



Ministère des affaires sociales et de la santé

Direction générale de la cohésion sociale

Sous-direction de l'autonomie des personnes handicapées et
des personnes âgées

Bureau de l'insertion, de la citoyenneté et du parcours
de vie des personnes handicapées

Personne chargée du dossier :

Stéphanie Talbot

tél. : 01 40 56 83 44

mél. : stephanie.talbot@social.gouv.fr

**Caisse nationale de solidarité pour
l'autonomie**

Direction des établissements et
services médico-sociaux

Personne chargée du dossier :

Nathalie Montangon

mél. : nathalie.montangon@cnsa.fr

La secrétaire d'État chargée des personnes handicapées
et de la lutte contre l'exclusion

La directrice de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

à

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des
agences régionales de santé

CIRCULAIRE N° DGCS/3B/2017/148 du 2 mai 2017 relative à la transformation de l'offre d'accompagnement des personnes handicapées dans le cadre de la démarche « une réponse accompagnée pour tous », de la stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre médico-sociale (2017-2021) et de la mise en œuvre des décisions du CIH du 2 décembre 2016

Date d'application : IMMEDIATE

NOR : AFSA1713274C

Classement thématique : établissements sociaux et médico-sociaux

Validée par le CNP le 28 avril 2017 - Visa CNP 2017-63

Publiée au BO : oui

Déposée sur le site <http://circulaire.legifrance.gouv.fr> : oui

Catégorie : Directives adressées par le ministre aux services chargés de leur application, sous réserve, le cas échéant, de l'examen particulier des situations individuelles.

Résumé : Dans le cadre de la démarche « une réponse accompagnée pour tous » en cours de déploiement sur les territoires, la présente instruction a pour objet de préciser les orientations en matière de transformation de l'offre médico-sociale portée notamment par la stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre dotée de 180M€ pour la période 2017-2021. Elle présente d'une part le cadre stratégique national, et d'autre part les leviers à disposition des ARS pour transformer l'offre et les réponses qui peuvent être développées sur les territoires dans ce cadre.

Mots-clés : Comité interministériel du handicap ; transformation de l'offre médico-sociale ; réponse accompagnée pour tous ; handicap psychique ; polyhandicap ; habitat inclusif ; soutien aux aidants ;

scolarisation ; emploi ; accompagnement ; inclusion ; personnes handicapées vieillissantes ; situations complexes ; formations ; fongibilité asymétrique ; autorisations ; CPOM ; CREAL ; prévention des départs en Belgique ; soins complémentaires

Textes de référence :

Instruction n° DGCS/3B/DSS/1A/CNSA/2016/22 du 22 janvier 2016 relative à la mise en œuvre du plan de prévention des départs non souhaités de personnes handicapées vers la Belgique et à la procédure d'orientation et de prise en charge des personnes accueillies dans des ESMS situés sur le territoire wallon

Instruction N° 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

Instruction SG/DSSIS/2016/147 du 11 mai 2016 relative au cadre commun des projets d'e-santé

Instruction du 23 décembre 2016 portant notification d'une 1^{ère} autorisation d'engagement de 59 M€ au titre du comité interministériel du handicap 2016

Instruction SG/DSSIS/2017/8 du 10 janvier 2017 relative à l'organisation à déployer pour la mise en œuvre de la stratégie d'e-santé en région

Instruction N° DGCS/SD5C/2017/96 du 21 mars 2017 relative à la mise en œuvre de l'arrêté du 3 mars 2017 fixant le contenu du cahier des charges du contrat d'objectifs et de moyens (CPOM) prévu au IV ter de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles et à l'articulation avec le CPOM prévu à l'article L. 313-12-2 du même code

Instruction N° DGCS/SD5C/2017/123 du 7 avril 2017 relative à la mise en œuvre des dispositions du décret relatif aux principes généraux de la tarification, au forfait global de soins, au forfait global dépendance et aux tarifs journaliers des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes relevant du I et du II de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles

Instruction N° DGCS/3B/5A/DGEFP/METH/2017/125 du 14 avril 2017 relative aux modalités de mise en œuvre du dispositif d'emploi accompagné prévu par le décret n° 2016-1899 du 27 décembre 2016 modifié

Circulaire N° SG/POLE-ARS/2017/146 du 5 mai 2017 relative aux modalités de mise en œuvre du fonds d'intervention régional en 2017

Circulaire N° DGCS/SD5C/DSS/CNSA/2017/150 du 2 mai 2017 relative aux orientations de l'exercice 2017 pour la campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes handicapées et des personnes âgées

Instruction N° DGOS/PF5/2017/135 du 24 avril 2017 relative à l'accompagnement du déploiement des services numériques d'appui à la coordination (SNACs) dans les régions.

Circulaires abrogées : /

Circulaires modifiées : /

Annexes :

Annexe 1 : Logement : logement inclusif et appartements de coordination et d'adaptation

Annexe 2 : L'accès et le maintien dans l'emploi (recensement offre ESAT, emploi accompagné...)

Annexe 3 : Le volet handicap psychique (dont ACT, parcours global, création de GEM)

Annexe 4 : Le volet polyhandicap (dont renforcement des équipes dans les établissements, formation des aidants)

Annexe 5 : La stratégie nationale de soutien aux aidants

Annexe 6 : Le développement des fonctions ressources

Annexe 7 : Le développement de l'accueil temporaire

Annexe 8 : Les pôles de compétences et de prestations externalisées (PCPE)

Annexe 9 : La réponse aux personnes handicapées vieillissantes

Annexe 10 : Prise en compte des évaluations interne et externe dans le cadre de la négociation des CPOM

Annexe 11 : La poursuite du plan de prévention des départs vers la Belgique

Catégorie : Directives adressées par le ministre aux services chargés de leur application, sous réserve, le cas échéant, de l'examen particulier des situations individuelles.

A l'occasion de la Conférence nationale du handicap (CNH) de mai 2016, le Président de la République a annoncé qu'une enveloppe de crédits de 180 M€ sera consacrée à la stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre médico-sociale pour les personnes en situation de handicap (2017-2021). Cette évolution s'inscrit

dans le cadre de la démarche « une réponse accompagnée pour tous » et a été précisée par le Comité interministériel du handicap du 2 décembre 2016 qui en a décliné 4 volets respectivement en faveur du polyhandicap, du handicap psychique, du développement de l'habitat inclusif et du soutien des aidants.

Sur cette enveloppe, 20 M€ sont destinés aux territoires ultra-marins les plus déficitaires en équipements médico-sociaux conformément à la stratégie de santé pour les outre-mer annoncée par la Ministre des affaires sociales et de la santé en mai 2016.

Une partie de ces crédits doit être fléchée sur le développement quantitatif de l'offre, en priorité sur les zones en tension pour répondre à des situations sans réponse et pour les handicaps les plus mal couverts : 20M€ au titre de la stratégie de santé pour les outre-mer, ainsi que 50% maximum de l'enveloppe nationale de 160M€. L'autre partie de ces crédits - 50% au moins des crédits nationaux - doit accompagner le mouvement de transformation de l'offre afin de la rendre plus souple et plus inclusive.

L'instruction du 23 décembre 2016 ainsi que la circulaire du 2 mai 2017 relative aux orientations de l'exercice 2017 pour la campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes handicapées et des personnes âgées ont précisé les modalités de mobilisation des crédits en AE et CP.

Dans ce contexte, l'objectif de la présente instruction est de préciser les objectifs de ce mouvement de transformation de l'offre ainsi que les leviers et outils dont vous disposez pour impulser et accompagner ce mouvement, en lien avec vos partenaires institutionnels (Conseils départementaux, MDPH, rectorat, , DIRECCTE, assurance maladie etc.). Vous voudrez bien en adresser copie aux présidents des conseils départementaux de votre région.

1. LE CADRE STRATEGIQUE ET LES OBJECTIFS DE LA TRANSFORMATION DE L'OFFRE MEDICO-SOCIALE EN FAVEUR DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

1.1. Pourquoi amplifier la transformation de l'offre

Près de quinze ans après la loi du 11 février 2005, les besoins exprimés par les personnes en situation de handicap ont évolué et la réponse sous la forme de « places » dans un établissement ou un service, si elle peut encore être pertinente, ne suffit plus pour tenir compte de la diversité des aspirations des personnes.

Ainsi, le mouvement de transformation de l'offre – déjà engagé sur le terrain – doit être amplifié. Le secteur médico-social doit être rénové pour davantage :

- partir des besoins et des attentes des personnes handicapées et de leurs aidants ;
- promouvoir leurs capacités et leur participation ;
- favoriser une vie en milieu ordinaire lorsque cela est possible et conforme aux souhaits de la personne ;
- répondre à la logique d'un « parcours » global alliant précocité des interventions et renforcement de l'inclusion sociale ;
- répondre à des besoins spécifiques et parfois complexes, en fonction du type de handicap ;
- anticiper, prévenir et gérer les ruptures de parcours.

Pour y parvenir il faut à la fois renforcer les liens entre les différents dispositifs médico-sociaux pour sortir de la logique des filières, renforcer les liens entre le secteur médico-social et le secteur sanitaire afin de garantir la cohérence et la complémentarité des accompagnements, et enfin renforcer les liens entre le secteur médico-social et le milieu ordinaire dans tous les domaines - soins, scolarisation, logement, emploi, accès à la culture et aux loisirs – afin de promouvoir l'inclusion.

Cela implique pour vous, notamment dans le cadre du PRS 2 et en vous appuyant sur une gouvernance partenariale renforcée avec les Conseils départementaux et les MDPH, de faire évoluer l'organisation territoriale de l'offre et de construire, avec les acteurs de votre territoire, de nouveaux outils qui permettront, prioritairement à partir de l'existant, de :

- favoriser une vie en milieu ordinaire, par la 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) ;

- favoriser des dispositifs souples et modulaires pour mieux répondre à la diversité des besoins des personnes en situation de handicap et de leurs aidants ;
- tenir compte de l'évolution dans le temps des besoins des personnes, de l'enfance à l'avancée en âge ;
- promouvoir la 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 ;
- améliorer le parcours de prévention et de soins des personnes handicapées ;
- organiser des réponses aux situations complexes et d'urgence lorsqu'elles se présentent afin de prévenir ou gérer les ruptures de parcours.

1.2. Les chantiers stratégiques nationaux en lien étroit avec la transformation de l'offre

Les différents chantiers stratégiques engagés au niveau national portent des ambitions fortes en matière de transformation de l'offre tout en posant un cadre qui facilite et encourage ce mouvement.

1.2.1. La démarche « Une réponse accompagnée pour tous »

Les quatre axes de la feuille de route « Une réponse accompagnée pour tous » induisent une évolution importante de la réponse aux besoins des personnes en situation de handicap.

L'axe 1 pose des nouvelles modalités d'orientation médico-sociale des personnes dans le cadre d'un plan d'accompagnement global (PAG) qui s'appuie sur l'engagement préalable des établissements, services et professionnels mobilisés pour sa co-construction et sa mise en œuvre. Les ESMS doivent dans ce cadre se mobiliser pour la prévention des ruptures de parcours (travaux sur les critères d'admission, anticipation des sorties), s'engager au sein des groupes opérationnels de synthèse (GOS) et contribuer à la mise en œuvre des PAG. Ils doivent donc de fait offrir plus de souplesse dans les modalités d'accompagnement (développement de la modularité, des interventions séquentielles, etc.) et s'engager dans la coopération avec les autres parties-prenantes du PAG.

La construction des PAG implique en effet souvent des solutions d'accompagnement modulaires mobilisant plusieurs acteurs. **Le mouvement de transformation de l'offre doit contribuer à cette évolution.** A titre d'illustration, faute de place en Foyer d'Accueil Médicalisé en internat, il peut être mis en place un PAG qui prévoit l'accès quelques jours par semaine à un accueil de jour, la mobilisation d'un Pôle de Compétences et de Prestations Externalisées, l'intervention d'une équipe mobile adaptée et la possibilité d'hospitalisation en cas de besoin, notamment de décompensation, autour du domicile de la personne handicapée, le cas échéant dans un dispositif d'habitat inclusif. Cela implique que l'offre médico-sociale du territoire soit étoffée par un ou plusieurs PCPE mais également que les établissements acceptent les accueils séquentiels sur des temps partiels.

L'axe 2 de la feuille de route porte plus spécifiquement les objectifs de transformation de l'offre dans le cadre de la stratégie territoriale de l'ARS pour **passer d'une logique de places et de filières à une logique de réponses adaptées** aux besoins spécifiques et évolutifs des personnes handicapées. Cet axe vise également la **formalisation des partenariats institutionnels et opérationnels qui doivent faciliter la complémentarité des offres** sanitaire, médico-sociale, sociale et de droit commun (école, emploi, etc.)

Les axes 3 et 4 appellent quant à eux des évolutions qualitatives de l'accompagnement des personnes via la **participation accrue des personnes et l'évolution des pratiques professionnelles** pour aller vers plus d'individualisation, plus de coordination et le respect des recommandations de bonnes pratiques.

1.2.2. Les systèmes d'information au service de la coordination des parcours

Il n'y a pas de coordination des acteurs sans partage et/ou échange d'informations. Les systèmes d'information (SI) sont ainsi indispensables : sans eux, la coordination ne peut avoir lieu dans des conditions satisfaisantes. Différents projets de SI outillant la coordination sont en cours. Ils ont principalement deux objectifs :

- ceux destinés à aider les professionnels à connaître l'offre disponible afin que des solutions puissent être recherchées et mises en place de façon collaborative : du répertoire opérationnel des ressources (ROR) ; des SI de suivi des orientations ; des services numériques d'appui à la

coordination usuelle et complexe (SNACs), des SI devant permettre d'outiller et faciliter le développement de l'accueil temporaire ;

- ceux destinés au partage de l'information entre professionnels habilités, contribuant à la prise en charge des personnes concernées, avec leur accord. Il s'agit notamment,
 - o du dossier médical partagé (DMP),
 - o du dossier de l'utilisateur en ESMS (chantier en cours) devant permettre de définir un socle commun d'informations partageables pour un meilleur accompagnement de la personne au service de son parcours de vie).

Dans le cadre des travaux sur la transformation de l'offre, une attention particulière sera portée à l'outillage des ESMS et à leur participation aux SI territoriaux. Par ailleurs, au fur et à mesure du développement des nouveaux SI, la stratégie territoriale de transformation de l'offre pourra s'appuyer sur ces outils.

1.2.3. Le projet Serafin-PH

Le projet Serafin-PH, « Services et Etablissements : Réforme pour une Adéquation des FINancements aux parcours des Personnes Handicapées » a pour objectif d'aboutir à un nouveau modèle tarifaire, soutenant les évolutions actuelles de l'offre médico-sociale et facilitant le parcours des personnes en situation de handicap. La première phase du projet a permis la production de nomenclatures de besoins et de prestations, et donc d'un langage commun et partagé. Elle contribue ainsi d'ores et déjà à une visibilité renforcée de l'offre médico-sociale.

Les principes qui sous-tendent ces nomenclatures contribuent à en faire un outil facilitant les parcours et la transformation de l'offre médico-sociale. La nomenclature des prestations ne fait, par exemple, pas référence aux catégories juridiques des structures ; elle permet de décrire l'ensemble des prestations réalisées par différents acteurs, et non un seul ESMS, ou le seul secteur médico-social. Elles peuvent donc décrire concrètement le parcours d'une personne en situation de handicap, en particulier pour des accompagnements modulaires, pluri-acteurs et pluri-secteurs.

Dans le cadre des travaux sur la transformation de l'offre, vous pouvez vous en saisir pour décrire ce qui est fait par une structure ou un ensemble d'ESMS (par exemple pour préparer un CPOM), ou pour décrire les besoins des personnes et les prestations à apporter, le cas échéant par plusieurs acteurs (par exemple pour l'élaboration des plans d'accompagnement globaux).

Les nomenclatures sont disponibles sur le site de la DCGS et de la CNSA :

- http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/nomenclatures_serafinphdetaillees_mars_16.pdf
- http://www.cnsa.fr/documentation/nomenclatures_serafinph_detaillees_mars_16.pdf

Pour une version synthétique :

- http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/presentation_graphique_des_nomenclatures_mars_16.pdf
- http://www.cnsa.fr/documentation/presentation_graphique_des_nomenclatures_mars_16.pdf

1.3. Les décisions du Comité interministériel du handicap du 2 décembre 2016 et ses volets spécifiques

Les décisions du Comité interministériel du handicap (CIH) du 2 décembre 2016 traduisent la nécessité de soutenir une dynamique de développement et d'adaptation de l'offre existante dans une approche plus souple et plus inclusive afin de mieux répondre aux besoins des personnes et de leurs proches. C'est ce que traduisent notamment le volet handicap psychique (1.3.1), le volet polyhandicap (1.3.2), la stratégie nationale pour le développement de l'habitat inclusif (1.3.3) et la stratégie nationale pour les aidants (1.3.4), qui ont permis de fixer les objectifs prioritaires en termes de transformation de l'offre.

1.3.1 Le volet handicap psychique

Les priorités en matière de santé mentale sont aujourd'hui de répondre à un objectif de rétablissement pour les personnes en situation ou à risque de handicap psychique, impliquant, au-delà de la stabilisation de

leurs troubles, la promotion de leurs capacités et leur accès à une vie active et sociale choisie. La prise en charge et l'accompagnement du handicap psychique doivent permettre à ces personnes un accès à l'ensemble des dispositifs de droit commun, tout en continuant à mobiliser des dispositifs plus spécifiques. Une évolution des cultures, des organisations et des partenariats mis en place par les établissements et services médico-sociaux et les structures sanitaires accueillant des personnes en situation de handicap psychique est aujourd'hui nécessaire pour atteindre les objectifs d'autonomie, de qualité de vie préservée, de vie en logement adapté, d'emploi en milieu ordinaire ou protégé, d'inclusion dans la cité.

L'objet du volet Handicap psychique de l'évolution quinquennale de l'offre médico-sociale, annoncé lors de la CNH et confirmé lors du CIH 2016, est de répondre à ces priorités de santé mentale au bénéfice des personnes en situation de handicap psychique et de leurs familles. La mise en œuvre de ces priorités exige la mobilisation conjointe, coordonnée, précoce et en proximité des acteurs intervenant dans les parcours de soins et de vie. L'enjeu réside dans l'organisation d'une offre régionale de santé mentale plus inclusive, en promouvant le décloisonnement des secteurs sanitaire, social et médico-social et en construisant des réponses individualisées régulièrement ajustées à l'évolution de la situation des personnes et de leurs familles. Cela implique la diversification des modes d'accompagnement médico-social en lien étroit avec le milieu ordinaire et le développement de la pair-aidance dans le cadre des Groupes d'entraide mutuelle (GEM).

Il est attaché une importance toute particulière à ce que vous engagiez dès cette année les actions mentionnées dans l'annexe 3 et que le handicap psychique soit intégré dans les objectifs du schéma régional de santé du projet régional de santé 2 tant sur le plan quantitatif (créations de places) que qualitatif (accès au diagnostic, parcours, etc.).

Par ailleurs, le volet handicap psychique de l'évolution quinquennale de l'offre médico-sociale a prévu – Axe III « Prévenir et réduire les situations de non-recours initial ou après une rupture du parcours » : Action 11 - la création de 30 places d'appartements de coordination thérapeutique pour des personnes en situation ou à risque de handicap psychique, dont les modalités sont définies par la circulaire du 2 mai 2017 relative aux orientations de l'exercice 2017 pour la campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes handicapées et des personnes âgées

1.3.2 Le volet polyhandicap

La stratégie quinquennale d'évolution de l'offre comporte également un volet consacré aux situations de polyhandicap. Au titre de la transformation de l'offre les orientations suivantes doivent être poursuivies.

Même si la complexité et la lourdeur des situations de polyhandicap posent certaines limites en termes de désinstitutionalisation, il existe une aspiration de plus en plus forte des familles à disposer de modes d'accompagnement plus souples permettant à la fois le maintien des liens familiaux et un appui médico-social de qualité, notamment pour celles et ceux qui continuent à vivre à domicile. Cela implique le développement d'une palette de solutions ; accueil de jour, accueil séquentiel, accueil temporaire, équipes mobiles de FAM ou de MAS, PCPE ...)

Par ailleurs, il existe une forte attente d'amélioration qualitative de l'accompagnement des personnes que ce soit en termes de continuité des soins, de promotion des démarches d'entrée en communication et des apprentissages – notamment scolaires - tout au long de la vie, ou encore de vie culturelle, de vie affective, etc. Ce renforcement qualitatif relève également du mouvement de transformation de l'offre.

Enfin, la spécificité et la complexité du polyhandicap appelle une structuration territoriale graduée de l'offre d'accompagnement et de soins s'appuyant sur la fonction « ressources » de certains établissements médico-sociaux et sanitaires (cf. annexe 6).

La transformation de l'offre doit permettre de répondre à ces différents enjeux et il vous revient d'engager dès cette année les actions mentionnées dans l'annexe 4 et d'intégrer le polyhandicap dans les objectifs quantitatifs et qualitatifs du schéma régional de santé du projet régional de santé 2.

1.3.3 La stratégie nationale pour le développement de l'habitat inclusif

Un nombre croissant de personnes handicapées souhaite choisir son habitat et les personnes avec qui le partager le cas échéant. Elles expriment une forte demande de projet social et, le cas échéant, de services associés au logement, dans un environnement adapté et sécurisé qui garantisse conjointement inclusion sociale et vie autonome en milieu « ordinaire ». Cette nouvelle forme d'habitat rejoint les enjeux de la loi du 11 février 2005 qui visent à permettre aux personnes en situation de handicap une insertion pleine et entière dans la cité et le libre choix de leur mode de vie.

A distance de l'accueil en établissement comme du logement dans sa famille ou dans un habitat ordinaire totalement autonome, cette offre fait partie des éléments permettant de diversifier les réponses aux besoins d'accompagnement et ainsi d'élargir la palette des choix offerts aux personnes en situation de handicap. Ces formes d'habitat, plus souples et plus économiques apportent également une réponse à la disponibilité nécessairement limitée de l'offre sociale et médico-sociale. La réponse en termes de logement constitue en outre, avec l'emploi, une réponse essentielle aux besoins d'insertion sociale, enjeu également partagé par les volets spécifiques consacrés aux situations de handicap psychique et de polyhandicap.

C'est pour cela que la démarche nationale pour l'habitat inclusif inscrite au CIH 2016 prévoit l'expérimentation en 2017 d'un projet d'habitat inclusif pour personnes handicapées par région, financé sur la section V de la CNSA destinée aux projets innovants, tel qu'exposé dans l'annexe 1.

1.3.4 La stratégie nationale pour les aidants

La volonté des personnes en situation de handicap de vivre dans le milieu ordinaire amplifie le rôle joué par leurs proches aidants. Ce rôle doit être reconnu et les aidants doivent pouvoir bénéficier de soutiens nécessaires. C'est l'objet de la stratégie nationale pour les aidants inscrite au CIH 2016.

Les actions définies dans le cadre de cette stratégie, complémentaires les unes des autres, relèvent d'acteurs multiples, de l'échelon national, régional et/ou départemental. Les ARS sont plus particulièrement parties prenantes des axes 1, 2 et 4, dont vous trouverez le détail dans l'annexe 5.

La mise en place des dispositifs visant le soutien des aidants relève du mouvement de la transformation de l'offre car il s'agit par nature de modes d'accompagnements modulaires qui s'adressent notamment aux personnes vivant en milieu ordinaire.

2. LES REPONSES CONCOURANT A LA TRANSFORMATION DE L'OFFRE QUI PEUVENT ETRE DEVELOPPEES SUR LES TERRITOIRES

De manière opérationnelle, on entend par la transformation de l'offre toute action visant à la rendre plus inclusive, plus souple et plus adaptée à la prise en compte des situations individuelles, notamment complexes dans un objectif de fluidification des parcours. Cela passe à la fois par la création de nouveaux dispositifs (2.1), par la diversification des modes de fonctionnement des ESMS existants (2.2) et par le renforcement qualitatif des accompagnements proposés (2.3). Il convient à nouveau d'insister ici sur la nécessité d'une volonté partagée entre ARS, conseils départementaux, MDPH, et autres représentants des pouvoirs publics au niveau local, pour impulser de façon cohérente et efficace les évolutions attendues.

L'enjeu de rééquilibrage territorial de l'offre existante doit rester une préoccupation prioritaire : le principal levier consistera certes à renforcer l'offre sur les territoires sous-dotés (crédits dédiés à la création de places nouvelles), mais vous êtes invités à utiliser les crédits dédiés à la transformation de l'offre pour faciliter les restructurations allant dans le sens de ce rééquilibrage, dans le cadre notamment de la contractualisation avec les gestionnaires.

2.1. La création de nouveaux dispositifs

Pour plus de souplesse et plus d'individualisation dans les accompagnements, de nouveaux dispositifs ont été créés ou reconnus afin de faciliter les parcours des personnes et de compléter la palette de l'offre dans les différentes dimensions de la vie : scolarisation, emploi, accompagnement.

2.1.1. Scolarisation

L'impulsion donnée à l'externalisation des (UE) et la création des unités d'enseignement en maternelle (UEM), notamment pour enfants autistes.

Dans le champ de la scolarisation, la poursuite de l'externalisation des unités d'enseignement (UE) des ESMS et la création d'unités d'enseignement en maternelle (UEM) pour enfants autistes constituent des leviers pour faire évoluer l'accompagnement des enfants handicapés sur un territoire.

La création d'unités d'enseignement en maternelle (UEM) pour les profils les plus complexes a fait partie des actions emblématiques du 3^{ème} Plan autisme (une UEM par département a minima a été créée grâce à votre mobilisation ainsi qu'à celle de vos partenaires, notamment du Rectorat). Cette dynamique a été accompagnée par la publication d'un cahier des charges national en février 2014, modifié en juin 2016. Le 4^{ème} Plan autisme s'inscrit dans cette dynamique avec l'objectif de poursuivre la diversification de l'offre de scolarisation pour accompagner les parcours scolaires des jeunes autistes. Ainsi les nouvelles UEM n'ont pas vocation à être financées au titre des crédits de la CNH. Cependant, le modèle UEM peut également être promu pour d'autres types du handicap et d'autres niveaux scolaires de manière expérimentale en lien avec le Rectorat.

Une forte impulsion à l'externalisation d'unités d'enseignement (UE) localisées dans des ESMS pour enfants handicapés, vers des écoles ordinaires, a été donnée lors de la conférence nationale du handicap (CNH) du 11 décembre 2014. La vague d'externalisation pour la rentrée scolaire 2015 a constitué une étape d'une réflexion plus large ayant conduit à la rédaction d'un cahier des charges, qui vous a été transmis à l'été 2016. L'objectif est de poursuivre les externalisations en portant une attention particulière aux territoires les moins pourvus et aux conditions de scolarisation des enfants en externe et également en interne à l'établissement. Les discussions relatives à la scolarisation et notamment concernant les perspectives d'externalisation, leur financement et l'anticipation des futures conditions matérielles de fonctionnement, ont toute leur place dans le cadre de la préparation d'un CPOM, qui peut associer utilement le Rectorat.

Les travaux pour une école plus inclusive, où les interventions des différents professionnels s'articulent autour des besoins de l'enfant, au plus près de son domicile, sont amenés à se poursuivre dans les mois à venir, en lien avec les pratiques innovantes qui existent déjà dans les territoires.

2.1.1. Emploi

S'inscrivant dans une politique plus globale visant à faciliter l'accès et le maintien dans l'emploi (voir l'annexe 2) deux nouveaux outils sont à votre disposition.

L'emploi accompagné

L'accompagnement durable vers et dans l'emploi constitue un enjeu majeur pour l'insertion des personnes handicapées en milieu ordinaire de travail. Le dispositif d'emploi accompagné a été introduit dans le code du travail par l'article 52 de la loi n°2016-1088 du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnel et du décret n°2016-1899 du 27 décembre 2016 modifié.

Ces dispositifs ont vocation à être développés dès cette année conformément aux éléments figurant dans l'instruction « emploi accompagné » ci-dessus référencée. Ils doivent s'appuyer sur un partenariat avec un établissement médico-social, ce qui constitue une opportunité pour ouvrir davantage le secteur médico-social vers le milieu ordinaire du travail, un des objectifs stratégiques de transformation de l'offre développée en annexe 2.

Les mises en situation professionnelle (MISPE) en ESAT

En milieu de travail protégé, tout comme en milieu ordinaire de travail, cette insertion peut nécessiter une mise en situation préalable au sein d'un ESAT.

Afin de renforcer la sécurité des bénéficiaires de ces immersions en ESAT, l'article 74 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 a modifié les dispositions de l'article L. 412-8 du code de la sécurité sociale, pour permettre la couverture du risque ATMP (accident du

travail – maladie professionnelle) des personnes accueillies en MISPE en ESAT. Les MISPE sont ainsi sécurisées et doivent être développées conformément aux éléments figurant dans l'annexe 2. Leur mise en place renforce le rôle des ESAT en matière d'évaluation des compétences professionnelles, un rôle essentiel pour positionner les ESAT en tant que passerelle vers le milieu ordinaire et donc acteur de l'inclusion pour les personnes pouvant travailler en milieu ordinaire.

2.1.2. Accompagnement

Le déploiement du fonctionnement en dispositif intégré des ITEP et des SESSAD

L'article 91 de la loi de modernisation de notre système de santé précitée rend possible une généralisation progressive du « fonctionnement en dispositif intégré », qui vise à faciliter les passages des enfants et des jeunes entre les modalités d'accompagnement proposées par les ITEP et les SESSAD. Dans ce cadre, la MDPH notifie en « dispositif ITEP », et l'établissement ou le service accueillant l'enfant ou le jeune peut ensuite procéder à des changements de modalités d'accompagnement sans nouvelle notification de la CDAPH, sous certaines conditions. Une souplesse est également rendue possible pour les changements de modalités de scolarisation.

Le « fonctionnement en dispositif intégré » nécessite la conclusion d'une convention entre MDPH, ARS, organismes de protection sociale, services académiques (rectorat et DRAAF, pour l'enseignement agricole) et organismes gestionnaires d'ITEP et de SESSAD qui s'engagent à fonctionner conformément au cahier des charges annexé au décret d'application.

Il s'agit de permettre une meilleure fluidité des parcours des enfants et des jeunes accompagnés au sein du dispositif et ainsi, une meilleure adaptation de la prise en charge à leurs besoins. Le fonctionnement en dispositif intégré s'inscrit ainsi pleinement dans les réflexions sur l'évolution de l'offre médico-sociale et les travaux visant à prévenir les ruptures des parcours des personnes handicapées.

Le décret n°2017-620 du 24 avril 2017 relatif au fonctionnement des établissements et services médico-sociaux en dispositif intégré prévu à l'article 91 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 relative à la modernisation de notre système de santé précise les modalités de mise en œuvre de ces dispositifs.

Pour accompagner le déploiement de ce dispositif, une instruction vous sera transmise prochainement. Elle comportera notamment des modèles de documents visant à accompagner et faciliter le déploiement du dispositif.

Les pôles de compétences et de prestations externalisées (PCPE)

Le PCPE est un dispositif pérenne, souple et modulaire, institué par instruction du 12 avril 2016 en précisant les missions et les modalités de fonctionnement, qui s'adresse à toute personne en situation de handicap pour soutenir son projet de vie en milieu ordinaire dans un objectif inclusif. Les PCPE contribuent à la transformation de l'offre à trois titres :

- en diversifiant de fait l'offre existante ;
- en favorisant l'ouverture des ESMS plus classiques sur le milieu ordinaire car leur constitution doit s'appuyer sur un partenariat avec un ESMS ;
- en permettant des accompagnements souples.

L'enquête flash diligentée par la DGCS le 27 septembre 2016 à laquelle vous avez répondu et l'analyse des appels à candidatures (AAC) publiés au 17 octobre 2016 ont permis d'évaluer la dynamique engagée pour le déploiement des PCPE, d'effectuer de premiers constats et d'identifier les difficultés rencontrées. L'annexe 8 de la présente instruction apporte en conséquence des précisions quant à sa finalité et son cadre de fonctionnement pour une mise en œuvre plus homogène sur le territoire, dans le cadre des appels à candidatures que vous publierez en 2017 et les années suivantes.

2.2. La modernisation des établissements et services existants

Les besoins et les souhaits des personnes handicapées et de leurs familles sont multiples et il est nécessaire de leur proposer une palette de réponses souples en proximité. Il s'agit de répondre à une attente forte de vivre en milieu ordinaire tout en étant accompagné.

Cette diversification de la palette des réponses s'inscrit en cohérence avec les objectifs de la démarche une « Réponse accompagnée pour tous » qui nécessite souvent dans le cadre de la construction des PAG des réponses modulaires à temps partiel. Elle est facilitée par le nouveau cadre des autorisations des ESMS.

2.2.1 Diversification des modalités d'accueil et d'accompagnement

L'impératif croissant d'individualisation et d'inclusion implique le développement des modes d'accueil qui permettent à la personne des accueils « à la carte ». En effet certaines personnes souhaitent rester à leur domicile mais disposer d'un lieu de socialisation et d'accompagnement médico-social en journée. D'autres, au contraire, peuvent être accompagnées à domicile en journée mais auraient besoin d'un accueil de nuit sécurisant.

Un autre besoin émergent qui doit pouvoir trouver des réponses est celui d'accueils séquentiels à temps partiel (quelques journées ou demi-journées par semaine), le plus souvent en complémentarité avec d'autres types de prise en charge, notamment en milieu sanitaire.

Certaines personnes ne veulent pas disposer d'un accueil en continu mais souhaitent bénéficier d'accueils temporaires ponctuels afin de leur permettre de changer de cadre de vie et/ou afin de permettre à leurs proches aidants de se reposer. Il est important de développer l'accueil temporaire qui peut également être mobilisé pour gérer les urgences et les périodes de transition entre la vie à domicile et l'institution. Il est donc essentiel pour la fluidité des parcours et la prévention des ruptures notamment pour les situations les plus complexes (voir l'annexe 7).

Face à l'aspiration de vivre en milieu ordinaire des personnes avec des handicaps relativement lourds, il est nécessaire de développer des interventions à domicile renforcées à partir des plateaux techniques des établissements. Il s'agit d'équipes mobiles et des dispositifs « hors les murs », y compris à partir des FAM et des MAS, qui doivent s'inscrire en complémentarité avec les services existants (SAAD, SSIAD, SAVS, SAMSAH, SESSAD).

Quant aux services enfin, les SAMSAH et les SESSAD notamment, ils doivent également évoluer pour répondre à la demande croissante de flexibilité des personnes et pouvoir ajuster l'intensité de leur accompagnement dans le temps.

2.2.2. Reconnaissance de l'expertise spécifique notamment pour la gestion des situations complexes

De manière plus générale, les ESMS doivent s'ouvrir davantage sur leur territoire en se positionnant comme de véritables plateformes dont les missions doivent aller au-delà de l'accueil de leurs résidents. Ils ont un rôle à jouer auprès des aidants (voir l'annexe 5). Lorsqu'ils disposent d'une expertise spécifique, ils doivent être positionnés et reconnus en tant que fonction ressources (voir l'annexe 6).

Les ESMS doivent également être responsabilisés sur la gestion des situations complexes et critiques et la mise en place de l'accueil d'urgence dans le cadre d'une organisation territoriale à définir dans le cadre du PRS.

Pour la gestion des situations complexes, vous pouvez également vous appuyer sur le modèle des équipes-relais handicaps rares pour mettre en place des dispositifs similaires se situant à l'interface des ressources spécialisées - les centres nationaux de ressources handicaps rares - et des ressources de proximité, et ayant pour mission de conseiller et d'appuyer la personne et sa famille ainsi que les

professionnels, dans l'élaboration d'une stratégie d'intervention adaptée aux besoins et réponses spécifiques à la situation.

2.2.3. Réponse au vieillissement des personnes en situation de handicap

Un autre axe de diversification de l'offre actuelle réside dans la prise en compte croissante du vieillissement des personnes en situation de handicap (voir l'annexe 9). Si certaines réponses sont de nature institutionnelle classique (places en FAM ou MAS ou en EHPAD), le vieillissement des personnes n'ayant pas connu la vie en institution appelle le développement de réponses souples et modulaires concourant à la transformation de l'offre, notamment pour assurer les interventions plus intenses à domicile.

2.2.4. Evolutions qualitatives

La transformation de l'offre ne passe pas uniquement par la diversification des dispositifs et des modes d'accompagnement. Elle passe également par l'évolution des pratiques professionnelles et le renforcement qualitatif de l'offre existante afin que l'accompagnement des personnes puisse être davantage en phase avec leur projet de vie et les exigences de la loi du 11 février 2005.

A ce titre les crédits « transformation de l'offre » de la stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre médico-sociale peuvent être mobilisés pour financer les actions qui vont dans ce sens, conformément notamment aux priorités définies dans les différents volets du CIH de 2016. A titre d'illustration pour le volet polyhandicap il s'agit du renforcement des moyens pour assurer la continuité des soins, de l'outillage et de la formation des professionnels pour promouvoir la démarche d'entrée en communication et les apprentissages notamment scolaires, ou encore de l'accès à la culture, aux loisirs et à la vie affective, etc.

2.2.5. Modernisation des formations

Un levier essentiel du renforcement qualitatif des accompagnements réside dans la mise en place de formations décloisonnées s'adressant à plusieurs catégories de professionnels issus des structures différentes ainsi qu'aux aidants et personnes concernées. Il est essentiel de veiller, dans le cadre de la négociation des CPOM notamment, à ce que les ESMS prennent en compte dans leurs plans de formation cette approche.

La CNSA renouvellera en 2017 ses conventions pluriannuelles avec les OPCA du secteur, qui seront mises au service de l'accompagnement de la transformation de l'offre. Le renforcement de l'articulation des actions financées avec les stratégies et priorités territoriales sera un axe fort des évolutions apportées dans cette nouvelle génération de conventions. En effet, afin que les formations permettent des coopérations entre les différents acteurs dans l'objectif de continuité du parcours de la personne, elles doivent s'adresser aux professionnels des différentes structures d'un même territoire concerné. Vous êtes invités à vous rapprocher des antennes régionales des OPCA du secteur, et serez associés à l'élaboration des conventions CNSA-OPCA dans le cadre du comité technique sectoriel animé par le Secrétariat général.

2.3. L'appui à l'innovation technologique

L'initiation ou le soutien au développement de projets innovants, faisant appel à de nouvelles technologies, constitue un autre levier pour l'évolution de l'offre médico-sociale, déjà utilisé par certaines ARS. Il est nécessaire d'envisager très en amont du lancement de ces projets les suites qui pourront leur être données et de prévoir, dès le lancement du projet, une évaluation afin d'apporter tous les éléments nécessaires à la décision le cas échéant de leur continuation et de leur diffusion. Par ailleurs, il apparaît nécessaire de s'inscrire, pour la conduite et le suivi de ces projets innovants, dans une logique de mutualisation ou de

complémentarité entre ARS. Cette démarche s'inscrit dans le droit fil des travaux conduits par le secrétariat général d'animation d'un réseau de référents ARS sur les sujets de recherche et d'innovation.

3. LES LEVIERS DONT DISPOSENT LES ARS POUR TRANSFORMER L'OFFRE MEDICO-SOCIALE

3.1 Les outils budgétaires

3.1.1. Les crédits de la stratégie de l'évolution de l'offre médico-sociale répartis selon les nouveaux critères de l'OGD

Le budget de la stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre médico-sociale s'élève à 180M€ dont 20M€ au titre de la Stratégie de Santé Outre-mer. 160M€ sont ainsi répartis entre les ARS venant augmenter leur DRL. Ce budget doit financer prioritairement les actions inscrites dans les volets polyhandicap et handicap psychique ainsi que dans la stratégie nationale pour les aidants. Vous pouvez également mobiliser cette enveloppe pour financer les projets d'habitat inclusif en sus des budgets dédiés (cf. infra).

Sur les DRL notifiées dans le cadre de ces 160M€, 50% au moins devront être impérativement consacrées à la transformation de l'offre médico-sociale telle que définie dans la partie 3 de la présente instruction. Cependant, l'objectif de la transformation de l'offre devra irriguer l'ensemble de la programmation et de la contractualisation que vous serez amenés à faire dans les années à venir, en vous appuyant également sur d'autres leviers.

3.1.2 Crédits expérimentaux pour un financement forfaitaire de l'habitat inclusif

Une enveloppe de 60 000 € sera versée en 2017 à chaque ARS, à partir de la section V du budget de la CNSA, pour le financement d'une structure expérimentale d'habitat inclusif pour personnes handicapées par région (voir l'annexe 1).

3.1.3 Crédits dédiés à l'emploi accompagné

Au titre de la participation de l'Etat, la loi de finances pour 2017 prévoit 5 M€ sur le programme 157 pour le lancement du dispositif d'emploi accompagné, soit 4,6 M€ après gel (cf. infra). Le principe d'un co-financement de l'AGEFIPH et du FIPHFP a été arrêté. Pour l'année 2017, il a été fixé à hauteur de 2 M€ pour l'AGEFIPH et de 0,5 M€ pour le FIPHFP.

Par conséquent, le financement global des dispositifs d'emploi accompagné s'élève à 7,5 M€ pour 2017. Une instruction spécifique, également destinée aux DIRECCTE, précise les modalités de mise en œuvre de ce dispositif. Vous vous y référerez pour déployer de tels projets dès 2017.

3.1.4 Fonds d'intervention régional (FIR)

Une enveloppe de 7,7 M€ est venue abonder le Fonds d'intervention régional (FIR) pour la création de nouveaux GEM sur la période 2017 à 2019, ainsi qu'une revalorisation des GEM existants. 2,8 M€ sont mobilisables dès l'année 2017. L'instruction relative au FIR apporte des informations complémentaires sur cette question, ainsi que sur l'ensemble des dispositifs qui peuvent être soutenus à ce titre (consultations dédiées pour personnes handicapées, pôles de compétences et de prestations externalisées ...).

3.1.5 Marges de manœuvre sur la DRL notamment via la fongibilité asymétrique

L'ensemble des opérations qui concourent à la transformation de l'offre peuvent être financées grâce à vos éventuelles marges de manœuvre sur votre DRL.

En particulier le mécanisme de fongibilité asymétrique offre des opportunités de redéploiement des crédits. Ce mécanisme est aujourd'hui utilisé de manière inégale par les ARS, en raison notamment de sa relative

complexité. Vous êtes invités à vous saisir de cet instrument financier dès à présent, en identifiant les opérations qui pourraient en bénéficier. Vous êtes encouragés dans ce cadre à procéder au calibrage des enveloppes médico-sociales en vous appuyant sur les analyses de la CNSA relatives aux coûts à la place par type d'établissement (publication prévue fin avril des analyses fondées sur les comptes administratifs 2014), partagé avec les administrations centrales en charge de l'étude du dossier.

Au niveau national, la circulaire sur la fongibilité asymétrique est en cours de révision afin de clarifier et simplifier la procédure ainsi que d'en réduire les délais en instaurant l'instruction mensuelle des dossiers. Elle devrait aboutir d'ici la fin de l'année. Elle comportera notamment un modèle-type de dossier afin de faciliter sa constitution par les ARS. La révision des règles prévue dans la nouvelle circulaire ira dans le sens de l'assouplissement des catégories des opérations et de la procédure.

3.2. Les outils de structuration de l'offre

3.2.1 Prise en compte du cadre renouvelé des autorisations des ESMS

Des travaux ont été menés par la DGCS dans le but d'améliorer le contenu des autorisations des ESMS du secteur des personnes en situation de handicap, via une nomenclature simplifiée et opposable aux autorisations de création ou modificatives à venir. Un décret paraîtra très prochainement pour entériner cette évolution.

Ce nouveau cadre permettra de pallier aux difficultés causées par un trop fort cloisonnement entre les catégories d'établissements et services, tout en permettant aux autorités de tutelle et aux gestionnaires de convenir des modalités d'accueil et du niveau d'activité attendus.

La souplesse offerte par ce nouveau cadre est facilitante pour la diversification des modalités d'accompagnement. Vous êtes invités à vous saisir de cette nouvelle nomenclature pour les ouvertures à venir ainsi qu'au moment de la négociation des CPOM avec les structures existantes.

Dans ce contexte, le CPOM qui viendra compléter l'autorisation permettra notamment de piloter de manière plus souple les modalités d'accueil (internat, accueil de jour, accueil temporaire, etc.), la répartition des places autorisées, l'organisation de l'accompagnement et les prestations proposées. Un guide d'application sera élaboré en concertation avec les autorités chargées de l'autorisation et les fédérations représentant les établissements et services et les personnes handicapées.

3.2.2. Les CPOM

Le développement des CPOM et en particulier leur généralisation dans le champ des ESMS accompagnant des personnes handicapées¹, constituent une opportunité afin de les positionner comme un outil essentiel de la transformation de l'offre.

Depuis le diagnostic jusqu'au suivi de l'exécution du contrat, le processus d'élaboration du CPOM s'appuie sur différents outils, notamment un diagnostic partagé, un plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ), des indicateurs de suivi et des rapports d'évaluation interne et externe (voir l'annexe 10). Ils constituent des supports au diagnostic partagé, permettent d'apprécier la conformité des ESMS aux normes en vigueur et recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM, les réponses apportées aux besoins d'accompagnement des personnes sur un territoire ainsi que la déclinaison des objectifs fixés en actions à mettre en œuvre.

¹ En application de l'article L. 313-12-2 du CASF (issu de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016), les établissements et services du secteur des personnes en situation de handicap sous compétence exclusive ou conjointe des ARS doivent signer un CPOM. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 rend obligatoire la conclusion des CPOM pour les ESMS dont la compétence est partagée avec les conseils départementaux ainsi que pour les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP). La généralisation du CPOM sera pilotée par les DGARS (et le président du conseil départemental le cas échéant), sur six années, à compter du 1er janvier 2016.

La négociation du CPOM permet de mettre en cohérence les objectifs du gestionnaire et de ses structures avec les priorités de politiques publiques établies notamment dans les documents de programmation régionaux et/ou départementaux.

De nouveaux dispositifs ont été créés qui viennent compléter la palette de l'offre médico-sociale en proposant une réponse plus souple (tels que les unités d'enseignement en milieu scolaire, les pôles de compétences et de prestations externalisées, l'emploi accompagné, ...). D'autres dispositifs sont à développer (l'accueil temporaire, l'habitat inclusif, l'accueil de jour et les interventions hors-les-mur...) ou à inventer pour moderniser l'offre de prise en charge pour un accompagnement plus inclusif. Une attention particulière devra être accordée aux dispositifs permettant de gérer les situations d'urgence.

Le CPOM est l'instrument privilégié pour permettre la déclinaison de cette dynamique dans le domaine d'intervention du gestionnaire. La rénovation du cadre contractuel en crée les conditions. La possibilité de libre affectation des résultats et d'adaptation des ressources entre les différents types d'établissements gérés par un même organisme gestionnaire par les possibilités qu'elles offrent (redéploiement, restructuration, marges de manœuvre pour la création) sont autant de leviers dont les financeurs et les gestionnaires doivent se saisir pour développer les nouveaux dispositifs créés, développer des projets inclusifs innovants, ainsi que pour favoriser des expérimentations de projets (organisation sous la forme de plate-forme de services par exemple).

Le CPOM doit permettre de conduire ces chantiers d'amélioration, de modernisation et de transformation de l'offre des établissements et services. L'enjeu est de permettre un parcours de vie sans rupture pour les personnes en situation de handicap et leurs proches notamment en tenant compte des besoins d'accompagnement du vieillissement des personnes en situation de handicap. Le CPOM permet en effet de décrire comment la ou les structures du gestionnaire contribuent à la construction du parcours de la personne handicapée sur le territoire (articulation et complémentarité) avec des partenariats formalisés (qui peuvent figurer au contrat) le cas échéant avec des institutions et professionnels sanitaires, sociaux, médico-sociaux, scolaires, du service public de l'emploi, etc. Les structures disposant d'une expertise spécifique sur certaines thématiques peuvent être identifiées et cette fonction ressource peut être reconnue et fléchée (voir l'annexe 6).

Ainsi mis en œuvre, le CPOM permet de renforcer le lien entre le financement et la réponse aux besoins et aux attentes des personnes en situation de handicap et de leurs proches. Je vous encourage à promouvoir auprès des ESMS cette démarche qui est de nature à favoriser la souplesse des réponses aux besoins des personnes en situation de handicap, à faciliter les passerelles entre différents modes de prise en charge et différents types d'établissements ou services d'un même gestionnaire en fonction de l'évolution des personnes handicapées et de leur parcours de vie, ainsi que la coopération avec d'autres acteurs.

L'instruction du 21 mars 2017 relative aux CPOM précise davantage les enjeux de la contractualisation, notamment dans le cadre de l'annexe 5 dédiée à la Réponse accompagnée pour tous.

3.2.3. L'appui technique apporté par les Centres régionaux d'études, d'actions et d'informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité (CREAI)

Les CREAI peuvent utilement contribuer aux évolutions de l'offre médico-sociale en direction des personnes handicapées, à différents niveaux, conformément à leur cahier des charges (cf. instruction n° DGCS/3C/CNSA/2015/138 du 28 avril 2015 relative au financement des Centres régionaux d'études, d'actions et d'informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité en 2015 : analyse des besoins et des réponses, accompagnement des acteurs dans les évolutions des réponses, contributions à l'appropriation des connaissances et des nouvelles approches.

(http://ancreai.org/sites/ancreai.org/files/2015_04_24_circulaire.pdf).

Vous pouvez par ailleurs prendre connaissance des études et travaux réalisés ces dernières années par les CREAI des autres régions sur le site Internet de leur association (<http://ancreai.org/category/rubrique-ressources/etudes-et-rapports>).

3.3 Leviers de décroisement et d'individualisation des réponses

3.3.1 Le plan de prévention des départs en Belgique

Le plan de prévention des départs non souhaités vers la Belgique mis en place par l'instruction du 22 janvier 2016 a bénéficié en 2016 de crédits d'amorçage de 15 M€ répartis entre les régions les plus concernées pour financer trois types de solutions de proximité sur le territoire national :

- des interventions directes de professionnels spécialisés au domicile (pôles de compétences et de prestations externalisées pour les personnes en situation de handicap) ;
- des renforts de personnels dans les établissements médico-sociaux en proximité du domicile des personnes accompagnées ou de leur famille ;
- des créations de places adaptées dans des établissements et services médico-sociaux.

Un suivi du dispositif dès son démarrage a été confié à l'IGAS, pour évaluer au fil du temps, les modalités de sa mise en œuvre et de son financement. Faisant suite au rapport publié, la poursuite du dispositif est inscrite en objectif dans le cadre de l'annexe 11, avec des crédits en base. La généralisation du dispositif d'orientation permanent et du plan d'accompagnement global permettra de conforter la politique déployée et les modalités de collecte et de partage des informations, d'échanges de pratiques entre ARS, départements, CNAMTS... seront consolidées.

Lorsque l'enveloppe allouée n'a pas été entièrement mobilisée pour le financement des ENI et des PCPE, il conviendra de conserver des marges de manœuvre pour la gestion des situations individuelles qui peuvent également bénéficier de financements dérogatoires via des crédits non-reconductibles.

Les réponses dérogatoires, dans le cadre des plans d'accompagnement globaux, pour prévenir les départs en Belgique, se concrétisent souvent via des accompagnements modulaires et coordonnés avec d'autres acteurs. Elles concourent en cela au mouvement de la transformation de l'offre d'une part. D'autre part, l'amplification de ce mouvement devrait permettre à terme la mobilisation moins fréquente des dispositifs dérogatoires.

3.3.2 La mobilisation des établissements de santé

La réponse aux situations complexes, celles qui nécessitent de fait l'approche la plus individualisée, appelle le plus souvent une intervention conjointe du secteur médico-social et du secteur sanitaire.

De manière plus générale, la modularité accrue des accompagnements médico-sociaux et l'ouverture croissante sur le milieu ordinaire conduisent également à la nécessité accrue de coordination entre les deux secteurs.

Il est ainsi important que les CPOM des établissements de santé intègrent cette dimension. Plusieurs actions des volets Polyhandicap et Handicap psychique concernent d'ailleurs directement les établissements de santé, notamment en matière de diagnostic ou de parcours de soins.

3.3.3. L'articulation avec l'Assurance maladie au sujet du financement de soins complémentaires

L'évolution des modalités d'accompagnement des personnes handicapées allant vers plus de modularité et plus d'ouverture sur le milieu ordinaire, ainsi que le déploiement du dispositif d'orientation permanent et du plan d'accompagnement global appellent un réexamen des dispositions qui organisent la prise en charge des soins complémentaires à l'accompagnement apporté par les ESMS ou les EPS pour éviter aux personnes handicapées une perte de chance dans leur parcours. Des travaux réglementaires seront engagés en ce sens.

A ce stade, et à titre transitoire, les travaux conduits au niveau national permettant d'aboutir aux conclusions suivantes :

Lorsqu'un établissement médico-social ne dispose pas de moyens adaptés pour répondre à l'ensemble des sollicitations dont il fait l'objet – de manière structurelle ou en raison d'un pic d'activité – il peut accepter de suivre un usager sans pour autant pouvoir lui fournir une prise en charge globale prévue dans le cadre de son autorisation. L'usager a alors besoin d'avoir recours à des soins complémentaires dont la prise en charge financière est soumise à l'accord préalable de l'Assurance maladie. Afin de faciliter le parcours des personnes, il a été convenu, dans le cadre de l'élaboration par la CNAMTS d'un guide de facturation précisant les règles à l'attention des CPAM, que l'étude de ces demandes d'accord préalable – et notamment l'appréciation de la notion d'intensité et de technicité des soins - puisse tenir compte de ces situations.

Nous vous invitons à engager une réflexion territoriale sur ce sujet, en articulation étroite avec les CPAM. Vous êtes invités à identifier sur votre territoire les structures particulièrement concernées par ce type de situations afin de réaliser avec l'ESMS un diagnostic partagé quant au dimensionnement de ses moyens par rapport au nombre de personnes suivies. Ce diagnostic peut être formalisé dans le cadre du CPOM. Ces éléments devront être transmis à l'Assurance maladie à l'appui des demandes d'entente préalable dont les médecins-conseil devront tenir compte pour y répondre.

La secrétaire d'État chargée des personnes
handicapées et de la lutte contre l'exclusion,
auprès de la ministre des affaires sociales et
de la santé

Signé

S. NEUVILLE

La directrice de la caisse nationale de
solidarité pour l'autonomie

Signé

G. GUEYDAN



Annexe 1 :

Logement : logement inclusif et appartements de coordination et d'adaptation

Un nombre croissant de personnes handicapées souhaitent choisir son habitat et les personnes avec qui le partager le cas échéant. Elles expriment une forte demande de projet social et de services associés au logement, dans un environnement adapté et sécurisé qui garantisse conjointement inclusion sociale et vie autonome en milieu ordinaire. C'est dans ce contexte qu'a été décidée, au CIH du 2 décembre 2016, la démarche nationale en faveur de l'habitat inclusif pour les personnes en situation de handicap, qui comprend les trois axes suivants :

- Axe 1 : Impulser une démarche nationale en faveur de l'habitat inclusif pour les personnes en situation de handicap ;
- Axe 2 : Sécuriser économiquement les modèles d'habitat inclusif ;
- Axe 3 : Lever les obstacles juridiques au montage de projets d'habitat inclusif.

Cette démarche nationale vient également en soutien de la mise en œuvre de l'axe 4 du volet Handicap psychique de l'évolution quinquennale de l'offre médico-sociale (Cf. Annexe 3) qui vise à accompagner et maintenir l'insertion des personnes en situation de handicap psychique dans le logement et l'emploi.

Pour lever les freins identifiés au développement du logement inclusif, un premier pas a été franchi avec la signature, le 14 février 2017, d'un partenariat entre l'État et l'Union sociale pour l'habitat (USH), pour l'adaptation du parc social. Cette convention d'une durée de trois ans vise à mobiliser les bailleurs sociaux autour de la prise en charge de la perte d'autonomie, liée à l'âge au ou handicap, dans tous les registres de la gestion patrimoniale, locative, sociale et de proximité.

Dans ce prolongement, l'observatoire de l'habitat inclusif, chargé d'impulser une démarche nationale en faveur de l'habitat inclusif, d'en sécuriser économiquement les modèles et de lever les obstacles juridiques, qui fédère l'ensemble des partenaires intéressés, associatifs et institutionnels, a été installé le 10 mai 2017 et vos représentants y sont associés. Il constituera le centre de référence en matière d'habitat inclusif appuyant par ses livrables le montage de projets et sera le lieu où pourront s'échanger les expériences en vue de leur essaimage.

L'identification des besoins, en vue de leur connaissance fine, au plus proche des personnes en situation de handicap, constitue un des leviers majeurs du développement de l'offre d'habitat inclusif. Il vous est donc également demandé d'établir le diagnostic des besoins des personnes handicapées accompagnées par les établissements médico-sociaux de votre territoire qui expriment le souhait ou pourraient accéder à des formes d'habitat inclusif. Il vous est également demandé de remonter au national l'ensemble des projets d'habitat inclusif dont vous avez connaissance. La participation de vos représentants au sein de l'observatoire de l'habitat inclusif sera un des moyens de partage de ces savoirs.

1- L'expérimentation d'une structure d'habitat inclusif pour personnes handicapées par région

La démarche nationale en faveur de l'habitat inclusif doit permettre de proposer des solutions adaptées quelles que soient les familles de handicap et le chantier devra donc promouvoir des modèles en direction de tous les publics handicapés.

Une action de cette démarche nationale visait à « créer une aide spécifique forfaitaire par structure d'habitat inclusif, expérimentale en 2017, dans la perspective d'une généralisation en 2018 ».

Ainsi une aide spécifique forfaitaire de 60 000 € pour une structure d'habitat inclusif sera expérimentée par chaque ARS. Elle sera financée à partir de la section V de la CNSA destinée aux projets innovants et pourra donc être versée à un ESMS ou à une association support de l'expérimentation. Il pourra s'agir

d'une structure en projet ou d'une structure déjà existante. Cette enveloppe sera destinée à couvrir les frais liés à la coordination, la gestion administrative et la régulation de la vie collective. Cette aide spécifique forfaitaire, pourra couvrir le coût lié à la rémunération d'une personne veillant à la régulation de la vie collective, sans d'ailleurs que celle-ci ne soit présente 24h/24h, ainsi qu'un montant additionnel. Cette aide à la vie sociale est forfaitaire par structure, étant entendu que ces structures comptent généralement 6 à 10 habitants.

A noter qu'au-delà de cette aide à la vie sociale, les fonctions de surveillance, aide humaine sont prises en charge via la prestation de compensation du handicap de chacun des habitants, le cas échéant dans le cadre d'une mise en commun décidée par les personnes concernées. Par ailleurs, les habitants de ces structures continueront de bénéficier des services sociaux ou médico-sociaux en fonction de leurs besoins d'accompagnement individuels, sur la base de leur libre choix. Ce coût n'est donc pas pris en compte dans l'évaluation du coût global de la formule d'habitat collectif.

En sus de cette aide forfaitaire, des financements complémentaires sont bien sûr possibles en vue de consolider le projet d'habitat inclusif en projet ou en cours que vous aurez identifié pour bénéficier de l'aide forfaitaire.

Vous communiquerez à la DGCS (dgcs-handicap@social.gouv.fr) le projet que vous envisagez de soutenir au titre de l'année 2017, étant rappelé que si celui-ci peut participer de l'évolution de l'offre sociale ou médico-sociale pour personnes handicapées, il doit s'inscrire en premier dans un objectif de logement ordinaire au sein duquel les personnes handicapées choisissent elles-mêmes les intervenants susceptibles de les accompagner (emploi direct, SAAD prestataires, SAMSAH, SAVS, SSIAD...).

Les projets ainsi soutenus seront évalués au sein de l'observatoire national de l'habitat inclusif, dans un cadre qui sera précisé ultérieurement.

Vous devrez rendre compte de l'utilisation des crédits, non seulement sous l'aspect comptable, mais également d'un point de vue qualitatif circonstancié, qui permette d'évaluer au plus juste, sur la base d'éléments tangibles, l'efficacité des modèles au regard des publics concernés et de leurs situations particulières.

C'est à ce prix que pourra être envisagée la pérennisation de ce dispositif expérimental pour 2017, mais levier majeur de la transformation de l'offre médico-sociale.

2- L'axe 4 du volet Handicap psychique de l'évolution quinquennale de l'offre médico-sociale qui vise à accompagner et maintenir l'insertion des personnes en situation de handicap psychique dans le logement

Pour les personnes en situation de handicap psychique, l'enjeu est celui d'une meilleure autonomie couplée à une inclusion pleine et entière dans la cité.

Néanmoins, la transition vers le logement autonome, qu'elle intervienne suite à une hospitalisation ou dans le prolongement d'un hébergement en structure sociale ou au domicile de la famille, n'est souvent possible que progressivement, dans le cadre d'un plan d'actions adaptées qui permettent l'évaluation de la personne, son apprentissage de la vie en autonomie et son accompagnement vers le logement autonome.

L'apprentissage de la vie en logement autonome, en mode collectif ou individuel, avec un contrat de séjour et un soutien humain, au sein de logements de transition est particulièrement pertinent, et il importe d'encourager ce mode d'habitat.

Il vous est cependant rappelé que la démarche nationale pour le logement inclusif concerne toutes les personnes handicapées quelle que soit leur situation de handicap. Le soutien apporté à l'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique ne doit pas obérer d'autres projets d'habitat destinés à d'autres publics, présentant de prime abord des demandes parfois plus complexes à mettre en œuvre sur le territoire.

De manière plus spécifique, les personnes en situation de handicap psychique pourront bénéficier des appartements de coordination thérapeutiques qui seront expérimentés prochainement (cf. annexe 4).



Annexe 2 :

L'accès et le maintien dans l'emploi

Les personnes handicapées ont droit et aspirent à un parcours de vie le plus autonome possible. Le virage vers une société inclusive est une priorité rappelée lors de la Conférence nationale du handicap (CNH) du 19 mai 2016. Cette inclusion commence dès la scolarisation des enfants handicapés en milieu ordinaire et doit se poursuivre à l'âge adulte, dans l'emploi. Aujourd'hui, près de 2,4 millions de personnes en âge de travailler déclarent avoir une reconnaissance administrative de handicap. Pour autant, les personnes handicapées, dont le taux de chômage est de 18%, soit près du double de l'ensemble de la population, présentent toujours des difficultés particulières d'insertion (âge élevé, plus faible niveau de formation...).

Compte-tenu de ces éléments plusieurs chantiers ont été engagés en vue, d'une part, de rénover le secteur adapté (entreprises adaptées), protégé (ESAT) et de la réadaptation professionnelle et, d'autre part, d'accompagner l'insertion et le maintien en emploi en milieu ordinaire de travail des personnes handicapées.

L'objectif principal de cette politique publique est de favoriser la mise en place de parcours permettant l'accès et le maintien dans l'emploi dans le milieu ordinaire de travail des personnes handicapées, tout en répondant aux besoins spécifiques des personnes les plus en difficulté du fait de leur handicap en recourant également aux secteurs adapté ou protégé, appelés à se moderniser et à développer des passerelles vers le milieu ordinaire de travail.

La construction d'un parcours professionnel cohérent, fluide, sans rupture et au plus près des souhaits et des capacités de la personne handicapée suppose :

- **Un décloisonnement du milieu ordinaire et du milieu protégé de travail** : les ESAT doivent devenir des outils au service d'un parcours devant conduire à un travail en milieu ordinaire de travail pour les travailleurs handicapés qui le souhaitent et le peuvent. Un chantier a été engagé en ce sens dès la campagne budgétaire pour l'année 2015 afin de développer, à partir des ESAT, l'insertion en milieu ordinaire de travail. Il est nécessaire de maintenir ce mouvement pour amplifier les résultats.
- **Un meilleur outillage des équipes pluridisciplinaires des CDAPH chargées de prononcer les orientations en milieu de travail, en leur donnant la possibilité de prescrire des mises en situation professionnelle en ESAT (MISPE)** qui permettront d'affiner la pertinence d'une orientation en ESAT.

En application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016, le décret n° 2016-1347 du 10 octobre 2016 relatif aux périodes de MISPE a défini la mise en œuvre opérationnelle de ce nouveau dispositif. Il a notamment fixé les conditions de prescription des MISPE. Il a également établi les modalités de gestion de la couverture AT-MP des bénéficiaires. **La MISPE fixe un cadre juridique unique et sécurisé aux périodes d'immersions des personnes handicapées en milieu protégé.** Elle constitue ainsi le pendant de la période de la mise en situation en milieu professionnel (PMSMP), prévue par la loi du 5 mars 2014 relative à la formation professionnelle, à l'emploi et à la démocratie sociale, qui ne peut intervenir qu'en milieu ordinaire. En application de l'article R. 146-31-1 du CASF, la MISPE a pour objet, en fonction du projet de vie du bénéficiaire :

- soit de compléter ou de confirmer l'évaluation faite par l'équipe pluridisciplinaire ;
- soit de mettre en œuvre les décisions d'orientation professionnelle prises par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH).

Il s'agit concrètement de :

- permettre au travailleur handicapé de découvrir le secteur protégé et/ou un type d'activité économique et ainsi d'affiner son projet professionnel ;
- compléter ou confirmer l'évaluation réalisée par l'équipe pluridisciplinaire proposant une orientation vers le secteur de travail protégé ;
- favoriser le suivi des décisions de la CDAPH et réévaluer les compétences de la personne en situation de handicap.

S'inscrivant dans le cadre des compétences exercées par les MDPH en matière d'orientation les MISPE pourront trouver leur place dans les CPOM que vous conclurez avec les ESAT.

Malgré le développement des passerelles entre le milieu protégé de travail (ESAT) et le milieu de travail ordinaire adapté (EA) ou classique, par le biais notamment des mises à disposition, le taux de sortie d'ESAT reste faible. Il faut noter toutefois une tendance favorable, puisque le taux de sortie est passé de 5,5 % en 2015 à 7 % en 2016. De façon générale, ce taux doit toutefois être pondéré non pas à l'aune de la population globale en ESAT mais à celle de la population d'ESAT pour laquelle une sortie de l'établissement est envisageable.

Dans le cadre des travaux du plan d'aide à l'adaptation du secteur protégé et adapté conduits en 2015, la DGCS a identifié un certain nombre de dispositifs innovants portés par les partenaires du secteur associatif et soutenu par les ARS. C'est notamment l'un d'entre-eux qui a été modélisé et a conduit à la reconnaissance légale des dispositifs d'emploi accompagné et à leur déploiement en cours sur le territoire national.

Pour ce qui concerne les ESAT, il est prioritaires d'achever la cartographie de l'offre territoriale par l'analyse des projets d'établissements afin de connaître précisément la typologie des ESAT présents sur chaque territoire régional et ceux en capacité d'accueillir des personnes avec handicap psychique.

Une meilleure connaissance de l'offre, qui doit être partagée avec la MDPH, favorisera une orientation pertinente dans l'établissement le plus adapté aux projets et aux capacités de la personne. Il conviendra également de faire évoluer l'offre d'ESAT vers les ESAT dont le projet d'établissement est principalement axé sur la transition et l'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique vers le milieu ordinaire de travail, **l'objectif à terme étant de disposer d'un ESAT de transition par département**. Pour fluidifier les parcours et garantir l'effectivité du droit au retour, il sera pertinent de revoir la gestion des places d'ESAT notamment en optimisant leur taux d'occupation sur l'année (lissage annuel permettant des sureffectifs temporaires y compris pour les droits au retour). De même les temps partiels et séquentiels devront être favorisés en passant d'une logique de places à une logique d'effectif réel mobilisé.

Enfin, la rénovation du secteur de la réadaptation fonctionnelle devra être mise en œuvre. Des travaux ont été engagés par la DGCS en 2015 visant avec l'ensemble des acteurs institutionnels et associatifs concernés à diversifier l'offre de réadaptation professionnelle et ses modalités de mise en œuvre des prestations. Une meilleure articulation des compétences des ARS avec celles des régions en charge depuis 2015 de la formation des personnes handicapées et de la rémunération des stagiaires est également recherchée via des conventions permettant de réaliser des diagnostics partagés et des stratégies de territoire cohérentes pour les populations concernées. Les modalités de fonctionnement des centres de réadaptation professionnelle seront prochainement revues afin d'être plus précisément définies.

Pour permettre **un relais de qualité au moment de l'insertion en milieu ordinaire de travail**, le développement des dispositifs d'emploi accompagné constitue une avancée majeure. Créé par l'article 52 de la loi n°2016-1088 du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels, ce dispositif comporte un accompagnement médico-social et un soutien à l'insertion professionnelle en vue de permettre à ses bénéficiaires d'accéder et de se maintenir dans l'emploi. Sa mise en œuvre comprend un soutien et un accompagnement du salarié ainsi que de l'employeur, que celui-ci soit public ou privé. Il s'inscrit dans le cadre du plan régional d'insertion des travailleurs handicapés (PRITH) et figure au nombre des outils mobilisables par les MDPH pour favoriser l'accès et le maintien dans l'emploi des publics nécessitant un accompagnement spécifique.

Une convention a été conclue le 21 mars 2017 entre l'Etat (ministère du travail et ministère en charge des personnes handicapées), l'AGEFIPH et le FIPHFP, afin de convenir des modalités de mise en œuvre de ces dispositifs qui nécessitent une coordination très étroite entre ces acteurs. Cette convention précise notamment les modalités de financement de ces projets (cf. supra, la partie sur les leviers financiers).

Une instruction spécifique, également destinée aux DIRECCTE, précise les modalités de mise en œuvre de ce dispositif. Vous vous y référerez pour déployer de tels projets dès 2017.

Ainsi votre implication sur le champ de l'insertion professionnelle se trouve renforcée. Il s'agit d'une opportunité pour renforcer la connaissance de l'offre médico-sociale territoriale concourant à l'insertion des travailleurs handicapés. Dans vos travaux de diagnostic territorial, vous êtes invités à réaliser non seulement la cartographie de l'offre en ESAT et des projets d'emploi accompagné mais également d'autres acteurs, tels que les SESSAD Pro qui existent sur certains territoires.



Annexe 3 :

Le volet handicap psychique

Selon l'OMS¹, 1 Français sur 5 sera touché par des troubles psychiques en 2020 et cinq des dix pathologies les plus préoccupantes actuellement concernent la santé mentale.

Les priorités en santé mentale doivent aujourd'hui répondre à un objectif de rétablissement pour les personnes ayant des troubles psychiques graves et persistants, au-delà de la seule stabilisation des troubles psychiatriques, et impliquer les personnes dans l'élaboration d'un projet individuel d'accompagnement et la mise en œuvre d'un parcours global coordonné de santé et de vie, s'appuyant sur la promotion de leurs capacités et visant à leur accès à une vie active et sociale choisie. La prise en charge et l'accompagnement du handicap psychique doivent permettre à ces personnes un accès à l'ensemble des dispositifs de droit commun, tout en continuant à mobiliser des dispositifs plus spécifiques.

C'est l'objet du volet Handicap psychique de l'évolution quinquennale de l'offre médico-sociale, décliné en 7 axes, qui a été annoncé lors de la CNH puis confirmé lors du CIH 2016 :

- Axe 1. Prendre en compte la spécificité du handicap psychique dans la mise en œuvre des politiques de santé mentale
- Axe 2. Déployer et accompagner la mise en œuvre d'un parcours global coordonné pour les personnes en situation ou à risque de handicap psychique
- Axe 3. Prévenir et réduire les situations de non-recours initial ou après rupture du parcours
- Axe 4. Accompagner et maintenir l'insertion des personnes en situation de handicap psychique dans le logement et l'emploi
- Axe 5. Impulser une démarche pour changer les représentations sociales du handicap psychique
- Axe 6. Faire évoluer les pratiques des professionnels du secteur sanitaire, social et médico-social
- Axe 7. Améliorer les connaissances

Le projet territorial de santé mentale introduit par l'article 69 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé et dont le décret d'application est désormais finalisé, constituera le cadre dans lequel ces objectifs seront déclinés.

Des actions prioritaires pour les années 2017-2018 ont été définies pour la mise en œuvre du volet Handicap psychique :

- I. **Actions du Volet handicap psychique à financer dans le cadre des crédits de la stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre médico-sociale**
 - ***Action 5 : Mise en œuvre dans les régions du parcours global coordonné pour les personnes en situation ou à risques de handicap psychique***

Les priorités en matière de santé mentale répondent à un objectif de rétablissement pour les personnes en situation ou à risque de handicap psychique. Le but poursuivi, au travers des interventions mises en œuvre pour ces personnes, n'est plus la stabilisation de leurs troubles, mais la promotion de leurs capacités et leur implication dans les actions les concernant - inscrites dans la notion d'« empowerment » ou pouvoir d'agir des personnes – dans la perspective de leur maintien ou de leur réengagement dans une vie active et sociale choisie.

La mise en œuvre des priorités de santé mentale, de réponse à un objectif de rétablissement pour les personnes en situation ou à risque de handicap psychique repose sur la mobilisation conjointe,

¹ Organisation Mondiale de la Santé – Plan d'action pour la Santé mentale 2013-2020.

coordonnée, précoce et en proximité des acteurs intervenant dans le cadre d'un parcours global de soins et de vie élaboré en concertation avec les personnes et leurs aidants.

Pour les personnes en situation de handicap psychique et leurs familles, l'enjeu d'un parcours global coordonné sanitaire, social, médico-social – intégré au sens défini par la Haute autorité de santé (HAS) en septembre 2014² - est celui d'une meilleure autonomie et d'une inclusion pleine et entière dans la cité. La prise en charge et l'accompagnement de ces personnes a ainsi pour but de leur permettre un accès à l'ensemble des dispositifs de droit commun, tout en continuant à mobiliser des dispositifs plus spécifiques, afin qu'elles puissent disposer de soins psychiatriques et somatiques, d'un logement et d'un emploi, et participer à des activités sportives et de loisirs.

Cette action 5 se décompose en 3 phases:

- une première phase relative à **l'élaboration d'un document national de cadrage** précisant les objectifs, le cadre d'intervention, les principes généraux d'organisation et de mise en œuvre du parcours global coordonné pour les personnes en situation ou à risques de handicap psychique, ainsi que le protocole d'évaluation ou les critères nécessaires à un retour d'expérience.
- une deuxième phase de **mise en œuvre du parcours global coordonné** pour les personnes en situation ou à risques de handicap psychique sur un ou plusieurs territoires dans chaque région.
- une troisième phase **d'évaluation à 2 et 5 ans**, pour une capitalisation et une diffusion des modalités du parcours global coordonné sur l'ensemble des territoires.

La phase de mise en œuvre du parcours global coordonné est celle qui a vocation à être financée par les crédits pour l'évolution quinquennale de l'offre médico-sociale, et plus particulièrement la partie médico-sociale des interventions, menées notamment par des SAMSAH dédiés au handicap psychique, des équipes mobiles médico-sociales, des équipes mixtes sanitaires/médico-sociales ou tout autre type de dispositif adapté ou conçu à cet effet, ainsi qu'en MAS ou en FAM.

La partie sanitaire des interventions, notamment dans le cas de dispositifs mixtes sanitaires/médico-sociaux, sera financée par l'ONDAM sanitaire selon un montant valorisé à 10 M€ sur 3 ans.

- ***Action 9 : Organisation au niveau régional d'une fonction de ressource et d'appui aux personnes, à leur famille et aux professionnels, comportant un niveau de proximité, pour faciliter la continuité des parcours***

Le déploiement du parcours global, avec la mobilisation coordonnée d'acteurs de proximité amenés à en prévenir et gérer les aléas quelle qu'en soit l'origine, nécessite de disposer d'une fonction de ressource et d'appui à destination des professionnels, des personnes et des familles, qui puisse être mobilisée afin d'anticiper ou répondre à des situations apparaissant problématiques. Une telle fonction a pour but d'améliorer la compétence collective des acteurs, notamment par des mesures ciblées à la suite de retours d'expériences, afin de contribuer à une meilleure adaptation et continuité du parcours global. Elle nécessite d'être organisée dans chaque région de façon fonctionnelle et graduée, avec un niveau de proximité de première intention.

Le développement du niveau de proximité d'une telle fonction de ressource et d'appui dans les territoires, se décline, à l'instar du parcours global coordonné, en 3 phases : élaboration d'un document de cadrage et de critères d'évaluation ou de retour d'expérience ; mise en œuvre de cette fonction par des établissements et services médico-sociaux de proximité ; évaluation ou retour d'expérience, capitalisation et diffusion de cette fonction sur l'ensemble des territoires.

Le financement issu des crédits pour l'évolution quinquennale de l'offre médico-sociale concernera la mise en œuvre de la fonction d'appui et ressource par des établissements et services médico-sociaux de proximité.

- **Les actions 23 et 25 du volet handicap psychique de la stratégie quinquennale d'évolution de l'offre correspondent à des actions transverses de l'évolution de l'offre déclinées dans le**

² « Points clés et solutions dédiés - Organisation des parcours : Intégration territoriale des services sanitaires, médico-sociaux et sociaux » - HAS - Septembre 2014.

champ du handicap psychique. Elles visent à la cohérence et à la globalité du parcours des personnes.

Pour les personnes en situation de handicap psychique et leurs familles, le développement de pratiques d'accompagnement décloisonnées, partagées et coordonnées constitue un enjeu fort pour la construction de réponses individualisées plus inclusives, dans lesquelles soins et accompagnement social et médico-social se complètent pour soutenir leur projet de vie.

L'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM), la Haute autorité de santé (HAS) et l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP), de même que le Centre de preuves en psychiatrie et santé mentale, ont produit des recommandations de bonnes pratiques professionnelles et des outils de référence pour l'amélioration de la mise en œuvre du parcours de vie de ces personnes. Il reste cependant à faire valoir la cohésion et la complémentarité de ces recommandations et outils, afin notamment que les acteurs puissent en avoir une vision d'ensemble et appréhendent mieux les logiques de complémentarité, de coordination et la finalité du parcours global.

Dans cette perspective, le soutien et le développement de dispositifs apprenants, c'est-à-dire favorisant une pratique conjointe d'acteurs de champs distincts dans le but d'améliorer les connaissances et pratiques croisées de chacun, constituent un support complémentaire pour le développement de l'interconnaissance. De tels dispositifs nécessitent d'être soutenus par les ARS pour une diffusion de cette interconnaissance au plus près des territoires

Une diversification des stratégies et méthodes de formation apparaît également nécessaire afin d'atteindre le plus grand nombre d'acteurs, tout en suscitant le partage de leurs connaissances et l'amorce de réseaux sur les territoires.

Cet ensemble d'actions a vocation à contribuer fortement au parcours global coordonné sanitaire, social, médico-social – intégré au sens défini par la Haute autorité de santé (HAS) en septembre 2014 comme précédemment cité – dans l'objectif d'une meilleure autonomie et inclusion sociale des personnes et de l'amélioration de leur qualité de vie.

La HAS, dans son document « Points clés et solutions - Organisation des parcours : Intégration territoriale des services sanitaires, médico-sociaux et sociaux » publié en septembre 2014, préconise, quelle que soit la thématique abordée, de « Favoriser le développement de programmes de formation pluri-professionnels communs aux professionnels des secteurs sanitaire, médico-sociaux et sociaux ».

Concernant plus précisément les personnes à risque ou en situation de handicap psychique, l'ANAP, dans le cadre de son programme de travail sur le parcours de ces personnes, et notamment dans son document publié en août 2015³, précise que parmi les préoccupations communes aux ARS ayant participé à ce programme, figurent le besoin de connaissance et d'interconnaissance des acteurs et leur mise en réseau dans les territoires.

Le développement de l'interconnaissance et la diversification des stratégies et méthodes de formation auprès des professionnels intervenant dans le parcours de santé et de vie des personnes à risque ou en situation de handicap psychique, participent aux conditions d'une coordination fluide et durable de ce parcours.

- Action 23: Développer l'interconnaissance entre les acteurs des différents champs concernés

Le développement de l'interconnaissance se traduit notamment par un soutien de dispositifs locaux repérés et jugés intéressants par vos services, et dont l'action augmente les compétences et connaissances des acteurs et génère des réseaux locaux, particulièrement sur des territoires qui en sont dépourvus.

³ « Anticiper et comprendre : Les parcours des personnes en psychiatrie et santé mentale- Première approche » - ANAP – Août 2015.

Les formations croisées constituent également une approche permettant aux participants provenant de champs diversifiés de partager leurs connaissances et d'échanger sur leurs pratiques autour d'une thématique donnée. Permettant à la fois une mise en réseau et une familiarisation avec les ressources disponibles et les pratiques en usage sur le territoire concerné et au-delà, cette approche convient particulièrement au contexte des soins et des services dispensés envers les populations touchées par des problèmes de santé mentale.

- Action 25: Diversifier les stratégies et méthodes de formation pour atteindre l'ensemble des acteurs

En complément des actions et plans de formation professionnelle et des formations croisées, le développement de formations-actions et de dispositifs apprenants viendra renforcer l'interconnaissance d'acteurs d'horizons distincts intervenant auprès d'un même public au sein d'un territoire commun, renforçant ou suscitant leur travail en réseau.

Ces méthodes, complémentaires, trouveront un intérêt particulier dans le cadre des projets de services et d'établissements, ainsi que dans l'accompagnement de la mise en œuvre des CPOM conclus.

II. Action du Volet handicap psychique à financer par le Fonds d'intervention régional (FIR)

• Action 8 : Développement de la pair-aidance et consolidation des GEM

L'empowerment et l'implication des personnes dans l'élaboration et le suivi de leur projet de vie et dans leur parcours constituent l'un des principes centraux de la psychiatrie et de la santé mentale, porté par l'OMS et l'Union européenne et auquel la France adhère.

La pair-aidance est l'un des modes de l'empowerment, qui contribue fortement à l'inclusion sociale des personnes, et dont les groupements d'entraide mutuelle (GEM) constituent l'un des exemples les plus réussis qu'il convient de développer plus largement. Les GEM participent au déploiement du parcours global coordonné.

Les GEM ont de plus un rôle important à jouer dans la socialisation des personnes concernées par le développement de l'accompagnement dans l'emploi, de l'habitat inclusif, ainsi que par les ACT pour personnes à risque ou en situation de handicap psychique.

Il est prévu pour accompagner la stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre médico-sociale, la création de nouveaux GEM sur la période 2017-2019, ainsi qu'une revalorisation des GEM existants. Une enveloppe de 7,7 M€ est venue abonder le Fonds d'intervention régional (FIR) à cet effet, dont 2,8 M€ pour l'année 2017. La circulaire relative au FIR pour l'année 2017 vous apportera toutes les précisions sur leur financement.

III. Action du Volet handicap psychique à financer par l'ONDAM spécifique

• Action 11: Développement d'appartements de coordination thérapeutique (ACT) pour des personnes en situation ou à risque de handicap psychique

Un certain nombre de personnes en situation ou à risque de handicap psychique sont aujourd'hui hospitalisées ou accueillies au long court dans des établissements psychiatriques ou médico-sociaux sans projet de soins ou d'accompagnement adapté, avec une qualité de vie dégradée et sans perspective d'amélioration de leur situation. D'autres sont en voie de précarisation et ne bénéficient pas d'une prise en charge optimale et pérenne, sans avoir pour autant déjà atteint une situation de grande précarité telle que d'autres types de solutions puissent être mis en place.

Pour une remobilisation de ces personnes, et une remobilisation ou un changement des équipes professionnelles - sanitaires, sociales et médico-sociales – amenées à intervenir, il a été décidé de développer des appartements de coordination thérapeutiques (ACT) qui leurs soient dédiés, en vue de l'élaboration d'un projet individualisé de soins et de réinsertion et de la mise en œuvre d'un parcours de santé et de vie qui soit adapté et choisi.

Il est à noter que ces places nouvelles d'ACT ne s'adressent pas au même public que celui visé par la démarche « Un chez soi d'abord » regroupant des « personnes sans abri atteintes d'une ou de pathologies mentales sévères »⁴, ni celui des résidences accueil « en situation d'exclusion économique et sociale, ayant un handicap psychique » « et recherchant une solution de logement collectif »⁵. Ces places viennent compléter l'offre pour l'inclusion des personnes en situation de difficultés sociales lorsqu'elles présentent des troubles psychiques.

Les modalités de fonctionnement et d'évaluation de ces places d'ACT ont été définies dans un cahier des charges annexé à la circulaire N° DGCS/SD5C/DSS/CNSA/2017/150 du 2 mai 2017 relative aux orientations de l'exercice 2017 pour la campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes handicapées et des personnes âgées

IV. Le plan de relance des pensions de famille et des résidences accueil

Le plan de relance des pensions de famille et des résidences accueil annoncé lors de la Conférence nationale du handicap du 19 mai 2016 doit se traduire par la création de 1 500 places de pension de famille par an sur une durée de 5 ans, un tiers de ces créations étant dévolues aux résidences accueil. A l'issue de ce plan, ce sont donc au total 5 000 places de pensions de famille « classiques » et 2 500 places de résidences accueil qui doivent être créées. L'un des objectifs de ce plan de relance est donc la création de 800 places par an pour les personnes en situation d'exclusion atteintes d'un handicap psychique⁶.

Ainsi que rappelé par l'instruction DGCS/DHUP/DIHAL N° DGCS/SD1A/2017/ du 20 avril 2017 relative à la mise en œuvre du plan de relance 2017-2021 des pensions de famille et des résidences accueil, un partenariat étroit avec les différents acteurs (ARS, porteurs de projets, collectivités locales) concernés par ces problématiques au niveau local est une condition impérative à la mise en œuvre de ce plan de relance et au respect du cadre concerté de la programmation infrarégionale du logement social.

⁴ Décret N°2016-1940 du 28 décembre 2016 relatif aux dispositifs d'appartements de coordination thérapeutique «Un chez-soi d'abord».

⁵ Note d'information N°DGAS/PIA/PHAN/2006/523 du 16 novembre 2006 relative à la mise en place de l'expérimentation des résidences accueil.

⁶ Ces 800 places par an seront créées aussi bien en résidences accueil (500 places/an) qu'en pensions de famille où 300 places environ parmi les 1000 places de pensions de famille classiques créées chaque année seront occupées par ce public de personnes en situation d'exclusion atteintes d'un handicap psychique si on se réfère au ration d'occupation par un tel public actuellement constaté dans ces structures.



Annexe 4 : Le volet polyhandicap

Rénover l'accompagnement et la prise en charge des personnes en situation de polyhandicap en réponse à leurs besoins et à leurs attentes au travers de l'engagement de l'ensemble des acteurs vers une plus forte reconnaissance de leur citoyenneté en accordant une vigilance toute particulière aux proches aidants, tels sont les enjeux du volet polyhandicap de la stratégie nationale quinquennale de l'évolution de l'offre (2017-2021). Ce volet ne saurait être mis en œuvre sans une forte coopération avec le secteur sanitaire (professionnels, établissements, dispositifs) afin de répondre aux besoins de soins et de prévention des personnes et de leurs proches aidants.

Les situations de polyhandicap constituent en effet des **situations de handicap complexe caractérisées par une restriction extrême de leur autonomie associant une vulnérabilité physique, psychique et sociale évolutives dans le temps.**

Les données disponibles en France permettent d'évaluer la prévalence du polyhandicap à environ 1 naissance pour 1000, soit **environ 800 nouveaux cas d'enfants par an** qui recouvrent des situations hétérogènes. Cependant, le nombre de personnes polyhandicapées n'est pas connu actuellement et seule l'offre des ESMS permet de recenser un nombre d'enfants polyhandicapés accompagnés par les structures médico-sociales au 31 décembre 2010, soit environ 7 485 enfants et adolescents et 10 353 adultes.

La définition du polyhandicap retenue par l'ensemble des acteurs est celle du Groupe Polyhandicap France d'une « *situation de vie d'une personne présentant un dysfonctionnement cérébral précoce ou survenu au cours du développement, ayant pour conséquence de graves perturbations à expressions multiples et évolutives de l'efficacité motrice, perceptive, cognitive et de la construction des relations avec l'environnement physique et humain. Il s'agit d'une situation évolutive d'extrême vulnérabilité physique, psychique et sociale au cours de laquelle certaines de ces personnes peuvent présenter, de manière transitoire ou durable, des signes de la série autistique* ». Cette définition, plus large, a vocation à remplacer la définition actuelle prévue pour les enfants à l'article D.312-83 du code de l'action sociale et des familles (CASF) et est **retenue dans le projet de décret portant sur la nomenclature des autorisations des ESMS** qui fixe les publics auxquels s'adressent ces autorisations.

Le volet polyhandicap est décliné **en 4 axes stratégiques et 8 mesures** regroupant 25 fiches actions dont **les objectifs essentiels sont les suivants :**

- ✓ Développer l'accompagnement des personnes en proximité en assurant la continuité des parcours de vie et de soins, en favorisant la souplesse dans les réponses à leurs attentes et besoins et en renforçant l'offre (axe 1) ;
- ✓ Renforcer et valoriser l'expertise de l'accompagnement du polyhandicap en promouvant les bonnes pratiques et en formant et soutenant les proches aidants (axe 2) ;
- ✓ Développer l'accès à la communication et l'expression des personnes polyhandicapées (axe 3) ;
- ✓ Assurer la scolarisation et les apprentissages tout au long de la vie (axe 3) ;
- ✓ Favoriser la participation des personnes polyhandicapées à la vie dans la Cité (notamment l'accès à la culture, aux loisirs et à une diversité de vacances) (axe 3) ;
- ✓ Outiller et développer la recherche sur le polyhandicap (axe 4).

La mise en œuvre du volet, élaboré avec les représentants des personnes et de leurs proches, des structures médico-sociales et sanitaires qui accueillent des personnes polyhandicapées, l'ANESM et la HAS, est pilotée par la DGCS et la CNSA.

Des actions prioritaires pour les années 2017-2018 ont été définies pour la mise en œuvre de ce volet :

L'évolution de l'offre médico-sociale en direction des personnes polyhandicapées nécessite de reposer sur un diagnostic partagé.

Un diagnostic partagé à inscrire dans le cadre ou les objectifs du schéma régional de santé du PRS 2 : une connaissance des besoins et des réponses adaptées aux personnes en situation de polyhandicap et à leurs aidants.

Des questions se posent sur l'épidémiologie des situations de polyhandicap afin de mieux caractériser leur nombre, le tableau clinique, les capacités des personnes, les causes de ces situations et les évolutions dans le temps.

Au niveau national, l'axe 4 du volet polyhandicap vise à développer la recherche en France sur le polyhandicap en la structurant et à renforcer les connaissances au travers notamment d'une expertise de l'INSERM.

Néanmoins, sans attendre ces résultats, il convient d'engager un diagnostic territorial dans le cadre des PRS sur les réponses à apporter aux attentes et aux besoins des personnes polyhandicapées et de leurs besoins. Ce diagnostic entre dans une approche systémique alliant la prévention, l'accompagnement/l'éducation et les soins.

Concernant l'offre actuelle, l'étude ES-Handicap 2014 au niveau régional est une base de départ permettant de mieux connaître les réponses apportées aux enfants et adultes polyhandicapés. Il s'agit notamment de veiller à :

- ✓ Identifier les adolescents et jeunes adultes polyhandicapés en Amendement Creton ;
- ✓ Identifier les inégalités territoriales au sein de vos régions ;
- ✓ Identifier les ressources sur vos territoires dans le domaine du polyhandicap au travers des établissements ou services ou réseaux, équipes mobiles qui puissent assurer, dans le cadre d'une fédération, une fonction ressources pour apporter un appui de proximité proches aidants, aux structures médico-sociales, sanitaires, MDPH, Education nationale ou acteurs de la cité ;
- ✓ Identifier les services d'aide à domicile spécialisés dans le polyhandicap.

Ce diagnostic régional devra vous amener à identifier les coopérations indispensables avec le secteur sanitaire.

L'enquête « Qualité de vie et bien-être en MAS, FAM menée en 2017 » menée par l'ANESM vous permettra également d'acquérir des connaissances utiles.

Concernant la scolarisation des enfants polyhandicapés, une première enquête sera conduite par l'Education nationale au mois de mai afin d'identifier les UE existantes et à ouvrir à la rentrée 2017. Par ailleurs, un état des lieux sera réalisé au cours du second semestre 2017 auprès des ARS par le ministère de l'éducation nationale et la direction générale de la cohésion sociale pour acquérir une vision quantitative et qualitative des problématiques pour promouvoir cette scolarisation. Cet état des lieux comportera également une étude spécifique auprès des MDPH sur le volet évaluation et orientation.

L'évolution de l'offre repose sur 5 principes interdépendants « **précocité, proximité, souplesse dans la réponse, continuité et de qualité** ». Elle vise à une triple dynamique : **renforcement, diversification, et démarche qualité** et s'appuie sur une approche de la personne en situation de polyhandicap par ses capacités et ses compétences, en poursuivant les objectifs de : progression tout au long de la vie (notion de projet et de réflexions en termes de devenir), d'implication et de possibilité de choix de la personne (reposant sur une entrée en communication), de qualité de vie et de respect de la dignité de la personne (aspect éthique) et de soutien et de valorisation des proches-aidants.

Renforcement et diversification de l'offre

Les crédits de la stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre médico-sociale sont dédiés, pour moitié, à la création de l'offre. Celle-ci vise notamment à répondre aux problématiques, sur vos territoires, des personnes polyhandicapées relevant de l'amendement Creton au travers d'une offre nouvelle en MAS et

en FAM et de réponses aux enfants et adolescents en situation de handicaps complexes au travers d'un développement de places en IME.

Ce développement doit également rejoindre l'objectif de transformation de l'offre pour aller vers des réponses plus souples permettant d'allier, notamment pour les adultes polyhandicapés, un accompagnement à domicile et un accueil séquentiel évolutif en établissement (en fonction des besoins et de l'avancée en âge) et le soutien d'interventions hors les murs (si l'internat exclusif représente 34% de l'accueil des enfants polyhandicapés, il constitue 81% de l'accueil des adultes *(source enquête ES-Handicap 2014)*. (voir l'annexe 7 sur le développement de l'accueil temporaire).

Cette diversification inclut le besoin d'une offre d'accueil temporaire adapté afin de répondre au besoin de répit des proches aidants.

L'évolution de l'offre passe également par un renforcement des moyens des établissements dont le coût à la place est inférieur au coût/place régional pour le polyhandicap afin notamment de répondre aux objectifs suivants :

- La continuité des soins ;
- Les démarches d'entrée en communication ;
- L'accès aux apprentissages tout au long de la vie.

➤ L'accès et la continuité des soins : L'objectif est de renforcer l'accueil au sein des ESMS de personnes polyhandicapées dont l'état de santé induit parfois aujourd'hui des refus d'admission, et d'éviter les ruptures de parcours liés à une dégradation de cet état. Cet objectif induit un renforcement au sein de votre région de l'encadrement notamment en personnel paramédical et infirmier, permettant d'assurer notamment une présence 24H/24 au sein d'établissements accueillant des enfants polyhandicapés (établissements pour enfants polyhandicapés (EEAP) IME, IEM) et des adultes (notamment les MAS) que vous aurez identifiés.

Cet objectif peut faire l'objet de mutualisations et, dans la logique de parcours et de « Réponse accompagnée pour tous ». Il doit s'inscrire dans une collaboration indispensable avec le secteur sanitaire, qu'il soit libéral, établissement de santé et des structures d'HAD dès lors que les indications relèvent de cette prise en charge afin de répondre aux besoins de soins et à l'impératif parcours sans rupture.

➤ Démarches d'entrée en communication : Le soutien à la communication des personnes polyhandicapées est un objectif fondamental dans l'accompagnement dans un double objectif de qualité de vie et de capacité de choix. La transformation qualitative de l'offre doit systématiquement inclure un accès à des outils de communication, pouvant s'effectuer par une mutualisation de l'outillage et la visibilité de cet outillage pour les familles, les MDPH et les autres ESMS. Outre la question de l'outillage, celle de la formation des professionnels devra être abordée systématiquement.

➤ Accès aux apprentissages tout au long de la vie : Le maintien et le renforcement des apprentissages des adultes polyhandicapés est un objectif prioritaire à inscrire dans les CPOM et les projets d'établissements des MAS-FAM. Cet objectif repose au niveau individuel sur une évaluation lors de l'admission en établissement dans le cadre du projet personnalisé et peut nécessiter l'identification d'une personne ressource pouvant développer des projets au sein de l'ESMS permettant de mobiliser les compétences des personnes : apprentissages fondamentaux, médiation animale, sport adapté, jardins thérapeutiques et sensoriels, musiques, arts,...

Afin de ne pas reproduire les situations de sous-dotation des ESMS une vigilance particulière sera portée à l'adéquation des moyens lors des opérations de transformation des établissements sanitaires en établissements médico-sociaux.

Identification des structures-ressources de votre territoire sur le polyhandicap

Il s'agit d'identifier sur vos territoires en région les ESMS et les établissements de santé (soins de suite et de réadaptation et/ou neuropédiatrie) qui comportent des compétences particulières en matière d'accompagnement et de prise en charge des personnes en situation de polyhandicap et un outillage en termes d'évaluation, de communication, de scolarisation et d'apprentissage de manière à assurer une fonction ressources en proximité vis-à-vis des familles, des autres ESMS, des MDPH (en termes d'évaluation et de réponses), de l'Éducation nationale, des autres acteurs de la Cité dans une visée

inclusive. (voir l'annexe 6 sur le développement des fonctions ressources). Cette fonction « ressource » doit être reconnue et valorisée financièrement.

La co-construction des accompagnements et des prises en charge avec les parents, la fratrie, l'entourage et les proches aidants des personnes en situation de polyhandicap

Cette co-construction passe par :

- Le développement d'une offre de soutien à domicile (incluant la formation des intervenants à domicile-services d'aide à domicile), d'une offre de répit, des séjours de vacances diversifiés avec la personne polyhandicapée ;
- Les actions de formation pouvant se traduire par des formations ad hoc à l'attention des proches-aidants et des formations continues mixtes associant aidants professionnels;
- Compte tenu de leur expertise d'usage, l'association des proches dans la construction et la mise en œuvre du projet personnalisé (inclusion dans les démarches de communication, la poursuite des apprentissages, le projet de soins,...) ;
- L'identification en région des ressources associatives des familles pouvant contribuer à une fonction ressource.

Renforcer et valoriser l'expertise de l'accompagnement du polyhandicap

Il convient de renforcer les connaissances spécifiques liées à la singularité des personnes polyhandicapées, des professionnels amenés à intervenir auprès d'elles au travers de plans de formations continues des professionnels médico-sociaux des ESMS accueillant des personnes polyhandicapées. Afin de créer des savoirs partagés, les proches aidants devront pouvoir être associés à des formations mixtes avec les professionnels.

Il convient de faciliter les stages d'immersion, dans les ESMS accompagnant les personnes polyhandicapées, des futurs professionnels des formations socio-éducatives et des formations de santé (via des conventions entre ESMS et IRTS et les écoles paramédicales (IFSI notamment)).

Enfin, il convient d'encourager le développement des analyses de pratique et des réflexions éthiques dans les ESMS accueillant des personnes polyhandicapées, notamment les EEAP et MAS.

L'accès et le soutien d'une scolarisation des enfants en situation de polyhandicap

Le droit à la scolarité des enfants polyhandicapés fait partie des objectifs de transformation de l'offre médico-sociale. L'enquête ES-Handicap 2010 a démontré que seul 18% des enfants et adolescents polyhandicapés étaient scolarisés. Au-delà du sujet des unités d'enseignement, il revient aux ESMS de soutenir cette scolarisation au travers de techniques éducatives et rééducatives favorisant les apprentissages, d'un accompagnement des processus d'acquisitions cognitives socles et du maintien d'un étayage pluridisciplinaire (incluant des temps commun avec l'enseignant) tout au long de la scolarisation.

Le renforcement de la citoyenneté des personnes en situation de polyhandicap

Cet objectif fait partie des enjeux du volet polyhandicap reposant sur un changement dans les représentations et les pratiques d'accompagnement des personnes polyhandicapées. Cette réponse doit se traduire en termes d'organisation et de moyens en interne et en partenariat, pour accéder à une offre de culture, de loisirs, de vacances adaptée et diversifiée, et pour accéder à une vie affective et sexuelle.



Annexe 5 :

La stratégie nationale de soutien aux aidants

Plus de 4 millions d'aidants accompagnent des personnes concernées par la maladie ou le handicap, par une aide financière, un soutien moral ou une aide dans la vie quotidienne. Ces aidants, membres de la famille le plus souvent, ou amis des personnes qu'ils aident, jouent un rôle essentiel dans leur soutien à domicile, leur vie en milieu ordinaire, leur inclusion sociale. L'enjeu de leur reconnaissance et de leur soutien est essentiel à la fois pour leur permettre de continuer de jouer ce rôle et, d'autre part, pour limiter les répercussions négatives sur leur santé, leur qualité de vie, leur vie professionnelle et personnelle.

C'est la raison pour laquelle a été décidée lors du CIH du 2 décembre 2016 la stratégie nationale de soutien et d'accompagnement des aidants de personnes en situation de handicap, mettant en lumière des actions déjà engagées ou proposant de nouveaux développements pour des problématiques encore insuffisamment prises en compte.

La stratégie s'articule ainsi autour des quatre axes suivants :

- Repérer, informer, et conseiller les aidants ;
- Former et soutenir les aidants ;
- Reconnaître le rôle et l'expertise des aidants ;
- Structurer une offre de répit adaptée.

Les actions définies dans le cadre de cette stratégie, complémentaires les unes des autres, relèvent d'acteurs multiples, de l'échelon national, régional et/ou départemental.

Il vous revient d'engager dès cette année les actions suivantes.

S'agissant de l'axe 1 (Repérer, informer, et conseiller les aidants), il est attendu des ARS (mesure 4) qu'elles élaborent, en collaboration avec les conseils départementaux, un état des lieux des dispositifs et des ressources d'information, de conseil et de soutien des aidants existants sur leurs territoires, à l'instar de ce qui est attendu des conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées pour les aidants de personnes âgées de plus de 60 ans.

La CNSA, dans le cadre de son animation des réseaux territoriaux, accompagnera les ARS et les conseils départementaux pour la mise en œuvre de cette action.

L'enjeu de ce diagnostic est double : en premier lieu, rendre visible et accessible, pour les aidants, et pour les institutions, professionnels, associations qui les soutiennent, cette offre d'information, de conseil et de soutien, dispersée et mal connue ; en second lieu, mesurer les insuffisances et les limites de cette offre et encourager et aider les acteurs à les combler, par une meilleure organisation, articulation entre eux, l'élargissement de leur territoires d'intervention, de leurs horaires d'ouverture, de leur offre.

Cette offre de proximité est le complément indispensable de ressources nationales d'information qui seront développées parallèlement (refonte du Guide de l'aidant familial, centralisation des informations sur un site internet public).

Cet axe comprend par ailleurs une action visant à sensibiliser et à former les professionnels des MDPH au repérage des aidants présentant des signes ou des risques d'épuisement, ainsi qu'à leurs besoins de soutien et de répit et aux moyens permettant d'y répondre.

La stratégie prévoit enfin (mesure 5) d'étudier dans le cadre de cet axe et en 2018, l'opportunité et les modalités d'une éventuelle transposition du dispositif des plateformes d'accompagnement et de répit développées à l'intention des aidants de personnes âgées dans le cadre des plans Alzheimer et Maladies neurodégénératives au profit des aidants de personnes en situation de handicap. Vos contributions sur cette question, soit en portant à notre connaissance des initiatives de cette nature, soit pour étayer le besoin d'un dispositif susceptible de jouer le rôle d'interface centralisatrice et neutre entre besoins et offre d'accompagnement et de répit, seraient utiles.

S'agissant de l'axe 2 (Former et soutenir les aidants), les ARS sont notamment attendues sur la mise en œuvre de la mesure 12 qui vise à faire de chaque établissement et service social ou médico-social un acteur du soutien aux aidants.

Comme évoqué dans l'instruction n°DGCS/SD5C/2017/96 du 21 mars 2017 relative à la mise en œuvre de l'arrêté du 3 mars 2017 fixant le contenu du cahier des charges du contrat d'objectifs et de moyens (CPOM) prévu au IV ter de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles et à l'articulation avec le CPOM prévu à l'article L. 313-12-2 du même code, il est demandé aux ARS d'encourager, dans le cadre des CPOM, la prise en compte des aidants par les ESMS, qui peut notamment porter sur :

- la reconnaissance des liens, de l'expertise et de la place des aidants et de l'accompagnement qu'ils assurent ;
- la recherche de cohérence et la coordination entre les interventions des aidants et celles des professionnels ;
- le soutien que l'ESMS et ses professionnels sont susceptibles d'apporter aux aidants.

Plusieurs actions de l'axe 2, notamment pilotées par la CNSA, visent par ailleurs à diversifier, tout en les définissant et en les encadrant, les actions pouvant contribuer à la formation et au soutien des aidants (guide national), à systématiser l'inclusion d'un volet relatif au soutien des aidants, notamment de personnes handicapées, dans les conventions signées entre la CNSA et les conseils départementaux au titre de la modernisation de l'aide à domicile, à soutenir des programmes nationaux de formation répondant aux exigences de cahiers des charges (à l'instar de la formation des aidants de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles du spectre autistique), ainsi qu'à développer des modules de formations en ligne pour favoriser la connaissance des différents types de handicaps, et qui seront accessibles gratuitement sur Internet.

L'axe 3 de la stratégie porte sur la reconnaissance du rôle et de l'expertise des aidants. Parmi les actions relevant de cet axe auxquelles les ARS ont vocation à contribuer figure en particulier l'action 16 dont l'objet est de favoriser la participation des aidants dans les instances de représentation des usagers : CVS, CDCA, CLSM par des actions de sensibilisation et d'information dédiées.

Par ailleurs sont prévues, à horizon 2018, d'une part la mise en place de formations communes aux professionnels sociaux et de santé et aux aidants, dans l'objectif de partager les connaissances et les compétences au service d'une approche plus cohérente du parcours de vie des personnes handicapées (mesure 14), d'autre part l'encouragement à l'association d'aidants, au titre de leur expertise propre, à la mise en œuvre des formations des professionnels en tant qu'intervenant (mesure 15).

Le 4^{ème} et dernier axe de la stratégie vise à « Structurer une offre de répit adaptée ».

Vous veillerez en particulier à développer, diversifier, optimiser, améliorer l'offre d'accueil temporaire des personnes en situation de handicap qui peut apporter du répit à leurs aidants, en vous appuyant sur les résultats de l'étude commanditée par la DGCS qui seront diffusés à l'été 2017, et le cas échéant aux recommandations élaborées sur le sujet. Dans ce cadre, et en vous appuyant notamment sur les CPOM, vous encouragerez les gestionnaires à :

- participer à l'amélioration de la connaissance et du recours à l'offre, par exemple en organisant la gestion des places essayées en « grappes » ;
- contribuer au développement de l'offre d'accueil temporaire ;
- développer des actions de formation des professionnels sur ce mode d'accompagnement spécifique, différent de celui mis en œuvre dans le cadre de l'accueil permanent ;
- élaborer des projets de service spécifique à ce mode d'accueil.

L'axe 4 comporte par ailleurs trois mesures visant à diversifier l'offre de répit, qui font actuellement l'objet de travaux à l'échelon national et dont vous serez informés le moment venu :

- favoriser le déploiement de structures dédiées qui permettent de proposer aux personnes en situation de handicap de partir avec leurs aidants, afin de partager ensemble des temps de vacances tout en profitant d'un accompagnement, d'une offre de loisirs et d'une offre médico-sociale (le cas échéant) adaptés à chacun ;
- sensibiliser les centres de vacances dits « classiques » à l'accueil de personnes en situation de handicap et de leurs aidants afin d'élargir l'offre de répit sur le territoire ;

- mettre en œuvre les recommandations du rapport de la députée Joëlle Huilier sur les prestations de relais à domicile pour les aidants de personnes âgées et de personnes en situation de handicap de mars 2017.



Annexe 6 :

Le développement des fonctions ressources

Le développement de « fonction ressources » est consubstantiel aux mouvements de fond du secteur médico-social que sont (i) le virage inclusif qui promeut les prestations en direction des personnes en situation de handicap dans leur milieu de vie ordinaire et leur inclusion dans la cité et (ii) la logique de « parcours global » coordonné. Ces mouvements impliquent des réponses à apporter à destination de la population d'un territoire.

Ce développement, qui tient compte de la gradation de l'offre des ESMS, vise à fédérer des compétences afin de constituer une « fonction ressources » appuyée sur une pluralité d'acteurs, plutôt qu'à dédier des ESMS à des fonctions ressources spécialisées et cloisonnées.

Les objectifs généraux poursuivis sont les suivants :

- Assurer des accompagnements adaptés de qualité dans le respect des bonnes pratiques professionnelles ;
- Renforcer l'accompagnement en proximité des personnes en situation de handicap et de leurs aidants au travers d'un appel aux compétences (professionnelles), techniques et outils de certains ESMS ;
- Assurer une continuité des parcours des personnes handicapées ;
- Diminuer le défaut de réponses, de réponses inadaptées ou les risques de rupture ;
- Renforcer l'efficacité de l'offre médico-sociale (qualité/coût).

Cette « fonction ressources » se définit par ses services rendus. Les destinataires de ces services sont principalement les acteurs de la cité, les professionnels, les structures, les proches aidants et les MDPH. Les services rendus attendus sont notamment de :

- Sensibiliser et informer les acteurs de la cité (école, lieux de culture, de loisirs,...) pour un accès à la citoyenneté dans une visée inclusive afin de contribuer à l'accessibilité et au développement de projets adaptés ;
- Former, informer ou délivrer des conseils aux acteurs qui interviennent au domicile, comme par exemple les SAAD ;
- Etayer et développer les compétences des acteurs généralistes (structures et professionnels qui accompagnent les personnes en situation de handicap) ;
- Contribuer au soutien de l'entourage et des proches aidants des personnes et à la prise en compte de leur expertise par le biais d'information et de formations ;
- Contribuer aux évaluations par les équipes pluridisciplinaires des MDPH et à la construction d'un projet d'orientation et plus largement au plan de compensation ou, le cas échéant au plan d'accompagnement global (PAG) ;
- Former, informer ou délivrer des conseils ou contribuer à mobiliser des compétences aux structures sanitaires, dans le cadre d'un parcours de vie et parcours de soins sans rupture.

Cette fonction ressources peut en fonction des situations de handicap aller de l'appui et l'animation de réseau (prestations indirectes) et à celle de contribution à la réalisation d'évaluations et d'appui en vue d'élaborer des projets individualisés adaptés en cas de situation complexes (prestations directes).

Démarche :

La reconnaissance d'une « fonction ressources » assise sur la fédération d'acteurs nécessite l'identification de compétences plus spécialisées et reconnues comme expertes (dans le respect des recommandations des bonnes pratiques professionnelles) sur un territoire pertinent déterminé par l'ARS ; elle repose sur la capacité de ces acteurs à se fédérer et à mener leurs actions au profit de la population d'un territoire donné, en toute légitimité vis-à-vis des acteurs professionnels, structurels et institutionnels ; elle nécessite l'identification des critères de cette reconnaissance et leur évaluation. Ces fonctions ressources peuvent mobiliser des compétences en interne ou en externe dans le cadre d'un réseau. Elles doivent être

reconnues dans le cadre des CPOM et valorisées financièrement via des nouveaux crédits ou par redéploiement.

« Fonction ressources » et volets polyhandicap et handicap psychique

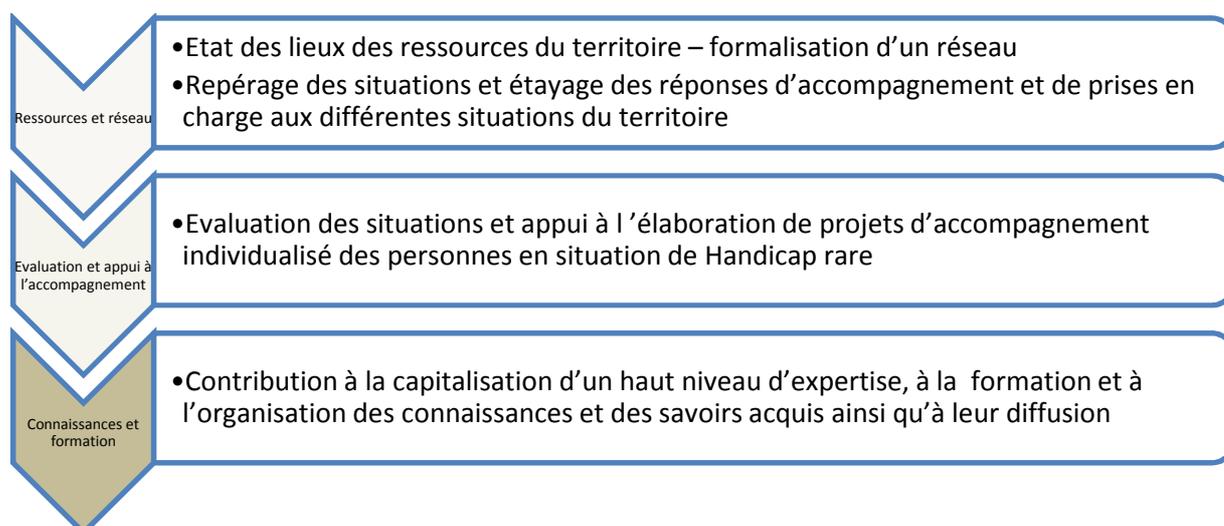
Ces deux volets de la stratégie quinquennale de l'offre médico-sociale comportent une mesure visant à développer une « fonction ressources » en région, chacun avec leurs spécificités liées aux besoins et aux attentes des acteurs (cf annexe 4 et 5 de la présente circulaire).

Volet handicap psychique : Fiche action 9 - Le développement du parcours global, avec la mise en œuvre d'interventions coordonnées en proximité des acteurs du sanitaire, du social et du médico-social ; la systématisation au sein de ce parcours de l'évaluation du handicap, des troubles cognitifs et de l'état de santé des personnes ; l'implication des personnes et de leurs aidants dans l'élaboration et le suivi de ce parcours global ; la nécessité de prévenir et de gérer les aléas du parcours liés à des situations particulières ou une exacerbation momentanée des symptômes liés à la maladie, amènent à concevoir et proposer une fonction de ressource et d'appui pour les professionnels, ainsi que pour les personnes et leurs aidants, qui puisse être mobilisée afin d'anticiper ou de répondre à des situations apparaissant problématiques.

Volet polyhandicap : Fiche action 4 – La diversification des modes d'accompagnement et l'impératif de proximité impliquent l'intervention croissante des structures et des professionnels plus généralistes. Compte tenu de la spécificité du polyhandicap, il est nécessaire, pour garantir la qualité de l'accompagnement, d'identifier et de fédérer à l'échelle régionale ou infra-régionale, l'expertise existante en matière d'accompagnement du polyhandicap. Les ressources existantes sont variables et doivent pouvoir associer, en fonction des territoires, les différentes offres d'accompagnement des personnes polyhandicapées, y compris en matière de soins spécialisés, ainsi que des représentants des personnes elles-mêmes et de leurs familles.

L'objectif est d'identifier et fédérer en région des expertises existantes sur le polyhandicap dans les secteurs médico-sociaux et sanitaires (ex : SSR spécialisés) avec celles des proches aidants en leur reconnaissant « une fonction ressources » afin de les mettre à disposition des acteurs de proximité dans les différents secteurs qui sont amenés à intervenir auprès des personnes polyhandicapées, des MDPH, des acteurs de la cité et des familles et proches aidants.

Points d'éclairage : La détermination de ces fonctions ressources au niveau régional peut s'appuyer sur l'exemple des équipes relais handicaps rares inscrites dans le dispositif intégré pour les handicaps rares et qui regroupent les centres nationaux de ressources et les ESMS accueillant les personnes en situation de handicaps rares.



Missions :

Identification d'une fonction ressources d'un ESMS dans la Nomenclature SERAFIN-PH

3.1.5.2 APPUI-RESSOURCE ET PARTENARIATS INSTITUTIONNELS

DESCRIPTION :

Cette prestation correspond à l'action des ESMS :

- en matière d'appui/ressources sur le territoire : l'ESMS est identifié comme expert sur son territoire, il mobilise les tiers, répond à leurs sollicitations en matière de conseil ou de formation (ex: la démarche de labellisation S3A : accueil, accompagnement, accessibilité) ;
- en matière de partenariat avec :
 - ✓ les administrations et autorités de tarification. Par exemple, la participation aux instances de la démocratie sanitaire (conférence régionale de la santé et de l'autonomie, conférences de territoire...), la participation aux commissions d'appel à projet de l'ARS, du Conseil départemental (ou mixtes), la participation à des groupes de travail pour l'évaluation des besoins sur le territoire...
 - ✓ les collectivités locales : municipalités, communautés d'agglomération, départements (par exemple pour participer aux commissions d'accessibilité, aux consultations du département pour le schéma des transports...), régions.
 - ✓ la MDPH : par exemple, siéger à la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées -CDAPH-, répondre aux sollicitations de l'Equipe pluridisciplinaire de la MDPH)...



Annexe 7 :

Le développement de l'accueil temporaire

L'accueil temporaire des personnes en situation de handicap correspond aujourd'hui à une demande sociale forte des personnes et de leurs aidants vers davantage de souplesse des accompagnements sociaux et médico-sociaux pour soutenir les projets de vie à domicile et mieux prendre en compte les attentes des aidants, en particulier pour les situations les plus lourdes. Le rapport de Denis Piveteau, « *Zéro sans solution* », souligne l'utilisation de séjours d'accueil temporaire comme l'une des réponses à l'épuisement des familles encore en situation d'attente de solutions plus pérennes et permettant la remobilisation autour d'un nouveau projet d'accompagnement pour des personnes en situation de handicap. Il peut également s'agir d'une réponse à des situations d'urgence en attente d'une solution plus pérenne.

Cette problématique s'est traduite par

- l'action 12 de la démarche nationale de soutien et d'accompagnement des aidants de personnes en situation de handicap qui prévoit de « *faire de chaque établissement et service social ou médico-social un acteur du soutien aux aidants* », et ;
- l'action 19 « *Diversifier, restructurer, optimiser l'offre de structures de répit* »

1. Une offre qui bénéficie d'un cadre réglementaire spécifique

L'accueil temporaire a été consacré par la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale qui lui octroie une base légale (article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles-CASF) : « *Les établissements et services sociaux et médico-sociaux délivrent des prestations à domicile, en milieu de vie ordinaire, en accueil familial ou dans une structure de prise en charge. Ils assurent l'accueil à titre permanent, temporaire ou selon un mode séquentiel, à temps complet ou partiel, avec ou sans hébergement, en internat, semi-internat ou externat.* »

L'application de cet article a été précisée, s'agissant de l'accueil temporaire, par le décret du 17 mars 2004 relatif à la définition et à l'organisation de l'accueil temporaire des personnes handicapées et des personnes âgées qui précise notamment les finalités de répit et d'urgence de l'accueil temporaire.

La circulaire du 12 mai 2005 relative à l'accueil temporaire des personnes handicapées apporte un grand nombre de précisions et élargit les typologies de besoins auxquels peut répondre l'accueil temporaire (distanciation, modalités d'essai, périodes charnières...).

La circulaire du 23 avril 2015 relative à la campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux met en exergue le rôle de l'accueil temporaire dans la résolution de situations complexes (sans solution ou à risque de rupture de parcours) et envisage à cet effet l'utilisation de modes d'allocation de ressources plus souples, et plus adaptées à ces modes d'accueil. Son annexe 11 propose d'encourager l'évolution de la tarification des ESMS assurant - partiellement ou intégralement - une prestation d'accueil temporaire vers le dispositif de prix de journée globalisé mentionné à l'article R.314-115 et suivants du CASF afin d'éviter une fragilisation de leur fonctionnement lorsque leur activité prévisionnelle est sous-réalisée.

2. Une offre encore insuffisamment développée

L'action 19 de la démarche nationale de soutien aux aidants précitée prévoit donc de « *Diversifier, restructurer, optimiser l'offre de structures de répit* ». Il s'agit, en s'appuyant sur une politique locale volontariste, de développer cette offre de service afin de répondre aux besoins exprimés.

Vous veillerez, dans le cadre des CPOM, à encourager cette prise en compte, notamment en en faisant un levier pour développer, diversifier, optimiser, améliorer l'offre d'accueil temporaire des personnes en situation de handicap. Vous encouragerez les gestionnaires à :

- contribuer au développement de l'offre d'accueil temporaire ;

- contribuer à l'amélioration de la lisibilité de cette offre souvent très éclatée en envisageant d'organiser, par exemple, un regroupement de la gestion des places essaimées ;
- développer des actions de formation des professionnels sur ce mode d'accompagnement spécifique, différent de celui mis en œuvre pour l'accueil permanent;
- élaborer des projets de service spécifique à ce mode d'accueil.

Vous accorderez une vigilance particulière à l'amélioration des liens entre les ESMS qui proposent l'accueil temporaire et les équipes d'amont et d'aval.

En outre, la DGCS a commandé une étude, pour mieux cerner les caractéristiques de l'offre actuelle d'accueil temporaire et proposer les conditions de son développement au regard des besoins (actions 18 de la stratégie nationale de soutien et d'accompagnement des aidants). Il s'agit de procéder à une analyse fine des caractéristiques de l'accueil temporaire dans 6 départements (Seine-et-Marne, Manche, Métropole de Lyon, Alpes-Maritimes, Var et Charente-Maritime).

Cette étude (en cours de réalisation) porte sur les ESMS relevant de l'article L. 312-1 CASF qui disposent de places d'accueil temporaire autorisées en unités dédiées (unités consacrées à l'accueil temporaire et disposant d'une équipe spécifique) ou places atomisées (places d'accueil temporaire autorisées au sein d'une unité d'accueil permanent) financées par l'assurance maladie et/ou les conseils départementaux.

Elle permettra de mieux connaître l'existant, de mieux appréhender les contours de l'offre, de mieux appréhender les difficultés et les freins rencontrés par les établissements et leurs autorités de tutelle, d'éclairer les problématiques spécifiques liées à l'accueil temporaire. Il s'agira également de vérifier si l'accueil temporaire existant est en capacité de répondre aux situations complexes et aux comportements problématiques.

Les résultats de l'étude, attendus pour juin 2017, vous seront communiqués. Ils permettront de tirer les enseignements utiles pour mieux adapter cette offre et la développer au bénéfice de l'ensemble des personnes en situation de handicap, pour en faciliter l'accès, pour accompagner les innovations et, le cas échéant, faire évoluer la réglementation.



Annexe 8 :

Les pôles de compétences et de prestations externalisées (PCPE)

L'enquête flash diligentée par la DGCS le 27 septembre 2016 auprès des ARS et l'analyse des appels à candidatures (AAC) publiés au 17 octobre 2016 ont permis d'évaluer la dynamique engagée pour le déploiement des pôles de compétences et de prestations externalisées (PCPE), d'effectuer de premiers constats et d'identifier les difficultés rencontrées.

Au regard de ces constats, la présente annexe a pour objectif de préciser la finalité des PCPE et leur cadre de fonctionnement pour une mise en œuvre plus homogène sur le territoire.

1. Rappel de la mission du PCPE

Créés en cohérence avec la démarche « Une réponse accompagnée pour tous » et le plan de prévention des départs non souhaités vers la Belgique, les PCPE viennent compléter la palette de l'offre médico-sociale en proposant une réponse souple et adaptée aux besoins des personnes en situation de handicap et de leurs aidants, dans une visée inclusive permettant à la personne, **quel que soit son âge ou son type de handicap**, d'être accompagnée selon ses besoins et ses compétences sur son lieu de vie. Il s'agit de créer les conditions permettant d'assurer la continuité du parcours des personnes en situation de handicap, et d'éviter notamment que leur situation ne devienne critique du fait de l'absence d'une réponse adaptée.

Ainsi, les PCPE délivrent des prestations à toutes personnes en ayant besoin. Ces prestations peuvent donc bénéficier à des personnes pour lesquelles le recours à un établissement médico-social n'est pas nécessaire ou encore à des personnes dont le projet de vie est à domicile. Ils n'ont donc pas pour unique vocation de répondre aux besoins des personnes dans les situations les plus complexes ou sur liste d'attente.

Il s'agit de dispositifs pérennes, souples et modulaires qui peuvent être mobilisés pour répondre à un besoin pérenne ou non de toute personne en situation de handicap dans un objectif inclusif afin de soutenir un projet de vie en milieu ordinaire.

2. Précisions quant au cadre de fonctionnement du PCPE

Les AAC analysés ainsi que les demandes d'éclairage des ARS appellent les précisions qui suivent relatives au fonctionnement des PCPE.

L'ESMS support

Le PCPE n'est pas un ESMS supplémentaire mais un dispositif s'appuyant sur les ressources existantes sur le territoire. C'est pourquoi, l'instruction du 12 avril 2016¹ a prévu qu'il soit rattaché à un ESMS autorisé existant, appelé « ESMS support ». Sa création est donc nécessairement le résultat d'un partenariat entre les associations et établissements publics du territoire.

L'ESMS support ne s'adresse pas nécessairement au même public que le PCPE, il peut relever de la compétence exclusive de l'ARS, de la compétence conjointe ARS/conseil départemental ou encore de la compétence exclusive du conseil départemental. Cet ESMS doit être préférentiellement implanté dans la zone de couverture du PCPE.

Il est rappelé que le PCPE doit disposer d'un projet de service spécifique, distinct de celui de l'ESMS support, porteur du projet. Ce projet est le gage de la spécificité d'intervention du PCPE, distincte des prestations délivrées par l'établissement support. Sa mise en œuvre étant multipartite vous accorderez une attention particulière à la rubrique du projet de service portant sur la gouvernance du PCPE.

A titre exceptionnel, si le diagnostic territorial en établi la pertinence, l'établissement support peut également être un établissement de santé.

¹ INSTRUCTION N° 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

Modalités d'accès au PCPE

L'admission au PCPE est prononcée par le responsable du PCPE (par délégation du directeur de l'ESMS support) sur notification de la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH). Toutefois, afin de permettre une plus grande réactivité, et d'éviter tout retard d'accompagnement préjudiciable, notamment pour les plus jeunes, l'accès par sollicitation directe du PCPE est prévu. Dans ce cas, les prestations directes ne débutent qu'après réalisation de l'évaluation fonctionnelle tel que précisé par l'instruction du 12 avril 2016. Par ailleurs, l'orientation vers la MDPH doit être réalisée sans délai afin que celle-ci puisse prononcer une orientation vers ce dispositif et examiner l'ensemble des droits de la personne.

Si le PCPE peut être mobilisé pour des personnes sur liste d'attente, l'admission au PCPE ne peut être conditionnée par le fait de disposer d'une orientation non satisfaite en ESMS.

Les prestations du PCPE dans le paysage institutionnel du territoire

L'intervention du PCPE consiste principalement à délivrer des prestations directes par des professionnels (salariés ou libéraux) dont les qualifications sont reconnues et leurs pratiques conformes aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles en vigueur. Une prestation de coordination peut être mise en œuvre, en complément, si la situation du bénéficiaire le justifie mais ne peut en aucun cas être l'unique modalité d'intervention du PCPE.

Les prestations du PCPE ne peuvent ni ne doivent se substituer aux accompagnements relevant d'un financement par l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) et la prestation de compensation du handicap (PCH). Elles interviennent ainsi en subsidiarité et en complément d'autres modes d'accompagnement et sont cumulatives avec l'AEEH et la PCH. Il s'agit en effet de proposer des prestations supplémentaires et non pas substitutives à celles d'autres intervenants.

Bien que la création de cette nouvelle offre s'inscrive dans le cadre de la réponse accompagnée, le PCPE doit pouvoir être mobilisé en dehors du Plan d'accompagnement global (PAG) prévu par l'article 89 de la loi de modernisation de notre système de santé. Lorsque le PCPE intervient dans le cadre d'un PAG, ses prestations sont une des réponses possibles. Dans ce cadre, le PCPE participe au groupe opérationnel de synthèse (GOS) mais n'a pas vocation à assurer systématiquement la mission de coordonnateur de parcours du PAG.

3. Les appels à candidatures pour la création de PCPE

Les AAC s'appuient sur le cahier des charges national figurant en annexe 1 de l'instruction du 12 avril 2016.

L'élaboration d'un AAC nécessite une vigilance particulière en ce qu'il définit le périmètre de couverture du PCPE. Ce périmètre résulte de la stratégie territoriale que l'ARS aura retenu en lien avec les acteurs du territoire et dont la finalité devra garantir l'équilibre territorial de la réponse aux besoins des personnes en situation de handicap relevant de son ressort. C'est ainsi que, par territoire pertinent, au regard des besoins et de l'offre existante, l'ARS fera le choix d'un PCPE « tout public » ou thématique (par exemple TSA, jeunes, etc.) et définira une couverture géographique plus ou moins limitative en fonction de l'accessibilité quelle souhaite garantir.

Compte tenu de l'impact des choix stratégiques faits et pour favoriser l'inscription du PCPE dans l'offre médico-sociale du territoire et sa complémentarité avec les dispositifs existants, une phase de concertation, préalable à l'élaboration de l'AAC, avec les acteurs participant à la prise en charge des personnes en situation de handicap sur le territoire (MDPH, conseils départementaux, ESMS, CTRA, CRA, CPAM...) est essentielle.

Quoi qu'il en soit, pour garantir l'homogénéité de ce dispositif sur le territoire national, les AAC ne peuvent retenir de prestations non prévues par le cahier des charges national. C'est ainsi que, par exemple pour tout PCPE destiné à un public jeune, la prestation de maintien de la scolarisation doit être prévue.

L'AAC précise l'enveloppe consacrée au PCPE. Au regard de leur possible diversité et du caractère innovant du dispositif, il est difficile de retenir un coût cible dans le cadre de la présente annexe. Pour les AAC d'ores et déjà publiés on observe un coût annuel variant globalement entre 60 000€ et 300 000€. Toutefois, j'attire votre attention sur la nécessité de veiller à l'équilibre des coûts entre les prestations directes, les prestations de coordination et les coûts de fonctionnement. Mission principale du PCPE, les

prestations directes doivent être prédominantes. Par ailleurs, le PCPE, adossé à un ESMS support existant et s'appuyant sur les ressources existantes sur le territoire, la nécessaire mutualisation induite devrait pouvoir être constatée à travers des coûts de fonctionnement relativement faibles.

De même, en fonction du service attendu en réponse au besoin identifié, il est souhaitable que l'AAC précise l'amplitude journalière et la couverture hebdomadaire devant être assurée par le PCPE.

Enfin, il importe que les principes rappelés ci-avant soient également mis en œuvre dans le cadre de PCPE créés par redéploiement de ressources ou reconnaissance de dispositifs existants.

Le PCPE ayant vocation à s'inscrire durablement dans le paysage de l'offre médico-sociale, vous serez vigilant à prévoir sa spécificité dans le cadre de la négociation des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) avec l'établissement support du PCPE.



Annexe 9 :

La réponse aux personnes handicapées vieillissantes

En raison des progrès médicaux et de l'amélioration générale des conditions de vie, les personnes handicapées voient leur espérance de vie augmenter et se rapprocher de celle de la population générale. Ce vieillissement, dont les manifestations peuvent apparaître plus précocement que pour l'ensemble de la population, entraîne une évolution des besoins et des attentes des personnes concernées tenant d'une part à l'accroissement des difficultés et des déficiences antérieures et, d'autre part, à l'apparition de handicaps liés au vieillissement tels que des déficiences sensorielles, ou des incapacités fonctionnelles impactant leur autonomie aussi bien dans la vie quotidienne que dans la vie sociale.

Le processus de vieillissement peut recouvrir une grande variabilité selon le type de handicap, les pathologies associées et le parcours de vie et entraîner des changements de lieu de vie, d'activité avec le passage à la retraite qui peuvent exposer les personnes en situation de handicap à des risques de ruptures familiales, amicales, sociales etc. qu'il est nécessaire d'anticiper pour éviter des parcours de vie altérés. Il importe donc de pouvoir dégager des solutions d'accompagnement à domicile ou en établissement qui peuvent être différentes des solutions d'accompagnement proposées aux personnes âgées en perte d'autonomie.

La loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement a prévu un certain nombre de dispositions qui concernent spécifiquement les personnes handicapées vieillissantes. Parmi celles-ci, il convient de mentionner l'adaptation des logements privés aux contraintes de l'âge et du handicap, l'accès aux résidences autonomie qui est une forme d'habitat social avec services (sécurité, restauration, actions de prévention de la perte d'autonomie etc.) ou encore la formation de leurs aidants.

La question du vieillissement des personnes en situation de handicap et du besoin d'accueil et d'accompagnement qu'elle pose a fait l'objet de réflexions relativement récentes, parmi lesquelles le rapport réalisé en octobre 2013 dans le cadre du groupe de travail sur « l'avancée en âge des personnes handicapées – contribution à la réflexion » présidé par M. Patrick GOHET, le rapport « zéro sans solution » remis en juin 2014 dont les travaux ont été présidés par Denis PIVETEAU, les recommandations de l'ANESM relative à « l'adaptation de l'intervention auprès des personnes handicapées vieillissantes » publié en mars 2015.

L'enquête réalisée en 2016 auprès des Agences régionales de santé afin d'identifier les dispositifs évalués positivement, de repérer les leviers et les difficultés rencontrées permet de dégager trois orientations :

- mieux repérer les signes du vieillissement derrière le symptôme du handicap et savoir dissocier l'un de l'autre ;
- déterminer la solution adaptée aux besoins de la personne entre :
 - o une orientation vers un EHPAD où les résidents handicapés sont souvent plus jeunes que les résidents habituels de ces établissements et où la cohabitation peut s'avérer difficile avec des résidents sans déficience mentale, cognitive ou psychique ;
 - o ou bien envisager une intensification de la médicalisation des structures spécialisées dans la prise en charge des personnes en situation de handicap dans lesquelles vivent depuis longtemps les personnes handicapées, ce qui présente notamment l'intérêt de préserver la continuité des prises en charge souvent très spécialisées ;
 - o sans oublier les solutions mixtes permettant d'accueillir sur le même site les personnes handicapées vieillissantes et leurs parents très âgés ;
- veiller à préserver et à stabiliser l'environnement de la personne handicapée vieillissante, ce qui implique la recherche permanente d'un aménagement des modes de prise en charge afin qu'ils évoluent et s'adaptent au fur et à mesure de l'apparition des besoins liés au vieillissement et nécessite dès lors de pouvoir disposer d'une palette de réponses diversifiées et complémentaires sur les territoires.

Le choix de la personne en situation de handicap de continuer à vivre à son domicile nécessite d'y adjoindre des services périphériques clairement identifiés comme référents sur la prise en charge du

vieillesse dans le cadre de partenariats formalisés : SAVS, SAMSAH, SSIAD, HAD. Certains territoires ont par ailleurs mis en avant l'existence de plateformes coopératives pour personnes vieillissantes en situation de handicap. La question de l'aidant est bien évidemment essentielle car la personne handicapée est rarement apte à la vie au domicile sans une aide extérieure et l'aidant vieillit parallèlement à la personne handicapée. Selon l'évolution du besoin, il convient d'envisager de préparer une orientation vers un accueil en établissement.

Ainsi, conformément aux préconisations du rapport de P. GOHET, il convient d'avoir une stratégie globale en direction de ces publics donnant une priorité à la vie à domicile et visant l'adaptation des structures spécialisées. De nombreuses préconisations de ce rapport vont dans le sens de la transformation de l'offre médico-sociale :

- l'accompagnement des aidants familiaux ;
- la mise en place de formules de répit et d'accueil temporaire ;
- le développement des plateformes de service et des équipes mobiles ;
- le développement des accueils séquentiels et à temps partiel notamment dans les ESAT mais également dans d'autres structures pour permettre des étapes de transition ;
- l'habitat adapté et accompagné par les services d'aide à domicile.

La prise en compte des évaluations interne et externe dans le cadre de la négociation des CPOM

Le CPOM fixe des objectifs de qualité de l'accompagnement et d'efficience, en contrepartie de perspectives pluriannuelles sur le financement des établissements et des services. Il est établi sur la base d'un diagnostic partagé dans lequel figure les résultats des évaluations.

Depuis le diagnostic jusqu'au suivi de l'exécution du contrat, le processus d'élaboration du CPOM s'appuie sur différents outils, notamment un diagnostic partagé, un plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ) et des indicateurs de suivi. Ils permettent d'apprécier la conformité des ESMS aux normes en vigueur et recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM, les réponses apportées aux besoins d'accompagnement des personnes sur un territoire ainsi que la déclinaison des objectifs fixés en actions à mettre en œuvre.

Les rapports d'évaluation (interne et externe), et notamment l'abrégé et la synthèse du rapport d'évaluation externe, constituent des supports au diagnostic partagé et au plan d'actions. Vous veillerez à cet effet à ce qu'ils soient intégrés en annexe des CPOM (lorsque l'évaluation externe aura été réalisée avant la conclusion du CPOM)¹.

Les résultats des évaluations vous permettront d'identifier des objectifs propres à chaque ESMS au vu des orientations définies dans votre plan régional de santé et de faire évoluer l'offre de prestations de vos territoires. Ils constituent le point de départ du suivi de la progression de chaque ESMS dans la mise en œuvre de leur PACQ.

Des indicateurs de suivi ont par ailleurs vocation à alimenter le PACQ. Dans ce cadre, l'ANESM a élaboré un guide publié fin 2016, intitulé : « ESSMS : Valorisez les résultats de vos évaluations² » qui a pour objet de vous permettre de faire le lien entre le suivi des indicateurs du PACQ et le CPOM.

Il vous est en outre recommandé de définir des indicateurs de suivi de la qualité de l'accompagnement et de la qualité des prestations en vous appuyant, notamment, sur les résultats des enquêtes concourant à la bientraitance, réalisées par l'Anesm. Ces enquêtes dressent pour les MAS et les FAM, un état des lieux des pratiques déployées au regard des recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Elles fournissent également des références moyennes nationales sur la situation des ESMS concernant des thématiques spécifiques telles que, par exemple l'hospitalisation en urgence, l'intervention de l'HAD ou le taux de résidents participant à une activité sociale.

Enfin, l'article D. 312-205 du CASF rappelle que, lorsqu'un CPOM a été conclu par les établissements et services concernés, le calendrier des évaluations peut être prévu par le contrat, dans la limite du respect des échéances réglementaires. Ainsi, je vous invite à prévoir dans les CPOM, le calendrier des évaluations internes et externes notamment afin de poursuivre deux objectifs :

- La réalisation selon un même calendrier des évaluations internes / externes des ESMS du CPOM ;
- L'obtention de supports utiles (résultats des évaluations et suivi du plan d'amélioration de la qualité) dans le cadre de l'évaluation du CPOM et de son renouvellement.

¹ Cette disposition est prévue par l'arrêté du 3 mars 2017 s'agissant du CPOM relevant de l'article L. 313-12 (IV ter) du CASF.

² http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/GUIDE_EVALUATIONS_081216.pdf

Annexe 11

La poursuite du plan de prévention des départs vers la Belgique

La situation particulière d'accueil de personnes handicapées en Belgique a conduit à la signature d'un accord-cadre, le 22 décembre 2011, entre la France et la Wallonie. Il est entré en vigueur le 1^{er} mars 2014. Cet accord cadre a pour objectif de disposer d'éléments de recensement des publics français, de leurs établissements d'hébergement et d'améliorer la qualité de la prise en charge des personnes handicapées françaises accueillies en Belgique, en renforçant les possibilités de contrôle et en prévoyant une convention type permettant de définir des conditions d'accueil similaires notamment avec les établissements qui étaient conventionnés préalablement à l'entrée en vigueur de l'accord cadre. Il est progressivement mis en œuvre, les conventions existantes pour l'accueil d'enfants ont été renégociées avec les 25 établissements concernés. Ce dispositif est financé par l'OGD géré par la CNSA (pour un montant de 72,2 M€ en 2017), l'ARS Hauts de France et la CPAM de Roubaix assurant un rôle pivot. De même, selon la logique de l'accord franco-wallon, des départements ont mis en place une stratégie de conventionnement avec certains établissements pour l'accueil d'adultes handicapés.

Néanmoins, compte tenu de l'augmentation du nombre de personnes handicapées françaises accueillies dans des établissements non conventionnés, ainsi que des dépenses d'assurance maladie liées aux prises en charge correspondantes par le Centre national des soins à l'étranger (CNSE), un plan de prévention des départs non souhaités vers la Belgique a été mis en place par l'instruction du 22 janvier 2016 qui décrit le processus ainsi que les conditions d'utilisation de crédits d'amorçage de 15 M€ prévus par la LFSS pour 2016 pour financer trois types de solutions de proximité sur le territoire national :

- des interventions directes de professionnels spécialisés au domicile (pôles de compétences et de prestations externalisées pour les personnes en situation de handicap) ;
- des renforts de personnels dans les établissements médico-sociaux à proximité du domicile des personnes accompagnées ou de leur famille ;
- des créations de places adaptées dans des établissements et services médico-sociaux.

Répartition des crédits d'amorçage 2016

Régions	tranche 1	tranche 2
Auvergne-Rhône-Alpes	600 000 €	600 000 €
Bourgogne-Franche-Comté	300 000 €	
Bretagne	250 000 €	
Centre-Val-de-Loire	350 000 €	
Corse	100 000 €	
Grand Est	900 000 €	700 000 €
Guadeloupe		
Guyane	200 000 €	
Hauts de France	3 000 000 €	1 100 000 €
Ile-de-France	2 000 000 €	1 900 000 €
Martinique		
Normandie	350 000 €	300 000 €

Régions	tranche 1	tranche 2
Nouvelle Aquitaine	500 000 €	
Occitanie	550 000 €	
Océan Indien	200 000 €	
Pays-de-la-Loire	250 000 €	
Provence-Alpes-Côte d'Azur	450 000 €	400 000 €
Total général	10 000 000 €	5 000 000 €

Dès le démarrage du dispositif, l'IGAS a été chargée de le suivre, afin de procéder à l'évaluation au fil du temps des modalités de sa mise en œuvre opérationnelle dans les territoires, de son financement, notamment quant à l'utilisation des crédits spécifiquement affectés.

Cette mission d'appui a été confiée à M. Christian DUBOSQ, dont le rapport est publié. (http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2015-173_R_.pdf)

Le rapport souligne l'implication forte des ARS pour la mise en œuvre des solutions, malgré les difficultés de lancement du dispositif. Bien que le dispositif préfigure le recours au PAG et la démarche RAPT, beaucoup de cas ont été gérés comme « cas critiques ».

De ce point de vue, l'augmentation du nombre de départements pionniers, puis la généralisation du PAG à l'horizon de décembre 2017 marqueront un infléchissement. D'une manière générale, il semble que le plan de prévention se soit surtout appliqué à des départs possibles, c'est-à-dire les situations sans solution qui pourraient potentiellement donner lieu à des départs en Belgique. En revanche, il a été plus difficile de cibler les départs attendus, ceux où un projet de départ spécifique aurait déjà été formulé.

S'il est vrai qu'il est important d'agir le plus en amont possible pour éviter les départs en Belgique, il convient de rappeler que ce dispositif ne concerne pas automatiquement toutes les situations « critiques » ou relevant d'un PAG mais celles où « d'autres modalités de résolutions n'ont pu être trouvées sur le territoire national ».

Le rapport met également en avant :

- la nécessité d'une convergence avec les politiques des départements en la matière et souligne
 - l'importance, concernant les ARS, de disposer de crédits non reconductibles pour construire les solutions de prévention de départ
 - l'importance d'un travail d'amont avec les organismes et structures « pourvoyeuses » (établissements de santé mentale, structures d'aide sociale à l'enfance et associations tutélaires)
- La légitimité des ARS à piloter la prévention des départs en Belgique est affirmée et le rapport invite les ARS à inscrire la priorité du déploiement de cette politique publique nationale dans les projets régionaux de santé de ces régions, dans leurs programmes départementaux de création de places, et dans des CPOM conclus avec certains opérateurs médico-sociaux.

Faisant suite à ce rapport, la poursuite du dispositif est inscrite en objectif dans le cadre de la circulaire relative aux orientations de l'exercice 2017 pour la campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes handicapées et des personnes âgées, avec des crédits en base ; la généralisation du dispositif d'orientation permanent et du plan d'accompagnement global permettra de conforter la politique déployée.

Par ailleurs, la connaissance du phénomène est une nécessité déjà identifiée par l'accord cadre et pour laquelle différentes possibilités de partage des informations collectées entre ARS, départements, CNAMTS etc. vont être explorées. De même la difficulté de cerner les « départs évités » et de collationner les fiches de suivi conduit à envisager une simplification des recueils des données de suivi. L'analyse des données de suivi pour 2016, encore partielles, sera consolidée et vous êtes invités à remonter les données nécessaires à cette consolidation

Des recommandations portent sur la mise en œuvre de l'accord franco-wallon proprement dit et au renforcement de la coopération avec des propositions, telles que les échanges de pratiques professionnelles et d'information ; elles viennent compléter les décisions prises conjointement par la France et la Wallonie sur ce point, dans le cadre de la commission mixte chargée de suivre la mise en œuvre de l'accord.