascale ESTECAHANDY, coordinatrice nationale « Un chez-soi d'abord »

Ministère des solidarités et de la santé et organismes en relevant

Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales (SGMAS)

Mme Muriel VIDALENC, cheffe de service du pôle Santé-Agences Régionales de Santé (ARS)

Mme Marianne CORNU-PAUCHET, responsable de la mission Prévention des départs de personnes handicapées en Belgique

Mme Pauline SASSARD, chargée de mission médico-sociale, Pôle Santé ARS

Direction générale de la cohésion sociale (DGCS)

M. Jérôme JUMEL, chef de service, adjoint à la directrice générale de la cohésion sociale.

Mme Florence ALLOT, sous-directrice de l'inclusion sociale, de l'insertion et de la lutte contre la pauvreté

M. Anatole PUISEUX, sous-directeur de l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées

M. Jean-Baptiste PICOT, chef du bureau des affaires juridiques, sous-direction des affaires financières et de la modernisation Service des politiques d'appui

M. Gilles CHALENCON, adjoint au chef de bureau, chargé du pôle organisation et financement des établissements et services sociaux et médico-sociaux, sous-direction des affaires financières et de la modernisation

M. Laurent DUBOIS-MAZEYRIE, adjoint au chef du bureau de l'insertion et de la citoyenneté

Mme Clémence LANGEARD, chargée de mission, bureau des affaires juridiques, sous-direction des affaires financières et de la modernisation Service des politiques d'appui

Mme Laure LEANDRI, chargée de mission performance et contractualisation des ESSMS Bureau de la gouvernance du secteur social et médico-social Sous-direction des affaires financières et de la modernisation

Direction générale de l'offre de soins (DGOS)

Mme Anne HGOBURU, adjointe à la sous-directrice, sous-direction de la Régulation de l'offre de soins.

Mme Annie LELIEVRE, Chargée de mission accès aux soins des personnes vivant avec un handicap, psychiatrie, santé mentale, bureau R4, sous-direction de la Régulation de l'offre de soins.

Direction générale de la santé (DGS)

Mme Laure-Marie ISSANCHOU, adjointe à la sous-directrice de la santé des populations et de la prévention des maladies chroniques

M. Pierre BUTTET, Chef du bureau Maladies Chroniques non transmissibles, Sous-direction Santé des populations et prévention des maladies chroniques

Mme Flore MOREUX, adjoint au chef de bureau

Mme Nathalie DUTHEIL, chargée de mission

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)

Mr Patrick AUBERT, sous-directeur de l'observation de la solidarité

Mme Layla RICROCH, cheffe du bureau du handicap et de la dépendance, direction de l'observation de la solidarité

Mme Vanessa BELLAMY, adjointe à la cheffe de Bureau Handicap et Dépendance, direction de l'observatoire de la solidarité.

ANAP (Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux)

Mme Sophie MARTINON, directrice générale

Mme Elsa PTAKHINE, directrice du département ingénierie de projet

Mme Marie COLLIN, cheffe de projet

ANS (Agence du numérique en santé)

Mme Pascale SAUVAGE, directrice adjointe

Mme Morgane BERTHELOT, directrice de programme de transformation numérique, secteur médico-social

CNAM (Caisse nationale d'assurance maladie)

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

M. Jocelyn COURTOIS, Responsable du département des Actes Médicaux

Mme Anne-Gaëlle GILLES, juriste au sein de la cellule médico-sociale

Mme Natalie HUC, chargée d'études au sein de la cellule médico-sociale

Mme Claire TRAON, responsable adjointe du département des professions de santé

CNSA (Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie)

Mme Virginie MAGNANT, directrice

M. Stéphane CORBIN, directeur adjoint

Mme Bénédicte AUTIER, directrice de la compensation de la perte d'autonomie

Mme Marine BOISSON-COHEN, directrice scientifique

M. Gaël HILLERET, directeur des établissements et services médicosociaux

M. Olivier PAUL, directeur adjoint des établissements et services médicosociaux

M. François-Xavier DEBRABANT, responsable de la réforme de la tarification, projet Serafin-PH

Mme Adrienne GUINE, chef de projet "transformation de l'offre médico-sociale"

M. Jean-Michel LAMIAUX, responsable du pôle "Expertise et appui métier"

M. Rémi MANGIN, conseiller technique

Mme Anne MARSEAULT, médecin, cellule d'appui feuille de route MDPH 2022

Mme Sandrine de ROUMILLY, chargée de mission Orientation et Parcours

Mme Fanny THIRON, responsable du pôle programmation de l'offre de service

Conférence nationale de santé (CNS)

M. Christian BRUN, président du Groupe de travail permanent sur les droits des usagers en santé.

Mme Eva BROCARD, chargée de mission, appui à la conférence nationale de santé.

M. Pascal MELIHAN-CHEININ, secrétaire général

M. Pierre ANTOINE, alternant

Haut conseil du travail social (HCTS)

Mme Marie-Paule COLS, coordinatrice du rapport « Le Travail Social au défi de la crise sanitaire »

Agences régionales de santé

ARS CORSE

Mme Marie-Hélène LECENNE, directrice générale

M. Philippe MORTEL directeur de cabinet

M. Joseph MAGNAVACCA, directeur du médico-social

Mme Audrey COLONNA, directrice adjointe du médico-social

ARS GRAND-EST

Mme Virginie CAYRE, directrice générale

Mme Edith CHRISTOPHE, directrice de l'autonomie

Mme Marie-Hélène CAILLET, directrice adjointe, chargée du pilotage de l'efficience médico-sociale

Mme Karine VIENNESSE, responsable du service Parcours PH

Ministère de la justice

Direction de la protection judiciaire de la jeunesse (DPJJ)

Mme Anne COQUET, sous-directrice des missions de protection judiciaire et d'éducation

Mme Isabelle TOUZANI, responsable du pôle santé, sous-direction des missions de protection judiciaire et d'éducation

M. Michel LERHY, adjoint à la cheffe de bureau des partenaires institutionnels et des territoires

Ministère de la transition écologique et solidaire

Direction de l'habitat, de l'urbanisme et des paysages (DHUP)

M. Laurent BRESSON, sous-directeur des politiques de l'habitat, direction de l'habitat, de l'urbanisme et des paysages

Mme Sandie MICHELIS, adjoint au sous-directeur

Ministère de la transformation et de la fonction publiques

Direction interministérielle de la transformation publique (DITP)

Mme Isabelle BONNELIE, directrice de projets, stratégies digitales de transformation

Mme Léa NGO, cheffe de projet transformation publique

Autres organismes publics

ADMDPH (Association des directeurs de MDPH)

M. Dominique LAGRANGE, président, directeur de la MDPH des Pyrénées Atlantiques

Mme Evelyne DELAY, directrice MDPH de la Gironde

M. Didier MALNOURY, directeur de la MDPH de l'Aube.

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

Mme Nathalie PONTASSE, DGA Solidarités Département de la Sarthe

M. Guillaume MARION, DGA Solidarités, département de l'Yonne

M. Jean-Yves COUDRAY, directeur de l'autonomie, département de Seine et Marne

Conseil départemental de la Corrèze

Mme Marie Anne SERANDON, responsable de la Cellule Coordination de l'Offre Autonomie

UNCASS (Union nationale des centres communaux et intercommunaux d'action sociale)

Mme Hélène-Sophie MESNAGE, déléguée générale adjointe

Mme Florence ANGIER, chargée de mission Handicap-Politiques sociales

Observatoires, organismes de recherche et d'enseignement

Association Nationale des Centres Régionaux d'Etudes, d'Actions et d'Informations (ANCREAI)

M. Jacques NODIN, président

M. Antoine FRAYSSE, délégué fédéral

Mme Sara CALMANTI, directrice du CREAI de Bretagne

Mme Sabrina SINIGAGLIA, chargée de projets, études et formations

École des Hautes Études en Santé Publique (EHESP)

Mme Marie-Aline BLOCH, professeur de l'EHESP, membre du collectif de recherche sur le handicap, l'autonomie, société inclusive (CoRHASI)

M. Gaël CORON, enseignant-chercheur, titulaire de la chaire Jean Monnet « politiques européennes de santé et objectif transversal »

Mme Hélène CROGUENNEC-LE SAOUT, enseignante – Experte DESSMS, Financement et pilotage des établissements et services sociaux et médico-sociaux

Mme Noémie RAPEGNO, ingénieur de recherche, membre du collectif de recherche sur le handicap, l'autonomie, société inclusive (CoRHASI)

M. Luc RENARD, professeur de l'EHESP, Allocation de ressources et pilotage des organisations sociales et médico-sociales

Mme Pascale ROUSSEL, professeur de l'EHESP, membre du collectif de recherche sur le handicap, l'autonomie, société inclusive (CoRHASI)

Observatoire national de l'action sociale (ODAS)

Mr Didier LESUEUR, directeur général

Mme Claudine PADIEU, directrice scientifique

Mme Estelle CAMUS, chargée d'études autonomie, responsable éditoriale

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

ADEDOM

M. Hugues VIDOR, directeur général

AFM-TELETHON

Mme Géraldine MERRET, directrice des actions auprès des familles

M. Christophe DUGUET, directeur des affaires publiques

AIRE (Association des ITEP et de leurs réseaux)

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

Mme Catherine ROUSSEAU, déléguée régionale AIRe en Bretagne

Mme Armelle DANVIN, déléguée régionale Aire dans les Hauts de France.

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

M. Michel CARON, président

M. Vincent ROUTIER, directeur général adjoint

ANDICAT (Association Nationale des Directeurs et Cadres d'ESAT)

M. Didier RAMBEAUX, président

M. Sébastien HONORE, directeur de Pôle Travail Adapté (ESAT)

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

Mme Geneviève LAURENT, présidente

M. Marcel HARTMANN, vice-président

Mme Danielle MASSON, médecin directeur

Mme Sandrine LANCO, médecin directeur

APAJH (Fédération des Associations Pour Adultes et Jeunes Handicapés)

M. Jean-Louis LEDUC, président

M. Stéphane PARAVEL, directeur général adjoint

Mme Edwige CHAUVEAU, directrice qualité

Mme Séverine RECORDON-GABORIAUD, directrice générale de l'APAJH de la Vienne

APF France Handicap

M. Prosper TEBOUL, directeur général

M. Pierre-Yves LENEN, directeur du développement et de l'offre de service

Mme Elsa MASSON, responsable du pôle aide et accompagnement

Mme Elisette PRADES, déléguée territoriale

AUTISME FRANCE

Mme Danièle LANGLOYS, présidente

CESAP (Comité d'Études, d'Éducation et de Soins Auprès des Personnes Polyhandicapées)

M. André SCHILTE, président

Mme GAY-BELLILE, directrice générale

CFPAA

M. Edouard FERRERO, vice-président

CNAPE (Convention Nationale des Associations de Protection de l'Enfant)

Mme Fabienne QUIRIAU, directrice générale

Mme Bérangère DEJEAN, conseillère technique Protection de l'enfance

Mme Pauline DE LA LOSA, responsable Médico-Social, vulnérabilités, prévention

Mme Audrey HANNE, responsable pôle droits de l'enfant et Vie associative

M. Hubert POUSTIS, président de la commission médico-sociale et directeur d'IME

Communauté 360 de Gironde

Mme Audrey POSADA, coordinatrice, conseillère technique ADIAPH

Mme Aline FABRIS, coordinatrice, cheffe de service assistance au parcours de vie et coordinatrice de PCPE à l'APAJH 33

CRMH (Centre de Ressources Multihandicap)

M. Jean-Claude RIOU, directeur du centre de ressources

M. Richard PIVETTA, directeur de MAS

CROIX ROUGE FRANCAISE

M. Thomas BOUQUET, délégué national handicap

M. Jérôme BEGARIE, directeur territorial Provence Alpes-Côte-d'Azur et Corse

M. Taoufik BENDIF, directeur de MAS, Pas-de-Calais

M. Philippe BRUA, directeur de pôle IME SESSAD et entreprises adaptées La Seyne sur Mer

Mme Geneviève CARIOU, directrice de MAS, Lanton

M. Mikael CLOAREC, directeur-adjoint, Maine et Loire

Mme Isabelle DONATI, directrice de pôle IME SESSAD UEMA, Hérault

Mme Sylvie GARCIA, directrice de pôle enfance Mougins Grasse

M. Sylvain GOUTALOY, directeur d'IME, Le Chambon sur Lignon

M. Thierry MUSIOL, directeur territorial Ile-de-France

Mme Lucie OLIVIER, cheffe de projet - Délégation Nationale Handicap

Mme Régine ROULLE-GILOTIN, directrice des établissements du pôle de Recoubeau

M. Jean-Yves QUILLIEN, directeur de la plateforme Clairefontaine

Mme Nathalie VIZET, directrice territoriale Auvergne Rhône-Alpes

EASPD (European Association of Service Providers for Persons with Disabilities - Association européenne des prestataires de services pour les personnes en situation de handicap)

M. Thomas SIGNAL, policy manager

Mme Asel KADYRBAEVA, directrice de la recherche et de l'innovation

FDCMPP (Fédération des centres médico-psycho-pédagogiques)

M. le Dr Patrick BELAMICH, président

Mme Nacera BRIK

FEDESAP (Fédération française des services à la personne)

M. Amir REZA-TOFIGHI, président

M. Frank NATAF, vice-président

FEHAP (Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne privés solidaires)

M. Antoine PERRIN, directeur général

M. Jean Christian SOVRANO, directeur de l'autonomie et de la coordination des parcours de vie

FESP (Fédération du Service aux Particuliers)

M. Mehdi TIBOURTINE, directeur des affaires juridiques et sociales

M. Maxence HOTTE, référent département des Alpes-Maritimes

Mme Vanessa CANONGE, référente départementale de l'Hérault

FHF (Fédération Hospitalière de France)

Mme Sandrine COURTOIS, co-responsable du Pôle Autonomie-Parcours

M. Benjamin CANIARD, co-responsable du Pôle Autonomie-Parcours

M. Guillaume FISCHER, directeur de MAS

M. Eric JULLIAN, délégué régional Hauts-de-France, directeur d'EANM

Mme Patricia GOUPIL, directrice de MAS

FNAAFP/CSF (Fédération des Associations de l'Aide Familiale Populaire)

M. Benoit MENARD, secrétaire général

FNATH (Fédération Nationale des Accidentés du Travail et des Handicapés)

Mme Nadine HERRERO, présidente

Maître Philippe Karim FELISSI, avocat conseil

Mme Sophie CRABETTE, chargée de mission action revendicative

FNEHAD (Fédération Nationale des Établissements d'Hospitalisation à Domicile)

Mme Béatrice FRECON, déléguée nationale

FONDATION ANAIS

M. Pascal BRUEL, président du directoire

FONDATION DES AMIS DE L'ATELIER

Mme Ghyslaine WANWANSKAPPEL, directrice dénérale

Mme Laurence POTTE-BONNEVILLE, directrice générale adjointe

M. Matthieu BIANCUCCI, directeur du développement et de l'innovation

M. Jean-Marie ANDRE, directeur territorial Paris, Yvelines et Hauts-de-Seine

Mme Suzanne BARRY, directrice territoriale Seine-Saint-Denis, Seine-et-Marne et Val d'Oise

Mme Marlène BERTIN-GIL, directrice territoriale Essonne et Val-de-Marne

FONDATION OVE

M. Christian BERTHUY, directeur général

Mme Sophie MONTJOTIN, secrétaire générale

Mme Maud FRERY, directrice de l'évolution de l'offre

GAPAS (Groupement des associations partenaires d'action sociale)

M. François BERNARD, directeur général

GEPSO (Groupe national des établissements publics sociaux et médico-sociaux)

Mme Allison CANNIZZARO, directrice E.P.M.S. Chancepoix,

Mme Tiphaine GUIFFAULT, directrice du pôle de la Gohelle, EPDAHAA,

M. Laurent SPANNAGEL, directeur d'un établissement public départemental pour adultes handicapés

M. Vincent THOMAS, directeur territorial Bourgogne Franche-Comté de l'EPNAK

GND A (Groupement National des Directeurs généraux d'Associations)

M. Marc MONCHAUX, co-président

M. Sébastien POMMIER, directeur général de l'AGAPEI, animateur de la commission tarification du GND A

GPF (Groupe Polyhandicap France)

Mme Marie-Christine TEZENAS du MONTCEL, présidente

M. Jean-Yves QUILLIEN, vice-président délégué,

M. André SCHILTE, administrateur

GRATH (Groupe de réflexion et réseau pour l'accueil temporaire des personnes handicapées)

M. Ahmed ZOUAD, président

Mme Bénédicte KAIL, administratrice

Mme Isabelle MAUMY, administratrice

M. Roger PICARD, administrateur

GROUPE SOS

M. Jean-Marc BORELLO, président du directoire

Mme Alexandra BARRIER, directrice générale en charge du Handicap

M. Gilles BOGHI, directeur du contrôle et de l'audit

Collectif HANDI ACTIF France

Mme Anne GAUTIER

Mme Isabelle MARTRES

HANDIDACTIQUE

M. Pascal JACOB, président

IDEFHI (Institut Départemental de l'Enfance de la Famille et du Handicap pour l'Insertion)

M. Xavier PUJERVIE, adjoint au directeur général, chargé des politiques d'accompagnements

Mme Marie-Line GOMBART, directrice des ressources financières et des achats

Mme Eve MELIN, directrice du Centre François Truffaut (ESAT)

Mme Paola MORCAMP, directrice de l'IME « le chant du loup »

Mme Isabelle PADIGLIONE, directrice des ITEP

LADAPT (Association pour l'insertion sociale et professionnelle des personnes handicapées)

M. Patrick GOHET, président

Mme Laure BONNE, directrice des affaires financières

M. Jean-Baptiste GUIOT, directeur de LADAPT HAUTS-DE-FRANCE

MUTUALITE FRANCAISE

Mme Guénaëlle HAUMESSER, directrice adjointe, direction de l'offre de soins, de l'autonomie et des parcours

M. Kevin ROBERT, chargé de mission médico-social, direction de l'offre de soins, de l'autonomie et des parcours

Mme Anne-Marie LEMESSAGER, directrice Nationale Handicap, groupe VYV3

NEXEM

Mme Dorothée BEDOK, directrice générale adjointe

Mme Marie ABOUSSA, directrice pôle offre sociale et médico-sociale

Paralysie Cérébrale France

M. Jacky VAGNONI, président

M. Pierre-Yves LAVALLADE, délégué général

RSVA (Réseau de services pour une vie autonome)

Mme Pamela LE MAGNEN, directrice

M. Gaël EVANNO, directeur adjoint

SANTE MENTALE FRANCE

M. le Dr Denis LEGUAY, président

UGECAM (Union pour la gestion des établissements de caisses d'assurance maladie)

Mme Anne MOUTEL-SEILLER, directrice générale

Mme Laurence RAMBOUR, responsable médico-social

UNA (Union Nationale de l'Aide, des soins et des services aux domiciles)

M. Marc DUPONT, vice-président en charge des politiques publiques

M. Vincent VINCENELLI, responsable réglementation sectorielle

UNADMR (Union Nationale des Associations d'Aide a Domicile en Milieu Rural)

Mme Martine GABOYER, administrateur national et présidente du groupe national handicap

M. Jérôme PERRIN, directeur développement et marketing.

Mme Lise AUMONT, responsable projets qualité et handicap

Mme Carole BATE, ADMR 44

Mme Morgane ESPRIT, ADMR 29

Mme Laure GALLUCIO, ADMR de Corse du Sud

Mme Marie-Ange GOBBI, ADMR 72

UNAFAM (Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques)

Mme Marie-Jeanne RICHARD, présidente

UNAPEI (Union nationale des associations de parents, de personnes handicapées mentales et de leurs amis)

M. Luc GATEAU, président

M. Lionel BERTHON, directeur de pôle

M. Mickaël BRANDEAU, directeur général adjoint, ADAPEI 35

Mme Pauline DETUNCQ, chargée de mission, qualité et accompagnement de l'offre,

Mme Annelise GARZUEL, chargée de mission, plaidoyer national

M. Yann LE BERRE, responsable projet évaluation qualité

UNIOPSS (Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux)

Mme Gwénaëlle SEBILO, conseillère technique « autonomie et citoyenneté des personnes en situation de handicap »

Personnes qualifiées

M. Joël BLONDEL, inspecteur général des affaires sociales

Mme Delphine CHAUMEL, inspectrice des affaires sociales, ancienne adjointe à la sous-directrice de l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées

Mme Marie-Sophie DESAULLE, ancienne directrice générale de l'ARS des Pays de la Loire

Mme Annick DEVEAU, médecin inspecteur de santé publique honoraire, ancienne cheffe de projet Serafin-PH

Mme Marina DROBI, ancienne cheffe de projet « Réponse accompagnée pour tous » au SGCIH

Mme Pascale GILBERT, médecin inspecteur en ARS

Mme Carole JONQUET, directrice d'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

M. Christian JUNCKER, consultant, ancien directeur départemental des solidarités

M. Dominique LIBAULT, conseiller d'Etat, directeur de l'EN3S

M. Jean-René LOUBAT, consultant et formateur libéral auprès des institutions sanitaires, sociales et médico-sociales

M. Jacques MARESCAUX, président de l'association Premiers secours en santé mentale

M. Joël MAY, consultant, ancien directeur départemental des affaires sanitaires et sociales

M. Etienne PETITMENGIN, ancien secrétaire général du CIH

M. Denis PIVETEAU, président de chambre au Conseil d'Etat

Mme le Pr Régine SCelles, directrice de ClipsyD, directrice-adjointe de la fédération EPN-RMme

Mme le Dr Pascale VURPILLAT, pédiatre, directrice médicale de SESSAD

SIGLES UTILISES

AAP	Appel à projet
ACT	Appartement de coordination thérapeutique
AEEH	Allocation d'éducation de l'enfant handicapé
APV	Assistant au parcours ou au projet de vie
ARS	Agence régionale de santé
ASE	Aide sociale à l'enfance
BAPU	Bureau d'Aide Psychologique Universitaire
CAMSP	Centre d'action médico-sociale précoce
CASF	Code de l'action sociale et des familles
CCAS	Centre Communal d'Action Sociale
CCH	Code de la construction et de l'habitation
CDAPH	Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées
CESAP	Comité d'Études, d'Éducation et de Soins Auprès des Personnes Polyhandicapées
CIH	Comité Interministériel du Handicap
CMPP	Centre médico-psycho-pédagogique
CNH	Conférence Nationale du Handicap
COVID-19	Coronavirus Disease 2019
CPO	Centre de préorientation
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CREAI	Centre Régional d'Etudes d'Actions et d'Informations, en faveur des personnes en situation de vulnérabilité
CREHPSY	Centre de ressources sur le handicap psychique
CRP	Centre de réadaptation professionnelle
DGARS	Directeur général de l'agence régionale de santé
DTARS	Délégation Territoriale de l'Agence Régionale de Santé
EAM	Établissement d'accueil médicalisé en tout ou partie pour personnes handicapées
EANM	Etablissement d'accueil non médicalisé pour personnes handicapées
EEAP	Établissement pour Enfants et Adolescents Polyhandicapés
EHPAD	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EPE	Equipe pluridisciplinaire d'évaluation de la MDPH
ESAT	Etablissement et/ou service d'aide par le travail
ESSMS	Etablissement et/ou service social et/ou médico-social
FAM	Foyer d'accueil médicalisé
FINESS	Fichier national des établissements sanitaires et sociaux
GCSMS	Groupement de Coopération Sociale ou Médico-Sociale
GEM	Groupes d'Entraide Mutuelle
HAD	Hospitalisation à domicile
IDA	Institut pour déficients auditifs
IDV	Institut pour déficients Visuels
IEM	Institut d'Éducation Motrice
IME	Institut Médico-Educatif
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
ISEMA	Internat socio-éducatif médicalisé pour adolescents

ITEP	Institut thérapeutique éducatif et pédagogique
LVA	Lieu de vie et d'accueil
MAS	Maison d'accueil spécialisée
MDPH	Maison départementale des personnes handicapées
MECS	Maison d'Enfants à Caractère Social
MPR	Médecine physique et de réadaptation
PCD	Président du conseil départemental
PCH	Prestation de compensation du handicap
PCO	Plateforme de coordination et d'orientation
PCPE	Pôle de compétences et de prestations externalisées
PRIAC	Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
PSH	Personne en situation de handicap
SAAD	Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile
SAMSAH	Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés
SAVS	Service d'accompagnement à la vie sociale
Serafin PH	Services et établissements : Réforme pour une adéquation des financements aux parcours des Personnes handicapées
SESSAD	Service d'éducation spéciale et de soins à domicile
SIEG	Service d'intérêt économique général
SPASAD	Service polyvalent d'aide et de soins à domicile
SSIAD	Service de soins infirmiers à domicile
TND	Troubles du neuro développement
UEROS	Unités d'évaluation, de réentraînement et d'orientation sociale et socioprofessionnelle pour personnes cérébro-lésées

nb : les sigles correspondant à des organisations ou personnes morales nommément désignées sont explicités dans la liste des personnes rencontrées