



# La réforme des autorisations, vers quelle transformation de l'offre ?

---



10h15-11h00

Point d'étape sur la mise en œuvre du rapport « zéro sans solution » et de la démarche « réponse accompagnée pour tous »

PAR MARINA DROBI, Chargée de projet au Comité Interministériel du Handicap

11h00-11h45

La transformation de l'offre médico-sociale : les orientations de la CNSA

PAR SIMON KIEFFER - Directeur des établissements et services médico-sociaux – CNSA

ET VIOLAINE EUDIER – Responsable du Pôle « programmation de l'offre de services », Direction des établissements et services médico-sociaux - CNSA

11h45-12h15

Echanges avec la salle

13h45-15h00

« La réforme des nomenclatures : de quoi parle-t-on ? » Genèse du décret du 9 mai, Guide d'application et mise en œuvre

Par Franck LE MORVAN, Directeur de projet à la DGCS

15h00-16h30

« La flexibilité des autorisations : opportunités et risques » : Echanges-débats

TABLE-RONDE SUR LA DÉCLINAISON DE CETTE NOUVELLE DONNE EN RÉGION EN PRÉSENCE D'ACTEURS LOCAUX

Mardi 12 décembre 2017 MONTPELLIER, Théâtre des 13 vents

# La réforme des autorisations, vers quelle transformation de l'offre ?

---

## Avec la participation de

**Marina DROBI**

*Chargé de projet au Comité Interministériel du handicap*

**Simon KIEFFER**

*Directeur des établissements et services médico-sociaux CNSA*

**Violaine EUDIER**

*Responsable Pôle « Programmation de l'offre de services » Direction des ESMS - CNSA*

**Franck LE MORVAN**

*Directeur de projet à la DGCS*

**Sébastien POMMIER**

*Membre du Groupe SERAFIN PH, Membre de la CNTSS, Directeur général du Clos du nid*

**Olivier DUPILLE**

*Responsable de l'offre de service à l'Association des Paralysés de France (APF)*

**Gilles GONNARD**

*Président de l'Association des ITEP et de leurs réseaux (AIRE)*



**Mardi 12 décembre 2017 MONTPELLIER, Théâtre des 13 vents**



# La réforme des autorisations, vers quelle transformation de l'offre ?



POINT D'ÉTAPE SUR LA MISE EN OEUVRE DU RAPPORT  
« ZÉRO SANS SOLUTION »  
& DE LA DÉMARCHE « RÉPONSE ACCOMPAGNÉE POUR  
TOUS »

**Marina DROBI**

*Chargé de projet au Comité Interministériel du  
handicap*

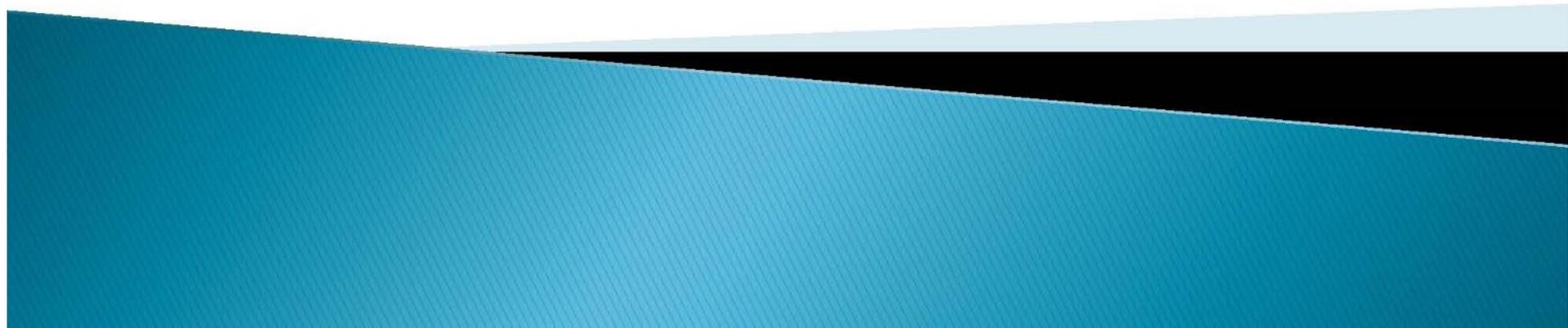
Mardi 12 décembre 2017 MONTPELLIER, Théâtre des 13 vents



« Une réponse accompagnée pour tous »

*Montpellier*

*12 décembre 2017*



# La démarche « Une réponse accompagnée pour tous » dans la politique du gouvernement

# Réforme stratégique pour la politique gouvernementale

- ▶ **Cap sur l'inclusion**
- ▶ Il s'agit de rendre effectifs:
  - Les acquis de la loi du 11 février 2005
  - Les engagements internationaux de la France (CRDPH)
- ▶ Deux piliers indissociables:
  - 1) **l'accessibilité universelle**
  - 2) **l'accompagnement adapté** des difficultés individuelles
- ▶ Démarche « Réponse accompagnée », une réforme d'ampleur de ce second pilier pour **mieux accompagner les parcours des personnes**:
  - Elle comporte de nombreux chantiers
  - Elle est soutenue par d'autres réformes déjà engagées

# Déploiement de la démarche « Une réponse accompagnée pour tous »

# Ambition du rapport

## « Zéro sans solution » et de démarche « Réponse accompagnée »

- ▶ Apporter une réponse à celles et ceux qui :
  - sont sans solution chez eux ou dans leurs familles
  - sont hospitalisées ou en établissement médico-social dont l'accompagnement est inadéquat
  - nécessitent et souhaitent une réponse plus intégrée
  
- ▶ Trois principes essentiels:
  - faire évoluer le système pour prévenir les situations critiques
  - s'inspirer des expériences et pratiques déjà réussies sur le terrain.
  - agir en coresponsabilité et en confiance
  
- ▶ Cette démarche permet:
  - d'améliorer la qualité de vie des personnes
  - mais aussi le vécu des professionnels car aucun acteur n'est laissé seul face à une situation complexe (ex.: ESMS, hôpital, école...)

# 4 axes complémentaires et pilotage interministériel coordonné par le Comité interministériel du handicap

- ▶ **Axe 1: Dispositif d'orientation permanent et mise en place des plans d'accompagnement global (PAG)**  
Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)
- ▶ **Axe 2: Réponse territorialisée**  
Secrétariat général des Ministères sociaux (SGMAS)
- ▶ **Axe 3: Accompagnement et soutien par les pairs**  
Comité interministériel du handicap (CIH)
- ▶ **Axe 4 : Accompagnement au changement des pratiques**  
Direction générale de la cohésion sociale (DGCS)

# Déploiement de la démarche (1)

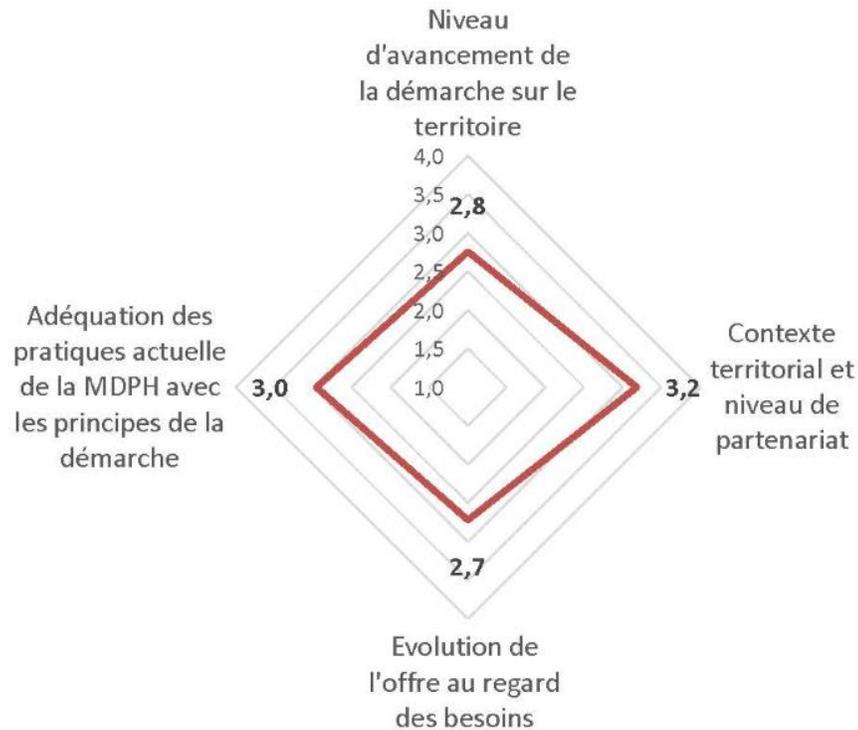
- ▶ Démarche lancée en 2015 pour rendre opérationnelles les préconisations du rapport
    - Dans 24 départements pionniers d'abords
    - 66 nouveaux départements cette année
    - Et généralisation en 2018
-  *Parallèlement de nombreux chantiers nationaux*
- ▶ Copilotage systématique ARS-Département-MDPH, et en partenariat étroit avec l'Education nationale, les CPAM, les gestionnaires de l'offre et les représentants des personnes en situation de handicap
  - ▶ Rapport de capitalisation publié par la CNSA:  
[http://www.cnsa.fr/documentation/reponse\\_accompagnee\\_-\\_rapport\\_de\\_capitalisation\\_-juillet\\_17.pdf](http://www.cnsa.fr/documentation/reponse_accompagnee_-_rapport_de_capitalisation_-juillet_17.pdf)
  - ▶ Animation nationale du déploiement assurée par la CNSA avec l'appui des autres pilotes et d'un prestataire
  - ▶ Agences Régionales de Santé chargées de l'animation interdépartementale

# Déploiement de la démarche (2)

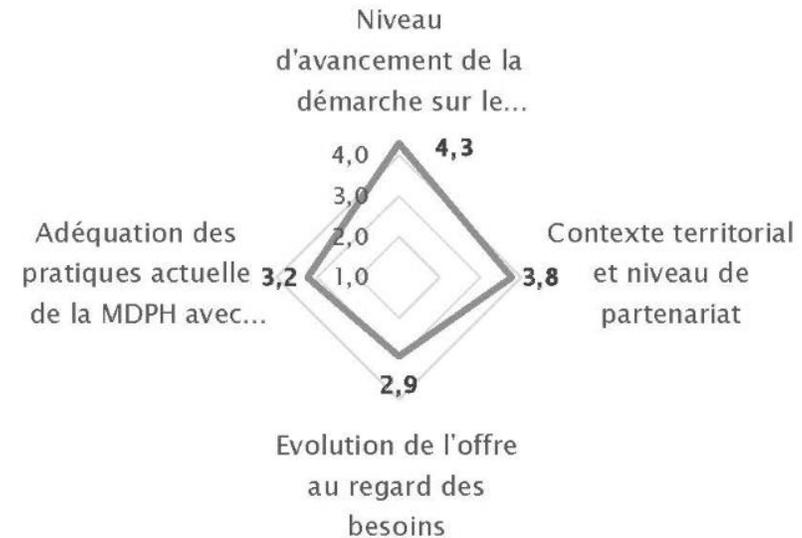
- ▶ **Une structuration bien avancée du dispositif de gouvernance, mais avec un niveau de maturité variable**
  - 3/4 des territoires indiquent avoir déjà mis en place un dispositif de gouvernance.
  - 40 % des non-pionniers n'ont pas à ce stade lancé véritablement la démarche via l'organisation d'une première réunion de comité de pilotage / comité technique.
- ▶ **Des journées d'information organisées ou prévues**
  - 40 % de territoires ont organisé une journée d'information permettant le lancement officiel de la démarche auprès des partenaires
  - 55 % des non-pionniers n'ont pas organisé ou planifié de journée à ce jour
- ▶ **L'élaboration des Plans d'accompagnement global essentiellement sur les territoires pionniers**
  - Seuls 7 territoires ont un nombre de PAG signés supérieur ou égal à 20. Il s'agit quasi exclusivement de sites pionniers (sauf pour un territoire). La plupart des répondants ont signé moins de 10 PAG.
  - Seuls 14 territoires non-pionniers ont déjà signé un ou plusieurs PAG
  - Certains territoires ont souligné qu'un nombre important de solutions avaient été trouvées sans qu'il soit nécessaire de mettre en place un PAG.

# Déploiement de la démarche (3)

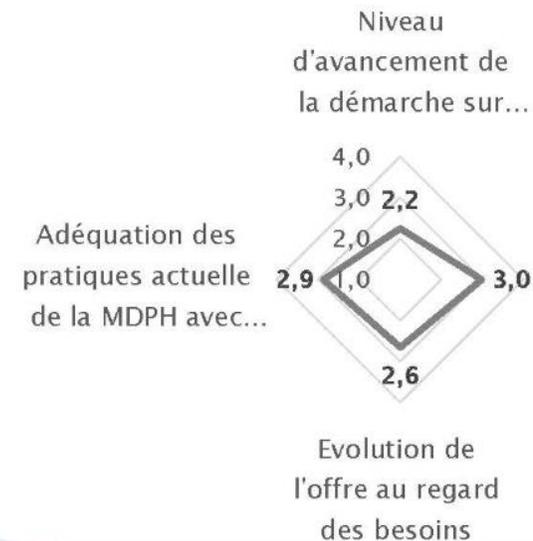
## Synthèse globale



## Synthèse territoires pionniers



## Synthèse territoires non pionniers



# Axe 1: Dispositif d'orientation permanent en pratique

- ▶ MDPH – cheffe de file de l'élaboration du PAG mais avec le concours de tous les acteurs du territoire
- ▶ Une **forte souplesse** pour l'organisation locale et adaptée à chaque situation:
- ▶ Cependant quelques **impératifs à respecter**:
  - Référent d'élaboration pour chaque PAG au sein de la MDPH
  - Participation active de la personne concernée
  - Engagement formel de toutes les parties-prenantes à mettre en œuvre le PAG
  - Désignation d'un coordonnateur de parcours parmi les signataires du PAG
  - Révision périodique

# Axe 1: Dispositif d'orientation permanent en pratique

- ▶ Leviers que **tous les acteurs** doivent mobiliser en continu, sans nécessairement passer par un PAG:
  - **Analyse fine des besoins** des personnes (en utilisant le cas échéant les nomenclatures Serafin)
  - **Souplesse** dans l'ouverture des droits
  - **Accompagnement** des personnes les plus vulnérables à **l'effectivité des droits**
  - Mise en place de **réponses modulaires**
  - Identification et anticipation des **situations à risque de rupture**
  - **Elaboration, avec la personne, d'alternatives** lorsque l'accompagnement existant n'est pas adapté
  - **Réactivité** dans l'ajustement des réponses lorsque la situation évolue

## Axe 2: Réponse territorialisée

- ▶ Certes il faut renforcer les moyens dédiés à l'accompagnement des personnes handicapées:
  - Plan quinquennal de 180M€; 4ème plan Autisme à venir
- ▶ Mais il faut aussi transformer l'offre pour aller de la logique de place vers une **logique de réponse au service des parcours**:
  - Réponses plus intégrées
  - Réponses mieux graduées en fonction des besoins
- ▶ Pourquoi ? Parce que l'organisation actuelle de l'offre ne permet pas de:
  - Rendre attractifs les parcours de vie en milieu ordinaire
  - Proposer des réponses adaptées aux personnes en situation complexe

## Axe 2: Coopération au service de la réponse territorialisée

- ▶ Coopération indispensable au regard des deux objectifs du mouvement de la transformation de l'offre :
  - davantage d'inclusion
  - réponse adaptée aux personnes ayant des besoins les plus complexes
- ▶ Elle doit se déployer à deux niveaux :
  - Coopération institutionnelle à l'échelle d'un territoire
  - Coopération opérationnelle autour des parcours individuels

# Axe 3: Expertise d'usage, vecteur de la qualité et de l'autonomie

- ▶ La **mobilisation des pairs** – au moment de l'élaboration d'une réponse aux besoins d'une personne ou de sa mise en œuvre
  - ➔ moyen de lever les blocages liés à l'épuisement des personnes face à la complexité de leur parcours
- ▶ La recours à des **formateurs-pairs** dans la formation des professionnels
  - ➔ vecteur important du changement de regard et de la qualité de l'accompagnement
- ▶ Le développement de la **pair-aidance** au sein des structures médico-sociales et sanitaires
  - ➔ outil au service de la qualité de l'accompagnement et de la promotion de l'autonomie

# Axe 4: Outils au service de la transformation systémique

- ▶ Accompagner de manière plus individualisée et fine les parcours des personnes nécessite de **revoir les organisations** à tous les niveaux (MDPH, ARS, établissements médico-sociaux)
- ▶ Les **systèmes d'informations** doivent faciliter à la fois la mise en place de ces nouvelles organisations et le suivi des parcours des personnes
- ▶ La coopération accrue entre les professionnels peut être facilitée par des **formations croisées pluridisciplinaires et pluri-institutionnelles**, ainsi que par l'analyse partagée des pratiques
- ▶ **La recherche et la recherche-action** doit permettre l'émergence et l'essaimage des modes d'accompagnement les plus adaptées.



# La transformation de l'offre médico- sociale

Les orientations de la CNSA

# Les enjeux

- **D'importants progrès ont été réalisés ces 20 dernières années dans le champ des politiques de l'autonomie :**
  - développement de l'offre médico-sociale,
  - mise en place des prestations individualisées de compensation de la perte d'autonomie (1,2 millions de bénéficiaires de l'APA) et du handicap (200 000 bénéficiaires de la PCH),
  - objectif affiché d'une meilleure prise en compte du handicap et du vieillissement dans les politiques de droit commun et l'environnement de vie des personnes.

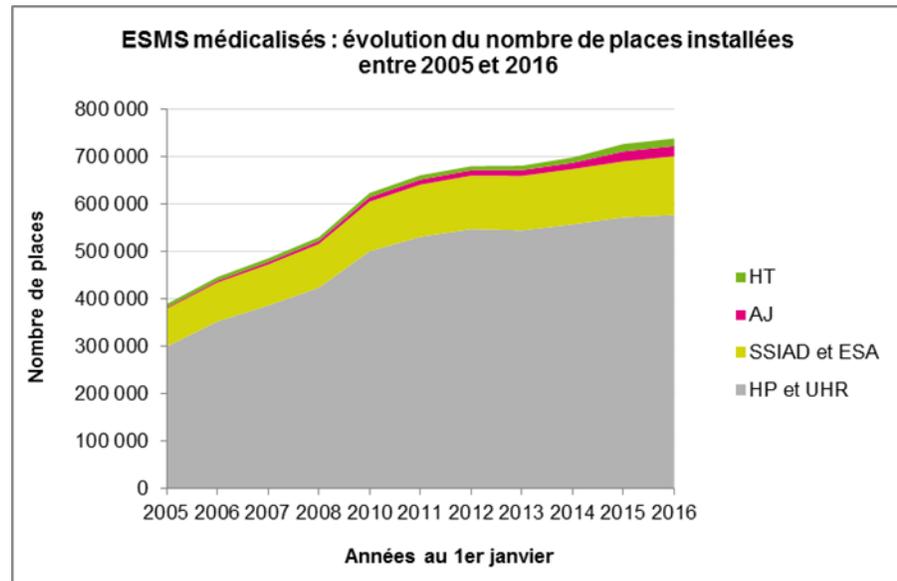
# Les enjeux

- **Toutefois les efforts doivent être poursuivis :**
  - La prévention des ruptures de parcours
  - Le renforcement des réponses coordonnées sur un territoire
  - La recherche de l'équilibre adéquat entre institutionnalisation et domicile/milieu ordinaire
  - Le passage à une logique d'accompagnement personnalisé autour d'un projet de vie plus en prise avec la complexité des besoins
  - La mobilisation de technologies adaptées
  - L'implication des personnes concernées
  - Un appui renforcé et moins dispersé aux aidants

**DANS LE SECTEUR DES  
PERSONNES ÂGÉES...**

# 10 dernières années marquées par une importante augmentation et diversification de l'offre

- Une augmentation importante de l'offre médico-sociale entre 2005 et 2016 (+87%)
- **724 634 places en établissements et services** (avec financement de l'AM)
- Une forte augmentation de l'accompagnement à domicile, en particulier du nombre de places d'accueil de jour (multiplié par 6) mais l'offre en hébergement permanent reste majoritaire



|                   | Nombre de places installées au 31/12/2016 | Taux d'équipement pour 1000 pers. |
|-------------------|---|-----------------------------------|
| AJ                | 14 391                                    | 2,36                              |
| HP                | 577 708                                   | 94,80                             |
| HT                | 11 174                                    | 1,83                              |
| SIAD              | 119 928                                   | 19,68                             |
| UHR               | 1 433                                     | 0,24                              |
| <b>Total ESMS</b> | <b>724 634</b>                            | <b>118,91</b>                     |

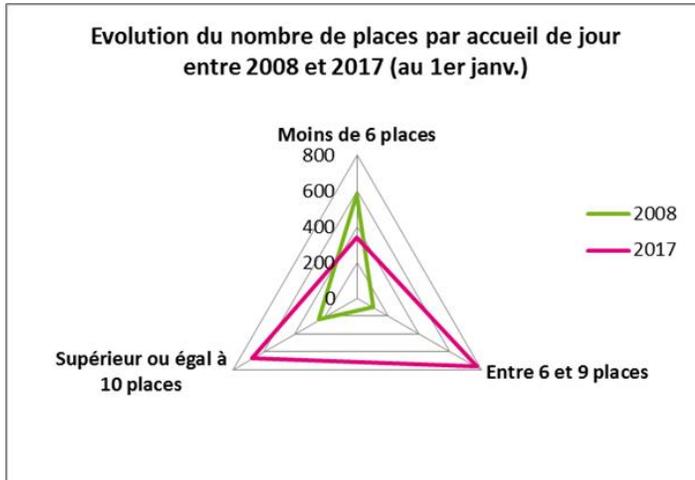
**Sources :**

Nombre de places : Finess au 31/12/2016

Population : population des 75 ans et plus au 01/01/2016, INSEE

- **Mais une répartition de l'offre sur le territoire encore inégale**
  - A l'échelle départementale, des écarts subsistent en termes de taux d'équipement en ESMS : ils sont compris entre près de 54 places et 194 places pour 1 000 personnes âgées.

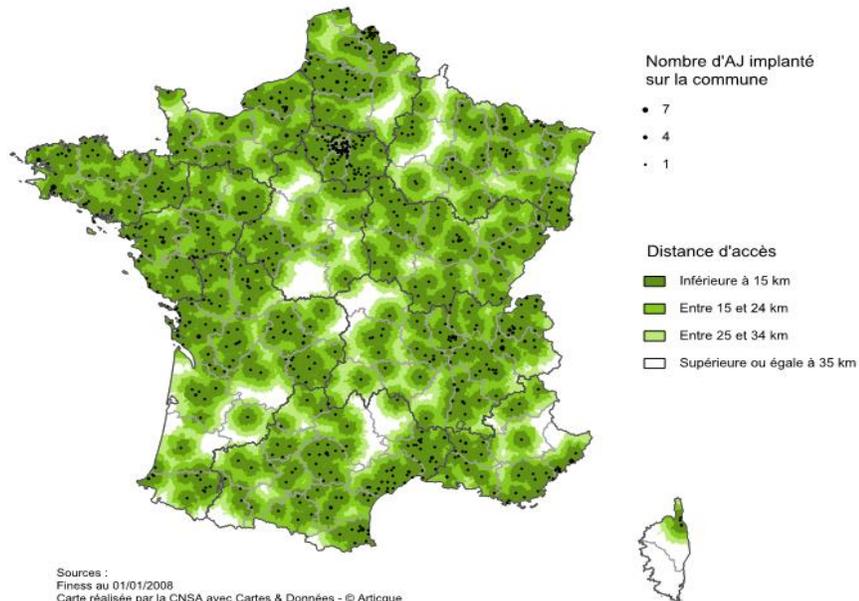
# L'exemple des accueils de jour



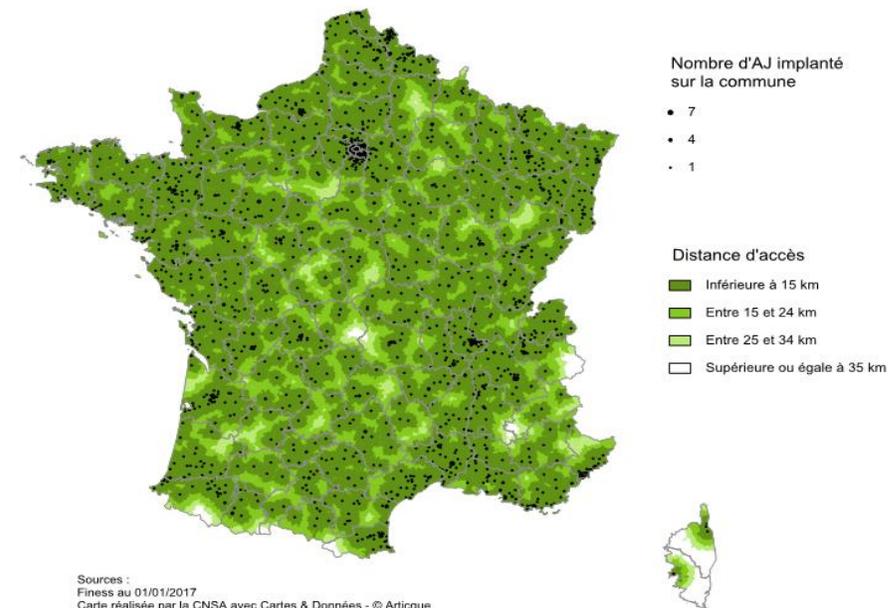
## Evolution entre 2008 et 2017 :

- Augmentation du nombre d'accueil de jour (+93%)
- Augmentation de la capacité des AJ
- Amélioration de la couverture territoriale

Accueil de jour et distance d'accès au 01/01/2008



Accueil de jour et distance d'accès au 01/01/2017



# Un mouvement de diversification de l'offre à destination des personnes âgées qui se poursuit

- En 2018, dans le cadre des mesures nouvelles du PLFSS (15M€ destinées au développement des PASA, des UHR, des ESA). Jusqu'à 2021, dans le cadre de la poursuite des plans nationaux (PMND, PSGA..), l'objectif étant de doubler le nombre d'EHPAD disposant d'une offre spécifique et de réduire les écarts entre les départements.
- L'accent mis sur la prévention *via* la conférence des financeurs
- La poursuite du développement de l'offre de services à domicile (SPASAD) et l'émergence d'une offre nouvelle (plateformes de services, offre d'habitat avec services, etc.)
- Les indicateurs PMND apporteront un éclairage complémentaire sur cette diversification de l'offre PA

# Un contexte de réformes structurantes pour le secteur des personnes âgées

- La loi ASV (art. 58), notamment, inscrit le secteur des personnes âgées dans un mouvement de réforme prenant la forme :
  - **Une contractualisation renouvelée** à travers la substitution obligatoire d'un CPOM à l'actuelle convention tripartite pluriannuelle (CTP) pour les EHPAD.
  - **Une réforme tarifaire** par le passage à un financement forfaitaire des soins et de la dépendance.
  - **Au niveau des établissements, un pilotage par les ressources** nécessitant une réforme des règles budgétaires et comptables notamment la mise en place d'un état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD).

# Des réformes cohérentes visant 4 objectifs

- Mieux répondre aux besoins sociaux
- Moderniser le secteur
- Rechercher une répartition plus équitable des ressources disponibles
- Et améliorer l'efficacité de la dépense médico-sociale

**DANS LE SECTEUR DES  
PERSONNES HANDICAPÉES...**

# Un accroissement significatif des créations de places entre 2008 et 2017

- L'offre en ESMS relevant d'un financement partiel ou total par l'assurance maladie **s'est accrue de 37 000 places depuis 2008** (soit près de 1,2 milliards d'euros en plus). **L'OGD PH a ainsi connu une croissance de 49 % entre 2008 et 2017.**
- On compte au total, tous types d'ESMS confondus, **490 000 places pour personnes handicapées, dont 245 200 places financées par l'assurance maladie.**
- Les créations de places ont été impulsées dans le cadre du Plan pluriannuel 2008-2014, du deuxième Schéma national pour les handicaps rares 2014-2018 et du 3<sup>ème</sup> plan autisme 2013-2017.
- S'agissant de la **programmation 2017-2021, 8 464 créations de places** ont été d'ores et déjà programmées (+ environ 2 000 places attendues dans le cadre de la stratégie quinquennale d'évolution de l'offre).
- **Mais Des disparités territoriales importantes.** A l'échelle départementale, le niveau d'équipement total (médicalisé et non médicalisé) est compris entre 2,15 places (Martinique) et 17 places pour 1000 adultes (Corrèze).

# L'offre médico-sociale à l'heure du « virage inclusif »

- **Le Président de la République a fait de la construction d'une société d'inclusion une des grandes priorités du quinquennat** ☒ 20 septembre dernier, Comité interministériel du Handicap (CIH) présidé par le Premier ministre, sur le thème « Vivre avec un handicap au quotidien ».
- La **stratégie nationale de santé**, déclinée dans les projets régionaux de santé, sera porteuse d'un **objectif global de transformation du système de santé**. L'évolution nécessaire de l'offre médico-sociale s'inscrit dans cet objectif global.
- L'un des axes de la **Réponse accompagnée pour tous** est ainsi l'évolution de l'offre d'accompagnement, afin qu'elle soit **au service de l'inclusion et de la fluidité des parcours**, et que son **fonctionnement soit assoupli** pour permettre une individualisation accrue des réponses.
- **Volonté de transformation pérenne et profonde du système médico-social et du système éducatif** illustrée par le chantier engagé conjointement avec M. Blanquer le 4/12 sur **l'école inclusive**
  - Coopération quotidienne étroite et renforcée entre ARS et services du rectorat
  - Offre MS pour enfants mobilisée en adossement à l'école ordinaire

# L'offre médico-sociale à l'heure du « virage inclusif »

- Ce virage inclusif passe notamment par les évolutions suivantes:
  - Renforcement des **interventions** d'acteurs du secteur médico-social **dans le milieu ordinaire**
  - **Diversification des prestations** proposées par les acteurs du secteur médico-social
  - Effectivité de **l'organisation graduée de l'offre (acteurs jouant une fonction ressources)**
  - Facilitation de **l'intervention conjointe de plusieurs acteurs** pour la construction de réponses dites **modulaires**
  - Renforcement de la **capacité** de l'offre à **accompagner** les personnes en situation **complexe** (places, moyens humains, formations)

# Des premières actions à renforcer

- Les **groupes d'entraide mutuelle (GEM)**
- Dans le cadre du plan autisme 2013-2017, plus de 100 **unités d'enseignement en maternelle (UEM)** ont ouvert
- Dans le champ de l'emploi, la mise en œuvre du **dispositif dit « d'emploi accompagné »**
- Des **formes d'habitat dit inclusif** ont commencé à se développer, qu'il convient désormais de **diffuser et de sécuriser économiquement**
- Une **structuration graduée de l'offre par niveaux d'expertise subsidiaires** est impulsée
- **Un fonctionnement plus souple permettant la combinaison de « modules » d'accompagnement et leur adaptation au fil du temps est également facilité** dans le cadre de l'orientation « en dispositif » vers les ITEP

# La stratégie quinquennale d'évolution de l'offre

- Dans ce contexte marqué par la fin prochaine des effets des grands plans de créations de places, et par la mise en place de la **démarche Une réponse accompagnée pour tous...**
- ...une **stratégie quinquennale d'évolution de l'offre** a été annoncée lors de la Conférence nationale du handicap de mai 2016.
- Ses orientations ont été précisées par le Comité interministériel du handicap de décembre 2016 notamment les volets thématiques (polyhandicap, handicap psychique, aidants, habitat inclusif)
- Cette stratégie s'est traduite par une enveloppe de 180 M€.

– Texte de référence : [Circulaire du 2 mai 2017 relative à la transformation de l'offre](#)

⊗ **Objectif réaffirmé** et inscrit dans la feuille de route de la Ministre des solidarités et de la Santé, et de la Secrétaire d'Etat aux personnes handicapées.

# La stratégie quinquennale d'évolution de l'offre

- La mise en œuvre de la stratégie quinquennale dépend de **l'implication forte et conjointe** :
  - Des **personnes concernées**, dont le projet de vie et les attentes doivent déterminer les modalités d'accompagnement et de compensation qui leur sont proposées
  - Des **gestionnaires d'établissements et services**, des secteurs tant médico-social que sanitaire : contractualisation, évolution des prestations offertes, accompagnement des évolutions des pratiques professionnelles, etc.
  - Des **autorités de régulation et acteurs institutionnels locaux** (Agences régionales de santé, conseils départementaux, Education nationale, etc.) : contractualisation, mise en réseau, organisation des ressources, incitations, etc.
  - Des **acteurs nationaux** : impulsion, appuis, capitalisation, évolutions des textes, etc.
- Afin que les évolutions attendues se produisent, les objectifs doivent être précis, partagés, et leur atteinte pouvoir être mesurée. C'est pourquoi **la Ministre a souhaité que la question des modalités de suivi de l'évolution de l'offre soit anticipée.**

# L'accompagnement de ce mouvement de transformation de l'offre s'appuie sur des leviers multiples

- **La gouvernance:** au niveau national, **Comité de pilotage en présence de la Ministre le 18 janvier 2018** réunissant le comité exécutif (acteurs institutionnels nationaux et locaux) et le groupe de liaison (associations, fédérations) de la démarche Réponse accompagnée
- **Le suivi** de l'évolution de l'offre :
  - Une vingtaine **d'indicateurs clés** en cours de définition
  - Les outils de **suivi du déploiement de la Réponse accompagnée** pour tous fourniront des éclairages complémentaires
    - > Mise en place effective d'une gouvernance partenariale, prise en compte de réponse accompagnée dans les CPOM, etc.
  - Les **dialogues de gestion annuels avec les ARS** donneront lieu à un recueil d'informations qualitatives
    - > Sur les dynamiques à l'œuvre, la gouvernance, le contenu des CPOM, les opportunités et les freins rencontrés, etc.
  - **L'application SEPPIA** permettant le suivi de la programmation des crédits,
  - D'autres sources complémentaires, notamment dans les systèmes d'information existants: HAPI, tableau de bord, etc.

# La satisfaction des personnes concernées

- **La satisfaction des personnes concernées, la qualité de l'accompagnement telle qu'elle est perçue par les personnes, doivent pouvoir être mesurées.**
  - Les dispositifs de recueil existants sont souvent localisés. → Les modalités de mise en œuvre d'une mesure plus généralisée de la satisfaction des personnes doivent être étudiées;
  - Ce travail apparaît indispensable, tant dans le cadre du présent chantier que dans le cadre de l'évaluation de la Réponse accompagnée, dans la mesure où le résultat final recherché est bien celui d'une meilleure qualité de vie, d'une satisfaction accrue et d'un bien-être des personnes et de leurs proches.

☒ Un chantier à conduire en 2018

## 2e mouvement de fond : SERAFIN-PH

### **Pourquoi une réforme de la tarification :**

- Des budgets alloués de façon « historique » : confrontation entre les demandes budgétaires des structures et la dotation régionale
- Peu de contrainte financières sur le secteur médico-social à la création de la CNSA et durant plusieurs années afin de créer de nouvelles places et renforcer les ESMS existants
- Un nouveau contexte
  - ONDAM plus contraint
  - Recherche d'efficiency, y compris sur le champ médico-social
- Un changement sociétal : parcours

# Les objectifs du projet SERAFIN-PH

- Un rapport d'inspection : le rapport Vachey (IGF) Jeannet (IGAS)
    - Des associations qui sont favorables
    - Des pouvoirs publics qui financent le projet
  - Objectifs
    - **Conduire une réforme** pour un nouveau dispositif d'allocation de ressources aux ESMS pour l'accompagnement des personnes handicapées qui soit :
      - ...**équitable** (fin des dotations historiques)
      - ...dont les **processus soient simplifiés**
      - ...qui permette **des parcours de vie sans rupture** (renforcé par le rapport « zéro sans solution » et sa traduction opérationnelle « une réponse accompagnée pour tous »)
- ⊗ **Fonder le financement des ESMS sur des éléments objectifs choisis**  
: la liaison entre les besoins des personnes qui sont accueillies et les réponses qui leur sont apportées

# Feuille de route du projet SERAFIN-PH

- Une **feuille de route** du projet validée lors du Comité stratégique du 24 novembre 2014
  - => 3 phases pour le projet Serafin-PH
  - Phase 1: construire les outils qui permettront une allocation de ressources renouvelée – durée estimée 3 à 4 ans
  - Phase 2: choisir un modèle de tarification, en simuler les impacts
  - Phase 3 : déployer le modèle

# Point d'étape au 1<sup>er</sup> décembre 2017

Nomenclatures  
Besoins / Prestations

*Référentiel accessible par chacun pour qualifier*

- les besoins des personnes
- Les prestations des ESMS

Enquête « repères »

*1<sup>ère</sup> approche qualitative pour cibler les accompagnements ressentis par les professionnels de terrains comme plus coûteux*

Enquêtes puis Etudes  
Nationales de Coûts

*Estimer la diversité des coûts des activités réalisées par les ESMS*

Quel modèle  
de  
financement ?

Comptes administratifs des  
ESMS PH

*Savoir comment sont réparties les charges entre les ESMS aujourd'hui*

**Etapes à venir**

Estimation/Recueil

- Du besoin de toutes les personnes ?
- Des prestations de tous les ESMS ?

*A définir si besoin*

**ET LE RÔLE DE LA CNSA...**

# Eclairer les acteurs de terrain et les décideurs

- **Assurer la montée en puissance des systèmes d'information**
  - SI MDPH
  - SI Orientation
  - SI Collecte
- **Production d'analyse**
  - Chapitre prospectif
  - Rapport EHPAD
  - Bilan de l'offre
  - ...
- **Recherche**
  - A partir de début 2018, l'ensemble des projets de recherche financés par la caisse depuis plus de 10 ans feront l'objet de brèves fiches de synthèse

# Veiller à l'équité de la répartition des moyens

- Evolution les critères d'allocation des crédits CNH
  - Nouvelle méthode reposant sur l'identification de la part « légitime » de chaque territoire au regard de ses besoins
  - Objectif d'appréciation plus fine des inégalités d'équipement
- SERAFIN
- Réforme tarifaire des EHPAD

# Animer et appuyer les réseaux

- Evolution des dispositifs de suivi
  - Dispositif adapté à un déploiement de l'offre qui ne se résumera plus à des créations de places même si bien sûr des places devront encore se créer dans certains territoires ou certains champs. L'outil devra rendre compte de la diversité des dispositifs créés.
- Formation
  - impulser et accompagner le développement d'actions de formation plus innovantes et croisées
- Animation croisée des réseaux
  - ARS et CD
- Capitalisation / Modélisation des organisations innovantes

# LA TRANSFORMATION DE L'OFFRE MÉDICO-SOCIALE : LES ORIENTATIONS DE LA CNSA

**Simon KIEFFER**

*Directeur des établissements et services médico-sociaux  
CNSA*

**Violaine EUDIER**

*Responsable Pôle « Programmation de l'offre de services »  
Direction des établissements et services médico-sociaux - CNSA*

# La réforme des autorisations, vers quelle transformation de l'offre ?

## ECHANGES AVEC LA SALLE

Mardi 12 décembre 2017 MONTPELLIER, Théâtre des 13 vents



# La réforme des autorisations, vers quelle transformation de l'offre ?



« LA RÉFORME DES NOMENCLATURES : DE QUOI PARLE-T-ON ? »

GÉNÈSE DU DÉCRET DU 9 MAI , GUIDE D'APPLICATION & MISE EN OEUVRE

**Franck LE MORVAN**

*Directeur de projet à la DGCS*

Mardi 12 décembre 2017 MONTPELLIER, Théâtre des 13 vents



**La nouvelle nomenclature des établissements  
et services sociaux et médico-sociaux  
accompagnant des personnes handicapées**

## Le cadre et les objectifs de la nouvelle nomenclature

- . Une réflexion transversale sur la segmentation des autorisations sociales et médico-sociales : 1 400 spécialités dont près de 1 000 dans le champ du handicap
- . Le lien avec la démarche « Une réponse accompagnée pour tous » : réduire une des causes des défauts d'accompagnement et des ruptures de parcours
- . Une nomenclature simplifiée et opposable, pour assouplir les autorisations
- . Une application progressive sur une base volontaire (appel à projet ou demande d'autorisation modificative) et de préférence négociée (dans le cadre d'un CPOM)

## Rappel du droit de l'autorisation

La spécialité de l'autorisation conditionne les droits et obligations de son titulaire à l'égard des usagers et des autorités publiques

- L'autorisation conditionne l'application des règles d'organisation et de fonctionnement (art. L.313-4 du CASF)
- L'autorisation est généralement assortie d'un droit à financement, notamment par les organismes de sécurité sociale (art. L. 313-6)
- En contrepartie, l'autorisation impose à l'ESSM « *dans la limite de sa spécialité et de sa capacité autorisée, d'accueillir toute personne qui s'adresse à lui* » (art. L.313-8-1 du CASF) ou qui est orientée vers lui par la CDAPH (art. L.241-6 du CASF)

## La segmentation des spécialités

|                    | structures | categories | disciplines | publics | types d'act. | combinaison | spécialités | fréquence |
|--------------------|------------|------------|-------------|---------|--------------|-------------|-------------|-----------|
| total              | 59457      | 77         | 65          | 70      | 17           | 2354        | 1411        | 42        |
| enfance protégée   | 4788       | 23         | 14          | 12      | 10           | 363         | 132         | 36        |
| enfance handicapée | 8271       | 18         | 12          | 30      | 10           | 708         | 503         | 16        |
| adultes handicapés | 13426      | 25         | 17          | 32      | 10           | 728         | 436         | 31        |
| personnes âgées    | 27084      | 22         | 15          | 5       | 6            | 150         | 66          | 410       |
| autres adultes     | 5888       | 27         | 18          | 28      | 11           | 405         | 274         | 21        |

données Finess mars 2015

D'où l'enjeu d'une nomenclature simplifiée et opposable

- *pour mieux répondre aux besoins individuels* : éviter les défauts de prise en charge et favoriser les logiques de parcours
- *pour faciliter la réponse aux besoins collectifs* en simplifiant sa programmation, notamment dans le cadre des projets régionaux de santé

## Le champ d'application de la nouvelle nomenclature

Quatre groupes de catégories d'établissements et de services :

. les établissements ou services d'enseignement qui assurent, à titre principal, une éducation adaptée et un accompagnement social ou médico-social aux mineurs ou jeunes adultes handicapés ou présentant des difficultés d'adaptation, régis par le 2° du I de l'article L. 312-1 du CASF

. les centres d'action médico-sociale précoce - CAMSP (*pour la nomenclature des publics*)

. les établissements ou services d'aide par le travail - ESAT - ou de réadaptation, de préorientation et de rééducation professionnelle - CPO et CRP (*pour la nomenclature des publics*)

. les autres établissements et services qui accueillent des personnes handicapées, quel que soit leur degré de handicap ou leur âge, ou des personnes atteintes de pathologies chroniques, qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale ou bien qui leur assurent un accompagnement médico-social en milieu ouvert, régis par le 7° du I de l'article L. 312-1 du CASF

Hors champ : centres de ressources, établissements et services expérimentaux

## Les publics accompagnés (1)

### nomenclature Finess actuelle

Déficience Intellectuelle (sans autre indication - SAI)  
Déficiences Intellectuelles (SAI\*) avec Troubles Associés  
Retard Mental Profond ou Sévère  
Retard Mental Profond et Sévère avec Troubles Associés  
Retard Mental Moyen  
Retard Mental Moyen avec Troubles Associés  
Retard Mental Léger  
Retard Mental Léger avec Troubles Associés

Autistes

Déficience du Psychisme (Sans Autre Indication)  
Déficience Grave du Psychisme  
Troubles Psychopathologiques (Sans Autre Indication)  
Troubles Psychopathologiques Légers  
Troubles Psychopathologiques Graves

Troubles du Caractère et du Comportement

### nouvelles autorisations\*

Déficience intellectuelle

Troubles du spectre de l'autisme

Handicap psychique

Difficultés psychologiques avec troubles du comportement

## Les publics accompagnés (2)

|   |  |
|---|--|
| Polyhandicap  | Polyhandicap   |
| Déficience Motrice sans Troubles Associés<br>Déficience Motrice avec Troubles Associés      | Déficience motrice   |
| Déficience Auditive<br>Déficiences Auditives avec troubles associés                         | Déficience auditive grave  |
| Déficience Visuelle (Sans Autre Indication)<br>Déficiences Visuelles avec troubles associés | Déficience visuelle grave  |
| Surdi-Cécité avec ou sans troubles associés   | <i>autorisation au titre des deux publics précédents<br/>ou rôle de centre de ressources ou caractère<br/>expérimental</i> |
| Cérébro-lésés<br>Déficience Grave du Psychisme consécutive à lésion<br>cérébrale            | Cérébro-lésés  |
| Déficience Grave de la Communication  | Handicap cognitif spécifique   |
| Tous Types de Déficiences Personnes Handicapées<br>(sans autre indication)                  | Tous Types de Déficiences Personnes Handicapées<br>(sans autre indication)   |
| <i>Autres publics</i>   | <i>si rôle de centre de ressources ou caractère expérimental</i>   |

## Les spécialisations en fonction du projet éducatif, pédagogique et thérapeutique

### **nomenclature Finess actuelle (disciplines)**

Éducation Générale et Soins Spécialisés pour Enfants Handicapés

Éducation Professionnelle & Soins Spécialisés pour Enfants Handicapés

Éducation Générale et Professionnelle & Soins Spécialisés pour Enfants Handicapés

Education Spécialisée et Soins à domicile pour Enfants Handicapés

Accompagnement familial et éducation précoce pour Enfants Handicapés

Acquisition, autonomie, intégration scolaire pour Enfants Handicapés

Hébergement Spécialisé pour Enfants et Adolescents Handicapés

Préparation à la Vie Sociale pour Adolescents Handicapés

### **nouvelles autorisations**

Accompagnement précoce de jeunes enfants

Préparation à la vie professionnelle

Accompagnement dans l'enseignement supérieur

Accompagnement dans l'acquisition de l'autonomie et la scolarisation (hors trois disciplines précédentes)

Tous projets éducatifs, pédagogiques et thérapeutiques

## Les barrières d'âge

. Sous réserve des limites d'âge découlant d'autres dispositions législatives ou réglementaires (âge maximal prévu pour certains services d'accompagnement précoce et pour les CAMSP, âge minimal d'exercice d'une activité professionnelle pour les ESAT).

. L'autorisation d'un établissement ou service d'éducation adaptée ne peut prévoir de limite d'âge inférieure à 20 ans ; l'autorisation ne peut donc plus être délivrée pour des tranches d'âges spécifiques telles que 7-13 ans ou 8-12 ans. Elle peut en revanche prévoir une limite d'âge supérieure à 20 ans. Elle peut ainsi permettre, à titre permanent et non pas expérimental, un accompagnement adapté aux jeunes de 16 à 25 ans.

. Aucun plancher ou plafond ne peut être prévu pour un ESSMS relevant du 7° du I de l'article L. 312 1 : ainsi, il ne peut lui être interdit de recevoir des jeunes ne relevant plus d'un établissement d'éducation adaptée ; son autorisation ne pourra pas non plus être limitée aux personnes de moins de 60 ans.

## Les établissements et services d'éducation adaptée (2° de l'article L.312-1 du CASF)

| <b>nomenclature Finess actuelle</b>                       | <b>nouvelles autorisations</b>  |
|---|---|
| Institut Médico-Educatif (I.M.E.)                         | Institut Médico-Educatif (I.M.E.)   |
| Institut Thérapeutique Éducatif et Pédagogique (I.T.E.P.) | Institut Thérapeutique Éducatif et Pédagogique (I.T.E.P.)   |
| Institut d'éducation motrice (I.E.M.)                     | Institut d'éducation motrice (I.E.M.)   |
| Etablissement pour Enfants ou Adolescents Polyhandicapés  | Etablissement pour Enfants ou Adolescents Polyhandicapés  |
| Institut pour Déficients Auditifs                         | Institut pour Déficients Auditifs   |
| Institut pour Déficients Visuels                          | Institut pour Déficients Visuels  |
| Foyer Hébergement Enfants et Adolescents Handicapés       | <i>classement dans une des catégories supra</i>   |
| Etablissement d'Accueil Temporaire d'Enfants Handicapés   | <i>classement dans une des catégories supra</i>   |
| Institut d'Education Sensorielle Sourd/Aveugle            | <i>classement dans une des catégories supra ou rôle de centre de ressources</i>   |
| Centre Médico-Psycho-Pédagogique (C.M.P.P.)               | Centre Médico-Psycho-Pédagogique (C.M.P.P.)   |
| Centre d'Accueil Familial Spécialisé                      | <i>mode d'activité des catégories supra</i>   |
| Bureau d'Aide Psychologique Universitaire (B.A.P.U.)      | Bureau d'Aide Psychologique Universitaire (B.A.P.U.)  |
| Service d'Éducation Spéciale et de Soins à Domicile       | Service assurant un accompagnement à domicile ou en milieu ordinaire - Service d'Éducation Spéciale et de Soins à Domicile<br>(non rattaché à un établissement) |

## Les autres établissements et services (7° de l'article L. 312-1 du CASF)

| <b>nomenclature Finess actuelle</b>   | <b>nouvelles autorisations</b>   |
|---|--|
| Maison d'Accueil Spécialisée (M.A.S.)   | Maison d'Accueil Spécialisée (M.A.S.)  |
| Foyer d'Accueil Médicalisé pour Adultes Handicapés (F.A.M.)   | Etablissement d'accueil médicalisé en tout ou partie pour personnes handicapées (E.A.M.) |
| Foyer de Vie pour Adultes Handicapés<br>Foyer Hébergement pour Adultes Handicapés<br>Foyer d'Accueil Polyvalent pour Adultes Handicapés | Etablissement d'accueil non médicalisé pour personnes handicapées (E.A.N.M.)             |
| Etablissement d'Accueil Temporaire pour Adultes Handicapés  | <i>classement dans une des trois catégories supra</i>                                    |
| Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés  | Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés                           |
| Service d'Accompagnement à la Vie Sociale (S.A.V.S.)  | Service d'Accompagnement à la Vie Sociale (S.A.V.S.)                                     |
| Service de Soins Infirmiers A Domicile (S.S.I.A.D)  | Service de Soins Infirmiers A Domicile (S.S.I.A.D)                                       |
| Service Polyvalent Aide et Soins A Domicile (S.P.A.S.A.D.)  | Service Polyvalent Aide et Soins A Domicile (S.P.A.S.A.D.)                               |
| Service Prestataire d'Aide à Domicile (S.A.D.)  | Service Prestataire d'Aide à Domicile (S.A.D.)   |
| <i>pour les établissements comportant plusieurs sections différentes :</i>  |  |
| <b>nomenclature Finess actuelle (disciplines)</b>   | <b>nouvelles autorisations</b>   |
| Accueil spécialisé pour adultes handicapés  | Accueil et accompagnement spécialisé pour personnes handicapées                          |
| Accueil médicalisé pour adultes handicapés  | Accueil et accompagnement médicalisé pour personnes handicapées                          |
| Accueil en foyer de vie pour adultes handicapés<br>Hébergement ouvert en foyer pour adultes handicapés                                  | Accueil et accompagnement non médicalisé pour personnes handicapées                      |

## Les modes d'accueil et d'accompagnement

**Tableau 5 - Modes d'accueil et d'accompagnement dans Finess pour les nouvelles autorisations**

Hébergement Complet Internat (*y compris de manière séquentielle*)

**Accueil de nuit\*** (*remplace notamment l'Hébergement de Nuit Eclaté*)

Placement Famille d'Accueil

**Accueil temporaire avec hébergement\*** (*remplace notamment l'Accueil Temporaire de W.E. ou Vacances*)

**Tous modes d'accueil avec hébergement\***

Accueil de Jour (*sans distinction entre semi-internat et externat*)

**Accueil temporaire de jour\***

**Accueil temporaire (avec et sans hébergement)\***

**Tous modes d'accueil (avec et sans hébergement)\***

Accompagnement en milieu ordinaire

**Accueil de jour et accompagnement en milieu ordinaire\*** (*remplace notamment Consultations et Soins Externes / Traitement et Cure Ambulatoire*)

**Tous modes d'accueil et d'accompagnement\***

*\*rubriques nouvelles ou élargies dont la création est prévue dans la nomenclature Finess*

## Les impacts sur l'accueil temporaire

- . Un établissement peut toujours être dédié à l'accueil temporaire : la nouvelle nomenclature implique seulement de le caractériser en fonction du public principalement accueilli
- . La nouvelle nomenclature est sans incidence sur la dénomination des établissements, sur l'adaptation des normes de fonctionnement et sur les capacités fixées par des arrêtés en vigueur
- . Les autorisations peuvent toujours distinguer une capacité dédiée à l'accueil temporaire ; mais elles peuvent désormais prévoir une capacité d'accompagnement global permettant d'adapter la prise en charge à chaque situation (y compris en prolongeant l'accueil temporaire au domicile)

# Les règles de la tarification : des contraintes limitées levées dans le cadre d'un CPOM (1)

| ESSM relevant du 2° du I de l'article L. 312-1 (règles générales)  | ESSM relevant du 7° du I de l'article L. 312-1 (règles générales)  | ESSM relevant d'un état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD)   |
|--|--|--|
| <p>Article R314-119 CASF</p> <p>Les établissements et services qui offrent divers modes de prise en charge tels que :</p> <p>1° Des journées en externat ;<br/>           2° Des journées en internat complet ;<br/>           3° Des journées en internat de semaine ;<br/>           4° La demi-pension ;<br/>           5° De l'accueil temporaire ;<br/>           6° Des journées d'intégration en milieu ordinaire ;<br/>           peuvent demander, soit dans le cadre de leurs propositions budgétaires, soit dans les quinze jours qui suivent la notification du montant des dépenses ou des recettes autorisées, que leur prix de journée soit modulé selon le mode d'accueil retenu pour l'enfant ou le jeune adulte pris en charge.</p>  | <p>Article R314-147 CASF</p> <p>Pour les établissements relevant du 7° du I de l'article L. 312-1 :</p> <p>...</p> <p>II. - Les dispositions de l'article R. 314-119 sont applicables, notamment pour les modes d'accueil suivants :</p> <p>1° L'accueil de jour ;<br/>           2° L'accueil de nuit ;<br/>           3° L'accueil jour et nuit ;<br/>           4° L'accueil temporaire ;<br/>           5° L'accueil de week-end.<br/>           ...</p>   | <p>pas de disposition équivalente</p>  |
| <p>Article R314-10 CASF</p> <p>I. - Lorsqu'un même établissement ou service poursuit plusieurs activités qui font l'objet de modalités de tarification ou de sources de financements distincts, l'exploitation de chacune d'entre elles est retracée séparément dans la section d'exploitation du budget général de l'établissement.</p> <p>Celle-ci comprend alors, d'une part au sein d'un budget principal, les dépenses et recettes correspondant à l'activité principale de l'établissement, et d'autre part au sein d'un ou de plusieurs budgets annexes, les dépenses et recettes correspondant aux autres activités. ...</p> <p>Article R314-120 CASF</p> <p>Si l'un des modes d'accueil mentionnés à l'article R. 314-119 offre une capacité de plus de 25 places et représente plus du tiers de la capacité globale de l'établissement ou du service, il fait l'objet d'un budget annexe, sauf dérogation accordée par l'autorité de tarification.</p> | <p>Article R314-10 CASF (<i>idem</i>)</p> <p>Article R314-147 CASF (<i>suite</i>)</p> <p>... Les charges et les produits du service d'accompagnement sont retracés dans le budget de l'établissement de rattachement, et pris en compte pour le calcul de son résultat.</p> <p>III. - Les activités d'accompagnement médico-social en milieu ouvert, lorsqu'elles relèvent également du 7° du I de l'article L. 312-1, peuvent être directement assurées par un établissement relevant du présent article, dans la limite de 15 places et de 30 % de la capacité initiale de ce dernier.</p> | <p>Article R314-217 CASF</p> <p>I. - Lorsqu'un même établissement ou service poursuit plusieurs activités qui font l'objet de modalités de tarification ou de sources de financements distincts, l'exploitation de chacune d'entre elles est retracée séparément dans un compte de résultat prévisionnel.</p> <p>L'activité principale de l'établissement est retracée dans un compte de résultat prévisionnel principal. Les autres activités sont retracées dans des comptes de résultats prévisionnels annexes.</p> |

## Les règles de la tarification : des contraintes limitées levées dans le cadre d'un CPOM (2)

- . La coexistence entre plusieurs modes d'accompagnement, même quand elle emporte des modes de tarification différents, n'implique généralement pas d'autorisation spécifique,
- . Le passage à la dotation globalisée - pour l'ensemble des ESSMS, y compris pour ceux tarifés par le seul PCD - ou à l'EPRD – pour ceux tarifés par le DGARS seul ou conjointement avec le PCD - permet d'aller vers des autorisations exprimées de manière globale et d'offrir à chaque personne accueillie l'ensemble des modes d'accueil et d'accompagnement prévus par le CASF
- . Dès lors que l'autorisation d'accompagnement global ne distingue plus de capacités dédiées aux différentes formes d'accompagnement, les surcoûts spécifiques liés à certaines d'entre elles, par exemple l'accueil temporaire, doivent être pris en compte dans le cadre du CPOM et des EPRD

## Accompagnement global et orientation

- . L'établissement qui bénéficie d'une autorisation d'accompagnement global s'engage, tant que cette capacité globale n'est pas saturée, à s'adapter aux besoins de toute personne qui lui est adressée par la CDAPH, quelles que soient les formes d'accompagnement qu'elle nécessite
- . Le CPOM n'est pas un substitut à l'autorisation. Il permet de préciser les modalités d'accueil privilégiées à moyen terme, mais l'autorisation reste le seul document opposable à la CDAPH et aux personnes susceptibles d'être accompagnées
- . La décision d'orientation peut prévoir la modulation de l'accompagnement dans le temps ou laisser une marge d'adaptation en termes de lieu et de périodicité de la prise en charge
- . L'autorisation d'accompagnement global n'emporte pas de délégation de compétence de la CDAPH

## Les suites

- . Un guide destiné à l'ensemble des acteurs de la politique du handicap
- . Un questions-réponses évolutif
- . Un suivi par le groupe de travail

# La réforme des autorisations, vers quelle transformation de l'offre ?



## « LA FLEXIBILITÉ DES AUTORISATIONS : OPPORTUNITÉS ET RISQUES »

**Franck LE MORVAN**

*Directeur de projet à la DGCS*

**Sébastien POMMIER**

*Membre du Groupe SERAPHIN, Membre de la CNTSS, Directeur général du Clos du nid*

**Olivier DUPILLE**

*Responsable de l'offre de service à l'Association des Paralysés de France (APF)*

**Gilles GONNARD**

*Président de l'Association des ITEP et de leurs réseaux (AIRE)*

ECHANGES & DEBATS

**Animation**

*Ludovic MARIOTTI, conseiller technique PA/PH à l'Uriopss Occitanie*

**Mardi 12 décembre 2017 MONTPELLIER, Théâtre des 13 vents**





# La réforme des autorisations

Décret n°2017-982 du 9 mai 2017

Instruction/Guide en cours de concertation

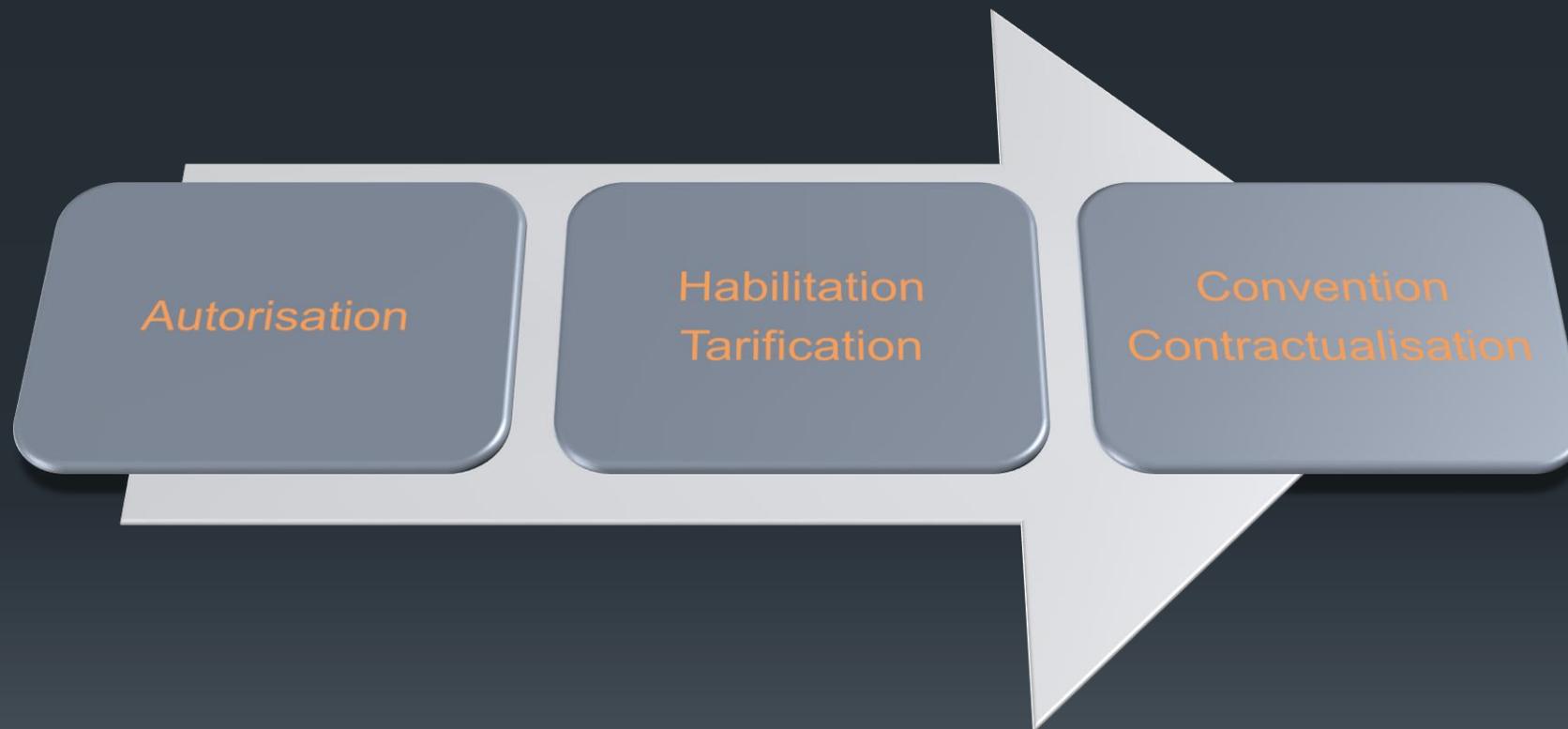
## Sébastien POMMIER,

*Membre du Groupe SERAFIN PH, Membre de la CNTSS,  
Directeur général du Clos du nid*

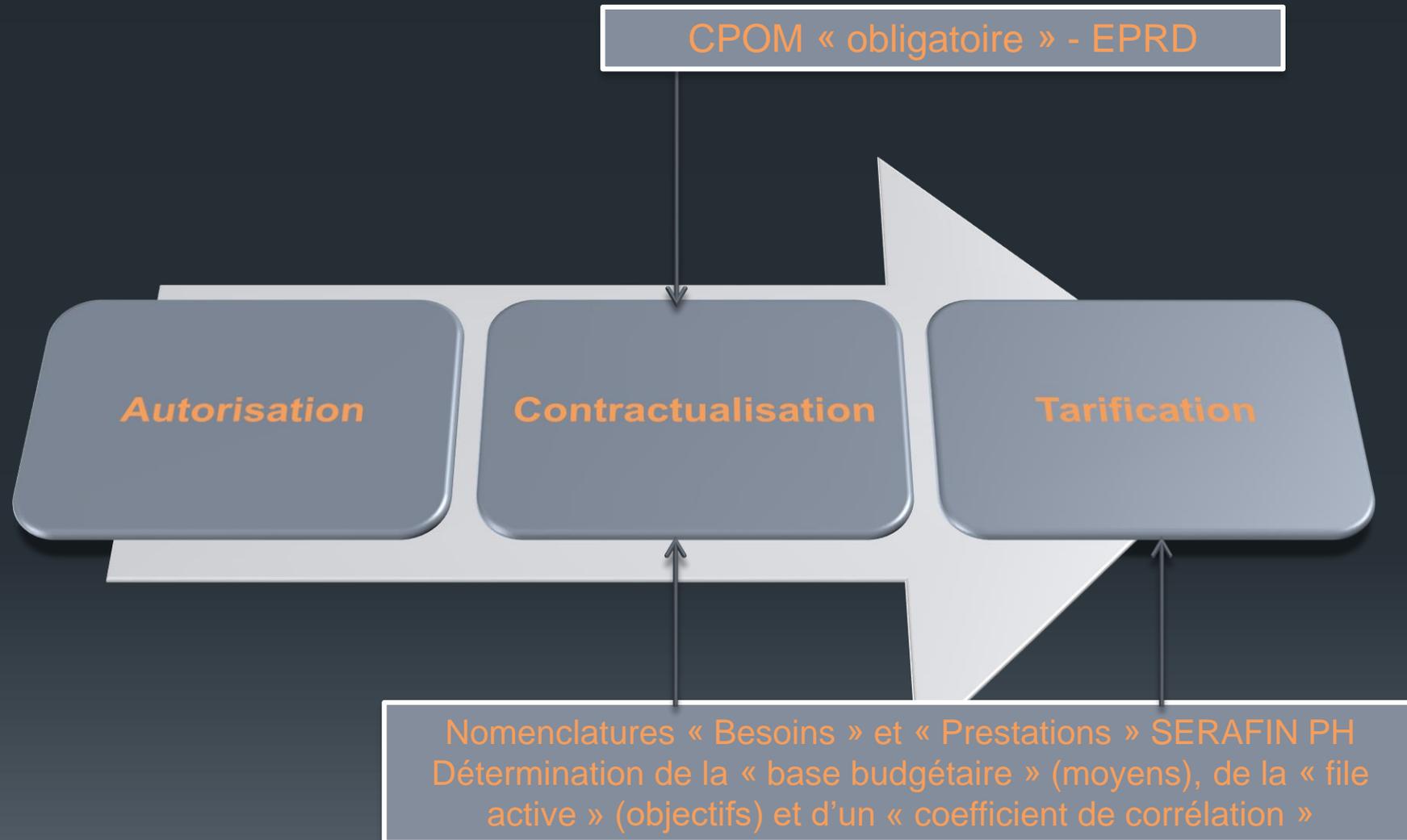
# CONTENU

- **plasticité "horizontale"** : les ESSMS PH pour enfants et adultes handicapés pourront offrir, sauf si leur autorisation en dispose expressément autrement, l'ensemble des modes possibles de prise en charge, depuis l'hébergement complet jusqu'à l'accompagnement à domicile.
- **plasticité "verticale"** : la liste des publics au bénéfice desquels les ESSMS PH pour enfants et adultes handicapés peuvent être spécialisés est considérablement simplifiée.
- **plasticité "transversale"** : ce décret rend possible l'expression d'une capacité globale en nombre de personnes accompagnées simultanément et non plus en nombres de lits (→ file active).

# DU MODÈLE CLASSIQUE D'AUTORISATION...



# ... VERS UN MODÈLE INVERSÉ



# POINTS DE VIGILANCE

- La réussite de la logique de « parcours » ne peut pas se résumer à la plasticité de l'offre sans que l'on s'attache également à la question de son volume.
- L'impact sur les procédures d'admission.
- La question de la mesure de l'activité.
- Cette « triple plasticité », comme tout outil, peut, si elle est mal utilisée faire des ESSMS PH des « fourre tout » difficiles à gérer et manager.
- Ce sont les gestionnaires qui vont *in fine* spécialiser leurs ESSMS (architecture, plateaux techniques, organigrammes, ...) mais :
  - Seuls les gestionnaires multi-établissements seront en capacité de le faire.
  - Cette spécialisation se fera dans le cadre des CPOM, pour une durée de 5 ans, soit un tiers de la durée de l'autorisation.
- Selon le rapport Vachey-Jeannet : « *On sait mesurer la répartition de l'offre mais on ne sait pas mesurer la réponse aux besoins* ». Avec ce projet de décret, on pourrait ne plus savoir mesurer la répartition de l'offre sans pour autant savoir mesurer la réponse aux besoins.

## En Conclusion ...

- Des autorisations plus plastiques ...
- ... portées par des dispositifs ...
- ... financés par un tarif plus global ...
- ... relevant d'une logique de ressources ...
- ... visant une trajectoire financière ...
- ... au service de parcours ...
- ... dans un objectif d'inclusion.



**Olivier DUPILLE,**

*Responsable de l'offre de service à l'Association  
des Paralysés de France (APF)*

**Les notions de place et de catégorie de handicap ne sont plus pertinentes pour accompagner des parcours individuels**

**Le décret s'inscrit dans la rénovation (révolution ?) du secteur médico-social pour favoriser l'inclusion sociale, l'accès au milieu ordinaire des PH, promouvoir leur participation dans une logique de parcours partant de leurs besoins et plus des logiques de l'offre de service**



- ◇ 1. L'évolution des ESMS en dispositifs intégrés/plates forme/centre de ressources
  
- ◇ 2. La rénovation de l'ensemble du cadre réglementaire : planification , orientation, tarification, décompte de l'activité (tx d'occupation) .....l'adaptation ne peut pas concerner que les ESMS (ex : les orientations MDPH doivent garantir la possibilité d'utiliser les ressources et la modulation des réponses d'un pôle médico-social : SAVS/SAMSAH/Hébergement)



- ◇ 3. Virage ambulatoire et inclusion : la notion de parcours dépasse le périmètre du secteur handicap et doit permettre un meilleur accès aux dispositifs de droit commun (soins par ex) au risque de rendre les personnes handicapées captives de dispositifs spécialisés (effet filière).
- ◇ Enjeux du virage ambulatoire et du virage inclusif (rapport ONU, PRS)
- ◇ Les parcours à l'articulation droit commun/médico-social nécessitent des sécurisations réglementaires : Habitat inclusif , PCH mutualisée.....



- ◇ 4. Territoires : les territoires doivent disposer des ressources et de l'offre de service (spécialisée et de droit commun) pour répondre à la logique de parcours
  
- ◇ • L'implantation historique des ESMS n'a pas été pensée dans une logique de parcours mais plutôt de mise en retrait des ph et de spécialisation plutôt que d'inclusion dans la cité
  
- ◇ • Certains ESMS qui sont déjà des pôles ressources ne peuvent correctement accompagner les parcours de soins compte tenu d'un déficit d'offre (ex : SAMSAH et déserts médicaux)



- ◇ 5. **Coordination : la coordination des parcours devrait être structurée (nouvelles fonctions , modalités et outils de coordination : dossiers partagés , Systèmes d'information compatibles....)**



# La réforme des autorisations, vers quelle transformation de l'offre ?

---

## Avec la participation de

**Marina DROBI**

*Chargé de projet au Comité Interministériel du handicap*

**Simon KIEFFER**

*Directeur des établissements et services médico-sociaux CNSA*

**Violaine EUDIER**

*Responsable Pôle « Programmation de l'offre de services » Direction des ESMS - CNSA*

**Franck LE MORVAN**

*Directeur de projet à la DGCS*

**Sébastien POMMIER**

*Membre du Groupe SERAFIN PH, Membre de la CNTSS, Directeur général du Clos du nid*

**Olivier DUPILLE**

*Responsable de l'offre de service à l'Association des Paralysés de France (APF)*

**Gilles GONNARD**

*Président de l'Association des ITEP et de leurs réseaux (AIRE)*



**Mardi 12 décembre 2017 MONTPELLIER, Théâtre des 13 vents**

