

Carole PEINTRE

Déléguée Fédérale

Pascal THEBAULT

Directeur CREAI Bretagne



Sens et Cohérence des réformes en cours

Une mise en mouvement du secteur médico-social qui s'accélère !



Un manque de visibilité qui produit de la confusion, perte de sens, de ligne directrice...



Une avalanche de textes réglementaires, outils, informations...



Des actualités qui vont dans le sens de la simplification et de l'articulation...

Rapport parlementaire
(Mai 2018)

**113 propositions
pour améliorer
le quotidien
des personnes en
situation de handicap**



Plus simple la vie

113 propositions pour améliorer le quotidien
des personnes en situation de handicap

Rapport de Adrien Taquet, député et
Jean-François Serres, membre du CESE
présenté au Parlement européen, à la secrétaire
d'Etat chargée des Personnes Handicapées, et
au ministre de l'Action et des Comptes publics.
Mai 2018

ditp
Direction Interministérielle
du Handicap

- **Multiplicité et complexité** des formalités et des normes.
- **Pluralité d'acteurs et de financeurs.**
- **Insuffisance de pilotage et de gouvernance** entre l'Etat et les institutions décentralisées, le sanitaire et le médico-social, etc.

Des actualités qui vont dans le sens de la simplification et l'articulation...

Rapport SENAT
(Oct. 2018)
**Financement de
l'accompagnement
médico-social des
personnes
handicapées.**



- **Inclusion** = acteurs plus nombreux et diversifiés.
- **Enjeu majeur de la coordination** et de la **rationalisation** des actions de chacun.
- **Créer une Plateforme Territoriale du Handicap (PTH).**

Nous sommes dans une période de transition !



PERIODE DE TRANSITION

- **Passer de la « révolution législative »** des années 2000 et 2010 : lois 2002, 2005, 2009 (HPST), 2015 (adaptation de la société au vieillissement, 2016 (loi santé) à la **« révolution organisationnelle »**.
- **Le virage inclusif** : forte volonté politique de cabinet du Secrétariat d'Etat aux personnes handicapées.
- **Dans un contexte budgétaire contraint** : nombreux arbitrages (qui passent par l'objectivation des ressources utilisées au regard des effets / résultats).

Des changements sur plusieurs plans !

Evolution des concepts fondamentaux

Des politiques sociales, sanitaires et médico-sociales qui ont des orientations communes

Une transformation médico-sociale

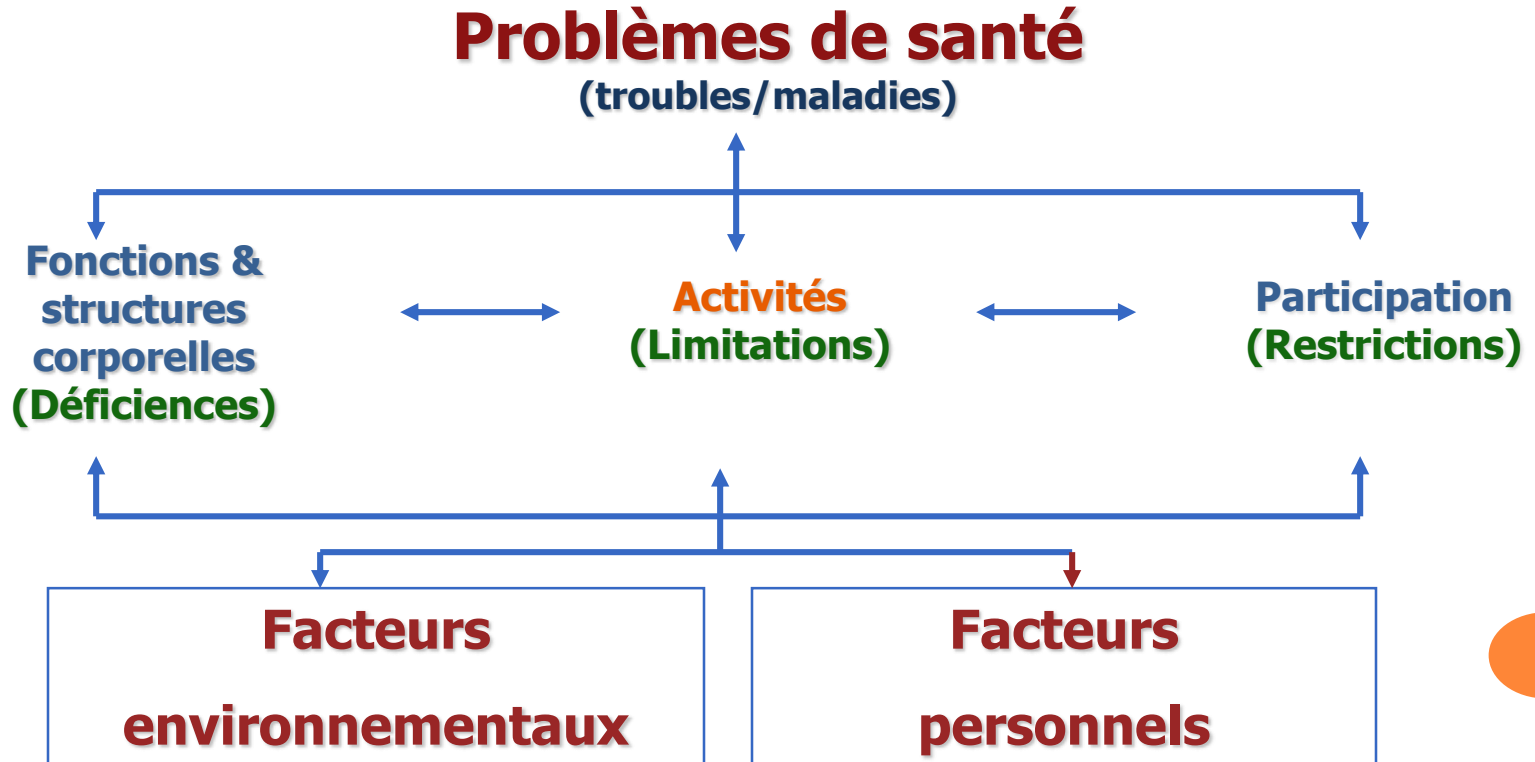
Des pratiques professionnelles en mutation

① EVOLUTION DES CONCEPTS FONDATEURS / MODÈLES

1. Du **modèle biomédical** à un **modèle bio-psycho-social**.
2. D'une réponse globalisante (ou sectorielle) ... à une réponse articulée des **ressources territoriales** au niveau sanitaire, social et médico-social (« *responsabilité populationnelle partagée* »).
3. De la prise en charge ou filière.. à une logique de parcours de vie.
4. Des lieux spécifiquement adaptés aux besoins des situations de handicap à **l'inclusion** sociétale ;
5. De la prise en compte de l'avis de la personne à **l'expertise expérientielle, l'autodétermination et le pouvoir d'agir.**

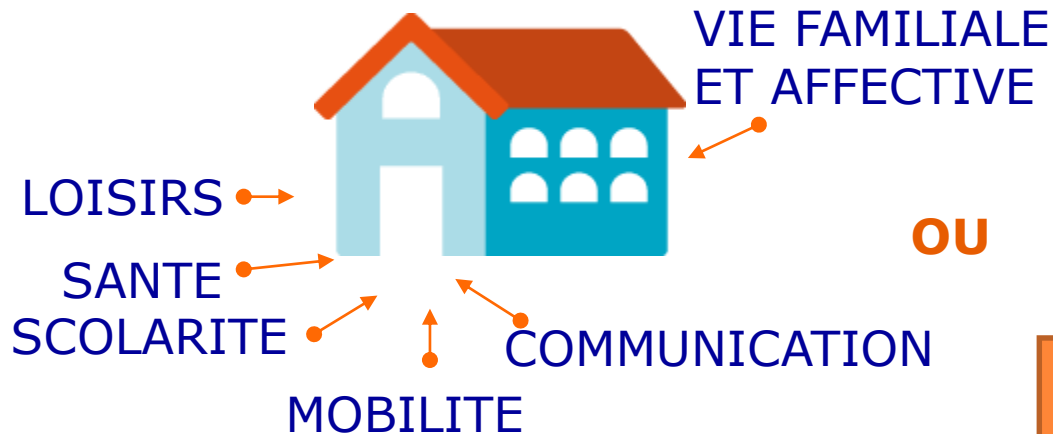
Interactions des Concepts dans la CIF

OMS 2001 & CIF-EA 2008

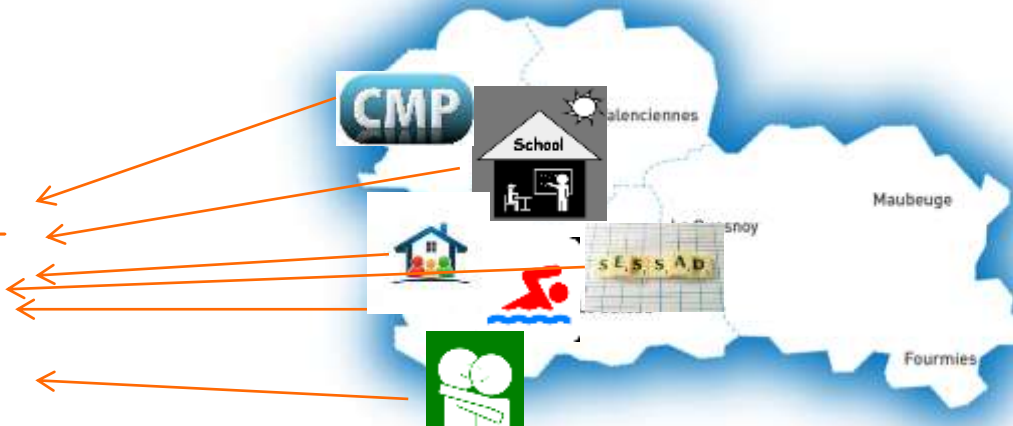
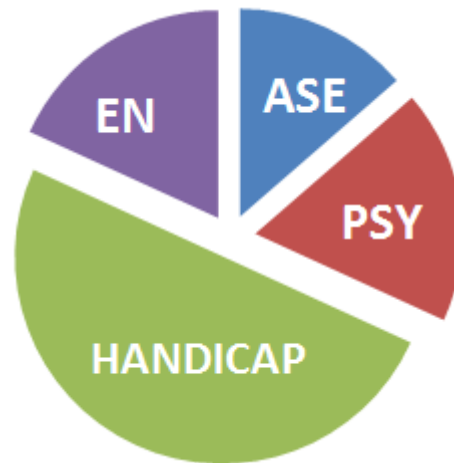


① EVOLUTION DES CONCEPTS FONDATEURS / MODÈLES

1. Du **modèle biomédical** à un **modèle bio-psycho-social**.
2. D'une réponse globalisante (ou sectorielle) ... à une réponse articulée des **ressources territoriales** au niveau sanitaire, social et médico-social (« *responsabilité populationnelle partagée* »).
3. De la prise en charge ou filière.. à une logique de parcours de vie.
4. Des lieux spécifiquement adaptés aux besoins des situations de handicap à **l'inclusion** sociétale ;
5. De la prise en compte de l'avis de la personne à **l'expertise expérientielle, l'autodétermination et le pouvoir d'agir.**



OU



« Chacun est indispensable et insuffisant »

① EVOLUTION DES CONCEPTS FONDATEURS / MODÈLES

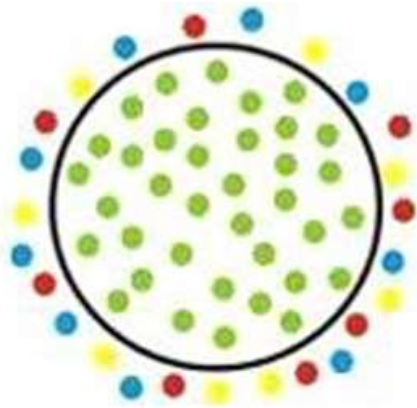
1. Du **modèle biomédical** ... à un **modèle bio-psycho-social**.
2. D'une réponse globalisante (ou sectorielle) ... à une réponse articulée des **ressources territoriales** au niveau sanitaire, social et médico-social (« *responsabilité populationnelle partagée* »).
3. **De la prise en charge ou filière.. à une logique de parcours de vie.**
4. Des lieux spécifiquement adaptés aux besoins des situations de handicap ... à **l'inclusion** sociétale ;
5. De la prise en compte de l'avis de la personne ... à **l'expertise expérientielle, l'autodétermination et le pouvoir d'agir.**

DE LA PRISE EN CHARGE ET/OU DE LA FILIÈRE... AU PARCOURS D'ACCOMPAGNEMENT.

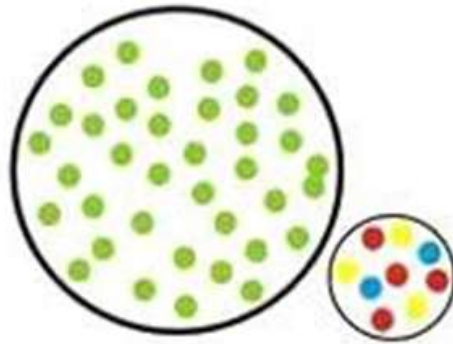
- **Pas de passage automatique et prolongée** d'une « prise en charge à l'autre », au sein d'une même association (« pas de bout de chaîne »).
- Des solutions **modulaires adaptées** aux besoins et attentes **tout au long du parcours de vie** (qualité de l'évaluation et de l'articulation des réponses territoriales).
- Mise en exergue **d'étapes du parcours de vie déterminants** : pour la trajectoire de développement de la personne (ex : précocité des accompagnements), en raison des risques de rupture plus fréquents (ex : dispositif enfants / adultes), en lien avec l'apparition de comorbidités ou nouveaux besoins (ex : adolescence ou vieillissement), ou encore à des changements d'environnement (ex : projets inclusifs – scolarisation, habitat, emploi, et.)

① EVOLUTION DES CONCEPTS FONDATEURS / MODÈLES

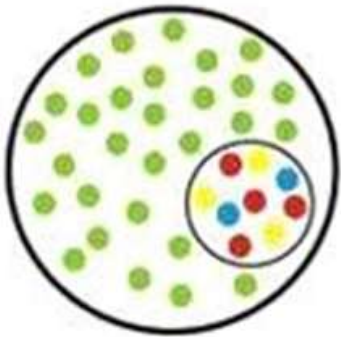
1. Du **modèle biomédical** à un **modèle bio-psycho-social**.
2. D'une réponse globalisante (ou sectorielle) ... à une réponse articulée des **ressources territoriales** au niveau sanitaire, social et médico-social (« *responsabilité populationnelle partagée* »).
3. De la prise en charge ou filière.. à une logique de parcours de vie.
4. Des lieux **spécifiquement adaptés** aux besoins des situations de handicap à **l'inclusion** sociétale (principe de subsidiarité du droit commun) ;
5. De la prise en compte de l'avis de la personne à **l'expertise expérientielle, l'autodétermination et le pouvoir d'agir.**



Exclusion



Segregation



Integration



Inclusion

① EVOLUTION DES CONCEPTS FONDATEURS / MODÈLES

1. Du **modèle biomédical** à un **modèle bio-psycho-social**.
2. D'une réponse globalisante (ou sectorielle)... à une réponse articulée des **ressources territoriales** au niveau sanitaire, social et médico-social.
3. **De la prise en charge** au **parcours d'accompagnement**.
4. Des lieux spécifiquement adaptés aux besoins des situations de handicap..... à **l'inclusion** sociétale.
5. De la prise en compte de l'avis de la personne à **l'expertise expérientielle, l'autodétermination et le pouvoir d'agir**.

L'expertise expérientielle

L'expertise des personnes 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'usager de prestations sanitaires, sociales et médico-sociales.

- **Reconnaissance de l'expertise expérientielle dans la co-construction des projets personnalisés de soins et d'accompagnement,**
- **Partir de ce qui fait sens pour la personne,**
- **Associer les personnes en situation de handicap dans l'évaluation de la qualité des services rendus par les ESMS, dans les diagnostics territoriaux, etc.**

L'auto-détermination et le pouvoir d'agir

Le principe d'autodétermination est caractérisé par la capacité d'une personne à **faire des choix** et à agir sur sa vie **pour elle-même et par elle-même**.

Développer cette capacité à faire des choix **participe à développer le pouvoir d'agir de la personne, c'est-à-dire la possibilité d'agir sur son environnement** (ex : l'accès à des biens ou services qu'elles souhaitent / bien être ; participer à la définition de règles collectives de l'espace ou du groupe social dans lequel elle évolue - citoyenneté, etc.)

↳ **C'est vraiment un changement de perspective** : envisager l'autonomie de la personne sous l'angle de la capacité à définir ce qui est bon pour elle, en tenant compte des facteurs environnementaux (qui l'entravent ou la soutiennent) et la rendre actrice de son projet, de ses activités, de la mise en œuvre de ses choix. Participer à des fonctions représentatives (CVS), etc.

Des changements sur plusieurs plans !

Evolution des concepts fondamentaux

Des politiques sociales, sanitaires et médico-sociales qui ont des orientations communes

Une transformation médico-sociale

Des pratiques professionnelles en mutation

② DES POLITIQUES SANITAIRES, SOCIALES ET MÉDICO-SOCIALES QUI ONT EN COMMUN :

1. **Approche intersectorielle et territoriale.**
2. Réduire les inégalités territoriales de santé et viser le « zéro sans solution ».
3. Un contexte budgétaire contraint qui nécessite de maximiser les ressources.
4. Réforme tarifaire des ESMS qui repose sur les besoins des personnes accompagnées et les prestations réalisées.
5. Définition et gestion des informations à collecter et traiter.

APPROCHE INTERSECTORIELLE ET TERRITORIALE

- **Approche territoriale de la santé et de l'action médico-sociale.** Création des ARS. Définition de territoires de santé. Diagnostics Territoriaux Partagés (DTP) et élaboration du Projet Régional de Santé (PRS) et programmation par appels d'offre (éventuellement conjoints ARS/CD). Convergence PA /PH dans des schémas départementaux « autonomie » ou création de MDA (MDPH + équipes APA).
- **CPOM** pour favoriser une approche « intersectorielle » (inter-ESMS » de l'association) et territoriale.
- **Loi 2016 de la protection de l'enfance** qui propose une approche par les besoins de l'enfant : convergence avec les besoins évalués par le GEVA (mieux répondre aux enfants à difficulté multiple. Cf. atelier 1).

② DES POLITIQUES SANITAIRES, SOCIALES ET MÉDICO-SOCIALES QUI ONT EN COMMUN :

1. Approche intersectorielle et territoriale.
2. **Réduire les inégalités territoriales et viser le « zéro sans solution ».**
3. Un contexte budgétaire contraint qui nécessite de maximiser les ressources.
4. Réforme tarifaire des ESMS qui repose sur les besoins des personnes accompagnées et les prestations réalisées.
5. Définition et gestion des informations à collecter et traiter.

La démarche « RÉPONSE ACCOMPAGNÉE POUR TOUS »

Axe 1	Mise en place du dispositif d'orientation permanent par les MDPH
Axe 2	Déploiement d'une réponse territorialisée
Axe 3	Création d'une dynamique d'accompagnement et de soutien par les pairs
Axe 4	Accompagnement au changement des pratiques

Elaboration du PAG

Développement des contrats partenariaux.

Renforcement de l'implication des personnes concernées et des associations dans la prise de décision.

SI, démarches administratives, pratiques professionnelles

② DES POLITIQUES SANITAIRES, SOCIALES ET MÉDICO-SOCIALES QUI ONT EN COMMUN :

1. Approche intersectorielle et territoriale.
2. Réduire les inégalités territoriales de santé et viser le « zéro sans solution ».
3. Un contexte budgétaire contraint qui nécessite de maximiser les ressources.
4. Réforme tarifaire des ESMS qui repose sur les besoins des personnes accompagnées et les prestations réalisées.
5. Définition et gestion des informations à collecter et traiter.

Un contexte budgétaire contraint

- Cette évolution favorable des politiques publiques en faveur des situations de vulnérabilité **s'inscrit dans un contexte d'enveloppes fermées.**

↳ D'où la nécessité de **maximiser l'efficacité dans l'allocation des ressources**, qui dépend :

- d'une évaluation fine des besoins des personnes en situation de handicap (dans les ESMS, mais aussi ceux restés à l'écart : placement en Belgique, domicile par défaut, etc.),
- de leurs attentes (projet de vie - inclusion et *Empowerment*),
- de l'évaluation de la quantité et de la qualité des services rendus par les ESMS,
- et de la qualité de leur articulation / complémentarité avec les ressources sanitaires, sociales et de droit commun.

ET MÉDICO-SOCIALES QUI ONT EN COMMUN :

1. Approche intersectorielle et territoriale.
2. Réduire les inégalités territoriales de santé et viser le « zéro sans solution ».
3. Un contexte budgétaire contraint qui nécessite de maximiser les ressources.
4. Réforme tarifaire des ESMS qui repose sur les besoins des personnes accompagnées et les prestations réalisées (SERAFIN-PH).
5. Définition et gestion des informations à collecter et traiter.

REFORME SERAFIN - PH

- **Un financement plus juste** : sortir d'une dotation financière « historique » → prendre en compte la nature et le niveau des besoins des personnes en situation de handicap accompagnées et de l'organisation des prestations de la structure médico-sociale.
- Un financement **favorisant des réponses plus souples** : en interne (modularité de l'accompagnement), dans le cadre d'actions partenariales (co-intervention) ou encore sur le territoire (intervention auprès de personnes en attente, expertise auprès d'ESMS non spécialisés ou d'acteurs du droit commun, etc.).

LE MODELE TARIFAIRE N'A PAS ENCORE ETE CHOISI !

- Le modèle tarifaire pour les ESMS « handicap » n'a pas encore été choisi → Impossible d'anticiper sur les conséquences financières de la réforme sur certaines catégories d'établissement, certains publics ou modes d'accompagnement (« fantasmes », nécessité de prudence / formations).
- Où en est-on ? 1^{ère} phase achevée : construction des outils permettant l'objectivation des caractéristiques des publics accompagnés et de l'activité des ESMS. (nomenclatures V2)

UNE VISEE DESCRIPTIVE DES NOMENCLATURES

- Les nomenclatures SERAFIN offre **un langage commun** (au sein de l'ESMS, avec les autorités de tarification, avec les partenaires et les familles)...
- ... car construite sur une approche civique.
- **Non règlementaires** tant que le modèle tarifaire n'est pas arrêté...
- ... MAIS déjà citées **dans les appels à projets** (dont PCPE), **les CPOM, les projets d'établissements, les projets individuels, les SI, etc.**

ET MÉDICO-SOCIALES QUI ONT EN COMMUN :

1. Approche intersectorielle et territoriale.
2. Réduire les inégalités territoriales de santé et viser le « zéro sans solution ».
3. Un contexte budgétaire contraint qui nécessite de maximiser les ressources.
4. Réforme tarifaire des ESMS qui repose sur les besoins des personnes accompagnées et les prestations réalisées.
5. **Définition et gestion des informations à collecter et traiter.**

DÉFINITION ET GESTION DES INFORMATIONS À COLLECTER ET TRAITER.

Une masse d'informations à collecter, partager et traiter pour :

- **L'évaluation fonctionnelle** (multidimensionnelle) et non plus seulement le diagnostic ; **faire évoluer** les projets tout au long du parcours de vie (évaluations renouvelées).
- **Co-construire les projets** avec la personne, sa famille, l'équipe pluridisciplinaire et **partager des informations** dans le cadre de solutions modulaires qui privilégient le droit commun (multiplicité des acteurs).
- **Planifier** une répartition territoriale des ressources adaptée aux besoins (DTP, CPOM, etc.)
- **Vérifier l'efficacité de l'utilisation des ressources** en fonction des prestations fournies et des besoins des personnes (tarification).

D'INFORMATION (SI)

- Mise en place du **SI MDPH**.
- Mise en place de **Via trajectoire** (suivre les orientations et identifier les listes d'attente).
- Mise en place des **SI dans les ESMS** (pb du dossier de l'utilisateur – pas de référentiel + besoin d'un financement de l'équipement mais surtout de la formation des professionnels : réflexion nationale en cours sur un Plan numérique).

↳ **A quand un SI rattaché au parcours de la PH ?**

Des changements sur plusieurs plans !

Evolution des concepts fondamentaux

Des politiques sociales, sanitaires et médico-sociales qui ont des orientations communes

Une transformation médico-sociale

Des pratiques professionnelles en mutation

UNE TRANSFORMATION DE L'OFFRE MÉDICO-SOCIALE

1. Des établissements et services médico-sociaux ouverts sur leur environnement (*« l'inclusion = ce n'est pas fermer les établissements mais les ouvrir »*).
2. Des ESMS qui participent au maillage territorial des ressources sanitaires, sociales, médico-sociales et de droit commun.
3. Fonctionnement en dispositif, PCPE, plate-forme de service.
4. La participation à des projets inclusifs
5. La fonction d'appui-ressource au territoire.

DES ESMS QUI PARTICIPENT AU MAILLAGE TERRITORIAL DES RESSOURCES

 Cf. Recommandation de l'ANESM « *Pratiques de coopération et de coordination du parcours de la personne en situation de handicap* ».

UNE TRANSFORMATION DE L'OFFRE MÉDICO-SOCIALE

1. Des établissements et services médico-sociaux ouverts sur leur environnement (« *l'inclusion = ce n'est pas fermer les établissements mais les ouvrir* »).
2. Des ESMS qui participent au maillage territorial des ressources sanitaires, sociales, médico-sociales et de droit commun.
3. **Fonctionnement en dispositif, PCPE, plate-forme de service.**
4. La participation à des projets inclusifs.
5. La fonction d'appui-ressource au territoire.

FONCTIONNEMENT EN DISPOSITIF, PCPE, PLATE-FORME DE SERVICE

- **Dispositif : Dispositif ITEP** (inscrit dans la loi Santé 2016). Principe : orientation sans précision sur le mode d'accueil (ambulatoire, externat, internat) pour plus de souplesse dans l'accompagnement → **A vocation à se généraliser avec la réforme des autorisations** qui propose aussi des agréments plus souples et étendus (mode d'accueil et clientèle).
- **PCPE : Répondre à des besoins non satisfaits** et des situations nécessitant souvent **des prestations difficiles à mobiliser** (rareté, expertise pointue, etc.), en attente d'admission, sans solution, **nécessitant une coordination**. Propose des prestations de salariés du PCPE, de libéraux et mobilisent les partenaires susceptibles d'apporter des prestations adaptées. Ce n'est pas un établissement supplémentaire (pas d'agrément), ne remplace pas la MDPH ni la démarche RAPT: « *met de l'huile dans le maillage territorial et colmate les trous* ».
- **Plate-forme de services** : Aujourd'hui, surtout utilisée pour mutualiser certains moyens, équipements.

⑤ UNE TRANSFORMATION DE L'OFFRE MÉDICO-SOCIALE

1. Des établissements et services médico-sociaux ouverts sur leur environnement (« *l'inclusion = ce n'est pas fermer les établissements mais les ouvrir* »).
2. Des ESMS qui participent au maillage territorial des ressources sanitaires, sociales, médico-sociales et de droit commun.
3. Fonctionnement en dispositif, PCPE, plate-forme de service.
4. **La participation à des projets inclusifs.**
5. **La fonction d'appui-ressource au territoire.**

UNE FONCTION D'APPUI-RESSOURCE AU TERRITOIRE

- **Notion introduite dans la nomenclature des « prestations » de SERAFIN – PH.** Egalement reprise dans la circulaire de la transformation de l'offre médico-sociale du 2 mai 2017.
- **Faire profiter de leur expertise** à d'autres professionnels (non spécialisés ou du droit commun) ou à des aidants familiaux ou encore à des PSH n'appartenant pas à leur file active.
- **Intérêt** : apporter une réponse de proximité, transférer des compétences ou des outils, donner un conseil ou apporter un avis distancié.

EXEMPLES DE FONCTION D'APPUI-RESSOURCE AU TERRITOIRE

- **Appui d'un SESSAD TSA à un SESSAD non spécifique** pour l'accompagnement d'un enfant autiste sur un territoire non couvert ;
- **Délégation du service public d'information/accueil de la MDPH** à un SESSAD disposant d'un traducteur permanent en LSF ou bénéficiant de supports en braille ;
- Disposer de financements supplémentaires pour **intervenir sur des enfants en attente d'admission** ;
- Former un SSIAD à la toilette de l'enfant polyhandicapé ou une ludothèque à accueillir un public non voyant.

➤ **Un levier essentiel dans le virage inclusif** (cf. atelier 3) : sanctuariser l'expertise médico-sociale, acculturer les équipes à d'autres interlocuteurs, se former à l'intervention dans les milieux ordinaires de vie, etc.

Des changements sur plusieurs plans !

Evolution des concepts fondamentaux

```
graph TD; A[Evolution des concepts fondamentaux] --> B[Des politiques sociales, sanitaires et médico-sociales qui ont des orientations communes]; B --> C[Une transformation médico-sociale]; C --> D[Des pratiques professionnelles en mutation];
```

Des politiques sociales, sanitaires et médico-sociales qui ont des orientations communes

Une transformation médico-sociale

Des pratiques professionnelles en mutation

4 DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES EN MUTATION

- Une multiplication des acteurs avec lesquels interagir (approches disciplinaires, cultures professionnelles) et partager de l'information= **nécessité d'un langage commun** (cf. nomenclatures Serafin-PH – atelier 2).
- Une approche moins par « catégorie diagnostique » que par la notion de **troubles neurodéveloppementaux** (cf. intervention de Vincent Des Portes).
- Développer les **compétences en évaluation fonctionnelle**.
- Développer les compétences et outils pour le **développement de la communication, de l'auto-détermination et du pouvoir d'agir**.
- La **révolution numérique** (cf. intervention de M. Meyer + atelier 11)

LES CONDITIONS DE REUSSITE DE CES REFORMES



Les conditions de réussite de ces réformes

- Mobilisation des dispositifs de droit commun tout en conservant l'accès aux dispositifs spécialisés lorsque c'est nécessaire (notion de graduation de l'offre par degré de spécialisation et d'expertise, autour d'un principe de subsidiarité)
- Déploiement de **dispositifs souples et modulaires** pour mieux répondre à la diversité des besoins des personnes en situation de handicap et de leurs aidants.
- Prise en compte de **l'évolution dans le temps** des besoins des personnes, de l'enfance à l'avancée en âge.

Les conditions de réussite de ces réformes

- **Complémentarité des réponses de tous les acteurs** (notamment des secteurs sanitaire, social et médico-social) contribuant à la qualité du parcours de vie des personnes.
- **Amélioration des parcours de prévention et de soins** des personnes en situation de handicap.
- **Réactivité dans l'organisation des réponses aux situations complexes et d'urgence** afin de prévenir ou gérer les ruptures de parcours.

Les conditions de réussite de ces réformes

- **Partager en interne et en externe des références explicites** (« modèle » du handicap, langage commun, outils de référence).
- **« Ré-enchanter » les réunions de synthèse** (Évaluation multidimensionnelle, Triple expertise, etc.)
- **Mettre en cohérence les méthodologies et outils de connaissance** : au niveau **MACRO** (Diagnostics territoriaux partagés, diagnostics CPOM), **MESO** (rapport d'activité, étude populationnelle) **et MICRO** (bilans, évaluation fonctionnelle, outils métier, etc.).

Les conditions de réussite de ces réformes

- **Relier entre eux les niveaux de planification opérationnelle**
: Projet de gouvernance stratégique, Projets d'établissement et de service, Projets personnalisés.
- **Soutenir et professionnaliser les fonctions de coordination**
: Chefs de services, Coordonnateur ...

Des scénarios d'avenir pour les SESSAD ?



DES SESSAD TOUJOURS PRÉSENTS MAIS DIFFÉRENTS

- Équipe « ambulatoire » de l'établissement.
- Coordination de projets en lien avec les libéraux.
- Coordination renforcée sur des projets séquentiels.
- Appui auprès d'ESMS non spécialisés pour assurer des réponses de qualité de proximité .
- Appui à des acteurs de la Cité pour rendre accessible l'environnement (« société inclusive »).
- Développement de la prise en charge précoce.
- Intégration de l'expertise parentale avec des outils partagés

Merci de votre attention.

