

TRANSFORMER : Pour qui ? Quoi ? Pourquoi ? Comment ?

**Tout ce que vous auriez voulu connaître
sur les politiques publiques
(*Sans avoir jamais osé le demander*)**

Antoine FRAYSSE, Délégué Fédéral ANCREAI
Arièle LAMBERT, Directrice, CREAI Pays de la Loire



Aux fondements de cette histoire...

Le changement de modèle du handicap:
du modèle bio-médical, puis CIH, jusqu'à la CIF

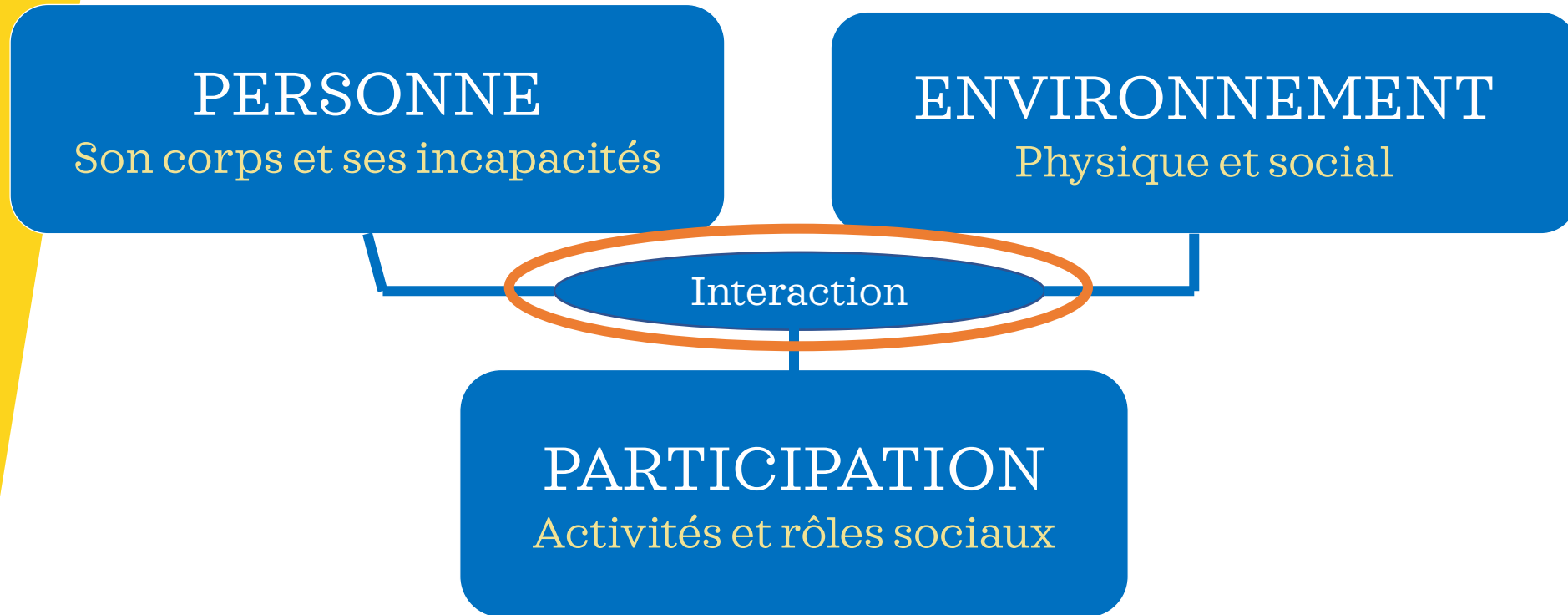
La révolution législative des
années 2000

La demande sociale pour plus d'inclusion,
pour plus de participation des personnes
concernées

Des rapports qui pointent des
difficultés majeures dans le
secteur : Piveteau, Jacob, Vachey
Jeannet, ...

Une politique du handicap qui porte la
transformation de l'offre

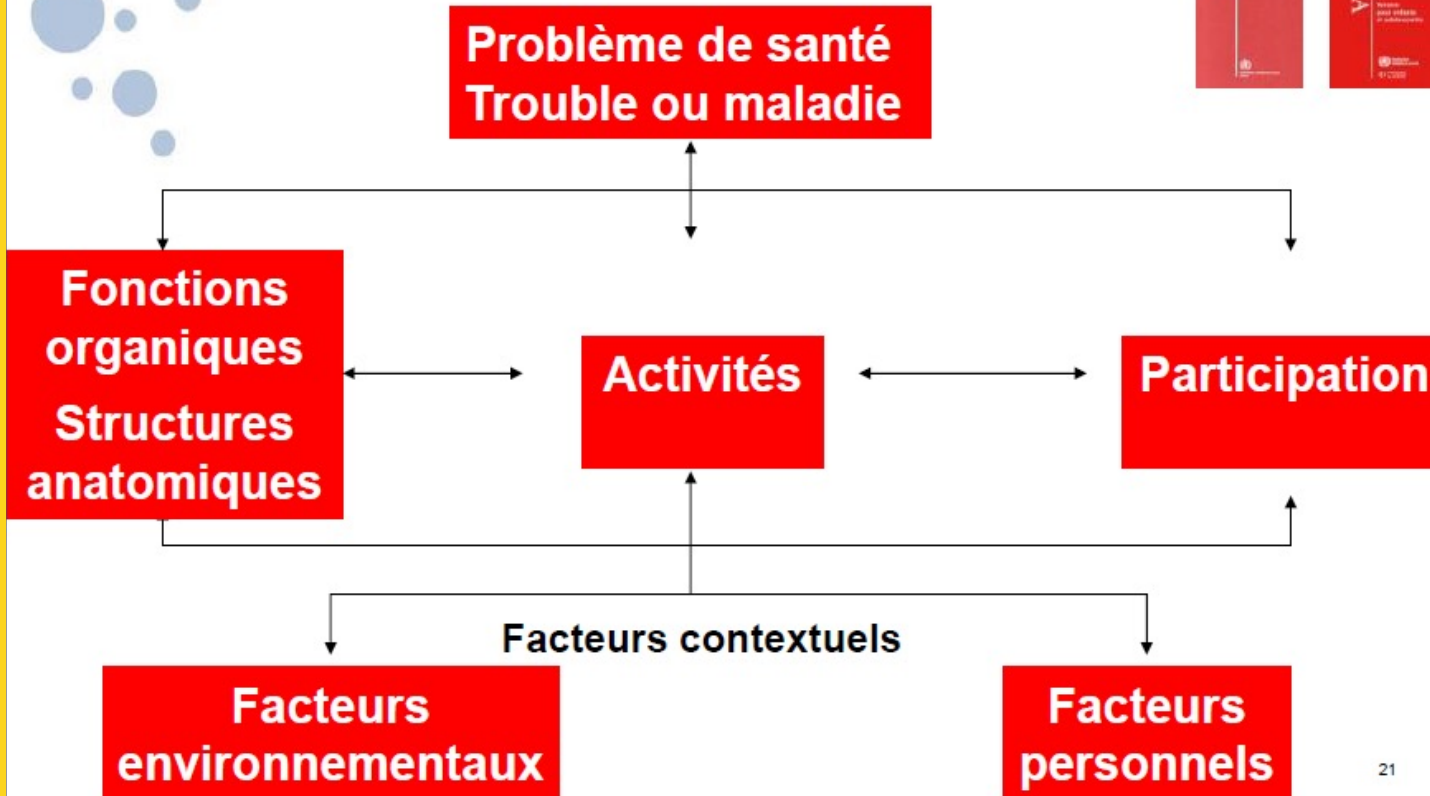
L'approche écosystémique du handicap



**Le handicap n'appartient NI à la PERSONNE, NI à l'ENVIRONNEMENT :
il est le RESULTAT de leur interaction.**

L'approche écosystémique du handicap

Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé (C.I.F., OMS, 2001 & C.I.F.-E.A., 2008)

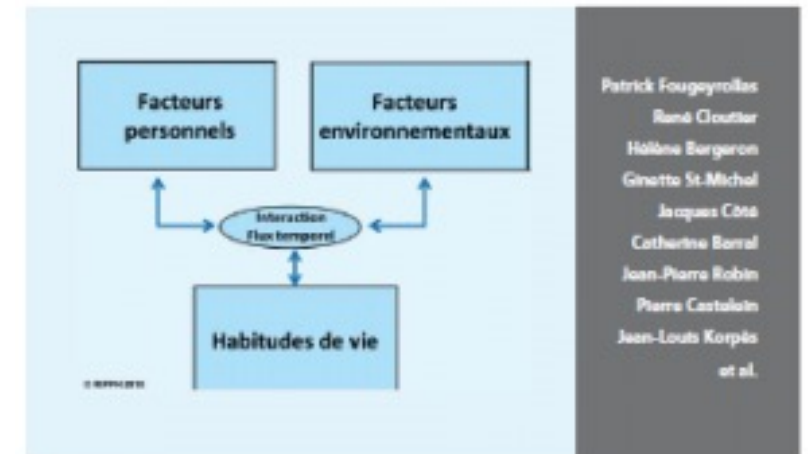


EHESP - CC OMS FCI-CIF - 2015



Classification internationale

Modèle de développement humain –
Processus de production du handicap (MDH-PPH)



Patrick Fougeyrolles
Rena Cloutier
Hélène Bergeron
Ginette St-Michel
Jacques Côté
Catherine Borral
Jean-Pierre Robin
Pierre Castelain
Jean-Louis Korpis
et al.

La demande sociale pour plus d'inclusion

L'expertise expérientielle et l'expertise d'usage :

- L'expertise des personnes et de leurs proches est légitime en raison d'une part de leur vécu des limitations fonctionnelles et des restrictions de participation et d'autre part, en tant qu'utilisateur de prestations sanitaires, sociales et médico-sociales.

L'autodétermination :

- Capacité d'une personne à faire des choix et à agir sur sa vie pour elle-même et par elle-même.

Le pouvoir d'agir :

- Reconnaître et permettre la capacité d'autodétermination des personnes participe au développement de son pouvoir d'agir, c'est-à-dire la possibilité d'agir sur son environnement

La révolution législative des années 2000

La Loi du 2 janvier 2002 :

- Reconnaissance pleine et effective des droits des personnes accompagnées
- Diversification des interventions des structures pour adapter la réponse aux besoins

La loi du 11 février 2005 :

- Rendre l'environnement accessible à tous en intégrant le handicap dans toutes les politiques publiques
- Une place centrale donnée au projet de vie, et à l'évaluation des besoins, pour des réponses individualisées,

La loi HPST du 21 juillet 2009 :

- Territorialisation des politiques publiques de santé
- Renforcement des synergies entre le sanitaire et le médico-social

Ratification par la France de la Convention des Droits des Personnes Handicapées (2010)

Des rapports qui réaffirment l'entrée par les besoins

Rapport Piveteau « 0 sans solutions » :

- Développer les coopérations territoriales pour répondre à tous les besoins et garantir la continuité des parcours
- Impliquer les personnes dans les décisions relatives à leur accompagnement
- Intervenir en subsidiarité du « droit commun »

Rapport Vachey-Jeannet :

- Absence d'outil d'évaluation des situations de handicap traduites en besoins d'accompagnement et des prestations pour y répondre
- Absence de corrélation entre service rendu et coût de fonctionnement
- Création de places sans lien avec une objectivation des besoins sur un territoire donné

Circulaire DGCS/3B/2017/148

Transformation de l'offre d'accompagnement des personnes handicapées
4 Volets spécifiques 3 Nouveaux dispositifs

Handicap psychique

Polyhandicap

Habitat inclusif

Aidants

Scolarisation

Externalisation UE
Création des maternelles

Emploi

Emploi accompagné
MISPE en ESAT

Dispositifs intégrés

Itep/SESSAD
PCPE

Chantiers stratégiques en lien

Réponse accompagnée pour tous (RAPT)

SI

Suivi orientations (ViaTrajectoire)
Dossier de l'utilisateur
SI MDPH

SERAFIN PH

RBPP

APPUI INNOVATIONS TECHNOLOGIQUES

Modernisation des ESMS existants

Diversification accueil et accompagnement

Prise en compte du vieillissement PH

Modernisation formation

Reconnaissance expertise spécifique

Evolutions pratiques professionnelles
Renforcement offre

Outils budgétaires

Crédits stratégie quinquennale, expérimentaux, FIR

Outils structuration de l'offre

Nouvelles autorisations ESMS, CPOM,

Leviers décloisonnement et individualisation des réponses

Besoins et attentes

Participation

Milieu de vie ordinaire

Parcours global

Inclusion sociale

Coordination

Complémentarité

Réponses souples et modulaires

« Territoires 100% Inclusifs » (2018)

Décret Habitat inclusif (Juin 2019)

Cap vers l'entreprise inclusive 2018-2022

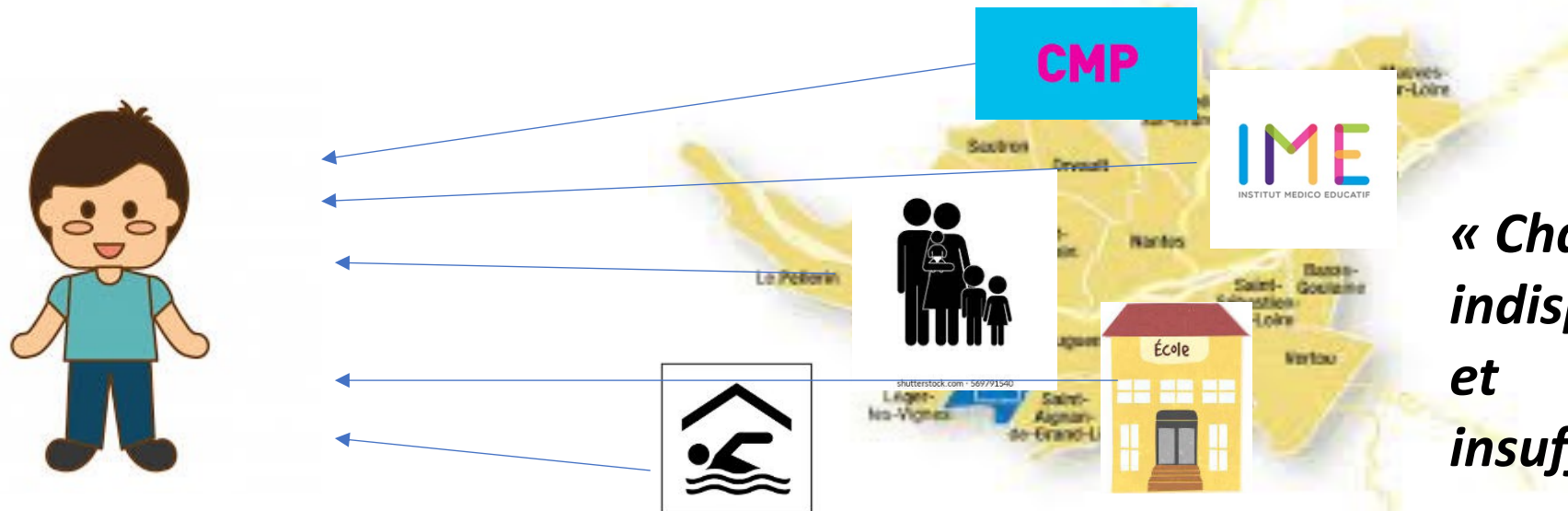
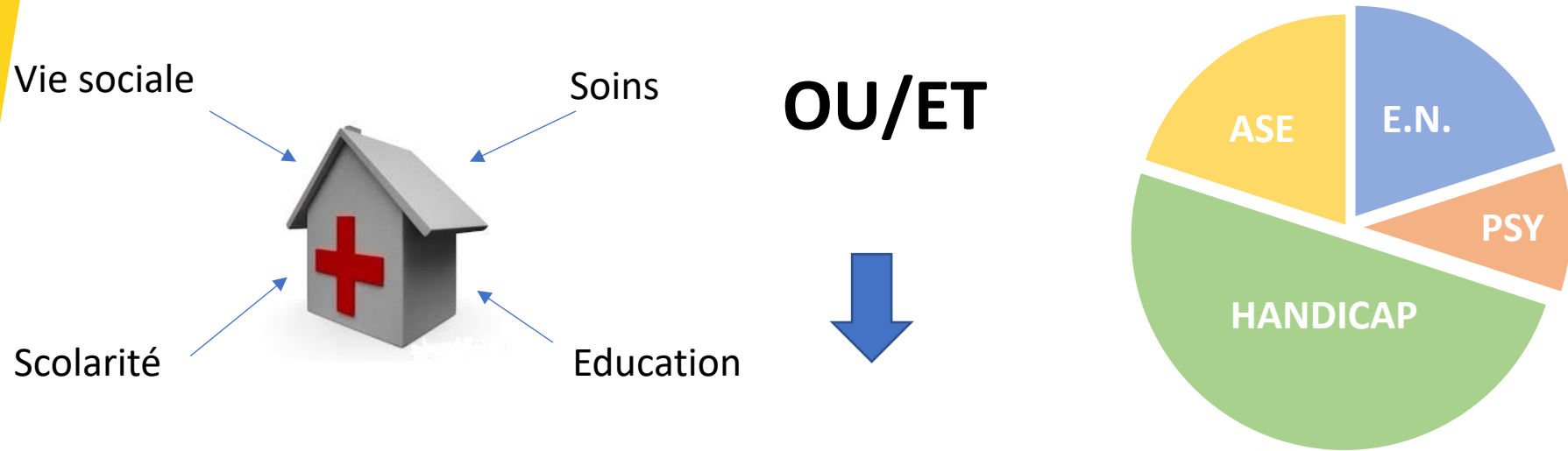
Circulaire école inclusive et équipes mobiles (juin 2019)

Loi école de la confiance (Juillet 2019)

Une transformation des politiques sociale et médico-sociale

- **D'une approche « globalisante » et en « silo » au parcours d'accompagnement**
- Coopération, intersectorialité et territorialisation
- Une nouvelle approche budgétaire et une recherche d'adéquation des financements
- Une démarche qualité commune

D'une approche « globalisante » et en « silo » au parcours d'accompagnement



**« Chacun est
indispensable
et
insuffisant »**

Une transformation des politiques sociale et médico-sociale

- D'une approche « globalisante » et en « silo » au parcours d'accompagnement
- **Coopération, intersectorialité et territorialisation**
- Une nouvelle approche budgétaire et une recherche d'adéquation des financements
- Une démarche qualité commune

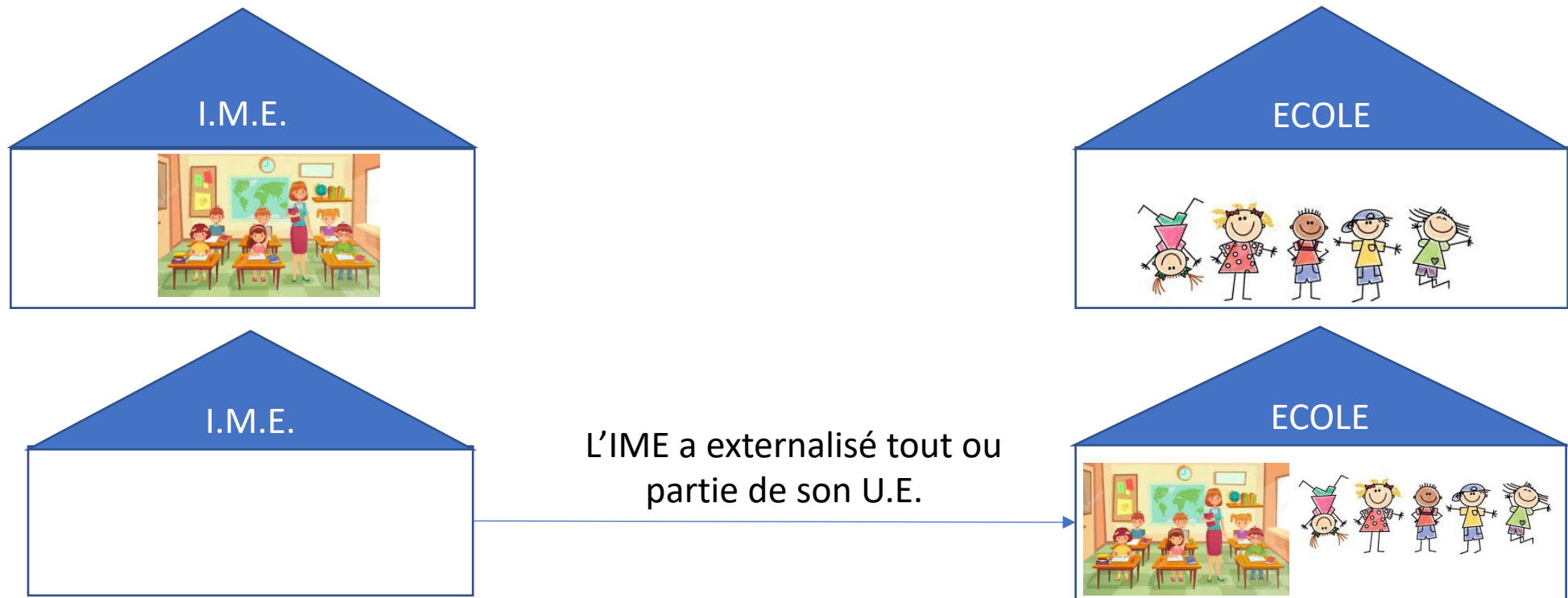
Coopération, intersectorialité et territorialisation

- Externalisation des Unités d'Enseignement
- Equipes mobiles d'appui à la scolarisation (EMAS)
- Dispositif d'Accompagnement Médico-Educatif (DAME)
- Les coopérations ASE/ESMS

Développer les ULIS et les UEE

Objectifs :

- ✓ Faire en sorte que la grande majorité des enseignements se réalise dans une école de proximité
- ✓ Garantir une couverture suffisante d'ULIS dans les territoires



Les Equipes Mobiles d'Appui à la Scolarisation

Objectif :

- ✓ Permettre la prise en compte au plus tôt des besoins éducatifs particuliers des élèves en situation de handicap, en permettant à la communauté éducative, de s'appuyer de manière souple sur l'expertise et les ressources existantes dans les ESMS

Les principes :

- ✓ Des interventions « in situ » des professionnels de divers ESMS pour étayer les pratiques de la communauté éducative
- ✓ Une intervention à titre subsidiaire des autres dispositifs existants : RASED, enseignants ressources, fonction ressource d'un ESMS...
- ✓ Un positionnement territorial pour couvrir l'ensemble des établissements scolaires publics et privés, de la maternelle au secondaire

Les Dispositifs d'Appui Médico-Educatif (DAME)

Objectif :

- ✓ Permettre un parcours fluide, évolutif et inclusif

Modalités

- ✓ Transformer les IME/IEM/EEAP en dispositif pour ajuster leurs modalités d'interventions : Accueil de Jour; Ambulatoire; Hébergement; fonctions ressources ;

Les principes :

- ✓ Partir des attentes du jeune et de sa famille, une visée inclusive
- ✓ Une orientation de la CDAPH en dispositif
- ✓ Un dépassement des logiques établissements / services au profit de la continuité des parcours de vie
- ✓ Travailler en partenariat en fonction des spécificités du territoire

Les coopérations ASE/ESMS

Une démarche qui s'inscrit dans un contrat Département/ARS/Préfet qui vise à créer des dispositifs adaptés ASE/ Handicap :

- ✓ Equipes mobiles adossées à un ESMS mobilisable par les professionnels de l'ASE pour évaluer les besoins
- ✓ Dispositifs d'interventions médico-sociales sur le lieu de vie habituel de l'enfant (SESSAD/PCPE) en articulation étroite avec l'AED, l'accueil familial ou une MECS
- ✓ Accompagnement IME en externat à proximité ou au sein d'une MECS ou d'un AED
- ✓ Internat ASE au sein d'EMS, avec une double autorisation et une double tarification par l'ARS et le conseil départemental
- ✓ Accompagnement par les ESMS contribuant à fluidifier les parcours des jeunes majeurs sortant de l'ASE en situation de handicap dans la mesure où leur financement relève de l'Assurance maladie (SAMSAH, FAM et MAS)

Une transformation des politiques sociale et médico-sociale

- D'une approche « globalisante » et en « silo » au parcours d'accompagnement
- Coopération, intersectorialité et territorialisation
- **Une nouvelle approche budgétaire et une recherche d'adéquation des financements**
- Une démarche qualité commune

Une nouvelle approche budgétaire

SERAFIN-PH : état d'avancement de la réforme

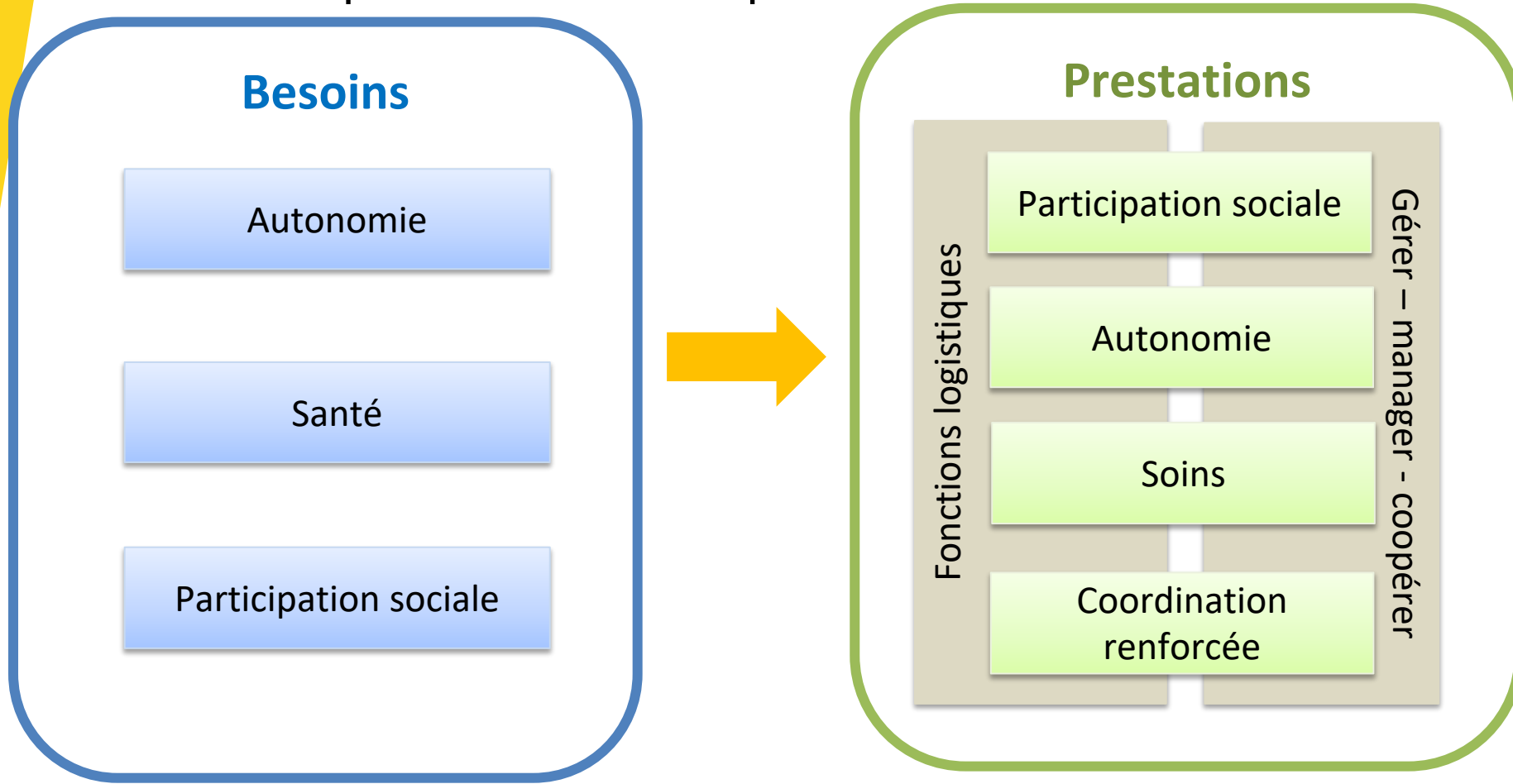
- ✓ Objectif :
 - Mettre en place une nouvelle tarification des ESMS intervenant auprès des personnes en situation de handicap fondée sur des références objectives (besoins/prestations)

- ✓ Un projet sur 7 ans, en 3 phases :
 - Construire les outils : les nomenclatures SERAFIN-PH (terminée)
 - Définir le scénario tarifaire et expérimenter (en cours)
 - Déployer le nouveau modèle de tarification (2024)

Une nouvelle approche budgétaire

Les nomenclatures SERAFIN-PH

- ✓ Décrire d'une façon commune et partagée les besoins et les prestations délivrées par les ESMS en réponse à ces besoins



Une nouvelle approche budgétaire

Transformation de l'offre

L'ensemble du modèle doit favoriser la transformation de l'offre



Financements complément.

Financements complémentaires

⇒ Négociation entre le gestionnaire et les ATC ou calibrage AAP/AAC

Financement à la qualité

Financement à la qualité

⇒ Calculé automatiquement sur la base de tarifs normés, définis au niveau national (sur la base d'indicateurs)

Majoration

Niveau de complexité des situations accompagnées
(selon caractéristiques des personnes)

Valorisation des ressources à engager par l'ESMS en direction des personnes accompagnées, actualisée infra CPOM.

⇒ Calculée automatiquement sur la base de tarifs normés, définis au niveau national

Socle

Centres ressources, Equipes mobiles d'appui etc...

Socle

Socle (Prestations Indirectes et Prestations Directes au niveau de référence minimum): Budget minimum alloué à l'ESMS, pour la durée du CPOM.

⇒ Calculé automatiquement sur la base de tarifs normés, définis au niveau national

Appui ressource avec une organisation dédiée/spécifique (ex : centres ressources, équipes mobiles d'appui, etc...)

⇒ Négociation entre le gestionnaire et les ATC ou calibrage AAP/AAC

Une transformation des politiques sociale et médico-sociale

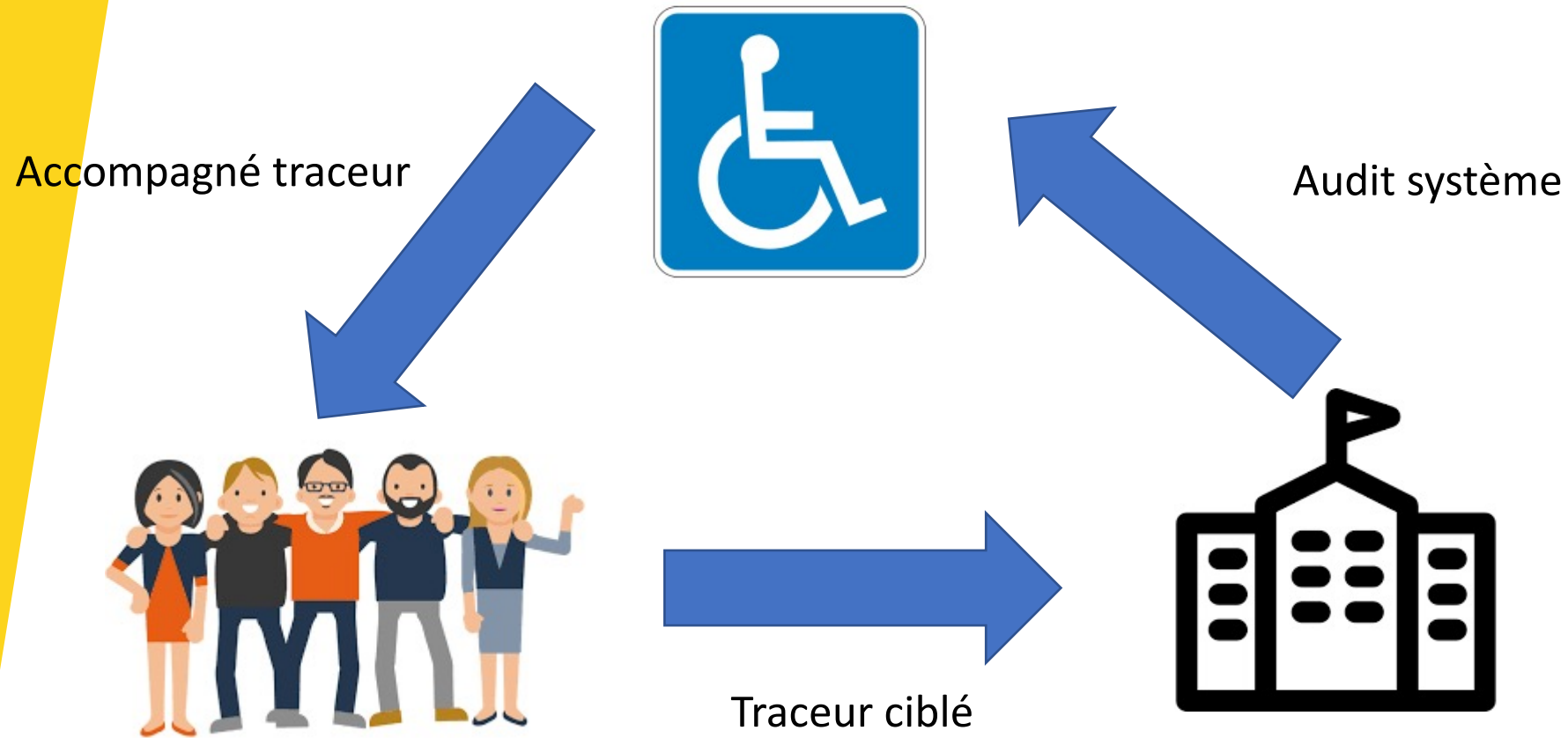
- D'une approche « globalisante » et en « silo » au parcours d'accompagnement
- Coopération, intersectorialité et territorialisation
- Un contexte budgétaire contraint et une recherche d'adéquation des financements
- **Une démarche qualité commune**

Une démarche qualité commune

- **L'obligation d'évaluer et de faire évaluer la qualité des prestations**
- **Le référentiel « qualité » et les 4 valeurs annoncées :**
 - ✓ Pouvoir d'agir de la personne
 - ✓ Respect des droits fondamentaux
 - ✓ L'approche inclusive des accompagnements
 - ✓ La réflexion éthique des professionnels

Une démarche qualité commune

L'évolution du référentiel et des modalités d'évaluation



En conclusion

- Mobiliser le droit commun, tout en conservant l'accès aux dispositifs spécialisés lorsque cela est nécessaire
- Penser des dispositifs plus souples et plus modulaires
- Prendre en compte l'évolution dans le temps de l'enfant et de ses besoins
- Penser complémentarité et coopération des acteurs sur le territoire
- Prévenir les ruptures de parcours et prévoir une certaine réactivité dans l'organisation des situations d'urgences ou complexes
- Partager des références explicites entre acteurs (modèle du handicap, nomenclatures SERAFIN – langage commun)
- Organiser les fonctions de coordination

NOTRE DEFI COLLECTIF :
Conforter les droits des personnes

```
graph TD; A[AGIR] --> B[AGIR SUR LES ENVIRONNEMENTS]; A --> C[POUVOIR D'AGIR];
```

AGIR

**AGIR SUR LES
ENVIRONNEMENTS**

POUVOIR D'AGIR