

N° 35

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2018-2019

Enregistré à la Présidence du Sénat le 10 octobre 2018

RAPPORT D'INFORMATION

FAIT

*au nom de la commission des affaires sociales (1) par le groupe de travail sur le
financement de l'accompagnement médico-social des personnes handicapées (2),*

Par M. Philippe MOUILLER,

Sénateur

(1) Cette commission est composée de : M. Alain Milon, président ; M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général ; MM. René-Paul Savary, Gérard Dériot, Mme Colette Giudicelli, M. Yves Daudigny, Mmes Michelle Meunier, Elisabeth Doineau, MM. Michel Amiel, Guillaume Arnell, Mme Laurence Cohen, M. Daniel Chasseing, vice-présidents ; M. Michel Forissier, Mmes Pascale Gruny, Corinne Imbert, Corinne Féret, M. Olivier Henno, secrétaires ; Mme Cathy Apourceau-Poly, M. Stéphane Artano, Mmes Martine Berthet, Christine Bonfanti-Dossat, MM. Bernard Bonne, Jean-Noël Cardoux, Mmes Annie Delmont-Koropoulis, Catherine Deroche, Chantal Deseyne, Nassimah Dindar, Catherine Fournier, Frédérique Gerbaud, M. Bruno Gilles, Mmes Nadine Grelet-Certenais, Jocelyne Guidez, Véronique Guillotin, Victoire Jasmin, M. Bernard Jomier, Mme Florence Lassarade, M. Martin Lévrier, Mmes Marie-Noëlle Lienemann, Monique Lubin, Viviane Malet, Brigitte Micouleau, MM. Jean-Marie Mizzon, Jean-Marie Morisset, Philippe Mouiller, Mmes Frédérique Puissat, Laurence Rossignol, Patricia Schillinger, M. Jean Sol, Mme Claudine Thomas, M. Jean-Louis Tourenne, Mme Sabine Van Heghe.

(2) Ce groupe de travail est composé de : M. Philippe Mouiller, rapporteur ; M. Alain Milon, Mmes Michelle Meunier, Nassimah Dindar, MM. Michel Amiel, Stéphane Artano, Dominique Watrin, Daniel Chasseing.

SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
LES CONCLUSIONS DE LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES	7
LISTE DES PROPOSITIONS.....	9
AVANT-PROPOS	13
EXPOSÉ GÉNÉRAL	15
I. UN ACCOMPAGNEMENT QUI PART DE L'OFFRE	15
A. UNE OFFRE VICTIME DE SA RIGIDITÉ	15
1. <i>Un pilotage essentiellement descendant</i>	<i>15</i>
a) Une offre composite	15
b) La rencontre d'une initiative privée et d'une régulation publique	19
c) Des plans de créations de places au virage inclusif.....	21
2. <i>Les déséquilibres du paysage actuel</i>	<i>28</i>
a) Les frontières d'âge creusent l'écart des projets d'établissement	29
b) Des conflits de planification expliquent les disparités territoriales	32
3. <i>L'affaiblissement progressif des leviers de transformation</i>	<i>34</i>
a) La politique salariale	34
b) L'aide à l'investissement : un financement précarisé.....	37
c) Le régime de l'installation : longueur et formalisme de l'appel à projet	42
B. LE PARI DE L'EFFET DE TAILLE : UN NOUVEAU CADRE GESTIONNAIRE INTÉRESSANT MAIS INSUFFISAMMENT RÉGULÉ.....	45
1. <i>Les nouveaux outils gestionnaires en question : un cadre budgétaire redéfini mais inachevé</i>	<i>45</i>
a) La procédure budgétaire de droit commun	46
b) L'état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD)	47
c) Opportunités et faiblesses de l'EPRD	48
2. <i>Les dangers d'une stratégie concentrée sur l'effet de taille</i>	<i>51</i>
a) Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens : un contenu insuffisamment régulé pour éviter les filières	51
b) Le groupement de coopération sociale et médico-sociale : un contenu insuffisamment étoffé pour éviter la partition de l'offre	53
c) Vers un nouveau schéma de collaboration des structures	55
II. SE RAPPROCHER DE LA DEMANDE : CONSTRUIRE DES PARCOURS INDIVIDUALISÉS CENTRÉS SUR LES BESOINS	57
A. DEUX PRÉALABLES MÉTHODOLOGIQUES INDISPENSABLES ET IMPARFAITEMENT ACCOMPLIS : DÉFINIR LES MISSIONS DE L'ACCOMPAGNEMENT ET IDENTIFIER LES BESOINS RÉELS.....	57
1. <i>Les missions de l'accompagnement des personnes handicapées</i>	<i>57</i>
a) Quelle forme d'accueil pour quel objectif ?	57
b) Trois grandes missions de l'accompagnement	59
2. <i>Un problème structurel : l'insuffisante prise en compte des besoins réels</i>	<i>60</i>
a) Les critères du développement de l'offre : les biais du nombre de places.....	60
b) Une insuffisante remontée des besoins réels pour déterminer l'offre	62

B. FAIRE TOMBER LES MURS : UNE AMBITION POUR L'ACCOMPAGNEMENT	
MÉDICO-SOCIAL ENCORE IMPARFAITEMENT COORDONNÉE	65
1. <i>L'enjeu structurel : les chantiers en cours lancés par le Gouvernement</i>	66
a) Favoriser l'autonomie des personnes	67
b) Rendre l'offre plus agile en se concentrant sur les complémentarités	71
c) Sécuriser les parcours	73
2. <i>L'enjeu technique : une mise en réseau conditionnée par les systèmes d'informations</i>	74
a) Les besoins	74
b) L'avancement du chantier	75
c) Les conditions de la réussite	78
C. LE TRAVAIL PROTÉGÉ : FAVORISER LA FLUIDITÉ DES PARCOURS	
PROFESSIONNELS	79
1. <i>Des rigidités au parcours du travailleur protégé dans l'emploi</i>	80
2. <i>Des solutions en faveur de la fluidité</i>	82
a) Développer les passerelles existantes	82
b) Sécuriser le travailleur handicapé qui quitte le milieu protégé	83
3. <i>Un financement non objectivé : le cas des tarifs plafond</i>	85
D. L'ACCOMPAGNEMENT DANS LE MILIEU ORDINAIRE DE TRAVAIL : POUR	
QUE L'EMPLOI DEVIENNE RÉELLEMENT INCLUSIF	86
1. <i>Milieu adapté et milieu ordinaire</i>	86
a) Les entreprises adaptées : la gageure de l'aide au poste	86
b) Le milieu ordinaire : un bilan en demi-teinte	87
2. <i>Tendre vers le milieu ordinaire doit passer par une réforme de l'accompagnement</i>	89
a) Des difficultés à réaliser l'emploi inclusif	89
b) Une réponse apportée par la loi Travail de 2016 : le dispositif d'emploi accompagné	90
c) Une réponse à apporter : unifier l'interlocuteur du travailleur handicapé autour d'un service public de l'emploi	90
3. <i>Un modèle financier à sécuriser</i>	91
a) L'Agefiph	91
b) Le FIPHP	93
E. L'ACTEUR MANQUANT : LA PLATEFORME TERRITORIALE DU HANDICAP	95
1. <i>Une mission de recensement des besoins qualitatifs</i>	96
2. <i>Une mission prospective d'aide à l'évolution de l'offre</i>	97
3. <i>Une mission de contrôle sur les réalisations effectuées</i>	98
III. LA STRUCTURE ET LA PERSONNE : UNE RÉPARTITION DES	
FINANCEMENTS À REPENSER	99
A. CLARIFIER LES MISSIONS DES STRUCTURES	99
1. <i>Les dysfonctionnements actuels</i>	99
a) Une logique de reconduction des dotations historiques	99
b) L'aberration des structures cofinancées et l'impératif du financeur unique	102
c) Des pratiques de financement hétérogènes : un périmètre de soins imprécis	105
2. <i>La réforme tarifaire à venir et le projet Serafin-PH : une intention louable mais déjà des inquiétudes</i>	108
a) Bilan de l'étape 1 : la crainte de parcours stéréotypés	109
b) Suivi de l'étape 2 : des inquiétudes confirmées	111
c) Anticiper l'étape 3 : le spectre de la réforme tarifaire du secteur du grand âge	113
3. <i>La nécessaire articulation des trois leviers stratégique, gestionnaire et financier de recomposition de l'offre</i>	113
a) Le levier stratégique	113
b) Le levier gestionnaire	114
c) Le levier financier	114

B. UNE RÉFORME EN PROFONDEUR DE LA PCH : UN OUTIL POUR RÉUSSIR UN ACCOMPAGNEMENT « HORS LES MURS »	117
1. <i>La solvabilisation de la personne handicapée</i>	117
a) La logique de solidarité doit voir ses objectifs clairement circonscrits	117
b) Seule la logique de compensation est adaptée au financement de l'accompagnement social	118
2. <i>Repenser les besoins liés à l'accompagnement social : vers une réforme en profondeur de la PCH</i>	119
a) Redéfinir le contenu des aides humaines	119
b) De nombreux problèmes liés aux aides techniques.....	125
c) La PCH comme financeur exclusif de l'aménagement du logement	130
d) La PCH comme financeur exclusif du transport	131
e) La PCH versée à une personne admise en établissement : le postulat discutable d'une économie d'échelle	132
f) Pour une fusion de la PCH enfants et de l'AEEH	133
C. L'AMBITION D'UN ACCOMPAGNEMENT MÉDICO-SOCIAL RATIONALISÉ.....	135
1. <i>Maintenir un financement départemental pour les aides humaines</i>	135
2. <i>Un nouveau schéma de financement qui assure la complémentarité des financeurs</i>	138
3. <i>La question délicate du gestionnaire de cas</i>	139
 LISTE DES SIGLES.....	 143
 EXAMEN EN COMMISSION	 147
 LISTE DES PERSONNES ENTENDUES	 157
 DÉPLACEMENTS	 163

LES CONCLUSIONS DE LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES

Réunie le 10 octobre 2018 sous la présidence de M. Alain Milon, président, la commission des affaires sociales a examiné le rapport de M. Philippe Mouiller, fait au nom du groupe de travail sur le financement de l'accompagnement médico-social des personnes handicapées.

Lancé en janvier 2018, le groupe de travail a entendu les principaux acteurs institutionnels et associatifs de l'accompagnement médico-social du handicap. Il a examiné l'adéquation de l'offre existante à la demande exprimée par les personnes handicapées et la pertinence du modèle financier qui régit actuellement leur accompagnement.

Plusieurs chantiers ont été lancés depuis quelques années par les Gouvernements successifs pour rendre l'offre médico-sociale plus cohérente avec la réalité des besoins exprimés. Ces chantiers ont introduit plusieurs instruments juridiques et budgétaires (notamment le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens et l'état prévisionnel de recettes et de dépenses), dont l'ambition de recomposition de l'offre achoppe sur plusieurs écueils. Par ailleurs, la réforme tarifaire des établissements et services médico-sociaux, dont on attend qu'elle substitue à un modèle financier fondé sur la reconduction des dotations historiques un modèle inspiré des besoins réellement constatés, suscite quelques inquiétudes malgré une approbation d'ensemble.

Le groupe de travail a formulé plusieurs préconisations visant à la simplification des structures et des acteurs intervenant auprès des personnes handicapées. Les parcours de ces dernières étant appelés à associer des acteurs de plus en plus divers et de plus en plus mobiles, l'enjeu de leur coordination et de la rationalisation de leur action est déterminant. Il est à cet égard proposé de créer une plateforme territoriale du handicap (PTH), afin de se livrer à un recueil direct des besoins exprimés.

Le groupe de travail s'est également penché sur la question de la solvabilisation de la personne handicapée et sur le rôle décisionnaire qu'elle est appelée à jouer dans l'élaboration de son parcours. Soucieux de la complémentarité du financement direct de la structure d'accueil et du financement direct de la personne, le groupe de travail a proposé que les termes de leur répartition soient rationalisés, afin d'assurer à la personne la plus grande autonomie possible, tout en lui garantissant un accompagnement adapté.

La commission des affaires sociales a décidé l'adoption du rapport.

LISTE DES PROPOSITIONS

Proposition n° 1	Afin de réussir la mise en œuvre du virage inclusif : - engager dès maintenant une réflexion de long terme sur le ciblage des évolutions de places à venir ; - veiller à ce que les ARS s'emparent effectivement des nouveaux indicateurs définis pour l'évolution qualitative de l'offre ; - veiller à l'articulation du virage inclusif avec les évolutions de l'offre médico-sociale départementale en prenant en considération les besoins du département ainsi que ses projets.
-------------------------	--

Proposition n° 2 Mettre fin aux cloisonnements engendrés par la coupure enfants/adultes et promouvoir davantage la notion de parcours.

Proposition n° 3 Étayer le projet des établissements du secteur adulte et élargir le recrutement des personnels qui y travaillent, afin de garantir un suivi pluridisciplinaire.

Proposition n° 4 Réfléchir au modèle du foyer d'accueil spécifique pour personnes handicapées vieillissantes, avec un soutien spécifique lié au suivi médical des résidents.

Proposition n° 5	Rendre aux conseils départementaux un rôle décisif en matière de planification de l'offre médico-sociale en amplifiant le rôle des schémas départementaux de l'offre médico-sociale.
-------------------------	--

Proposition n° 6 Limiter le recours à la procédure d'appel à projet aux seuls cas de création de places nouvelles dépassant un certain seuil.

Proposition n° 7 Encourager un plus grand recours aux appels à candidatures.

Proposition n° 8 Revoir la matrice des EPRD, actuellement entièrement fondée sur le nombre de places, afin qu'elle transcrive plus fidèlement l'objectif de virage qualitatif.

Proposition n° 9 Modifier l'article R. 314-212 du code de l'action sociale et des familles, afin d'explicitier l'obligation de regrouper les structures par type d'activité au sein des mêmes comptes de résultat d'un EPRD.

Proposition n° 10	Inciter les autorités tarifaires et de contrôle à enrichir le contenu des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, notamment la partie relative aux « objectifs » en intégrant l'obligation pour les gestionnaires pluri-établissements de proposer des parcours modulaires.
Proposition n° 11	Repenser la structure du GCSMS en distinguant les cas de mutualisation de charges communes et les cas d'exercice direct d'une mission d'accompagnement médico-social et moduler les règles de gouvernance selon ces cas.
Proposition n° 12	Substituer aux indicateurs d'analyse de l'offre existants, encore excessivement axés sur le nombre de places, des indicateurs plus soucieux de l'expression du besoin.
Proposition n° 13	Réformer la politique de prévention des handicaps autour du séquençage suivant : - à court terme, revenir sur l'intégration obligatoire des CAMSP au sein des Cpom, afin de contrer la confusion dommageable entre diagnostic et accompagnement et diminuer le risque d'effets de filière ; - à moyen terme, réaffirmer la mission médicale des CAMSP en favorisant leur rattachement à des établissements de santé ; - à long terme, substituer, sur le modèle de la stratégie nationale pour l'autisme, le financement des interventions de professionnels non conventionnés (psychomotriciens, orthophonistes, psychologues) au financement direct de la structure.
Proposition n° 14	Compte tenu de l'inadéquation potentielle d'un financement par forfait pour l'habitat inclusif, réactiver la piste d'une mutualisation de la PCH tout en tenant compte des inquiétudes exprimées par les acteurs associatifs.
Proposition n° 15	Privilégier, dans la mise en œuvre du virage inclusif, les complémentarités à apporter à l'offre existante, sur le modèle des pôles de compétences et de prestations externalisées.
Proposition n° 16	Faire des gestionnaires d'établissements des responsables conjoints du traitement des données relatives aux personnes accompagnées.
Proposition n° 17	Conduire une étude nationale des coûts réels qu'implique la prise en charge des différents handicaps en Esat afin de mieux adapter la tarification des établissements.
Proposition n° 18	Veiller à ce que le financement de l'aide au poste en entreprise adaptée corresponde mieux aux récentes évolutions législatives de leur statut.

Proposition n° 19	Unifier autour d'un seul service public de l'emploi dédié aux personnes handicapées les missions d'insertion et de maintien dans l'emploi, et faire directement dépendre son financement du budget de l'État.
Proposition n° 20	Accélérer la mise en œuvre de la réforme financière de l'Agefiph et du FIPHFP.
Proposition n° 21	Expérimenter la mise en œuvre de plateformes territoriales du handicap, qui réuniraient l'ensemble des acteurs mobilisés autour de l'accompagnement, et qui animeraient l'évolution inclusive d'un territoire.
Proposition n° 22	Inciter les ARS à moduler les DRL en fonction des disparités entre départements d'une même région.
Proposition n° 23	Compte tenu des entraves caractérisées que le cofinancement oppose au virage inclusif, mettre fin aux structures cofinancées.
Proposition n° 24	Aller dans le sens d'un recours facilité au remboursement au titre des soins de ville de toute intervention paramédicale non fourni par l'établissement ou le service de base.
Proposition n° 25	Abroger l'arrêté du 4 juin 2007 qui plafonne le tarif journalier de soins des structures cofinancées.
Proposition n° 26	Dans le cadre de l'étude nationale de coûts actuellement lancée pour la tarification Serafin-PH, préciser la règle d'affectation des charges pour les emplois liés à l'accompagnement.
Proposition n° 27	Engager une réforme du financement des structures autour d'une nomenclature limitée aux prestations médicales et paramédicales et d'un financeur unique.
Proposition n° 28	Stimuler le recours aux partenariats public-privé et à la signature de baux emphytéotiques administratifs.
Proposition n° 29	Distinguer nettement au sein de l'annexe 2-5 du code de l'action sociale et des familles les besoins liés à la participation à la vie sociale et les besoins éducatifs.
Proposition n° 30	Construire un nouveau type de service à la personne handicapée, qui intégrerait la possibilité de soins infirmiers, et qui reposerait sur un socle de financement par la PCH pour sa partie « accompagnement social » et sur une couverture au titre des soins de ville pour sa partie médicale ou paramédicale.

- Proposition n° 31** Prévoir une formation obligatoire à destination de tous les enseignants du premier et du second degré afin que ces derniers soient sensibilisés à l'accompagnement d'élèves en situation de handicap.
- Proposition n° 32** Exclure du champ de la PCH attribuée au titre des besoins éducatifs de l'enfant handicapé le financement d'auxiliaires de vie scolaire et d'accompagnants d'enfants en situation de handicap, qui doivent être rémunérés directement par les pouvoirs publics.
- | | |
|--------------------------|---|
| Proposition n° 33 | Réfléchir à un nouveau circuit de distribution des aides techniques coûteuses, en s'appuyant notamment sur un intermédiaire public qui assumerait les fonctions d'achat et de distribution aux personnes bénéficiaires et en ouvrant le financement au matériel remis en circulation. |
|--------------------------|---|
- Proposition n° 34** Soustraire le besoin en aides techniques des besoins couverts par la PCH et en attribuer le financement à l'ARS.
- Proposition n° 35** Faire de la PCH le principal canal de financement de l'aménagement du logement en la fusionnant avec les différents dispositifs d'aide au logement et en corrigeant ses montants plafonnés.
- Proposition n° 36** Identifier clairement l'attributaire de la PCH comme unique financeur des frais de transport.
- Proposition n° 37** Rapprocher l'AEEH de la PCH pour former une véritable prestation de compensation des handicaps de l'enfant.
- Proposition n° 38** Revêtir d'un impact normatif les recommandations relatives à la liberté de choix du service d'aide à domicile pour la personne handicapée ainsi que l'alignement du tarif de fonctionnement sur le tarif PCH pour les services « sous-tarifés ».
- Proposition n° 39** Élargir la mission de la personne de confiance définie au code de la santé publique à la coordination du parcours de la personne handicapée et prévoir en conséquence une majoration du dédommagement financier reçu à ce titre.
- Proposition n° 40** Étudier les modalités selon lesquelles l'un des intervenants du parcours de la personne handicapée isolée pourrait jouer le rôle de gestionnaire de cas.

Mesdames, Messieurs,

Le présent rapport est né du désir partagé de huit sénateurs¹, réunis en groupe de travail, de traiter d'une question déterminante pour notre société : le financement de l'accompagnement des personnes handicapées, dans sa dimension médico-sociale et dans sa dimension professionnelle. Le groupe de travail, constitué au sein de la commission des affaires sociales s'est donné pour objectif de mener ce travail hors du calendrier contraint des projets de loi de financement de la sécurité sociale et de l'examen du montant des crédits de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) consacré au handicap.

Le groupe de travail s'est donné neuf mois pour en poser les termes. Lancé en janvier 2018 en présence de Mme Sophie Cluzel, secrétaire d'État chargée des personnes handicapées, il s'est donné pour première ambition d'analyser les caractères du financement actuel, leur conformité aux besoins exprimés et leur capacité à faire de la personne le principal acteur de son parcours.

En 2017, environ 30 milliards d'euros ont été consacrés par la solidarité nationale au financement de l'accompagnement des personnes handicapées. 11 milliards d'euros ont été consacrés aux établissements et aux services médico-sociaux au titre de l'Ondam, 8 milliards ont été versés par les conseils départementaux au titre de l'aide sociale départementale et 11 milliards par l'État au titre de l'allocation de l'adulte handicapé (AAH).

Financement de l'accompagnement des personnes handicapées

Prestation	Financeur	Montant
Dotation de soins des structures médico-sociales	Ondam médico-social	11 milliards d'euros
AAH	Budget de l'État	11 milliards d'euros
Aide sociale départementale	Conseils départementaux	8 milliards d'euros
	Total	30 milliards d'euros

Source : Commission des affaires sociales

¹ Le groupe de travail se compose de MM. Philippe MOUILLER (LR, Deux-Sèvres), Alain MILON (LR, Vaucluse), Mmes Michèle MEUNIER (SOC, Loire-Atlantique), Nassimah DINDAR (UDI, La Réunion), MM. Stéphane ARTANO (RDSE, Saint-Pierre-et-Miquelon), Michel AMIEL (LaRem, Bouches-du-Rhône), Dominique WATRIN (CRCE, Pas-de-Calais) et Daniel CHASSEING (RTL, Corrèze).

Voilà plus de dix ans que la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées a été votée. Porteuse d'une véritable vision, bien qu'imparfaitement appliquée, cette loi ambitionnait d'assurer aux personnes handicapées un monde plus ouvert et plus accessible. Elle n'a pas pour autant défini d'inflexion particulière quant à l'accompagnement médico-social des personnes dont le handicap nécessite non seulement que le monde s'adapte, mais encore qu'il les soutienne par l'intervention de services et d'établissements spécialisés.

C'est à cette tâche particulière que le groupe de travail s'est attelé. Il s'est pleinement approprié l'objectif de **société inclusive**, qui tend à donner aux personnes handicapées tous les moyens infrastructurels et financiers susceptibles de favoriser leur évolution dans le milieu ordinaire. Favorable à l'accomplissement de la société inclusive, le groupe de travail tient tout de même à rappeler le maintien nécessaire de la réponse institutionnelle pour les cas les plus difficiles.

Deux questions principales structurent le présent rapport. La première concerne **l'adéquation de l'offre médico-sociale existante aux besoins exprimés par les personnes intéressées**. La société inclusive que nous appelons tous de nos vœux milite pour le remplacement progressif d'un paysage médico-social essentiellement composé d'établissements et d'institutions spécialisés par un accompagnement multiforme, centré sur la personne et soucieux de limiter les murs autour d'elle. Il s'agit de limiter les pesanteurs de l'accompagnement au profit de **l'élaboration de parcours**. De nombreuses réformes ont été engagées par les Gouvernements successifs et le groupe de travail a souhaité se pencher sur leur effectivité et leur pertinence.

La seconde question est d'ordre plus essentiel. Aborder le financement de l'accompagnement médico-social des personnes handicapées, c'est examiner **la réalité de leur place dans l'organisation de leur propre parcours**. Un financement de la structure par les crédits de l'assurance maladie, comme il se pratique aujourd'hui, présente l'avantage de pérenniser une offre solide, d'en sécuriser les gestionnaires et de garantir un accompagnement à des personnes qui n'ont parfois pas la capacité de le choisir ; un financement direct de la personne peut inverser le paradigme, en faisant de la personne handicapée, renforcée dans la maîtrise de son parcours, le décideur réel de son accompagnement.

Convaincu de la complémentarité de ces deux modèles, le groupe de travail s'est penché sur les conditions et les modalités d'une **répartition plus rationnelle de leurs interventions**, afin d'assurer à la personne la plus grande autonomie possible dans son parcours de vie, sans pour autant menacer la protection parfois nécessaire d'un accompagnement adapté. Il a eu également le souci de formuler ses préconisations à **budget constant**.

I. UN ACCOMPAGNEMENT QUI PART DE L'OFFRE

A. UNE OFFRE VICTIME DE SA RIGIDITÉ

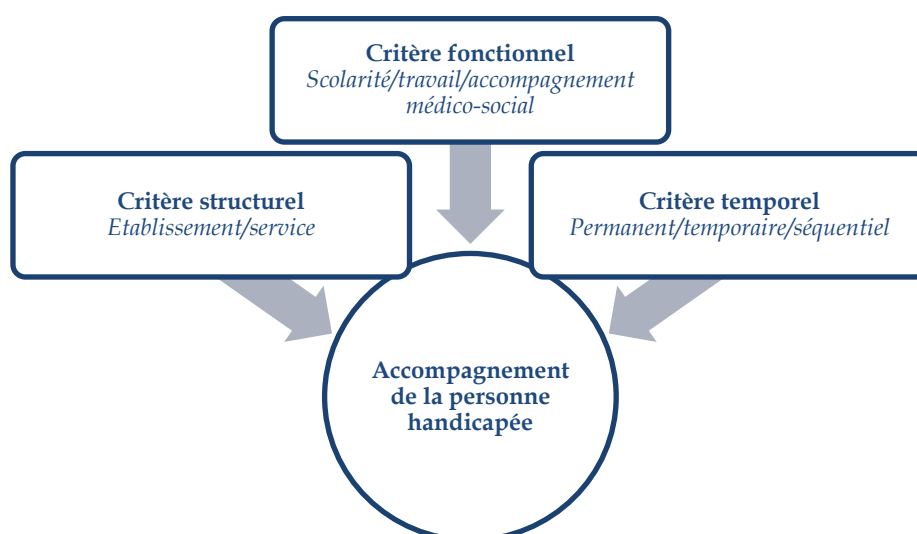
1. Un pilotage essentiellement descendant

a) Une offre composite

(1) La pluralité des structures

L'importante loi du 11 février 2005¹ a donné une inflexion notable à la politique publique de l'accompagnement du handicap, en redéfinissant les trois grands champs de l'intervention sociale et médico-sociale, avec pour objectif une inclusion chaque fois que possible en milieu ordinaire : la **scolarité**, le **travail** et l'**accompagnement des actes de la vie quotidienne**.

À ce premier grand critère *fonctionnel* de l'offre, s'ajoute un critère *structurel* qui distingue l'**établissement** du **service** médico-social. Le premier suppose un accueil de la personne handicapée au sein d'une structure extérieure à son domicile alors que le second prévoit la possibilité d'une intervention au domicile de la personne. De façon générale, l'établissement suppose un accompagnement spécifique, substitué au milieu ordinaire, alors que le service propose un support adapté et complémentaire d'une intégration en milieu ordinaire, sans lequel cette dernière n'est pas réalisable. Ces deux critères fonctionnel et structurel sont rejoints par un critère *temporel*, qui définit l'intensité de l'accompagnement, qui peut être **permanent**, **temporaire** ou **séquentiel**.



¹ Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

L'offre médico-sociale destinée aux personnes handicapées se compose des éléments présentés dans le tableau suivant :

	Établissement	Service
Scolarité	<i>Institut médico-éducatif (IME)</i> : il assure des soins et une éducation spéciale aux enfants et adolescents atteints de déficience à prédominance intellectuelle. <i>Institut d'éducation motrice (IEM)</i> : sa prise en charge concerne particulièrement les enfants et adolescents présentant une déficience motrice. <i>Établissement pour enfants et adolescents polyhandicapés (EEAP)</i> <i>Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique (ITEP)</i> : il assure la prise en charge d'enfants, d'adolescents ou de jeunes adultes présentant des difficultés psychologiques et des troubles du comportement qui perturbent leur socialisation.	<i>Service d'éducation spécialisée et de soins à domicile (Sessad)</i> : il apporte aux jeunes de 0 à 20 ans un soutien éducatif, pédagogique et thérapeutique individualisé dans le cadre d'une intégration scolaire ou de tout autre lieu de vie.
Travail	<i>Centre de rééducation professionnelle (CRP)</i> et <i>centre de préorientation professionnelle (CPO)</i> : ils ont pour mission de faciliter la réinsertion sociale et professionnelle des travailleurs handicapés, en dispensant des formations adaptées qui débouchent sur des diplômes homologués. <i>Établissement et service d'aide par le travail (Esat)</i> : il accueille des personnes handicapées dont les capacités de travail ne leur permettent pas l'accès au milieu ordinaire. Il offre un accès au travail ainsi qu'un soutien médico-social ou éducatif. <i>Foyer d'hébergement</i> : il assure l'hébergement et l'entretien des travailleurs handicapés travaillant en Esat et plus exceptionnellement des personnes handicapées qui travaillent en milieu ordinaire ou en entreprise adaptée.	
Accompagnement des actes de la vie quotidienne	<i>Foyer de vie</i> : il accueille des personnes adultes dont le handicap ne leur permet plus d'exercer une activité professionnelle mais qui présentent une certaine autonomie physique et intellectuelle. <i>Foyer d'accueil médicalisé (FAM)</i> : il reçoit des personnes adultes lourdement handicapées ayant besoin d'une assistance pour la plupart des actes de la vie courante ainsi que de soins médicaux. <i>Maison d'accueil spécialisée (MAS)</i> : elle reçoit des personnes adultes que leur handicap rend incapables de se suffire à elles-mêmes dans tous les actes de la vie quotidienne et qui requièrent une surveillance médicale constante.	<i>Service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS)</i> : il soutient les personnes handicapées nécessitant une assistance pour l'accomplissement de certains gestes du quotidien ou un accompagnement social en milieu ordinaire. <i>Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (Samsah)</i> : il soutient les personnes handicapées qui, en plus des services prodigués par le SAVS, requièrent des soins médicaux réguliers. <i>Service d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD)</i> : il intervient auprès de personnes handicapées dans l'accomplissement des activités de la vie quotidienne dans le cadre du domicile. <i>Service de soins infirmiers à domicile (Ssiad)</i> : il intervient auprès de personnes handicapées de moins de 60 ans nécessitant des soins médicaux à domicile. <i>Service polyvalent d'aide et de soins à domicile (Spasad)</i> : il assure à la fois les missions d'un Ssiad et d'un SAAD.

Source : ANAP

(2) La pluralité des personnels

La pluralité des structures de l'accompagnement du handicap se double d'une **pluralité des interventions et des types de personnels**. Outre le personnel d'encadrement, l'accompagnement d'une personne handicapée appelle la mobilisation de plusieurs compétences :

- un **personnel soignant** (médecin, infirmier), dont la présence est particulièrement requise dans les structures où le handicap requiert des soins ponctuels ou constants (MAS, FAM, Samsah, Ssiad). Le personnel soignant peut être salarié ou exercer son activité comme libéral ;

- un **personnel paramédical**, dont les fonctions varient selon qu'elles endossent un rôle de suivi de soins ou un rôle plus large d'accompagnement thérapeutique. L'accompagnement médical des personnes handicapées, surtout dans les établissements accueillant les profils les plus lourds, est essentiellement assuré par des *aides-soignants* et des *aides médico-psychologiques*, éventuellement renforcé par des *psychomotriciens*, *ergothérapeutes* et *kinésithérapeutes*. Un soutien thérapeutique peut être assuré, particulièrement dans les structures consacrées à l'accompagnement à la vie sociale, par des *psychologues*. Les prestations de ces catégories de personnels n'obéissent que rarement aux mêmes modes de rémunération et de remboursement ;

- un **personnel d'éducateurs spécialisés**, relayés par des *moniteurs-éducateurs* et les nouveaux *accompagnants éducatifs et sociaux* (AES), qu'on retrouve autant dans les établissements et services de scolarité des enfants handicapés (pour la coordination de leur projet éducatif), que dans les établissements pour adultes (pour la coordination du projet de vie). Leur mission consiste essentiellement à organiser la vie non-thérapeutique de la personne handicapée.

Dans le cadre des Esat, ces fonctions sont principalement exercées par des *moniteurs d'atelier*, qui organisent et gèrent une équipe de travailleurs pour la fabrication d'un produit ou la prestation d'un service tout en assurant l'accompagnement et le soutien des personnes ;

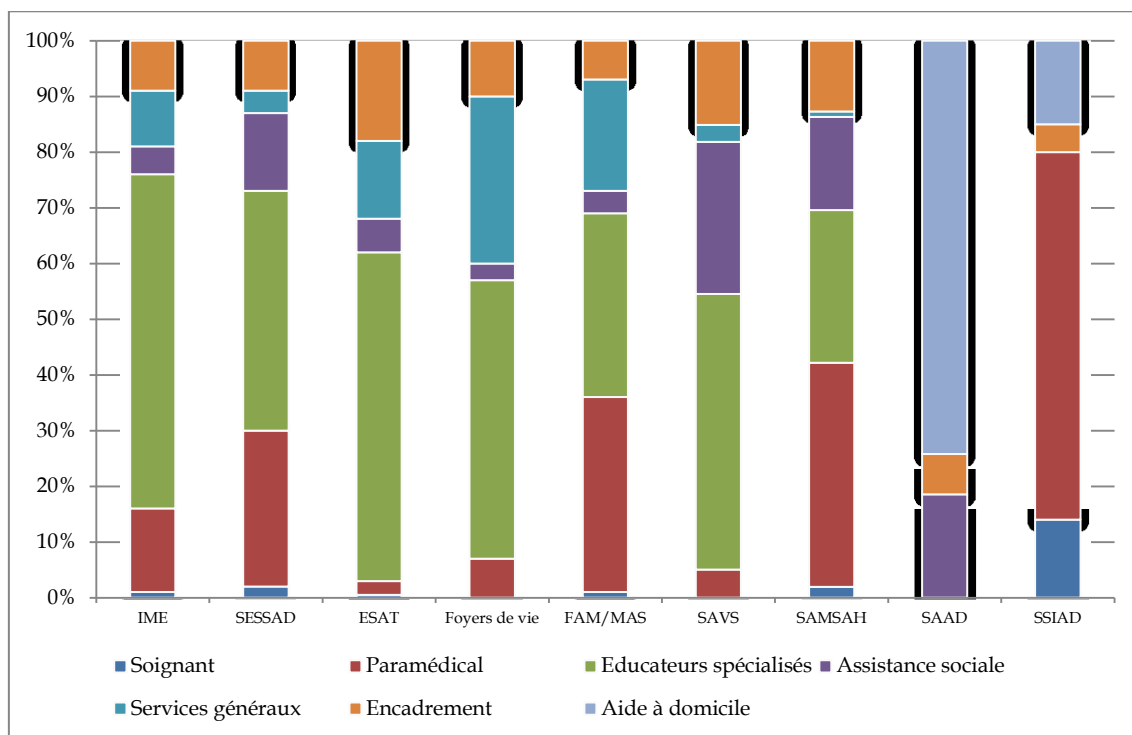
- un **personnel d'auxiliaires de vie sociale**, dont les missions diffèrent des précédents en ce qu'ils organisent moins le projet de vie adaptée d'une personne handicapée que les moyens pour elle de s'intégrer au mieux au milieu ordinaire. À ce titre, ils sont surtout présents dans les services dédiés à l'intégration des personnes handicapées dans la vie sociale (Sessad, SAVS, Samsah), mais peuvent également travailler dans les établissements pour accompagner les personnes accueillies dans la connaissance et l'accès à leurs droits ;

- un **personnel d'aides à domicile**, chargé de l'aide à l'accomplissement des actes de la vie quotidienne des personnes handicapées à domicile ;

- enfin, un **personnel de services généraux**, chargé de l'entretien et des approvisionnements, nécessairement plus important en établissement qu'en service ;

- dans le cas particulier de l'**accompagnement en milieu ordinaire de travail**, les personnes handicapées peuvent être encadrées, dans le milieu adapté, par des chefs d'atelier. Dans le milieu ordinaire « classique », cet encadrement se fait *via* des formations spécifiques.

Composition du personnel des structures d'accueil des personnes handicapées



Source : DREES (Enquête ES Handicap 2010¹)

Note : pour la construction du graphique, on a privilégié les éléments de l'offre dont la composition du personnel fait ressortir les différences les plus saillantes.

Le graphique ci-dessus porte plusieurs enseignements :

- à l'exception des Saad et des Ssiad, dont l'activité se concentre sur l'aide à l'accomplissement d'actes thérapeutiques ou quotidiens à domicile, les structures médico-sociales pour personnes handicapées **mettent en avant la dimension éducative et la construction du projet de vie**. En effet, les seules structures où le personnel paramédical excède le personnel éducatif sont celles qui accueillent les handicaps les plus lourds (FAM, MAS et, dans une moindre mesure, Samsah) ;

- comme le souligne par ailleurs la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)², **la part du personnel paramédical est négativement corrélée avec la part du personnel socio-éducatif**, phénomène qui s'explique soit par la contrainte budgétaire subie par la structure, soit par un *effet de substitution* pour certains types de handicap d'un accompagnement paramédical à un accompagnement socio-éducatif ;

¹ La prochaine enquête ES Handicap, dont les chiffres sont en cours de collecte, portera sur l'exercice 2014 et devrait être livrée fin 2018.

² CNSA, Analyse des comptes administratifs 2013 des établissements et services accueillant des personnes handicapées, 2016.

- les établissements se distinguent des services par la **part importante de leurs personnels chargés des services généraux** (10 % en moyenne contre 1 % pour les services). Ceci s'explique par le niveau incompressible des frais de fonctionnement d'un établissement, chargé d'assurer un accueil, et qui ne s'appliquent pas par définition aux services ;

- les services se distinguent quant à eux des établissements par la **part plus importante de leurs personnels chargés de l'accompagnement social** (Sessad, SAVS, Samsah). En effet, l'action d'un service étant davantage tournée vers l'intégration en milieu ordinaire, l'offre d'accompagnement ne peut se réduire à la construction d'un projet socio-éducatif individuel, mais doit également viser un objectif d'insertion.

b) La rencontre d'une initiative privée et d'une régulation publique

Toute réflexion d'ensemble portée sur l'offre médico-sociale à destination des personnes handicapées doit partir d'une donnée fondamentale : malgré une mission relevant indéniablement de la solidarité nationale, **près de 90 % des structures accueillant des personnes handicapées relèvent du secteur privé non lucratif**. Cette prépondérance de l'acteur privé non lucratif a deux causes principales. La première, historique, découle de la compétence presque exclusive en matière de prise en charge du handicap détenue jusqu'au début du XX^e siècle par les congrégations religieuses et les œuvres de charité. La seconde, dont les effets sont encore observables de nos jours, tient à la nature fondamentalement protéiforme du handicap et de ses formes, dont le secteur public a toujours eu peine à assurer la couverture : la délégation implicite qu'il accorda progressivement aux familles, réputées les mieux à même de comprendre les besoins et d'accompagner les personnes handicapées, est à l'origine de cette « cosmographie associative »¹.

L'accompagnement des personnes handicapées se retrouve donc à la charnière de deux grandes sphères (privée et publique) qui, malgré un objectif commun d'intérêt général, se répartissent deux compétences potentiellement antagoniques : la **compétence gestionnaire** déléguée aux acteurs privés, principalement associatifs, et la **compétence financière** conservée par les autorités publiques, dites de tarification et de contrôle (ATC), que sont les agences régionales de santé (ARS) et les conseils départementaux. À ces deux compétences est venue s'ajouter une **compétence régulatrice**, également détenue par les pouvoirs publics et liée à une homogénéisation du secteur médico-social qui, jusqu'en 1975, ne faisait l'objet d'aucune action coordonnée.

¹ J.-P. CLAVERANNE et alii, *L'invention de la grande association gestionnaire dans le secteur du handicap*, Lyon, Graphos Université Lyon 3, 2011 : « toutes ces associations, filles de la misère à leur origine, sont le produit d'histoires singulières, de combats menés par des hommes et des femmes [...] portés dans tous les cas par l'impérieuse nécessité de suppléer l'absence ou l'insuffisance de politique publique, afin d'offrir à leurs enfants des structures adaptées à leur handicap et au-delà afin de les sortir de l'ombre dans laquelle la société les tenait ».

Les acteurs de l'accompagnement

Planification	Financement	Gestion
État, ARS et conseils départementaux	ARS et conseils départementaux	Acteurs publics et acteurs privés à but non lucratif

Le rythme de création et d'installation d'établissements et de services accueillant des personnes handicapées fait l'objet d'une **planification** dont le principe a été posé pour la première fois dans la **loi fondatrice du 30 juin 1975**, aux termes de laquelle toute création ou extension importante d'un établissement médico-social devait recevoir l'avis motivé d'une commission régionale, exprimé « en fonction des *besoins*, quantitatifs et qualitatifs, de la population et *compte tenu des équipements existants ou prévus* ». L'importante **loi du 2 janvier 2002**¹ a confirmé et amplifié la dimension planificatrice de l'offre d'établissements et de services, en prévoyant à l'article L. 312-4 du code de l'action sociale et des familles (CASF) que « les *schémas d'organisation sociale et médico-sociale*, établis pour une période maximum de *cinq ans* [...], dressent le bilan quantitatif et qualitatif de l'offre sociale et médico-sociale existante et *déterminent les perspectives et les objectifs de développement de l'offre* ».

La **tendance au contrôle par les pouvoirs publics du dynamisme de l'offre médico-sociale à destination des personnes handicapées** a ainsi connu une accentuation notable, passant d'un simple régime d'avis motivé à un régime plus contraignant d'autorisation fondé sur le respect de grandes orientations préalablement définies. Ce phénomène, qui se justifiait pleinement à son origine par la nécessité d'assurer le pilotage d'une offre homogène et adaptée que l'initiative d'acteurs privés ne pouvait à elle seule satisfaire, doit aujourd'hui être interrogé.

La compétence planificatrice investit aujourd'hui trois échelons territoriaux de la décision publique de missions qu'il est parfois difficile de distinguer et de répartir. Aux termes de l'article L. 312-5 du CASF :

- l'**État**, sur proposition de la CNSA et après avis du Comité national de l'organisation sanitaire et sociale (Cnoss), élabore un schéma pour les établissements ou services accueillant des catégories de personnes « pour lesquelles les besoins ne peuvent être appréciés qu'à ce niveau ». D'une compétence initialement subsidiaire de l'État, l'article D. 312-193 du CASF a fait une **compétence quasi-générale** en intégrant à ce schéma national la totalité des établissements et services accueillant des personnes handicapées « qui relèvent de la compétence exclusive de l'État », à l'exception notable des centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP). La planification nationale prend la forme de grands **plans pluriannuels**, généralement annoncés par le chef de l'État dans le cadre triennal de la conférence nationale du handicap (CNH) ;

¹ Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

- le **représentant de l'État dans la région, appuyé par les services de l'ARS**, établit les schémas régionaux de l'offre médico-sociale (SROMS) relatifs aux établissements et services accueillant des personnes *adultes* handicapées. À l'instar de la compétence centrale de l'État, la compétence déconcentrée apparaît d'abord limitée au public adulte, mais a récemment¹ connu une généralisation à l'accompagnement médico-social destiné à toutes les personnes en situation de handicap. La planification régionale alimente le volet médico-social des **schémas régionaux de santé**, qui sont établis tous les cinq ans. Ce schéma est ensuite mis en œuvre par le déploiement d'un **programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie** (Priac) ;

- la compétence du **président du conseil départemental** a, quant à elle, connu un mouvement inverse de celui de la compétence de l'État. Titulaire d'une compétence générale en matière sociale depuis les lois de décentralisation, confirmé dans son « chef-de-filat » social par la loi du 27 janvier 2014², le département aurait pu naturellement prétendre à la coordination et à l'organisation de l'offre médico-sociale sur le territoire de son ressort. Or, outre la compétence concurrente exercée par l'autorité régionale *via* les Priac, l'article L. 312-5 du CASF limite les **schémas départementaux médico-sociaux** aux établissements et services « autres que ceux devant figurer dans les schémas nationaux », à savoir les établissements et services non compris dans l'énumération de l'article D. 312-193 du CASF et ne relevant pas de la compétence exclusive de l'État.

c) Des plans de créations de places au virage inclusif

(1) La logique historique des créations de places

L'observation des dernières grandes planifications de l'offre médico-sociale à destination des personnes handicapées montre qu'en marge des répartitions prévues par les textes, les trois acteurs publics assument en fait trois missions bien distinctes : l'État central s'est progressivement arrogé la **définition stratégique** de la dynamique de l'offre, réservant à l'ARS la **mise en œuvre fonctionnelle** de ces grandes orientations et laissant la main au conseil départemental sur les **segments résiduels de l'offre** n'entrant pas dans la compétence de l'État.

Ainsi, sous l'impulsion de l'État, les créations de places d'établissements et de services pour personnes handicapées ont connu un rythme particulièrement élevé depuis 1999, avec **la succession de quatre plans pluriannuels du handicap (PPH)**. Le dernier de ces plans, devant initialement couvrir la période 2008-2012 (**PPH 2008-2012**) se distinguait par son ambition, en annonçant la création de 41 450 places.

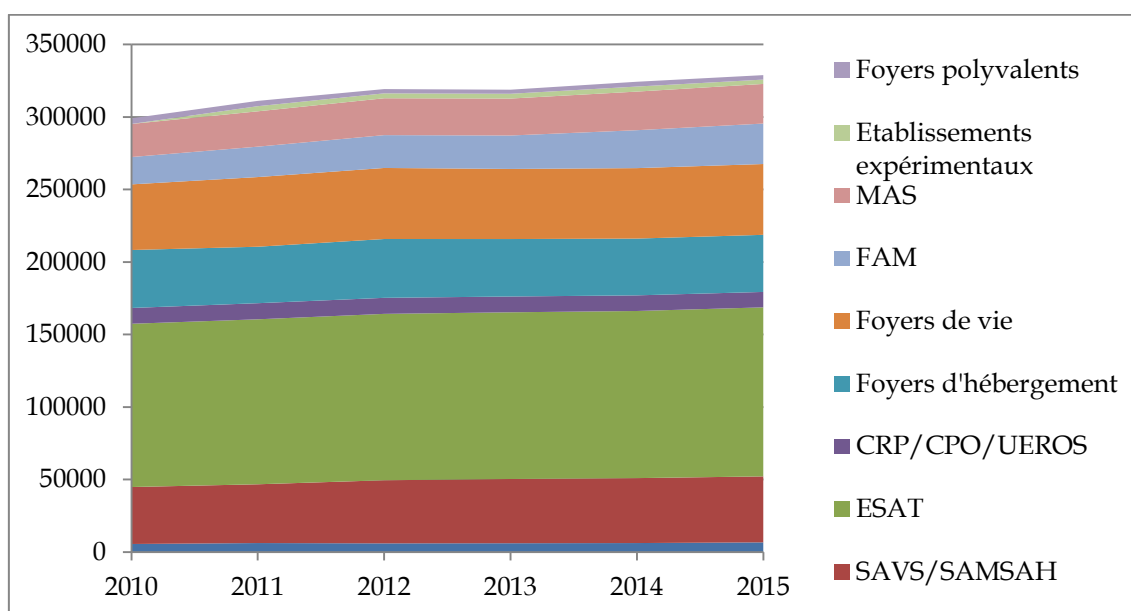
¹ Par la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

² Loi n° 2014-58 du 27 janvier 2014 de modernisation de l'action publique territoriale et d'affirmation des métropoles.

Ces plans généralistes s'accompagnent de planifications spécifiques, notamment relatives à l'autisme, mais également aux handicaps rares.

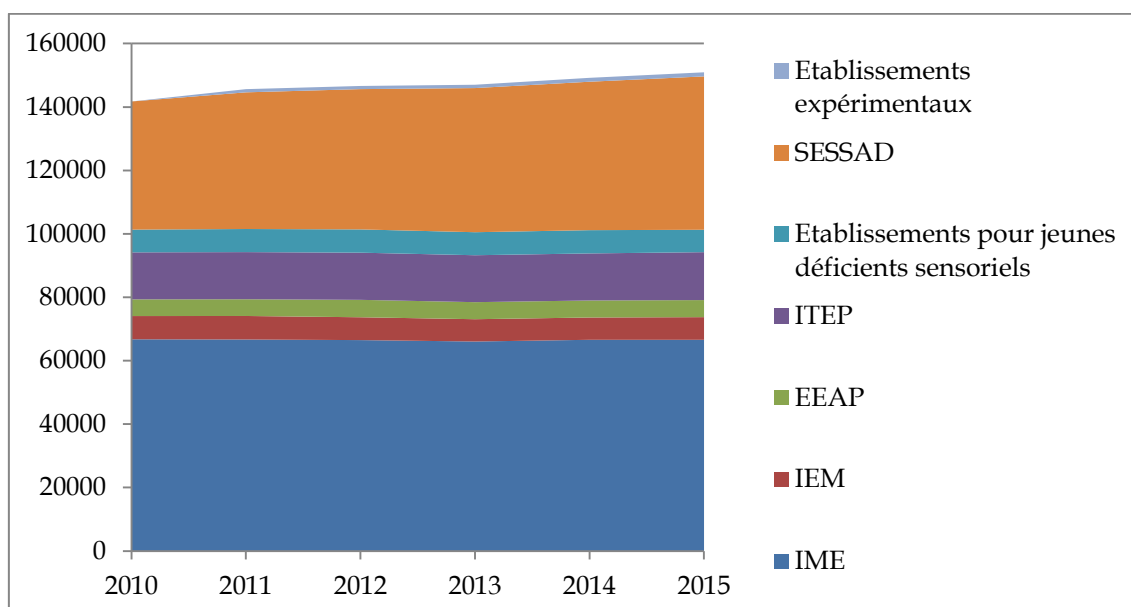
En raison de la contraction des financements, mais également des délais requis pour des livraisons de plus en plus normées, le PPH a vu ses effets prolongés jusqu'en 2021, et amplifiés en 2016 par une **stratégie quinquennale d'évolution de l'offre médico-sociale pour la période 2017-2021**, annoncée lors de la conférence nationale du handicap du 19 mai 2016.

Capacité des établissements et services accueillant des adultes handicapés en nombre de places



Source : DREES, STATISS

Capacité des établissements et services accueillant des enfants handicapés en nombre de places



Source : DREES, STATISS

L'examen des deux graphiques de la dynamique quantitative de l'offre appelle trois remarques principales :

- le secteur enfants et le secteur adultes montrent tous deux une **prépondérance importante de l'accueil en établissement sur l'accompagnement par un service**. Les services représentent en effet 33 % de l'offre pour les enfants et 15 % de l'offre pour les adultes ;

- on observe une **augmentation importante du nombre de places installées** (+ 25 000 places pour adultes et + 10 000 places pour enfants entre 2010 et 2015), malgré un certain ralentissement à partir de 2012 ;

- cette évolution quantitative de l'offre ne s'est **pas accompagnée de transformation particulière dans sa composition**. La pondération des différents types d'établissements et de services est maintenue dans les deux secteurs, à l'exception notable des Sessad dont la proportion s'élève sensiblement à partir de 2013.

À partir de 2014, l'effort budgétaire porté sur les créations de places connaît une diminution plus manifeste, avec **une réduction de près de 76,5 % entre 2014 et 2018**. Cette réduction doit certes être interprétée en tenant compte de l'importance de l'effet de rattrapage du PPH 2008-2012, mais ne laisse tout de même pas d'**inquiéter votre rapporteur**.

Crédits de paiement liés aux installations de places

	Montant (en euros)
2014	206 915 238
2015	109 927 135
2016	82 659 011
2017	165 665 597 ¹
2018	48 594 930

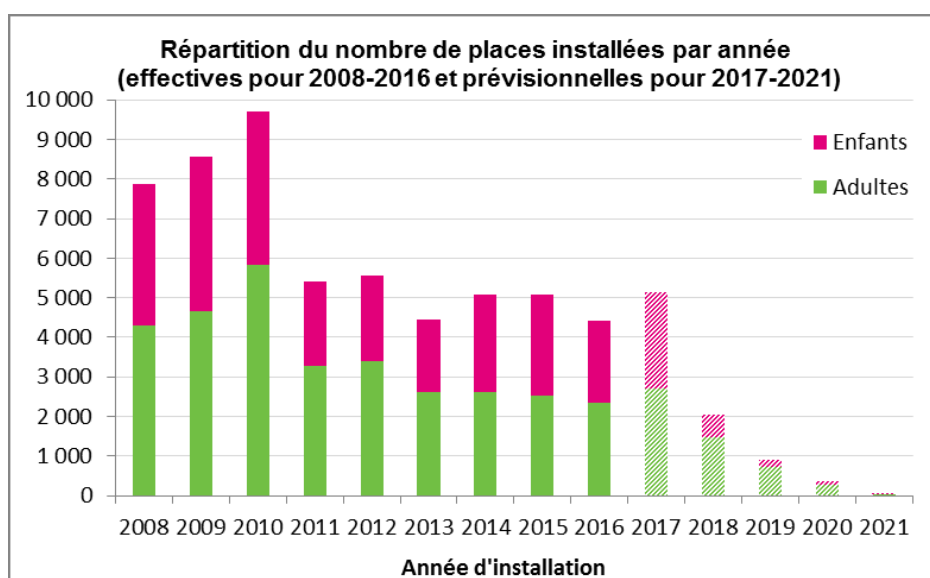
Source : Circulaires budgétaires

(2) Le virage qualitatif de 2016 : du « plan » à la « stratégie »

Constatant le ralentissement du rythme de création de places depuis 2014, votre rapporteur estime que les annonces de la dernière conférence nationale du handicap marquent une **inflexion importante de la stratégie nationale de l'offre aux personnes handicapées** : d'une logique strictement quantitative fondée sur la création de places nouvelles, les pouvoirs publics amorcent une transition vers une logique plus qualitative fondée sur la transformation des places existantes.

¹ Le montant particulièrement élevé de cet exercice est en partie dû, pour 28,98 millions d'euros, au paiement en 2017 de crédits autorisés en 2016.

En effet, la CNSA indique que plus de 1,4 milliard d’euros a été notifié aux ARS sur la période 2008-2015 au titre du PPH, finançant ainsi l’installation de presque 33 000 places pour tous publics. Pour la période 2016-2019, les crédits notifiés du plan devraient s’élever à environ 421 millions d’euros pour une installation d’un peu plus de 10 000 places. Les années 2020 et 2021 ne font pas l’objet d’un renseignement précis, mais le graphique ci-dessous confirme un **ralentissement accentué de la dynamique de création de places**.



Source : CNSA

Les années à venir nous exposent ainsi à un changement de paradigme de très grande importance dont les enjeux ne semblent pas parfaitement anticipés. Malgré la diminution notable du rythme de créations de places annoncée à partir de 2018, **aucune indication gouvernementale récente ne prévoit de nouveau plan pluriannuel de relais**. Le premier comité interministériel du handicap (CIH) du quinquennat, tenu le 20 septembre 2017, ne fait aucune mention de plan, indiquant même son ambition de « sortir d’une logique de places pour entrer dans une logique de parcours accompagné ».

Les seules initiatives prises depuis 2016, outre qu’elles mobilisent des budgets moins ambitieux et parfois insuffisamment renseignés, se concentrent sur l’évolution qualitative ou sur des aspects sectoriels de l’offre.

Les annonces du Gouvernement depuis 2016

La conférence nationale du handicap du 19 mai 2016 a annoncé la mise en œuvre d’une stratégie quinquennale d’évolution de l’offre, financée à hauteur de **180 millions d’euros sur la période 2017-2021, dont 20 millions seront consacrés aux outre-mer**. Ces crédits abonderont logiquement la dernière vague de livraison du PPH.

Plusieurs engagements gouvernementaux ont depuis été précisés. Le CIH du 2 décembre 2016, le dernier du gouvernement Valls, a notamment indiqué qu'une partie de ces crédits devait être spécifiquement dédiée à la prise en charge du **handicap psychique**, du **polyhandicap**, au développement de l'**habitat inclusif** et au soutien des **proches aidants**.

Ces engagements ont été repris dans l'importante **circulaire du 2 mai 2017** sur laquelle se fondent les grandes orientations du quinquennat en matière de handicap¹. La notion de « création de nouveaux dispositifs » y est substituée à celle de « créations de places » et les seuls engagements de mesures nouvelles pris par le Gouvernement concernent les unités d'enseignement en maternelle. Toutes les autres mesures annoncées privilégient la modernisation du parc existant.

(3) Les difficultés à anticiper

Il est donc à ce jour entendu que les dernières livraisons du PPH prévues en 2021 ne donneront pas lieu à un renouvellement de plan de créations de place, consacrant ainsi **l'abandon de la planification quantitative** comme principal instrument de l'accompagnement médico-social du handicap.

Cet arbitrage inspire à votre rapporteur des sentiments mitigés. Bien qu'il partage l'opinion selon laquelle une augmentation seulement quantitative des places ouvertes en service et établissement médico-social ne suffise pas à garantir un accompagnement de qualité, il n'en considère pas moins qu'une dynamique créatrice ambitieuse reste indispensable eu égard au maintien des besoins exprimés par les familles. Il semble que le passage, certes nécessaire, du paradigme quantitatif au paradigme qualitatif se fasse d'une manière trop brusque pour en assurer la réussite et entretienne l'idée erronée que le parc existant serait arrivé à son niveau optimal et qu'il ne serait désormais plus question que d'en adapter les contours à périmètre constant.

Les années à venir ne manqueront pas d'illustrer les **défis** que suppose cet arbitrage, dont trois sont à garder particulièrement à l'esprit.

- Premièrement, le primat progressif donné aux transformations de places existantes sur la création de places nouvelles renforcera la dimension stratégique de ces dernières. La création de places nouvelles, jusqu'alors levier privilégié de la dynamique de l'offre globale, **ciblera dorénavant les carences manifestes de l'offre existante** pour lesquelles les transformations sont insuffisantes ou inadéquates. Le Gouvernement semble à ce titre avoir opté pour une concentration relative de l'effort de création de places sur les **segments particuliers des troubles du spectre autistique (TSA)** et, plus marginalement, du **handicap rare**.

¹ 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.

Autisme : les retards permanents des créations de places

Les troubles du spectre autistique ont fait l'objet d'une première prise en compte spécifique par les politiques publiques du handicap par la promulgation de la loi du 11 décembre 1996¹. Généreux dans son principe, ce texte ne parvint toutefois pas à impulser le mouvement nécessaire au développement de la « prise en charge pluridisciplinaire » qu'il instaurait, et ce n'est qu'à l'issue d'une résolution du Conseil de l'Europe du 10 mars 2004 prenant acte du retard important de la France, que des mesures substantielles furent enfin prises :

- un **premier plan autisme** lancé en 2005 initia la création d'un centre de ressources autisme (CRA) par région et promut l'ouverture de places spécifiques dans les établissements et services médico-sociaux existants ;

- un **deuxième plan autisme** décidé pour la période 2008-2011 et prolongé jusqu'en 2014 amplifia le développement d'une offre spécialisée. Annonçant plus de *170 millions d'euros* destinés à la création sur 5 ans de **4 100 places** supplémentaires dédiées aux personnes autistes, soit 2 100 places pour enfants (1 500 places en IME et 600 places en Sessad) et 2 000 places pour adultes, ces objectifs n'ont été atteints qu'à hauteur de **2 740 places** ;

- un **troisième plan autisme** couvrant la période 2013-2017 propose un programme ambitieux de *229 millions d'euros* pour l'ouverture de **5 182 places** (1 454 places en IME, 1 248 places en Sessad et 2 480 places pour adultes), mais dont 2 530 au titre de l'achèvement du deuxième plan autisme. Une mission menée en mai 2017 par l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) et l'inspection générale de l'éducation nationale (IGEN) constatait cependant qu'en février 2017, **seules 1 725 places avaient été installées**².

Votre rapporteur en déduit une dynamique créatrice nette de seulement **4 465 places sur la période 2008-2017**. Il rappelle que, selon plusieurs estimations, la population d'enfants et d'adultes atteints de TSA se chiffre respectivement à environ 100 000 et 500 000.

En avril 2018, alors que le troisième plan autisme arrive à son terme, le Gouvernement lance une « **stratégie pour l'autisme 2018-2022** », financée à hauteur de *400 millions d'euros*, où se retrouve la même inflexion qualitative que pour l'offre médico-sociale générale. Des créations de 1 500 places pour adultes sont prévues, mais uniquement au titre de l'achèvement du troisième plan autisme. Les seules mesures nouvelles annoncées concernent les structures éducatives intégrées en milieu ordinaire (UEM, ULIS) ainsi que le logement inclusif et négligent l'accompagnement médico-social *stricto sensu*.

Dans le cas spécifique de la prise en charge des personnes handicapées atteintes de TSA et compte tenu des besoins spécifiques des profils les plus lourds, le « virage qualitatif » emprunté par le Gouvernement paraît potentiellement inadapté.

¹ Loi n° 96-1076 du 11 décembre 1996 modifiant la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales et tendant à assurer une prise en charge adaptée de l'autisme.

² La mission évoque un taux d'installation de 44,8 % sur un volume de crédits notifiés pour seulement 3 797 places.

La décision publique de créations de places, désormais concentrée sur des segments particuliers de l'offre, ne manquera pas de devenir un **outil actif de modification de cette dernière** et risquera alors de creuser l'antagonisme opposant l'autorité publique régulatrice au gestionnaire privé. À cet égard, votre rapporteur estime capital que le Gouvernement engage dès maintenant une réflexion de long terme sur le **ciblage des créations de places à venir**.

- Le second défi est d'ordre budgétaire. Alors que la budgétisation d'une création de place se traduit toujours pour le gestionnaire d'établissement par une augmentation du tarif qui lui est versé par l'ATC, cela n'est pas nécessairement automatique dans le cas d'une transformation de place, notamment lorsque l'ATC y voit l'opportunité d'économies d'échelle. Le partenariat historique entre la gestion privée et la planification publique, garanti par un financement objectif strictement fondé sur la capacité des établissements et des services, risque d'être profondément modifié par l'introduction d'un **critère d'efficience** dans l'attribution des dotations.

Cette évolution essentielle doit être anticipée. Alors que la traduction budgétaire d'une logique quantitative de création de places repose sur une équation simple (1 ouverture = 1 ligne de crédits), le passage à une logique qualitative suppose l'introduction auprès des établissements d'indicateurs de gestion plus fins, dont **une première liste figure à l'annexe 16 de la circulaire budgétaire pour 2018¹**.

Trois d'entre eux ont été désignés prioritaires : le *taux d'occupation des places en établissement ou service médico-social pour enfants au titre de l'amendement Creton*, le *taux de scolarisation à l'école des enfants accompagnés en établissement spécialisé* et la *part des services dans l'offre médico-sociale proposant un accompagnement dans le milieu ordinaire*. La circulaire budgétaire invite les ARS à faire figurer ces trois données dans les schémas régionaux de l'offre médico-sociale, dont le renouvellement est précisément intervenu en 2018.

Votre rapporteur observe à cet égard que **les ARS se sont très diversement emparées de ces nouveaux indicateurs**. Par exemple, les schémas régionaux de l'offre médico-sociale des Hauts-de-France ou de l'Ile-de-France en font bien mention mais ne les traduisent pas par des indicateurs précis. *A contrario*, le schéma de la région Bourgogne-Franche-Comté définit trois cibles spécifiques pour les trois objectifs : une réduction de 20 % par an du nombre d'adultes maintenus en établissements pour enfants, un taux de scolarisation en milieu ordinaire porté à 50 % d'ici 2020 et 80 % d'ici 2028 et une part des services proposant un accompagnement dans le milieu ordinaire supérieure à 50 %.

¹ Instruction n° DGCS/SD5C/DSS/SD1A/CNSA/DESMS/2018/121 du 15 mai 2018 relative aux orientations de l'exercice 2018 pour la campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes handicapées et des personnes âgées.

• Le troisième défi concerne **l’articulation du virage inclusif avec l’évolution de l’offre laissée à la main des conseils départementaux**. En effet, le virage inclusif ne peut s’appliquer qu’aux segments de l’offre dont la planification dépend de l’État et de ses autorités déconcentrées, l’offre départementale (essentiellement les foyers de vie et les services d’aide à domicile sans intervention médicale) étant, en raison de la libre administration des collectivités territoriales, exclue de ce champ.

Or les conseils départementaux conservent un contrôle déterminant sur l’offre de services non médicalisés pour adultes handicapés (Saad, SAVS) et se retrouvent donc mécaniquement acteurs décisifs du virage inclusif. Ils sont par ailleurs les mieux placés pour répondre aux projets inclusifs de petite dimension, qu’ils peinent parfois à porter. Il est donc fondamental que la stratégie globale du Gouvernement tienne compte de l’évolution de l’offre départementale, qu’elle peut plus difficilement infléchir.

Proposition n° 1 : afin de réussir la mise en œuvre du virage inclusif :

- engager dès maintenant une réflexion de long terme sur le ciblage des évolutions de places à venir ;
- veiller à ce que les ARS s’emparent effectivement des nouveaux indicateurs définis pour l’évolution qualitative de l’offre ;
- veiller à l’articulation du virage inclusif avec les évolutions de l’offre médico-sociale départementale en prenant en considération les besoins du département ainsi que ses projets.

2. Les déséquilibres du paysage actuel

Le tableau rapidement brossé de l’offre médico-sociale à destination des personnes handicapées fait ainsi apparaître **trois grandes difficultés**, sur lesquelles l’action des pouvoirs publics doit porter en priorité. Ces difficultés sont illustratives d’une démarche historique qui, fondée sur l’autonomie d’implantation et de gestion d’acteurs privés à but non lucratif, s’est **davantage centrée sur la structure d’accueil que sur la personne à accompagner** :

- la spécialisation de l’offre se fait selon un critère d’âge dont la pertinence n’est pas toujours démontrée pour l’accompagnement du handicap,
- la planification de l’offre, parce qu’elle mobilise plusieurs acteurs publics aux intérêts parfois orthogonaux, ne garantit pas le meilleur maillage territorial,
- essentiellement descendante et reposant sur des indicateurs quantitatifs, cette planification ne tient que très imparfaitement compte des besoins des personnes.

a) Les frontières d'âge creusent l'écart des projets d'établissement

(1) La frontière entre enfant et adulte

La distribution des établissements et services médico-sociaux pour personnes handicapées se fait d'abord en fonction d'un **critère d'âge**. Bien que l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ne pose *a priori* pas de différence particulière entre les « établissements et les services, y compris les foyers d'accueil médicalisé, qui accueillent des personnes handicapées, quel que soit leur degré de handicap ou leur âge », les dispositions réglementaires d'application ainsi que la pratique de terrain montrent une **dichotomie profonde entre le secteur enfants et le secteur adultes**.

Proposition n° 2 : mettre fin aux cloisonnements engendrés par la coupure enfants/adultes et promouvoir davantage la notion de parcours.

Contrairement aux établissements accueillant des adultes, à l'exception notable des Esat, les établissements accueillant des enfants font l'objet de dispositions dédiées et déclinées selon que l'enfant présente une déficience intellectuelle, un handicap moteur, un polyhandicap ou une déficience sensorielle grave. Ces dispositions détaillent les conditions minimales d'accompagnement de l'enfant handicapé en préconisant explicitement qu'il bénéficie de soins, d'une surveillance médicale régulière et surtout d'un suivi éducatif individualisé formalisé par le **projet personnalisé de scolarisation (PPS)** établi *ab initio* par la MDPH.

Le cadre réglementaire pose donc les bases d'un étayage très étroit de l'accueil des enfants handicapés, tranchant ainsi avec la rareté relative des dispositions qui entourent l'accueil des adultes. Votre rapporteur y voit le signe d'un **déséquilibre manifeste entre les projets d'établissement pour enfants**, dont l'ambition pluridisciplinaire est affichée, et les **projets d'établissement pour adultes**, dont on devine qu'ils se concentrent généralement sur un suivi strictement médico-social de la personne.

Il résulte de ceci deux conséquences, qui sont à l'origine de nombreux blocages actuels :

- en premier lieu, la différence des accompagnements selon l'âge peut conduire les familles à exprimer des réticences à ce que leur enfant, au moment de sa majorité, passe d'un secteur à l'autre. Ce passage ne semble pas poser de difficulté lorsque le jeune adulte est en mesure de suivre une formation dispensée par un CRP ou un CPO et d'intégrer le milieu du travail protégé¹, mais en soulève davantage lorsque la lourdeur de son handicap l'en empêche et le contraint à un accueil en établissement. Les situations dites « amendement Creton », qui désignent le maintien de personnes handicapées majeures dans des établissements pour enfants, s'expliquent par la saturation des structures pour adultes, et parfois par le refus des familles de subir l'inflexion importante dans l'accompagnement que suppose ce passage.

¹ La MDPH prononce une orientation en milieu de travail protégé lorsque la productivité de la personne handicapée est estimée à environ un tiers de celle d'une personne ordinaire.

Lors d'une précédente mission conduite en 2016¹, votre rapporteur avait par ailleurs pu noter que les - encore trop - nombreux départs de personnes handicapées vers la Belgique découlaient pour une grande part de cette **lacune de l'offre** ;

- en second lieu, la qualité différente des projets d'établissements pour adultes peut expliquer les **difficultés de recrutement** que subit actuellement le secteur. On peut à cet égard noter que ces difficultés concernent essentiellement les métiers relatifs à l'accompagnement médico-social (principalement les aides-soignants et professionnels paramédicaux), dont l'un des graphiques précédents a montré qu'ils étaient prépondérants en MAS/FAM, et touchent moins les métiers de l'accompagnement pluridisciplinaire (éducateur spécialisé et moniteur d'atelier). Les carences du vivier de recrutement sont donc de nature à entretenir le cercle vicieux d'une offre qui peine à se renouveler faute de main d'œuvre.

Votre rapporteur est ainsi convaincu que la frontière d'âge est un des plus puissants freins à la recomposition d'une offre plus pertinente. Le cadre réglementaire moins précis du secteur adulte n'a pas manqué de creuser d'importants écarts dans la qualité de l'accompagnement, sans que le passage de la majorité ne suffise, aux yeux des familles, à expliquer ces hiatus.

L'accompagnement, de pluridisciplinaire à principalement médico-social, devient moins stimulant tant pour les personnes que pour les personnels.

Proposition n° 3 : étayer le projet des établissements du secteur adulte et élargir le recrutement des personnels qui y travaillent, afin de garantir un suivi pluridisciplinaire.

(2) La frontière entre adulte handicapé et personne âgée

Outre la dichotomie enfant/adulte qui structure l'accompagnement médico-social du handicap, la **barrière d'âge de 60 ans trace une limite arbitraire entre l'accompagnement du handicap et l'accompagnement de la dépendance liée au grand âge**. L'augmentation de l'espérance de vie des personnes handicapées pose le problème nouveau de leur vieillissement, qui s'accorde mal au droit commun de la perte d'autonomie.

Les politiques publiques du handicap et du grand âge n'ont en effet pas été pensées de façon particulièrement coordonnée et la frontière de 60 ans met le secteur du handicap au défi d'un accompagnement adapté. Les personnels et les structures du secteur adulte ne sont en effet pas ou peu formés au traitement des problématiques gériatriques, et les structures du grand âge se sont surtout construites autour de la prise en charge de personnes dépendantes du troisième ou du quatrième âge (la moyenne d'âge à l'entrée tourne autour de 85 ans).

¹ Cl.-L. CAMPION et Ph. MOUILLER, *Prise en charge de personnes handicapées dans des établissements situés en dehors du territoire national, rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales du Sénat n° 218 (2016-2017)*.

Les personnes handicapées vieillissantes (PHV) se trouvent donc à la charnière de deux milieux, chacun contraint de fournir un effort d'adaptation conséquent et contraire à sa culture d'origine.

Trois cas de figure sont généralement observés :

- la personne handicapée vieillissante, qui ne peut plus se maintenir en foyer d'hébergement ou en foyer de vie du fait des besoins en médicalisation liés à sa dépendance, est accueillie en **établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes** (Ehpad). Ces structures, souvent équipées d'un infirmier gériatrique et d'aides-soignants spécialisés en faible nombre, ne sont pas adaptées à l'accueil de ces publics dont les besoins sont spécifiques ;

- la personne handicapée vieillissante peut être maintenue dans son foyer de vie, qui fait une **demande d'agrément conjoint** à l'ARS et au conseil départemental pour **l'ouverture d'une place en foyer d'accueil médicalisé (FAM)**. Ainsi, la personne ne change pas de lieu de vie, et c'est ce dernier qui s'adapte à l'évolution de ses besoins. Il en résulte cependant une complexité supplémentaire pour la structure d'accueil, liée notamment au cofinancement des FAM ;

- la troisième option, moins répandue, consiste en une **évolution de l'agrément général délivré à la structure**. Elle satisfait *a priori* aux deux impératifs de continuité du parcours de la personne et de simplicité de la gestion, mais suppose une évolution homogène et globale de la population accueillie par l'établissement. Un exemple en est fourni par le foyer d'accueil spécifique (FAS) d'Indre-et-Loire.

Le foyer d'accueil spécifique (FAS) d'Indre-et-Loire

Il s'agit d'une initiative lancée en 1973 par l'association du Foyer de Clugny. Le projet d'origine visait des personnes handicapées capables d'exercer une activité professionnelle en milieu protégé mais ne disposant d'aucun soutien familial ; il consistait en un centre d'aide par le travail (ultérieurement dénommé Esat) étayé par un foyer d'hébergement.

Dès les années 1980, s'est posé le problème des premiers retraités de l'Esat, qui ont manifesté le souhait de demeurer au foyer d'hébergement, alors même que l'interruption de leur activité professionnelle les faisait normalement relever d'une maison de retraite médicalisée. Un agrément spécifique du conseil départemental, qui réserve les foyers d'hébergement aux personnes travaillant en milieu protégé, était nécessaire.

Les besoins en médicalisation croissants de ces personnes ont contraint les gestionnaires d'établissement à construire des partenariats ponctuels avec des professionnels libéraux. Le parcours de la personne handicapée vieillissante ne s'accommodait absolument pas de son maintien, pourtant souhaité par elle, en foyer d'hébergement.

L'association a finalement obtenu que lui soit délivré par le conseil départemental un agrément inédit de foyer d'accueil spécifique (FAS), qui donne lieu au versement d'un **prix de journée**. Ce dernier se compose essentiellement d'une mutualisation des montants des allocations personnalisées à l'autonomie (APA) des résidents. Cet accompagnement garantit certes la continuité du parcours de la personne mais son financement exclusivement départemental ne résout pas le problème de l'accès aux soins. L'association a confirmé à votre rapporteur que le suivi de santé des résidents relevait encore du « bricolage » : allers-retours nombreux aux urgences, partenariat avec une officine pour la préparation des piluliers avec participation financière de l'établissement, recours fréquent à la psychiatrie...

Le modèle du foyer d'accueil spécifique offre donc une solution intéressante au défi posé par l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes. Outre qu'il ne correspond à aucune catégorie existante d'établissement ou service médico-social, il présente néanmoins une faiblesse relative au suivi médical de ses publics.

Proposition n° 4 : réfléchir au modèle du foyer d'accueil spécifique pour personnes handicapées vieillissantes, avec un soutien spécifique lié au suivi médical des résidents.

b) Des conflits de planification expliquent les disparités territoriales

Le rapport rendu en 2012 par la mission conjointe de l'inspection générale des finances (IGF) et de l'IGAS¹ (rapport Jeannet-Vachey) avait déjà relevé de fortes disparités territoriales dans la couverture des besoins, particulièrement pour le secteur des adultes. Aux yeux de votre rapporteur, ces disparités s'expliquent par une planification de l'offre décidée sans concertation suffisante avec l'échelon de proximité, à savoir le département.

On a vu que, malgré le « chef-de-filat » que lui reconnaissent les lois de décentralisation en matière sociale, le conseil départemental avait progressivement vu sa compétence programmatique de l'offre médico-sociale réduite au profit de celle de l'ARS, elle-même tributaire des orientations stratégiques définies par l'État. Cette nouvelle attribution de la compétence planificatrice, prévue dès 2010 par la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST), s'expliquait en grande partie par le constat d'une lacune initiale des conseils départementaux, dommageable au déploiement correct de l'offre².

¹ IGF et IGAS, Établissements et services pour personnes handicapées : offre et besoins, modalités de financement, 2012.

² J.-Fr. BAUDURET indique qu'outre « la qualité très hétérogène des schémas départementaux existant, en 2010, la CNSA observait que 10 % des départements ne disposaient pas d'un schéma gériatrique, que 24 % n'avaient pas établi celui de l'enfance handicapée et que 18 % ne disposaient pas d'un schéma pour les adultes handicapés » (Institutions sociales et médico-sociales, Paris, Dunod, p. 40).

La LFSS pour 2011 introduisait néanmoins une ambiguïté en prévoyant pour sa part que les dotations attribuées par la CNSA aux établissements et services médico-sociaux étaient fixées en fonction des besoins des personnes tels qu'ils résultent des **Priac** et des **priorités des plans nationaux**¹ : se trouvaient alors escamotés les schémas départementaux, mais aussi les schémas régionaux.

Bien que l'effort des conseils départementaux se soit depuis intensifié, force est de constater que certaines lacunes demeurent dans l'élaboration de leurs schémas, empêchant ces derniers de servir d'outil principal à la planification. Le travail de comparaison mené par les centres régionaux d'études, d'actions et d'informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité (CREAI) est à cet égard particulièrement précieux.

De toute évidence, la situation actuelle, qui voit la **séparation de la compétence planificatrice**, exercée au niveau régional, **et de la mission d'orientation**, exercée logiquement au plus près de la personne par la MDPH, engendre plusieurs difficultés.

Votre rapporteur préconise donc qu'à long terme, **le schéma départemental de l'offre médico-sociale soit considéré comme réellement complémentaire aux schémas régionaux dans la planification de l'offre**. Les départements, comme échelon de proximité, restent les premiers connaisseurs des besoins exprimés et doivent à ce titre être à l'origine de la décision de création². Ce n'est qu'à la condition d'une communauté d'échelon entre l'implantation et l'orientation que l'offre connaîtra une répartition plus pertinente. Il s'agit entretemps pour les administrations centrales, dans le respect de la libre administration des collectivités territoriales, de mettre à disposition des conseils départementaux tous les outils nécessaires (guides et fiches pratiques) à l'élaboration de schémas exhaustifs et homogènes.

La restitution de la compétence planificatrice aux conseils départementaux **ne présente pas de risques inflationnistes**, dans la mesure où le financement de l'offre médico-sociale restera maintenu dans les limites d'une enveloppe fermée.

Votre rapporteur est d'autant plus convaincu de l'utilité de **rendre la compétence planificatrice aux conseils départementaux** que, à rebours de l'idée reçue selon laquelle la décentralisation contribuerait au creusement des disparités territoriales, le rapport Jeannet-Vachey a montré qu'en 2010 les indices de dispersion par département du financement de l'offre existante étaient de 48 % pour les crédits de l'assurance maladie et de 28 % pour les crédits accordés par les conseils départementaux.

¹ Art. L. 314-3 du CASF. Cet article est lui-même partiellement contredit par l'article L. 314-4 du même code, aux termes duquel ces dotations sont fixées en fonction des besoins de la population, des priorités définies au niveau national en matière médico-sociale, en tenant de l'activité et des coûts moyens des établissements et services et d'**un objectif de réduction progressive des inégalités dans l'allocation des ressources entre régions** ».

² Cette proposition paraît est peu compatible avec l'état actuel du financement de l'offre médico-sociale à destination des personnes handicapées, largement assuré par des crédits d'assurance maladie, mais est à rapprocher de celles que votre rapporteur formulera au II.

Proposition n° 5 : rendre aux conseils départementaux un rôle décisif en matière de planification de l'offre médico-sociale en amplifiant le rôle des schémas départementaux de l'offre médico-sociale.

3. L'affaiblissement progressif des leviers de transformation

Le recours privilégié par le Gouvernement à la transformation de l'offre existante plutôt qu'à son extension s'explique par l'affaiblissement progressif des trois principaux leviers du dynamisme de l'offre que sont la **politique salariale**, l'**investissement** et le **régime juridique des installations de places**.

a) La politique salariale

(1) Une revalorisation salariale trop limitée

Les marges de manœuvre ouvertes aux établissements et aux services, au titre de la **reconduction de leurs moyens**, sont étroitement liées aux dotations financières, dites dotations régionales limitatives (DRL), qui leur sont versées par les ARS. Ces dernières résultent de la division en enveloppes régionales de l'objectif global de dépenses (OGD), qui rassemble les crédits nationaux dédiés à l'accompagnement médico-social des personnes handicapées¹.

Les DRL sont distribuées par la CNSA aux ARS en fonction d'un taux d'évolution déterminé chaque année par une circulaire budgétaire interministérielle². Ce taux d'évolution est censé assurer la couverture de deux catégories de dépenses : les dépenses de personnel (pour 75 %) et les autres dépenses matérielles (pour 25 %). Les chiffres de l'évolution de ce taux figurent dans le tableau ci-après.

¹ L'OGD se compose pour sa majorité des crédits de l'assurance maladie réunis dans l'objectif de dépenses d'assurance maladie (Ondam) médico-social et plusieurs recettes fiscales affectées à la CNSA.

² Le taux d'évolution n'entre dans le calcul de la DRL que pour sa part liée à la reconduction des moyens de l'offre existante. Ce montant est augmenté des crédits destinés aux créations de places, dont la répartition est indépendamment décidée par les plans nationaux, ainsi que des crédits non reconductibles, dont il sera question plus loin.

Évolution de la DRL aux établissements et services pour personnes handicapées

	2014	2015	2016	2017	2018
Part salariale	75 %	75 %	75 %	75 %	75 %
Part des dépenses matérielles	25 %	25 %	25 %	25 %	25 %
Taux d'évolution de la masse salariale	0,825 %	0,56 %	0,66 %	0,78 %	1,17 %
Taux d'évolution des dépenses matérielles	0,56 %	0 %	0,2 %	0,6 %	0 %
Taux d'évolution globale de la DRL PH	0,96 %	0,56 %	0,55 %	0,73 %	0,88 %

Source : Circulaires budgétaires

Outre l'oscillation des moyens consacrés au renouvellement du matériel dont disposent les établissements et les services (dont l'évolution est nulle en 2018), on constate une augmentation continue du taux d'évolution de la masse salariale sur la période 2015-2018, dont on doit néanmoins préciser qu'elle ne s'applique qu'à des effectifs constants. Si l'on neutralise les effets du glissement vieillesse technicité (GVT) – dont le niveau peut varier entre 0,25 % et 0,90 %, selon le secteur public ou privé et les différentes conventions collectives – et les effets de report¹, **l'évolution réelle des rémunérations des effectifs constants ne dépasse pas les quelques dixièmes de pourcentage².**

Les marges de manœuvre des gestionnaires d'établissements et de services étant donc extrêmement limitées pour l'augmentation salariale des effectifs existants, elles le sont *a fortiori* **beaucoup plus pour les possibilités de recrutement.**

¹ L'effet de report représente l'évolution de la masse salariale compte tenu des augmentations attribuées l'exercice précédent.

² Le chiffre précis n'est pas disponible. Les conférences salariales tenues annuellement en présence de représentants de l'État et des organisations syndicales ne donnent d'estimation de ce chiffre que pour l'ensemble du secteur médico-social, personnes âgées et personnes handicapées confondues.

(2) Des aides à l'embauche aux effets encore incertains

Une souplesse ouverte aux gestionnaires et susceptible de favoriser les embauches leur était offerte par le **crédit d'impôt de taxe sur les salaires (CITS)**, dont la circulaire budgétaire pour 2017 avait spécifiquement précisé qu'il devait **favoriser l'emploi**¹ et n'était à ce titre pas intégré dans le taux d'évolution de la masse salariale. Ce crédit d'impôt sera remplacé à compter du 1^{er} janvier 2019 par un allègement de cotisations sociales.

Le crédit d'impôt de taxe sur les salaires

La création du CITS résulte de l'inéligibilité des organismes ayant statut associatif au crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE) institué par la loi de finances rectificative pour 2012 et réservé aux entreprises soumises à l'impôt sur le revenu ou sur les bénéfices. En raison de la nature non lucrative de leur activité, les organismes associatifs ne sont pas, dans leur grande majorité, redevables de la taxe sur la valeur ajoutée et s'acquittent, en conséquence, de la **taxe sur les salaires (TS)**.

L'assiette de la TS est égale au montant brut annuel de l'ensemble des rémunérations et avantages en nature versés par l'employeur. Elle est ensuite calculée à partir d'un **barème progressif** qui s'applique aux rémunérations *individuelles* annuelles versées : plus la rémunération individuelle brute est élevée, plus le taux de la TS est important (4,25 % pour une rémunération annuelle brute inférieure à 7 713 euros, 8,50 % pour un niveau compris entre 7 713 et 15 401 euros, 13,60 % pour toute rémunération supérieure).

Afin d'encourager le développement des activités non lucratives des associations et de favoriser l'emploi dans ces structures, l'article 88 de la loi de finances pour 2017² instaure le crédit d'impôt de taxe sur les salaires, égal à **4 % des rémunérations n'excédant pas 2,5 fois le salaire minimum de croissance** versées au cours de l'année civile et imputé sur la TS due au titre de l'année au cours de laquelle ces rémunérations ont été versées.

Plusieurs **effets pervers** du CITS ont été soulignés au cours de son premier exercice d'application. La commission des finances du Sénat³ a notamment dénoncé plusieurs complexités d'appropriation par les structures associatives, liées aux démarches administratives ainsi qu'au cycle de trésorerie (imputation annuelle du CITS contre acomptes mensuels ou trimestriels de la TS). La commission de la culture du Sénat⁴ avait quant à elle relevé que seules les associations à la masse salariale supérieure à 330 000 euros par an pouvaient réellement bénéficier.

En conséquence, le projet de loi de finances pour 2018 a décidé sa **suppression, comme celle du CICE, à compter du 1^{er} janvier 2019** et son remplacement par un allègement de cotisations sociales.

¹ La circulaire était néanmoins ambiguë sur ce point : initialement évoqué comme mesure favorisant l'emploi (p. 10), le CITS y était également mentionné comme pouvant « constituer une marge mobilisable dans le cadre d'une revalorisation salariale » (annexe 1).

² Loi n° 2016-1917 du 29 décembre 2016 de finances pour 2017.

³ A. DE MONTGOLFIER, Rapport général du projet de loi de finances pour 2018 n° 108 (2017-2018) fait au nom de la commission des finances, tome III.

⁴ J.-J. LOZACH et J.-B. MAGNER, Avis au projet de loi de finances pour 2018 : Sport, jeunesse et vie associative n° 112 (2017-2018) fait au nom de la commission de la culture, de l'éducation et de la communication.

L'exercice 2019 se révélera particulièrement crucial : il verra en effet la conjugaison du versement de la créance de CITS calculée sur les rémunérations de 2018 et de l'allègement de cotisations sociales annoncé, dont on attend pour les structures associatives un **gain ponctuel de trésorerie estimé à 1 milliard d'euros**. Votre rapporteur se montrera particulièrement attentif à ce que cette bouffée d'oxygène ponctuelle ne fasse l'objet d'une reprise par les pouvoirs publics, notamment via la modulation des DRL¹ : il conviendra à cet égard d'examiner les dispositions des textes financiers pour 2019 ainsi que la circulaire budgétaire de l'exercice à venir. *A contrario*, les mesures de crédits d'impôt ou d'allègements de cotisations devraient voir leur finalité d'aide au recrutement réaffirmée : elles ne devraient pas servir d'appui à la revalorisation salariale, qui reste uniquement assurée par le taux d'évolution de la DRL.

Une autre disposition impactant particulièrement le secteur associatif et figurant au projet de loi de finances pour 2018 concerne **la baisse importante du nombre des contrats uniques d'insertion (CUI)**, dits « contrats aidés »². Cette mesure ne devrait pas avoir d'impact significatif dans le secteur de l'accompagnement du handicap, pour deux raisons :

- la diminution du nombre de contrats aidés concerne essentiellement les contrats visant le secteur marchand, et non ceux visant le secteur associatif,
- le Gouvernement a par ailleurs prévu la concentration des contrats aidés maintenus sur quelques domaines prioritaires, qui comprennent l'accompagnement des enfants en situation de handicap en milieu scolaire, et l'accompagnement social et médico-social des jeunes enfants, des personnes dépendantes, sans abri ou atteinte d'un handicap.

b) L'aide à l'investissement : un financement précarisé

(1) Une capacité d'autofinancement insuffisante

La **capacité d'autofinancement (CAF)** d'un établissement ou d'un service médico-social détermine si ce dernier dégage, dans le cadre de son cycle d'exploitation, une marge financière lui permettant de financer ses investissements à venir.

Elle permet à la structure à la fois de se désendetter par le remboursement du capital des emprunts contractés et de construire une épargne dirigée vers l'acquisition ou le renouvellement des immobilisations.

¹ Comme a pu le montrer l'exemple des établissements de santé privés non lucratifs, dont la tarification s'est vue moduler en 2018 par un coefficient prenant en compte les crédits d'impôt dont ils bénéficiaient (décret n° 2018-130 du 23 février 2018 relatif à la prise en compte d'allègements fiscaux et sociaux dans les tarifs des établissements de santé).

² Destinés aux personnes particulièrement éloignées de l'emploi du fait de leur âge, de leur période de chômage, de leur handicap ou de leur formation, ces contrats ouvrent le droit à l'employeur de bénéficier d'une aide de l'État égale à 75 % du Smic.

Dans le cas d'une structure médico-sociale, le maniement de la CAF comme instrument d'analyse financière doit se faire avec précaution et d'abord distinguer le statut de la structure. L'article R. 314-11 du CASF fait effectivement mention de « l'excédent de la section d'exploitation » comme une des ressources de la section d'investissement, mais **conditionne cette affectation à l'autorisation de l'autorité de tarification**.

Le dégagement d'une CAF par une structure ne se traduit donc pas nécessairement par la liberté laissée à cette dernière de l'engager dans des opérations d'investissement décidées en interne. La règle de l'affectation décidée par l'autorité tarifaire a été néanmoins partiellement atténuée par l'introduction d'un nouvel outil budgétaire et comptable censé favoriser l'autonomie de gestion des structures : l'état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD)¹. C'est d'ailleurs le décret fixant le cadre réglementaire de ce nouvel outil qui dégage pour la première fois la CAF comme critère de financement des structures².

Celles ayant opté pour une présentation budgétaire sous la forme d'un EPRD peuvent procéder **elles-mêmes** à l'affectation de leurs résultats, mais toujours selon des règles de priorité énoncées à l'article R. 314-234. Une liberté **renforcée** d'affectation des résultats n'est reconnue par l'article R. 314-235 qu'à la double condition d'avoir **opté pour l'EPRD** et d'être un gestionnaire **privé**.

L'analyse des comptes administratifs des établissements et services médico-sociaux menée par la CNSA montre que le niveau général de leur CAF se trouve globalement en-deçà du niveau communément considéré comme satisfaisant (5 %).

La capacité d'autofinancement des établissements et services du secteur handicap en 2013

		Taux moyen de CAF
Enfants handicapés	Établissement	3,96 %
	Service	2,10 %
Adultes handicapés	Établissement	4,09 %
	Service	1,12 %

Source : CNSA

Le niveau relativement peu élevé de la capacité d'autofinancement des structures médico-sociales à destination des personnes handicapées rend donc particulièrement stratégique l'intervention d'une **aide publique à l'investissement**.

¹ Il en sera question dans les développements qui suivent.

² Décret n° 2016-1815 du 21 décembre 2016 modifiant les dispositions financières applicables aux établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles.

(2) Le plan d'aide à l'investissement

La restructuration et l'amélioration d'une offre médico-sociale soumise à l'évolution des besoins de son public supposent de la part des gestionnaires un investissement constant et important. Les travaux du Sénat menés lors de la discussion de la loi portant adaptation de la société au vieillissement (ASV) ont apporté un cadre juridique à **l'aide à l'investissement** que les pouvoirs publics pouvaient leur apporter.

Le plan d'aide à l'investissement : genèse et transformation

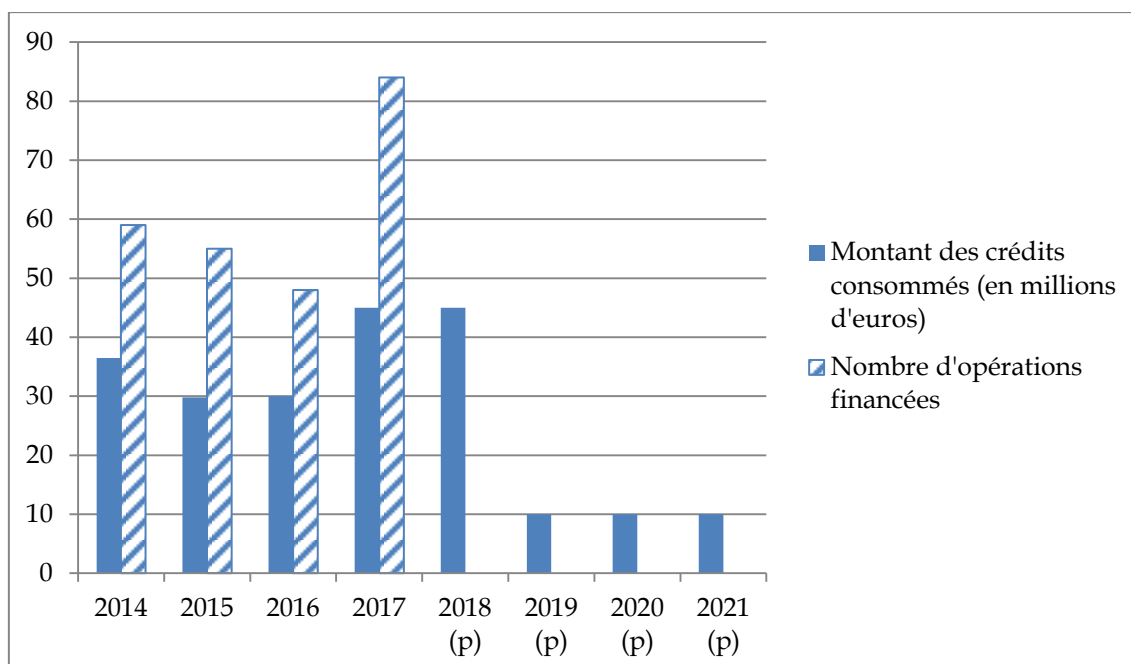
Depuis 2008, la CNSA s'est vue attribuer une mission pérenne d'aide à l'investissement pour la modernisation des structures existantes *accueillant des personnes âgées et des personnes handicapées*, sans que celle-ci ne fasse l'objet de crédits dédiés. Initialement financée par les résultats excédentaires de la caisse, le plan d'aide à l'investissement (PAI) s'est par la suite vu affecter une fraction indéterminée de la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA), modifiable d'année en année.

À l'initiative des rapporteurs du Sénat de la loi ASV, le plan d'aide à l'investissement devait être originellement abondé, pour les exercices 2016 et 2017, par la moitié du produit de la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (Casa), puis par une fraction déterminée du produit de la CSA, assurant ainsi une **pérennité de son financement**.

La version définitive du texte a finalement retenu une option de financement fondée sur une **dotation de 100 millions d'euros annuels** pour les exercices **2016, 2017 et 2018**, prélevée sur les recettes de la Casa. Les rapporteurs médico-sociaux de la commission des affaires sociales du Sénat n'ont à cet égard eu de cesse d'alerter sur le caractère précaire de cette disposition, **limitée à trois ans** et qui voit son dernier exercice d'application, d'autant que le niveau des réserves de la CNSA connaît une diminution régulière depuis 2016.

La conférence nationale du handicap de mai 2016 a annoncé un **abondement exceptionnel du PAI spécifique au handicap de 60 millions d'euros sur la période 2017-2021**, ventilé en quatre tranches de 20 millions d'euros pour la première année et 10 millions d'euros pour les quatre autres.

Les rapports de la CNSA font état de l'évolution suivante pour la part spécifique du PAI réservée au secteur de l'accompagnement du handicap. Les exercices 2015 et 2016 font état d'une dotation de 30 millions d'euros, soit 30 % de la dotation globale établie par la loi ASV.

Plan d'aide à l'investissement du secteur du handicap (2014-2018)


Source : CNSA

L'augmentation notable des crédits consommés en 2017, qui fait suite à deux exercices consécutifs de diminution, est due à la tranche de 20 millions d'euros d'abondement exceptionnel décidée par la CNH. On constate néanmoins que cet apport supplémentaire n'a été consommé qu'à hauteur de 15 millions d'euros, laissant ainsi **5 millions d'euros autorisés non consommés**¹. Votre rapporteur trouve à cet égard particulièrement regrettable que, malgré les besoins du secteur, les crédits consacrés à l'investissement fassent l'objet d'une **sous-consommation**, qu'il impute à la **complexité du cadre administratif** relatif aux transformations de l'offre.

Avec l'extinction du dispositif porté par la loi ASV, les ressources assurées du PAI ne proviendront à partir de 2019 que des engagements pris par la CNH de mai 2016. Le financement de l'aide à l'investissement ne manquera pas de renouer avec les pratiques d'avant 2016, consistant à y consacrer une fraction des résultats excédentaires de la CNSA, communément appelés « réserves ». Le rapporteur médico-social du PLFSS pour 2018 n'a pas manqué d'alerter sur la diminution rapide du niveau de ces réserves, régulièrement sollicitées pour absorber le déficit d'exploitation structurel de la CNSA, et sur la précarité d'en faire dépendre le PAI².

¹ Ce qui explique l'hypothèse retenue par votre rapporteur pour l'exercice 2018 : aux 30 millions d'euros prévus par la loi ASV s'ajouterait les 5 millions d'autorisations pour 2017 non consommés et la tranche de 10 millions initialement prévue pour 2018 par la CNH de mai 2016. Pour 2019, en l'état des données disponibles, on ne peut qu'anticiper une tranche de 10 millions d'euros.

² B. BONNE, Rapport sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 n° 77 (2017-2018), tome I, troisième partie.

(3) Les crédits non reconductibles

En complément des financements attribués au titre du PAI, et sans doute en anticipation de son extinction, les ARS ont développé une pratique subsidiaire de financement de l'investissement, qui aux yeux de votre rapporteur comporte de nombreux risques : **le recours aux crédits non reconductibles (CNR)**.

Les crédits non reconductibles

Les CNR n'ont pas d'existence juridique. Ce sont des crédits dont disposent les ARS pour **couvrir des dépenses non pérennes**. Ces crédits ont deux sources principales :

- des CNR *au niveau national* fléchés pour faire face à des dépenses spécifiques qui sont inégalement réparties entre l'ensemble des établissements et services (remboursement des salaires et charges des personnels mis à disposition des organisations syndicales, dispositif de formation des formateurs autisme, gratification des stages étudiants dans le champ des personnes handicapées) ou à des circonstances exceptionnelles ;

- des CNR *au niveau régional* provenant de marges de gestion dégagées en cours d'exercice au sein des dotations régionales limitatives (DRL) par les ARS. Ce volant de crédits non affectés de leur enveloppe régionale peut résulter de certains événements de gestion ou de la gestion des résultats consolidés excédentaires.

De manière générale, les CNR sont un élément de la tarification pour les ARS : il s'agit d'une variable d'ajustement qui permet de soutenir temporairement certains projets, expérimentations ou investissements. Les circulaires budgétaires rappellent chaque année que l'utilisation des CNR aux fins de financement de mesures pérennes est par nature proscrite. Le caractère non reconductible de ces crédits impose de ce fait la plus grande rigueur dans leur emploi et n'autorise, en aucun cas, le recours à des pratiques dont la conformité réglementaire, budgétaire et comptable n'est pas strictement établie.

Compte tenu de la nature particulière des CNR, dont le niveau provient en grande majorité des excédents d'exploitation de l'exercice précédent récupérés par l'autorité tarifaire, il paraît particulièrement surprenant de mobiliser cette source de financement, instable par définition, pour le financement de projets d'investissement souvent pluriannuels.

L'intervention de l'autorité tarifaire prévue à l'article R. 314-11 du CASF est, selon votre rapporteur, la source principale du risque de financement lié aux CNR. Elle suppose en effet, pour les structures n'ayant pas opté pour une présentation budgétaire sous forme d'EPRD, une récupération des excédents d'exploitation au niveau de l'ARS, suivie d'une ventilation de ces derniers décidée par l'autorité tarifaire selon les projets d'investissement entamés.

L'écueil principal de cette démarche réside dans l'**absence d'incitation faite au gestionnaire, dont les excédents sont repris, de développer sa capacité d'autofinancement** : le financement de ses projets d'investissement lui vient en effet de l'attribution d'une part des excédents consolidés au niveau régional plutôt que d'une stratégie développée en interne. Or l'investissement ne peut disposer d'un financement viable que s'il est soutenu par l'activité **de la structure qui l'engage**.

Par conséquent, les pouvoirs publics ont progressivement introduit, par la diffusion de l'EPRD offrant un nouveau cadre tarifaire aux gestionnaires, le principe de la liberté d'affectation des résultats d'exploitation afin d'aider à la relance l'investissement par l'autofinancement. Cette possibilité ouverte aux gestionnaires reste toutefois conditionnée à la signature d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (Cpom). Le Gouvernement espère ainsi substituer un financement interne de l'investissement au financement externe par l'autorité tarifaire, projet dont le succès se fait encore attendre¹.

c) Le régime de l'installation : longueur et formalisme de l'appel à projet

(1) Les difficultés soulevées par l'appel à projet

Le régime de création, de transformation et d'extension des établissements ou services médico-sociaux énumérés à l'article L. 312-1 du CASF obéit à plusieurs règles énoncées à l'article L. 313-1-1 du même code. La première prévoit la **délivrance obligatoire d'une autorisation** par l'autorité de tarification, après le recueil de l'avis d'une commission d'information et de sélection d'appel à projet social ou médico-social.

Le gestionnaire désireux de procéder à une création, transformation ou extension de son établissement ou service doit se porter candidat à un **avis d'appel à projet** (AAP) préparé par l'autorité de tarification et dont le contenu figure aux articles R. 313-4-1 et suivants du CASF. Outre le cahier des charges, l'avis d'appel à projet peut comprendre plusieurs pièces justificatives exigibles, dont le nombre est laissé à la discrétion de l'autorité. Par ailleurs, **le délai de réponse des candidats ne peut être inférieur à 60 jours ni supérieur à 120 jours à compter de la date de publication de l'avis**. Plusieurs délais subsidiaires peuvent s'ajouter à la demande de la commission, si elle estime devoir recevoir des précisions.

L'autorisation du projet est délivrée dans un **délai maximum de 6 mois** à compter de la date limite de dépôt des projets. La décision d'autorisation, émise par une autorité publique, est en outre susceptible d'un **recours non suspensif** devant le juge administratif, dont peuvent se saisir les candidats déçus une fois que la décision leur est notifiée.

¹ La circulaire budgétaire pour 2018 déplorait en effet que la diminution des CNR engagée en 2016, traduisant une première vague de signatures de Cpom, ne se soit pas poursuivie en 2017. L'engouement espéré par le Gouvernement pour les Cpom ne semble pas se répandre.

Deux caractères se dégagent très nettement de cette description : la procédure d'appel à projet, préalable obligatoire à tout investissement, est **longue** (quatre mois au minimum, pouvant aller jusqu'à plus d'un an) et **formaliste**. Les sous-consommations des crédits ouverts en début d'exercice budgétaire découlent en très grande partie de ces contraintes.

La procédure d'appel à projet gagnerait par conséquent à être simplifiée.

(2) Les exonérations de l'appel à projet

Pour atténuer les effets délétères de la procédure, la loi ASV lui a ménagé plusieurs exceptions :

- la procédure d'appel à projet ne s'applique pas pour toute **extension inférieure à 30 % de la capacité totale** de l'établissement ou du service ;

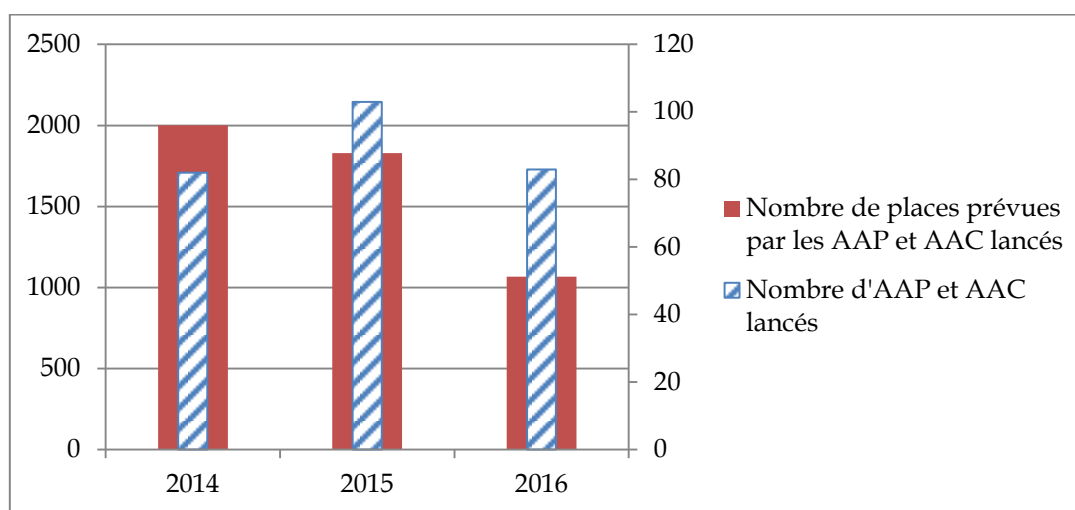
- elle ne s'applique pas non plus pour les *opérations de regroupement* d'établissements ou de services n'entraînant pas d'augmentation de capacité supérieure à 30 %, ni pour les *projets de transformation* ne comportant **pas de modification de la catégorie de leurs bénéficiaires** ;

- enfin, et uniquement lorsque le gestionnaire est **signataire d'un Cpom**, le projet de transformation de son établissement ou service peut être exonéré d'appel à projet, même s'il emporte **modification de la catégorie de ses bénéficiaires**, à la condition qu'il n'entraîne pas d'extension de capacité supérieure à 30 %. La commission d'appel à projet reste dans ce cas saisie pour avis, ce qui n'entraîne pas de compression particulière des délais.

Bien qu'intéressantes dans leur principe, ces exceptions posent **deux grands types de problèmes**.

- Elles renvoient au problème méthodologique précédemment évoqué qui résulte de la mesure de la pertinence d'une offre à la seule aune de sa capacité. L'article D. 313-2 du CASF s'était efforcé de ne pas retenir une logique de places, en renvoyant l'autorité de délivrance de l'autorisation à tous les modes de définition de la capacité de l'établissement ou du service, mais ce raisonnement ne trouve plus à s'appliquer lorsque la structure médico-sociale fonctionne sur le mode de la *file active*, et ne mesure plus son activité par sa capacité, mais par le nombre de personnes ayant recours à ses services. Or les ARS émettent un nombre croissant d'appels à projet fonctionnant en file active et pour lesquels elles ont renseigné un nombre de places égal à zéro. Les exonérations de la procédure d'appel à projet, telles que prévues par le droit, **ne sont pas applicables aux dispositifs, de plus en plus fréquents, fondés sur la file active**.

Importance croissante des appels à projets et appels à candidatures fondés sur la file active dans le secteur du handicap



Source : CNSA

- Pour les projets dont la capacité est libellée, elles ne semblent pas recouvrir un champ suffisamment vaste pour que leur impact soit significatif. Votre rapporteur est favorable au maintien du régime de l'autorisation, préalable indispensable à tout engagement de deniers publics, ainsi qu'à l'application de la procédure d'appel à projet pour toute **création**. Le seul renouvellement de l'autorisation devrait suffire à valider les projets de **transformation** ou d'**extension**, quel que soit leur impact en termes de capacité, sans nouvel appel à projet.

Votre rapporteur est bien conscient qu'une pareille préconisation est de nature à renforcer la position dominante des gestionnaires déjà largement implantés sur le marché de l'offre médico-sociale à destination des personnes handicapées. Ces effets se verront néanmoins atténués par l'inflexion qualitative amorcée par le Gouvernement, et par le recours croissant à de **nouvelles modalités de l'offre médico-sociale**, qui relèvent d'un régime concurrent de celui des appels à projet.

Proposition n° 6 : limiter le recours à la procédure d'appel à projet aux seuls cas de création de places nouvelles dépassant un certain seuil.

(3) L'appel à candidatures

En effet, les régimes de l'autorisation et de l'appel à projet s'appliquent uniquement aux établissements et services énumérés à l'article L. 312-1 du CASF, qui ne comprend pas certaines formes plus récentes et plus *modulaires* de l'accompagnement médico-social des personnes handicapées, telles les plateformes d'accompagnement et de répit, les unités d'enseignement en maternelle (UEM) et les pôles de compétences et de prestations externalisées (PCPE)¹.

¹ Il sera question de ces formes modulaires de l'offre médico-sociale dans un développement ultérieur.

Pour ces formes émergentes de l'offre médico-sociale, la procédure applicable, appelée **appel à candidatures** (AAC), est celle des marchés publics de services sociaux.

L'appel à candidatures : une version allégée de l'appel à projet

Aux termes du bilan des appels à projet lancés en 2016 dressé par la CNSA, l'AAC présente les caractères suivants :

- la commission d'information et de sélection émet un avis consultatif ;
- le cahier des charges est allégé ;
- les délais de publication, de dépôt des dossiers, d'examen de la commission et de réponse sont plus courts que ceux des AAP.

Cette procédure obéit aux règles énoncées par les articles 27 et 28 du décret du 25 mars 2016¹, selon lesquelles l'autorité de tarification peut appliquer une **procédure adaptée dont il détermine librement les modalités en fonction de la nature et des caractéristiques du besoin à satisfaire**, dans le respect néanmoins des principes énoncés par la législation en matière de marchés publics (liberté d'accès, égalité de traitement des candidats et transparence).

La vocation qu'a l'offre médico-sociale à destination des personnes handicapées à devenir plus modulaire et moins centrée sur la logique de places devrait logiquement en faire relever une part plus importante de la procédure d'AAC. La CNSA relevait ainsi que près d'un *quart* des procédures lancées par les ARS en 2016 concernait des AAC. C'est là un signe encourageant de la transformation de l'offre, mais aussi d'une **plus grande réactivité à l'urgence des besoins**.

Proposition n° 7 : encourager un plus grand recours aux appels à candidatures.

B. LE PARI DE L'EFFET DE TAILLE : UN NOUVEAU CADRE GESTIONNAIRE INTÉRESSANT MAIS INSUFFISAMMENT RÉGULÉ

1. Les nouveaux outils gestionnaires en question : un cadre budgétaire redéfini mais inachevé

L'un des axes privilégiés par le Gouvernement pour la réforme de la gestion des établissements et services médico-sociaux fut la **redéfinition de leurs règles budgétaires de financement**, avec un objectif de développement de leur autonomie de gestion.

¹ Décret n° 2016-360 du 25 mars 2016 relatif aux marchés publics.

a) La procédure budgétaire de droit commun

Le *droit commun* de la gestion budgétaire des établissements et services médico-sociaux est énoncé aux articles L. 314-5 et suivants du CASF. Il fait l'objet d'une importante déclinaison réglementaire et repose sur trois principes principaux :

- **l'annualité** : elle découle de la nature majoritairement publique des financements attribués aux structures médico-sociales et votés annuellement au sein de la loi de financement de la sécurité sociale ;

- la **spécialité des dépenses** : les articles R. 314-9 et R. 314-10 du CASF distinguent deux types de spécialité. Lorsqu'un même établissement poursuit plusieurs activités faisant l'objet de modalités de tarification distinctes, ces activités doivent être retracées selon une distinction entre **budget général** et **budgets annexes**. Au sein de chacun de ces budgets doivent figurer deux sections distinctes, relatives à l'exploitation et à l'investissement. Par ailleurs, l'article R. 314-15 pose des **règles strictes** de présentation des propositions budgétaires émises par les gestionnaires : l'équilibre de chaque section, l'interdiction d'affecter le produit des emprunts au remboursement du capital de la dette et la *stricte affectation des recettes* à chaque emploi décrit par les articles R. 314-11 et R. 314-12 ;

- **l'intervention gestionnaire importante de l'autorité tarifaire** :

- elle se manifeste d'abord dans le **caractère contradictoire** de la procédure budgétaire, qui permet à l'autorité tarifaire de modifier les propositions émises par la structure, notamment si elle constate une sous-évaluation de recettes ou une surévaluation de dépenses ;

- pour la *section d'exploitation*, l'article R. 314-34 prévoit que l'autorité tarifaire autorise les recettes et les dépenses de la structure **à son degré le plus fin**, à savoir celui des groupes fonctionnels définis à l'arrêté du 8 août 2002¹, contraignant ainsi l'échelon de pilotage budgétaire du gestionnaire. Ce dernier ne retrouve une marge d'autonomie qu'en cas de virement de crédit entre deux groupes fonctionnels ou deux sections d'exploitation, mais qui ne sont dispensés de l'approbation de l'autorité tarifaire qu'à de très strictes conditions énoncées à l'article R. 314-45² ;

- pour la *section d'investissement*, l'article R. 314-20 dispose que toute décision d'investissement, ainsi que tout emprunt d'une **durée supérieure à un an**, doit être approuvé par l'autorité tarifaire ;

¹ Arrêté du 8 août 2002 relatif à la composition des groupes fonctionnels prévus au I de l'article L. 315-15 du code de l'action sociale et des familles. Les groupes fonctionnels sont, en **charges** d'exploitation, les « dépenses afférentes à l'exploitation courante », les « dépenses afférentes au personnel » et les « dépenses afférentes à la structure », et, en **produits** d'exploitation, les « produits de la tarification », les « autres produits d'exploitation » et les « produits financiers, exceptionnels et non encaissables ».

² Le virement de crédit ne peut : 1) être ponctionné sur un groupe fonctionnel couvrant des charges certaines, 2) financer des charges durables par des économies provisoires, 3) entraîner une augmentation des charges d'exploitation sur un exercice à venir.

○ enfin, c'est l'autorité tarifaire, en vertu de l'article R. 314-51, qui **décide de l'affectation des éventuels excédents** du budget général et des budgets annexes. La liberté d'affectation n'est reconnue aux gestionnaires que dans le cas où les recettes issues de la tarification représentent moins de la moitié des recettes d'exploitation du budget considéré.

La procédure budgétaire de droit commun est une procédure extrêmement administrée, qui mobilise l'intervention et le contrôle constants de l'autorité de tarification, au détriment de l'autonomie de gestion de la structure. Votre rapporteur y voit un **facteur particulièrement important de la faible réactivité de l'offre**.

b) L'état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD)

L'état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD) est introduit dans le droit budgétaire des structures médico-sociales par la LFSS pour 2009¹ et ne concerne initialement que les Ehpad. Aujourd'hui très associé au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (Cpom), dont il sera question ultérieurement, il le précède tout de même dans son calendrier de diffusion.

Bien qu'inspiré de la procédure budgétaire de droit commun, il lui apporte de nombreux aménagements sur les trois principaux caractères que nous avons précédemment évoqués :

- le **principe d'annualité est maintenu**, mais se voit nuancer à l'article R. 314-213 par l'insertion obligatoire d'un **plan global de financement pluriannuel**, « simulant la trajectoire financière des établissements et services sur une période glissante de six ans » et susceptibles d'alimenter les états des prévisions des exercices suivants. Il s'agit là d'une facilité considérable offerte aux gestionnaires et susceptible d'étendre le champ stratégique de leur pilotage ;

- le **principe de spécialité est largement atténué**. Il est toujours obligatoire de présenter distinctement les activités principales des activités annexes (qu'on distingue en fonction du financeur), mais la présentation de l'EPRD ne requiert plus de séparer les sections d'exploitation et d'investissement, qu'il réunit dans un même compte de résultat prévisionnel. Ainsi, l'unité de pilotage du gestionnaire n'est plus le groupe fonctionnel, mais le **solde général de son activité**, ce qui **augmente notablement sa marge de manœuvre**. Le respect d'un *principe d'affectation des recettes* est réaffirmé à l'article R. 314-222 mais, à la différence de la procédure de droit commun, ne renvoie pas explicitement à des dispositions réglementaires, ce qui implique que cette affectation peut être négociée gestionnaire par gestionnaire dans le cadre des contrats tarifaires ;

¹ Loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009, article 63.

- l'interventionnisme gestionnaire de l'autorité tarifaire est fortement réduit :

- l'attribution des financements ne repose plus sur une estimation prévisionnelle des dépenses, susceptible d'être modifiée par l'autorité tarifaire, mais un « **tableau relatif à l'activité prévisionnelle** qui permet notamment de déterminer les tarifs journaliers applicables », qui peut donner lieu à un « montant indicatif des financements qui pourraient être autorisées » par l'autorité tarifaire (article R. 314-219).

Par ailleurs, le contrôle d'opportunité exercée par cette dernière sur les crédits figurant à l'EPRD est limité par leur caractère désormais **évaluatif** (article R. 314-218), à l'exception cependant des crédits de personnel pour les structures publiques. Ces nouvelles dispositions sont fondamentales en ce qu'elles inversent le principe générateur du financement des structures : **ce dernier passe d'une couverture des coûts anticipés à une couverture de la capacité d'activité**¹. Un tel financement offre au gestionnaire la possibilité de construire son budget sur des critères moins contraints et permet une souplesse de gestion susceptible de dégager des économies d'échelle ;

- l'approbation de l'EPRD par l'autorité tarifaire reste conditionnée à la production de comptes de résultats présentés en équilibre et au respect de certains ratios de solvabilité financière², dont la capacité d'autofinancement. Néanmoins, les conditions requises pour les virements de crédit sont assouplies, afin de laisser au gestionnaire l'opportunité de modifier l'équilibre budgétaire au cours de l'exercice sans requérir l'autorisation de l'autorité tarifaire ;

- l'affectation des résultats des différents comptes de résultat n'est plus laissée à la discrétion de l'autorité tarifaire, mais doit tout de même respecter certaines modalités énoncées à l'article R. 314-234, dont notamment **l'interdiction d'affecter les résultats d'un compte de résultat à un autre**. Cette dernière interdiction peut ne pas s'appliquer aux gestionnaires privés signataires d'un Cpom.

c) Opportunités et faiblesses de l'EPRD

Votre rapporteur ne peut que saluer l'avancée importante que représente l'EPRD en matière de **pertinence** et de **liberté de gestion**. Deux faiblesses doivent néanmoins être pointées.

- L'EPRD est, aux termes de l'article R. 314-219, alimenté par un tableau relatif à l'activité prévisionnelle des établissements et services fourni par le gestionnaire.

¹ Mutatis mutandis, la différence entre procédure budgétaire de droit commun et EPRD renvoie, en comptabilité de gestion, à la différence entre méthode des coûts complets et méthode de coûts par activité.

² Le produit des emprunts ne peut être affecté au remboursement du capital de la dette et la capacité d'autofinancement doit être suffisante pour couvrir le remboursement du capital des emprunts à échoir au cours de l'exercice.

Ce document constitue logiquement la première source des attributions de crédits. Ainsi, il est particulièrement important que sa forme retranscrive fidèlement l'activité d'une structure médico-sociale chargée d'accompagner des personnes handicapées. Or les modèles fournis pour ce tableau par un arrêté du 27 décembre 2016¹ sont à cet égard **décevants**.

ANNEXE 4B: ACTIVITE PREVISIONNELLE DES ETABLISSEMENTS ET SERVICES MENTIONNES A L'ARTICLE L. 313-12-2 DU CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES

	Lits ou places réels N-2 (1)	Lits ou places financés (année N) (2)	Nombre de jours d'ouverture (3)	Nombre de jours de présence des travailleurs en ESAT (4)	Nombre de journées théorique $5 = (2) \times (3)$ ou $(2) \times (4)$	Activité par dérogation	
						Nombre de personnes (6)	Nombre de journées prévues (7)
Activité théorique							
TOTAL	0	0			0	0	0
Externat					0		
Semi-Internat					0		
Internat					0		
Autre					0		
Autre					0		

Nature	CA N-4 (9)	CA N-3 (10)	CA N-2 (12)	Moyenne (13)	Activité N-1 (prévision actualisée) (14)	Activité prévisionnelle N	
						Nombre (15)	Taux d'occupation (16)
Activité prévisionnelle							
TOTAL en journées	0	0	0	0	0	0	0,00%
Externat				0			0,00%
Semi-internat				0			0,00%
Internat				0			0,00%
Autre				0			0,00%
Autre				0			0,00%

Source : Arrêté du 27 décembre 2016

Le document destiné aux gestionnaires pour l'estimation de leur activité prévisionnelle reproduit les écueils que votre rapporteur a précédemment dénoncés en matière de transcription des besoins. L'activité n'y est mesurée que par le nombre de places et n'y est déclinée qu'en fonction de l'intensité temporelle de l'accompagnement (externat, semi-internat, internat). Ainsi, les formes actuelles de l'EPRD paraissent en **contradiction complète avec l'inflexion qualitative soutenue par le Gouvernement** : une nouvelle procédure budgétaire ayant suscité d'importantes attentes ne ferait que reproduire les mécanismes obsolètes d'une transformation de l'offre fondée sur la logique de places.

Proposition n° 8 : revoir la matrice des EPRD, actuellement entièrement fondée sur le nombre de places, afin qu'elle transcrive plus fidèlement l'objectif de virage qualitatif.

¹ Arrêté du 27 décembre 2016 fixant les modèles de documents mentionnés aux articles R. 314-211, R. 314-216, R. 314-217, R. 314-219, R. 314-223, R. 314-224, R. 314-225, R. 314-232, R. 314-233, R. 314-240 et R. 314-242 du code de l'action sociale et des familles.

• L'autre faiblesse de l'EPRD découle paradoxalement d'une des opportunités qu'il offre, et concerne son **périmètre**. Alors que la procédure budgétaire de droit commun n'est applicable qu'à des structures **individuelles** (pouvant néanmoins endosser plusieurs activités), l'EPRD peut **regrouper plusieurs établissements et services**, à condition que ces derniers soient signataires d'un Cpom, et, le cas échéant, l'ensemble des établissements et services d'un même gestionnaire privé non lucratif relevant du périmètre géographique de ce contrat (article R. 314-212).

L'EPRD permet donc de rassembler un ensemble de structures relevant d'un même échelon géographique et de les faire relever d'un même instrument budgétaire stratégique : il devient donc possible pour un gestionnaire d'intégrer plusieurs établissements, à la condition qu'ils dépendent du même financeur, au sein d'un même compte de résultat.

Cette ouverture, riche d'enjeux en termes de restructuration de l'offre, n'est pourtant que **très insuffisamment exploitée par la réglementation**. Uniquement mentionnée par l'article R. 314-212, elle ne fait l'objet d'aucune précision opérationnelle et s'expose donc à deux interprétations fort divergentes¹ :

- le gestionnaire peut tout à fait interpréter l'article R. 314-212 d'une façon « conservatrice ». Le silence du texte l'autorise ainsi à n'inscrire que son établissement ou son service principal au titre de son compte de résultat prévisionnel principal (CRPP) et à présenter un compte de résultat prévisionnel annexe (CRPA) pour chacune des autres structures dont il a la gestion. Dans ce cas, parfaitement réglementaire, l'EPRD ne permet aucune mutualisation par le gestionnaire des crédits alloués, dont l'attribution continue de se faire structure par structure sans aucune recomposition ;

- le gestionnaire peut également interpréter l'article R. 314-212 dans un sens plus conforme à l'esprit qui l'anime, et procéder au regroupement de tous les établissements et services exerçant la même activité principale dans un même CRPP ainsi qu'au regroupement par type d'activité dans des CRPA de toutes les autres structures qu'il gère.

Malgré l'intention affichée de ses concepteurs, c'est la manière qu'un gestionnaire de plusieurs structures aura de se saisir de l'EPRD qui déterminera l'impact de cet « outil politique, qui peut ossifier une offre balkanisée ou faciliter son adaptation et sa transformation ». Votre rapporteur en appelle à une nouvelle rédaction de l'article R. 314-212, qui expliciterait **l'obligation de regrouper les structures par type d'activité au sein des mêmes comptes de résultat**.

Proposition n° 9 : modifier l'article R. 314-212 du code de l'action sociale et des familles, afin d'explicitement l'obligation de regrouper les structures par type d'activité au sein des mêmes comptes de résultat d'un EPRD.

¹ J.-P. HARDY, Financement et tarification des établissements et services sociaux et médico-sociaux, Paris, Dunod, 2015, p. 241-244 et « EPRD : quelques gouttes de goudron peuvent gâcher le baril de miel... », TSA, 30 janvier 2017.

2. Les dangers d'une stratégie concentrée sur l'effet de taille

L'EPRD ne désigne que la dimension strictement budgétaire d'une restructuration de l'offre limitée au champ d'application d'un *unique* gestionnaire. L'ambition de la stratégie qualitative portée par le Gouvernement nécessite la mobilisation d'outils à impact plus large, au premier rang desquels figurent le **contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (Cpom)** et le **groupement de coopération sociale ou médico-sociale (GCSMS)**. Ces deux instruments ont pour vocation d'organiser la recomposition de l'offre par le rapprochement des acteurs (en interne pour le Cpom et en externe pour le GCSMS) : leur périmètre tente d'offrir un cadre juridique adéquat à ce que Jean-Pierre Hardy appelle la « **déconstruction reconstruction** » de l'offre médico-sociale.

a) Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens : un contenu insuffisamment régulé pour éviter les filières

(1) L'escamotage de la dimension stratégique du redéploiement de l'offre

Aux termes de l'article L. 313-11 du CASF, un Cpom peut être conclu entre l'autorité chargée de la délivrance de l'autorisation et le gestionnaire d'un ou de plusieurs établissements et services. Leur but premier est de « permettre la réalisation des objectifs retenus par le schéma d'organisation sociale et médico-sociale dont ils relèvent » : bien que l'un de leurs principaux leviers d'action soit le levier tarifaire (avec EPRD automatique), ils visent des objectifs structurels et qualitatifs devant permettre une recomposition de l'offre au-delà de la seule logique budgétaire. **Leur champ est limité à la sphère d'activité de chaque gestionnaire signataire.**

Depuis la LFSS pour 2016¹, la conclusion d'un Cpom est **obligatoire** pour toute structure médico-sociale accompagnant des personnes handicapées relevant de la compétence tarifaire de l'ARS ou d'une compétence tarifaire conjointe de l'ARS et du conseil départemental. Corollaire de la libre administration des collectivités territoriales, l'intégration de structures relevant de la compétence unique du conseil départemental n'est que facultative, bien qu'explicitement encouragée depuis la LFSS pour 2018².

Alors que l'article L. 313-11 du CASF dispose bien que l'ambition d'un Cpom doit **excéder le strict champ budgétaire**, l'article L. 313-12-2, qui définit le régime spécifique des Cpom du secteur du handicap, se concentre sur cet unique aspect au détriment de l'enjeu de recomposition de l'offre.

Ne figurent en effet à l'article L. 313-12-2 que la « modulation du tarif en fonction d'objectifs d'activité », « l'affectation des résultats d'exploitation des établissements et services par le gestionnaire » et le « plan de retour à l'équilibre lorsque la situation financière de l'établissement l'exige ».

¹ Loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016, article 75.

² Loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018, article 72.

En l'état actuel du droit, le « Cpom handicap » se limite à la **dimension contractuelle de l'EPRD**, négligeant ainsi souvent la **nécessaire dimension stratégique de restructuration de l'offre**.

Cette ambition limitée du Cpom n'a d'autre source que sa nature, essentiellement contractuelle. Soucieux de ne pas s'attirer à nouveau les critiques qu'avaient inspirées les Cpom sanitaires instaurés par la loi HPST et qualifiés par la doctrine de « conventions de droit public à caractère réglementaire », les pouvoirs publics avaient ménagé aux Cpom médico-sociaux un cadre juridique laissant une marge substantielle à la négociation contractuelle et **limitant l'injonction réglementaire**¹. Le seul cas d'intervention quasi-réglementaire dans la négociation d'un Cpom de l'autorité délivrant l'autorisation et prévoyant spécifiquement un volet de transformation de l'offre par le gestionnaire est mentionné à l'article L. 313-9 du CASF et concerne les structures ayant reçu l'habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale mais susceptibles de la perdre en raison de l'évolution des schémas de l'offre médico-sociale.

Force est donc de constater que l'atonie relative des Cpom en matière de restructuration de l'offre vient d'une **réticence des autorités publiques à l'introduction directe de critères objectifs et unilatéraux au sein des Cpom** : ainsi, la circulaire budgétaire pour 2018, qui définit les trois nouveaux indicateurs censés présider à la transformation de l'offre², ne prévoit nullement que ces derniers figurent aux Cpom conclus par les autorités tarifaires et se contente de commander leur inscription dans les schémas régionaux.

Selon une enquête menée en 2015, **33 %** de l'ensemble des structures médico-sociales accompagnant des personnes handicapées sont couverts par un Cpom, absorbant sur ce périmètre **43,55 %** des DRL attribuées par la CNSA³. Ces chiffres montrent **l'attrait exercé par le Cpom sur les gestionnaires disposant d'une assise territoriale de grande taille**. Le risque est donc de rigidifier de larges pans de l'offre territoriale sur lesquels la liberté gestionnaire garantie par le Cpom peut ainsi fait perdre à l'autorité le contrôle qu'elle doit continuer d'exercer.

La philosophie présidant aux créations de places repose sur une logique planificatrice, c'est-à-dire une intervention marquée de la puissance publique dans la structuration de l'offre. Justifiée dans son principe, ses modalités sont perfectibles et doivent donc présider aux transformations de l'offre existante. **Il est risqué de penser qu'un Cpom au contenu réduit suffira à inciter les gestionnaires à remodeler d'eux-mêmes les structures.**

¹ H. RIHAL, « Articulation du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens et contraintes législatives et réglementaires », *Revue de droit sanitaire et social*, 2012, p. 27.

² *Taux d'occupation des places au titre de l'amendement Creton, taux de scolarisation en milieu ordinaire des enfants accompagnés en établissement spécialisé, part des services dans l'offre médico-sociale proposant un accompagnement dans le milieu ordinaire.*

³ DGCS, Rapport au Parlement portant sur l'évaluation des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, 2017.

(2) Le danger de la réponse intégrée

Le Cpom comporte un second danger, pointé presque unanimement par les acteurs associatifs auditionnés par votre rapporteur : la **constitution de filières d'accompagnement**, susceptibles de construire *ex ante* un parcours-type de la personne accompagnée.

En effet, dans l'hypothèse où le signataire d'un Cpom serait gestionnaire de plusieurs établissements spécialisés dans différents types d'accompagnement, il lui est parfaitement possible, compte tenu de la faible normativité des Cpom en matière de redéploiement de l'offre, d'organiser le parcours de la personne accompagnée d'un de ses établissements à l'autre, parfois au détriment des intérêts de cette dernière. L'exemple souvent cité est celui d'un enfant handicapé accueilli par un gestionnaire au sein d'un IME, puis réorienté selon son profil une fois l'âge adulte atteint vers un Esat ou une MAS géré par le même gestionnaire.

Il s'agit là, aux yeux de votre rapporteur, d'un **détournement de la logique de parcours** promue par les pouvoirs publics et par les associations, qui doit servir l'intérêt de la personne avant ceux du gestionnaire. Les dérives de ces effets de filière sont une conséquence directe du contenu insuffisamment régulé du Cpom en matière de restructuration de l'offre : sont ainsi rendus possibles des parcours certes continus mais très institutionnels et insuffisamment modulaires.

Votre rapporteur préconise donc un **nouvel équilibre pour le contenu des Cpom** :

- le maintien de la liberté gestionnaire en matière budgétaire, avec néanmoins l'incitation à utiliser les CRPP et CRPA dans le sens d'une offre transformée ;
- en contrepartie, les autorités publiques doivent impérativement **enrichir le contenu du contrat**, notamment en précisant ses objectifs, en y transcrivant les indicateurs mentionnés dans la circulaire budgétaire pour 2018 et en intégrant l'obligation pour les gestionnaires pluri-établissements de proposer des parcours modulaires.

Proposition n° 10 : inciter les autorités tarifaires et de contrôle à enrichir le contenu des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, notamment la partie relative aux « objectifs » en intégrant l'obligation pour les gestionnaires pluri-établissements de proposer des parcours modulaires.

b) Le groupement de coopération sociale et médico-sociale : un contenu insuffisamment étoffé pour éviter la partition de l'offre

Les différents outils récemment déployés par les pouvoirs publics reposent tous sur le même principe : **un redéploiement efficace de l'offre doit prioritairement s'appuyer sur un effet de taille des structures.**

Sans en contester le bien-fondé, votre rapporteur rappellera tout de même, en cohérence avec ses propos sur l'importance de l'échelon de proximité, que l'effet taille des structures ne suffit pas toujours à les rendre pertinentes.

Comprendre la partition actuelle du paysage gestionnaire de l'offre médico-sociale à destination des personnes handicapées nécessite un bref rappel de son histoire. Majoritairement impulsée par les familles directement concernées par le handicap, la structuration et la professionnalisation progressives de l'offre ont accru, au sein des structures, l'importance des organes directeurs composés de salariés, au détriment du « pouvoir parental », de plus en plus relégué¹. Se dessinerait aujourd'hui une offre schématiquement duale partagée entre, d'une part, des **structures de grande taille** au modèle gestionnaire professionnalisé et à vocation généraliste et, d'autre part, des **structures de petite taille** encore très contrôlées par les familles fondatrices et concentrées sur l'objet initial de leur création.

Alors que le Cpom est un instrument contractuel limité au champ d'activité d'un seul gestionnaire, que ce dernier soit mono-structure ou pluri-structures, une autre voie de la restructuration de l'offre rend possible le rapprochement de *plusieurs gestionnaires de taille et de culture différentes* : il s'agit du **groupement de coopération sociale et médico-sociale** (GCSMS). Il est souvent présenté comme un outil disponible aux gestionnaires dont la taille et l'activité n'offrent pas d'assiette pertinente pour la conclusion d'un Cpom mais dont on souhaite néanmoins favoriser la coopération.

Ces structures ont été fondées par la loi du 2 janvier 2002, puis précisées par la loi du 11 février 2005. Elles ont pour vocation, aux termes de l'article L. 312-7 du CASF, de permettre les **interventions communes** des professionnels du groupement, d'être autorisées à **exercer directement**, à la demande de leurs membres, les missions des établissements et services qui la composent et de **créer des réseaux sociaux ou médico-sociaux**.

Le GCSMS n'est pas, à la différence du Cpom, un outil contractuel de pilotage tarifaire, la négociation financière restant à la main de chaque gestionnaire. Son objet touche essentiellement à des **enjeux de gouvernance** et l'autorité publique, qui n'en est pas partie, n'y intervient qu'à la marge.

Son succès est jusqu'à présent fort mitigé, ce qu'expliquent deux raisons principales :

- conçu pour les gestionnaires de structures de petite taille, souvent construites sur des particularismes revendiqués, le GCSMS est perçu comme un **instrument de dilution de leur identité et de leur autonomie**. Plusieurs associations auditionnées par votre rapporteur lui ont en effet confirmé que le GCSMS, présenté comme un outil de coordination, était essentiellement perçu comme un préalable à la fusion de ses membres ;

¹ J.-P. CLAVERANNE *et alii*, L'invention de la grande association gestionnaire dans le secteur du handicap, Lyon, Graphos Université Lyon 3, 2011, p. 89.

- *a contrario*, pour les gestionnaires soucieux de se servir du GCSMS pour mutualiser leurs moyens et optimiser l'allocation de leurs ressources, le cadre réglementaire du GCSMS n'est pas suffisamment précisé. Les conditions de la mutualisation tarifaire, possible bien qu'elle ne soit pas l'objet premier du groupement, ne sont pas particulièrement développées.

Aux yeux de votre rapporteur, le principal intérêt du GCSMS réside en effet dans la possibilité ouverte à ses membres de lui confier l'exercice direct d'une ou de plusieurs de leurs missions – agissant ainsi comme ce que l'on pourrait qualifier de « **GCSMS mandataire** ». À cette occasion seulement, l'article R. 312-194-5 du CASF prévoit d'introduire une dimension tarifaire au GCSMS, en lui appliquant une tarification adaptée aux prestations fournies qu'il percevrait directement (et non plus le gestionnaire). Les articles R. 312-194-21 et R. 312-194-22 précisent, quant à eux, que la décision d'établir un GCSMS mandataire est prise par l'assemblée générale des membres du GCSMS **à la majorité simple, le nombre de voix de chaque membre étant proportionnel aux droits qui leur sont reconnus**. Ces droits sont fixés à proportion de leurs apports ou de leurs participations aux charges de fonctionnement (article R. 312-194-12).

Ces conditions, initialement conçues pour faciliter la constitution du mandat, présentent l'inconvénient d'une *surpondération* des gestionnaires membres de taille importante. Elles ne posent logiquement aucune difficulté lorsque le mandat confié au GCSMS a pour objet la **mutualisation de charges communes**, génératrices d'économies d'échelle pour l'ensemble des membres, mais sont beaucoup moins consensuelles si ce mandat concerne l'**exercice d'une mission directe liée à l'accompagnement médico-social assuré par la structure**, auquel cas le gestionnaire membre concerné s'expose à la perte de son tarif. Les gestionnaires membres de petite taille, lorsqu'ils sont dans l'incapacité de constituer une majorité de blocage, se montrent alors très réticents à adhérer à un GCSMS où des décisions importantes de gestion pourraient passer outre leur accord.

c) Vers un nouveau schéma de collaboration des structures

Votre rapporteur suggère donc que soient apportés **deux correctifs au cadre réglementaire des GCSMS**, afin d'assurer une meilleure représentation des petites structures.

En premier lieu, il conviendrait de distinguer, dans la procédure de désignation du GCSMS mandataire, les cas de **mutualisation de charges communes** et les cas d'**exercice direct d'une mission d'accompagnement médico-social**.

Dans le premier cas, la mutualisation des charges communes étant une opération génératrice d'économies d'échelle pour l'ensemble des participants, il ne paraît pas nécessaire de modifier la règle de la majorité simple. Ces charges communes pourront concerner les fonctions support assumées par les structures, mais aussi les dépenses de formation ainsi que les dépenses de personnels signataires de conventions avec l'établissement (et non directement salariés par eux).

Dans le second cas, le maintien d'une règle de la majorité simple pour l'exercice direct d'une mission d'accompagnement médico-social soulève plus de réticences parmi les acteurs de petite taille. La coopération des structures peut en effet avoir des impacts tarifaires non négligeables pour des acteurs qui se dessaisissent de leurs missions au profit du GCSMS. C'est pourquoi votre rapporteur suggère que, dans le cadre de ces missions directes, les acteurs membres du GCSMS concernés se réunissent en formation spécifique et décident de leur transfert au GCSMS à la majorité qualifiée (et non plus simple). De cette manière, les intérêts des membres de plus petite taille seraient préservés.

Les deux cas de GCSMS mandataire

	Cas 1	Cas 2
Objet du groupement	Mutualisation de charges communes (fonctions support et charges de personnels conventionnés)	Exercice direct d'une mission d'accompagnement médico-social
Formation	Plénière	Limitée aux gestionnaires concernés par la mission
Gouvernance	Décision à la majorité simple	Décision à la majorité qualifiée

Source : Commission des affaires sociales

En second lieu, l'administration opérationnelle du GCSMS est assurée, selon le droit en vigueur, par un administrateur élu par l'assemblée générale à la majorité simple pondérée, garantissant ainsi la direction du groupement à ses membres de taille importante. Votre rapporteur y voit une désincitation certaine à l'adhésion des structures plus petites. La direction opérationnelle du GCSMS devrait être exercée par un **organisme collégial** associant tous les types de structures.

Proposition n° 11 : repenser la structure du GCSMS en distinguant les cas de mutualisation de charges communes et les cas d'exercice direct d'une mission d'accompagnement médico-social et moduler les règles de gouvernance selon ces cas.

II. SE RAPPROCHER DE LA DEMANDE : CONSTRUIRE DES PARCOURS INDIVIDUALISÉS CENTRÉS SUR LES BESOINS

A. DEUX PRÉALABLES MÉTHODOLOGIQUES INDISPENSABLES ET IMPARFAITEMENT ACCOMPLIS : DÉFINIR LES MISSIONS DE L'ACCOMPAGNEMENT ET IDENTIFIER LES BESOINS RÉELS

1. Les missions de l'accompagnement des personnes handicapées

a) Quelle forme d'accueil pour quel objectif ?

Les structures d'accompagnement s'efforcent de répondre à deux objectifs principaux qui peuvent parfois se montrer antagoniques : **garantir aux personnes un accompagnement le plus compatible possible avec le milieu ordinaire (objectif d'intégration)** et **leur offrir des modalités d'accompagnement adaptées à la diversité de leurs profils (objectif d'inclusion)**. Ces deux objectifs résument à eux seuls le débat soulevé dans toute société par la nature de l'accueil qui doit être réservé aux personnes handicapées¹.

Concernant l'offre existante, plusieurs remarques peuvent être faites :

- en matière de **scolarité**, l'offre d'établissements adaptés s'efforce de présenter une **relative concentration fonctionnelle**. À côté du modèle de l'IME, de loin le plus répandu, une offre sectorielle s'est essentiellement développée à destination des enfants dont le handicap n'entravait pas les capacités d'apprentissage (handicap moteur). Une autre formule, encore très marginale, peut être proposée en cas de polyhandicap.

Il semble donc qu'en matière de scolarité des enfants handicapés, les formes prises par l'offre existante se soient davantage attachées à satisfaire l'objectif de scolarisation inclusive plutôt qu'à prendre en compte la diversité des profils des enfants handicapés, parfois incompatibles avec le suivi d'une scolarité ordinaire ou partiellement adaptée². Selon votre rapporteur, l'intégration pleine et entière de la politique de l'enfance atteinte de handicap au cadre plus général des politiques de scolarisation ne favorise pas l'accompagnement éducatif des handicaps les plus lourds ;

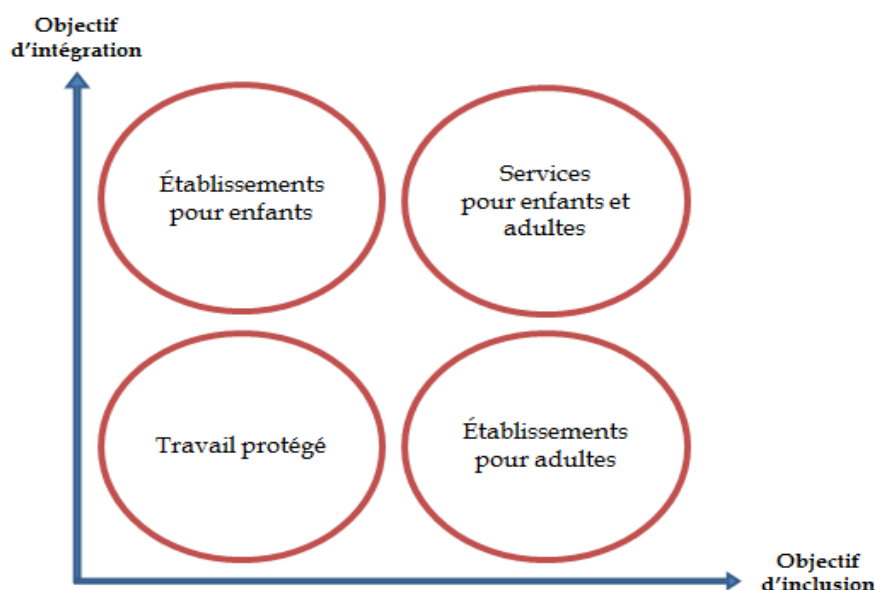
¹ Voir à ce sujet le rapport d'information de Mmes N. DURANTON et Br. GONTHIER-MAURIN, fait au nom de la commission de la culture, de l'éducation et de la communication, Culture et handicap : une exigence démocratique, n° 648 (2016-2017).

² Une étude de la DREES fait en effet état d'une spécialisation particulière des établissements pour enfants, dont 77 % sont agréés pour une seule déficience (I. FALINOWER, « L'offre d'accueil des personnes handicapées dans les établissements et services médico-sociaux entre 2010 et 2014 », Études et Résultats, 2016, n° 975).

- en matière de **travail**, on constate que les principes qui guident l'offre s'efforcent de garantir aux travailleurs handicapés un **modèle relativement intégré** : l'espace de travail protégé peut être prolongé par une structure d'hébergement et par un centre de formation adapté. L'offre ne présente une relative homogénéité que dans la mesure où elle s'adresse à un certain type de public, dont le handicap autorise l'exercice d'une activité professionnelle. De plus, bien que les structures accompagnant le travail des personnes handicapées soient appelées à prendre la suite de celles qui ont accompagné leur scolarité, l'objectif qu'elles poursuivent semble inverse : à l'ambition d'une scolarité la plus inclusive possible succède l'organisation d'une **sphère de travail protégé** ;

- en matière d'**accompagnement médico-social**, l'offre, essentiellement tournée vers les personnes adultes, présente une **dispersion beaucoup plus forte**. Les trois formules d'accueil en établissement (foyer de vie, FAM, MAS), qui concernent essentiellement les personnes dont le handicap diminue l'autonomie, sont structurées en fonction de la lourdeur du handicap et des soins requis par la personne. Quant à l'offre de services, elle est globalement polarisée autour de deux types d'intervention : le soutien apporté à la personne dont le handicap – souvent psychique ou mental – limite l'intégration au milieu ordinaire (SAVS et Samsah) et le soutien apporté à la personne se maintenant à son domicile mais requérant certaines aides extérieures (Saad et Ssiad). Il est à ce titre intéressant que souligner que, **pour ce qui regarde l'accueil en établissement** des adultes handicapés, contrairement à l'accompagnement des enfants, **l'adaptation de la prise en charge semble privilégiée par rapport à l'objectif d'inclusion**. L'offre de services, en raison de sa plus grande souplesse et de la plus grande autonomie du public auquel elle s'adresse, tente de maintenir un équilibre entre les deux.

Répartition des établissements et services en fonction de leur objectif



Source : Commission des affaires sociales

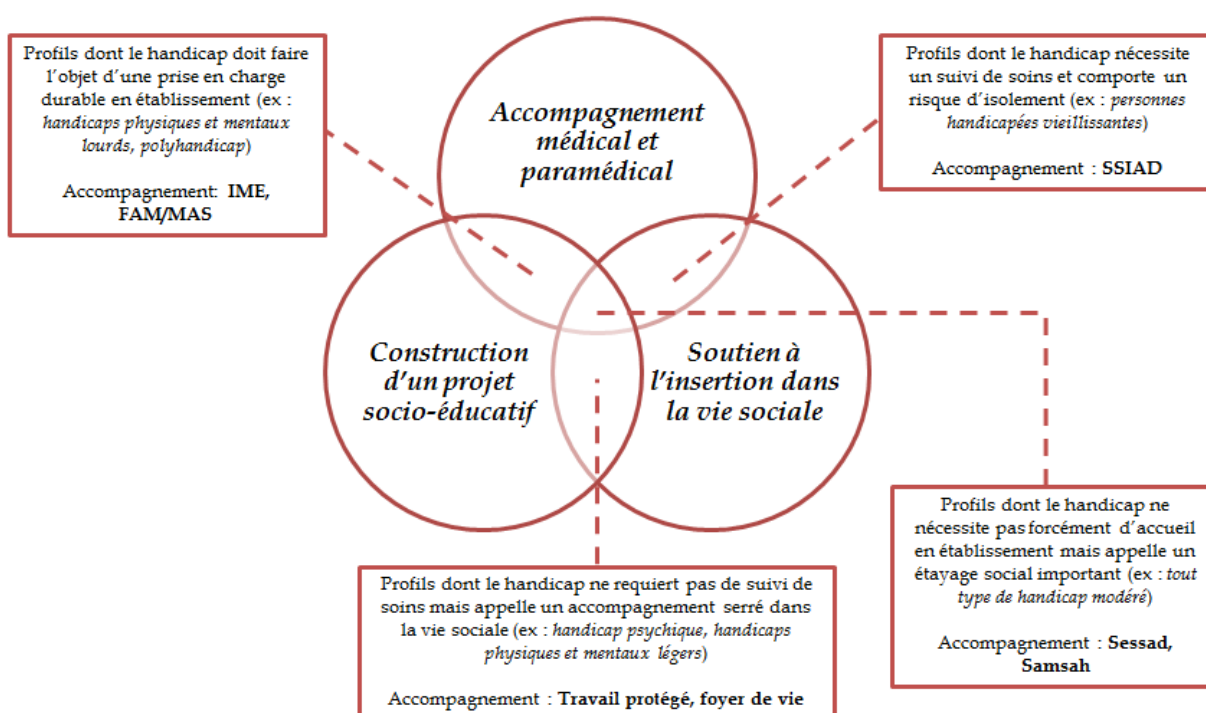
De façon relativement évidente, le passage d'une offre essentiellement centrée sur l'établissement à une offre davantage axée sur les services sert l'objectif d'inclusion, pour autant que les spécificités des personnes y sont reconnues et accompagnées. Par ailleurs, la direction générale de la cohésion sociale (DGCS) a affirmé à votre rapporteur que la substitution d'une logique qualitative de services à une logique quantitative de places entraînerait une augmentation plus que proportionnelle du nombre de solutions proposées.

L'objectif d'inclusion ne doit néanmoins pas conduire à oublier l'**impératif de protection** qui doit continuer d'animer la politique du handicap. Imprégnant le milieu du travail protégé pour les adultes qui y sont aptes, cet impératif gagnerait à être étendu à la scolarisation des profils les plus lourds.

b) Trois grandes missions de l'accompagnement

Un examen attentif de l'offre permet de mieux dégager **trois grandes missions** que peut se donner une structure médico-sociale destinée aux personnes handicapées : l'**accompagnement médical et paramédical**, la **construction d'un projet socio-éducatif** et le **soutien à l'insertion dans la vie sociale**.

Répartition des établissements et services en fonction des missions du secteur



Source : Commission des affaires sociales

Votre rapporteur entend questionner la pertinence des choix stratégiques en matière de recomposition de l'offre à l'aune de l'accomplissement de ces trois grandes missions.

2. Un problème structurel : l'insuffisante prise en compte des besoins réels

a) Les critères du développement de l'offre : les biais du nombre de places

(1) Le taux d'équipement

Outre les grandes orientations stratégiques qui président à son développement, il est indispensable d'examiner les **critères** qui déterminent la décision de création de places. En effet, l'intervention d'une autorité régulatrice, en limitant la seule initiative privée, introduit dans le maillage de l'offre médico-sociale un critère extérieur et conçu comme objectif : le **taux d'équipement**.

Ce taux d'équipement correspond au ratio entre le nombre de places installées pour un certain type d'accompagnement et la population générale d'une aire géographique donnée. Cet indicateur, retenu jusqu'alors comme le principal critère de pilotage de l'offre médico-sociale à destination des personnes handicapées, présente deux biais importants susceptibles d'entamer fortement sa pertinence :

- en plaçant au numérateur le nombre de *places* installées, le taux d'équipement ne reflète que la stricte dimension quantitative de l'offre, et entretient l'idée qu'une personne handicapée a vocation à être accompagnée simplement par l'ouverture d'une place,

- le dénominateur, en retenant la population générale de l'aire et non la population directement concernée par l'offre, présente un risque important de dilution du résultat.

Dans leurs réponses au questionnaire adressé par votre rapporteur, les ARS ont toutes répondu à la question relative à leur couverture régionale en établissements et services par leur taux d'équipement, en précisant souvent lorsque ce dernier est inférieur ou supérieur à la moyenne nationale. Cet indicateur pourrait révéler une **aspiration à tendre vers la moyenne nationale**¹, alors même que cet objectif est discutable pour une population dont rien n'indique qu'elle est également répartie sur le territoire.

De la même façon, les ARS interrogées sur le niveau de leur couverture régionale ont presque toutes fait remonter des différences fâcheuses de taux d'équipement entre départements.

Là encore, l'ambition de rapprochement des taux d'équipement des départements d'une même région peut reposer sur l'hypothèse pas toujours vérifiée d'une distribution homogène des besoins.

¹ L'ARS Ile-de-France précise ainsi qu'elle est « globalement sous-équipée par rapport au reste de la France, conséquence notamment de situations historiques qui font qu'il existe encore des disparités d'équipement importantes entre les régions [...]. Il pourrait être envisagé un système de péréquation des enveloppes par le niveau national ».

Elle peut aussi être la conséquence d'un **hiatus regrettable entre la compétence planificatrice exercée par la région** à travers le SROMS et le Priac **et la compétence d'orientation exercée à l'échelon départemental** par la maison départementale des personnes handicapées (MDPH).

Une MDPH ne peut en effet notifier d'orientation pour un service ou un établissement situé dans un autre département d'une même région, même lorsque ce dernier se trouve dans une zone géographique proche. Il est alors aisé d'**incriminer le niveau du taux d'équipement du département sous-doté**, alors que **la réalité du problème réside dans la rigidité de la zone d'orientation**.

Une mesure de l'offre médico-sociale exclusivement approchée par le taux d'équipement comporte ainsi de très nombreux biais. Fort heureusement, la CNSA a mené depuis deux ans un travail de définition de nouveaux critères, construits à partir des besoins constatés et mieux à même d'équilibrer l'offre sur le territoire. Il en sera question dans un développement ultérieur.

(2) Les indicateurs d'analyse de l'offre

Votre rapporteur tient également à signaler qu'un raisonnement appuyé sur la seule logique de places n'a pas que des effets sur le pilotage stratégique des ouvertures. **Il biaise également l'élaboration de nombreux indicateurs d'analyse de l'offre**. Les rapports d'analyse des comptes administratifs des établissements et services médico-sociaux, produits annuellement par la CNSA¹, exploitent les données comptables transmises par les établissements *via* l'**application ImportCA**, et construisent trois instruments qui reposent principalement sur le nombre de places installées :

- le **taux d'occupation des places installées**, égal au nombre de journées d'accueil réalisées par l'établissement rapporté au nombre de journées théoriques correspondant à la capacité autorisée. Le niveau de cet indicateur traduit le degré d'utilisation et d'exploitation des places installées dans l'établissement. Il peut en être fait un usage déterminant, notamment depuis la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2017², qui prévoit la possibilité pour l'autorité tarifaire de moduler la dotation d'un établissement en cas de taux d'occupation inférieur aux objectifs définis par contrat. Notre collègue René-Paul Savary, rapporteur médico-social du PLFSS pour 2017, s'était inquiété de cette mesure qui, conditionnant les moyens financiers attribués à une structure à son taux d'occupation, présentait les risques d'une prise en charge essentiellement quantifiée en journées d'accueil et insuffisamment qualitative ;

¹ Le plus récent a été publié en juin 2018 et porte sur les comptes administratifs de l'année 2016.

² Loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017 (article 89) ainsi que l'article R. 314-43-2 du code de l'action sociale et des familles, modifié par le décret n° 2018-519 du 27 juin 2018 relatif à la modulation des tarifs des établissements et services sociaux et médico-sociaux en fonction de l'activité et à l'affectation de leurs résultats.

- le **taux d'encadrement**, égal au nombre d'équivalent temps plein (ETP) pour 100 places. Là aussi, faire dépendre un ratio de ressources humaines d'un indicateur strictement quantitatif, qui ne tient pas compte des accueils séquentiels ou des différences d'accompagnement selon le handicap, peut introduire des biais importants. Sans méconnaître la réalité des sous-dotations de personnel, ces dernières ne sont pas fidèlement reproduites par un indicateur qui ne repose que sur la place installée ;

- le **coût net à la place**, obtenu par le rapport des charges d'exploitation, de personnel et de structures réalisées et du nombre de places installées. Cet indicateur peut être utilement mobilisé au cours de la négociation tarifaire par les établissements et services, avec le risque de maximiser leur niveau en gonflant le montant des charges induites par l'accompagnement d'une personne handicapée, qui pourrait alors être maintenue en structure.

Ainsi, l'arsenal statistique d'analyse de l'offre médico-sociale des personnes handicapées souffre indéniablement d'**une approche qui, plutôt que de partir du besoin exprimé, privilégie la source plus commode de la place installée**. Toute appréciation reposant sur ce postulat ignore que la place n'est pas l'unique unité d'expression du besoin de la personne handicapée et, bien que le Gouvernement se soit pleinement engagé dans le virage qualitatif, il n'a pas encore déployé tous les outils qui doivent correspondre à cette nouvelle ambition.

Proposition n° 12 : substituer aux indicateurs d'analyse de l'offre existants, encore excessivement axés sur le nombre de places, des indicateurs plus soucieux de l'expression du besoin.

b) Une insuffisante remontée des besoins réels pour déterminer l'offre

Les acteurs publics ont pris conscience il y a quelques années que la seule logique de places ne pouvait suffire à estimer une réponse adaptée aux attentes : c'est cette prise de conscience qui a notamment présidé au virage qualitatif précédemment décrit. Le temps d'un chiffrage estimé des besoins exclusivement en nombre de places semble être progressivement révolu¹.

Votre rapporteur, rappelant ses avertissements quant aux dangers d'un abandon trop brutal de la dynamique de créations de places, souhaite tout de même souligner qu'un virage qualitatif insuffisamment attentif au développement du parc existant présente le même risque d'une offre faiblement corrélée aux besoins.

¹ L'annexe 1 du PPH pensait approcher les besoins pour les enfants par l'équation suivante : nombre total de places financées jusqu'en 2007 – capacités existantes – listes d'attente – rattrapages territoriaux + amendements Creton.

L'enjeu est de nature méthodologique. Toute refonte d'envergure du paradigme gestionnaire de l'offre médico-sociale à destination des personnes handicapées aurait dû partir d'un repérage exhaustif et fin des besoins exprimés par ces dernières, et cette étape cruciale n'est qu'entamée alors même que le Gouvernement a produit ses grands choix stratégiques en matière de développement de l'offre...

Certains chantiers ont pourtant été lancés par la CNSA, mais n'en sont pour l'heure qu'au stade expérimental et ne figurent pas encore aux circulaires budgétaires. Dans un communiqué du 21 avril 2017, le Conseil de la CNSA, prenant acte des crédits de 180 millions d'euros ouverts par la conférence nationale du handicap de mai 2016, a proposé de « répartir ces moyens entre les ARS en approchant pour chaque département les besoins en accompagnement médico-social à l'aide d'indicateurs révélateurs de la population en situation de handicap, *permettant d'aller au-delà du seul poids démographique des territoires et de leur taux d'équipement* ». Ce nouvel indicateur, appelé **indice global des besoins (IGB)**, présente un indéniable progrès par rapport au taux d'équipement, dont les limites méthodologiques ont été exposées.

La méthodologie de l'IGB

La méthodologie repose sur la détermination d'une **dotation cible** pour chaque département, calculée en fonction du poids de sa population pondérée par l'IGB par rapport à la population régionale. La fraction des 180 millions d'euros versée aux ARS sera d'autant plus élevée que l'écart entre leurs moyens actuels et leurs dotations cibles, prenant en compte les besoins, sera important.

L'objectif de l'IGB est de cibler la création de places sur les territoires dont la prévalence du handicap est la plus élevée. En l'absence de données épidémiologiques fiables sur le sujet, l'IGB s'obtient par une pondération d'indicateurs administratifs relatifs à la catégorie socio-professionnelle et à l'attribution de prestations sociales au titre du handicap.

Le résultat, lorsque sa valeur est inférieure à 1, indique une sous-dotation du département. Ces départements sont alors qualifiés de prioritaires et doivent alors bénéficier de 80 % des crédits alloués à l'ARS au titre de la CNH, répartis entre eux selon l'importance de leur sous-dotation. Les 20 % restants financent les départements non prioritaires, afin qu'aucun ne soit privé de projets nouveaux.

L'application de l'IGB est limitée aux moyens nouveaux décidés par la CNH et n'est pas étendue aux crédits issus de l'objectif global de dépenses, qui restent fondés sur la logique de reconduction historique.

L'introduction de l'IGB inspire à votre rapporteur plusieurs remarques :

- la prise en compte du besoin dans l'attribution des dotations pour la création de nouvelles places va dans le bon sens. Il conviendra néanmoins d'être extrêmement **prudent dans le calendrier de sa diffusion**, compte tenu des difficultés qu'ont connues les Ehpad durant l'été 2017, à qui avait été appliquée une réforme budgétaire presque identique, la réforme du forfait dépendance, dont les effets avaient été insuffisamment anticipés.

Telle que présentée par la CNSA, la réforme de l'IGB ne paraît pas comporter les mêmes risques, puisque tous les départements sont assurés de bénéficier d'une hausse de crédits au titre de la CNH ;

- malgré son intérêt et l'avancée qu'il représente par rapport au taux d'équipement, l'IGB se révèle un **indicateur très imparfait** du niveau réel des besoins des personnes handicapées. Son calcul repose sur l'idée qu'un handicap est d'autant plus prévalent qu'une prestation sociale versée au titre de ce handicap est élevée, ce qui n'est qu'en partie vrai¹. Par ailleurs, bien qu'il soit admis qu'un handicap plus prévalent suppose un accompagnement ou un accueil en structure plus important, rien dans l'IGB ne permet de déterminer la *qualité* de l'accompagnement nécessaire (établissement ou service, temporaire ou permanent), dont dépend aussi son coût. **Cette dimension qualitative continue de cruellement manquer à l'appréciation des besoins réels.**

L'outil susceptible de la mesurer existe pourtant : il s'agit du **guide d'évaluation des besoins de compensation des personnes handicapées (GEVA)**. Instauré en 2008 comme outil de référence pour l'évaluation de la personne handicapée, le GEVA est aujourd'hui utilisé par la quasi-totalité des MDPH, permettant ainsi des échanges d'informations et la traçabilité des situations. Il comprend six volets (situation familiale et budgétaire, habitat et cadre de vie, formation et parcours professionnel, suivi médical, suivi psychologique, activités et capacités fonctionnelles), qui ont l'avantage d'offrir une description relativement exhaustive du handicap.

Votre rapporteur ne manquera toutefois pas de mentionner que les critères retenus par le GEVA font une part importante aux manifestations du handicap physique et sensoriel, et tiennent moins compte des handicaps psychiques et mentaux.

Alors que la CNSA voyait explicitement dans le GEVA l'opportunité « d'obtenir une observation collective des besoins pour l'appui à la définition des politiques publiques ou l'adaptation des réponses existantes », il semble que la diffusion du GEVA se soit d'abord concentrée sur un échange horizontal de bonnes pratiques entre MDPH et entre MDPH et établissements et services. Votre rapporteur estime indispensable que les informations collectées via le GEVA fassent l'objet d'une compilation et d'une traduction en indicateurs afin d'approcher au mieux les besoins. La loi du 28 décembre 2015² ainsi que ses décrets d'application prévoient la mise en œuvre de cette mesure, sans que cette dernière ne soit tout à fait effective.

¹ L'allocation de l'adulte handicapé (AAH) est attribuée en fonction d'une condition de ressources, ce qui atténue la corrélation exclusive entre gravité du handicap et niveau de la prestation.

² Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement.

La remontée statistique du besoin : les silences du décret

L'article 73 de la loi du 28 décembre 2015 dispose que chaque MDPH transmette à la CNSA les données normalisées relatives à son activité, **notamment en matière d'évaluation pluridisciplinaire des besoins**.

L'article R. 247-1 du CASF¹ prévoit que le traitement de données à caractère personnel des MDPH a pour finalités de permettre « la gestion des travaux de l'équipe pluridisciplinaire qui procède à l'évaluation de la situation et des besoins de compensation de la personne handicapée », mais aussi « la production de statistiques [...] nécessaires au suivi des politiques du handicap et à **l'élaboration et à la mise en œuvre du schéma départemental**, ainsi que la transmission de ces statistiques aux organismes et administrations intéressés ». L'article R. 247-6 donne les garanties nécessaires d'anonymisation de ces données aux fins d'établissement de statistiques.

Votre rapporteur remarque que le décret ne prévoit pas l'utilisation de ces statistiques pour l'élaboration des schémas *régionaux* de l'offre médico-sociale, qui déterminent pourtant l'essentiel de l'offre à destination des personnes handicapées. Une fois le cadre méthodologique d'élaboration de ces statistiques établi, il semble essentiel d'étendre leur usage à la mise en œuvre de **tous** les schémas de l'offre médico-sociale.

B. FAIRE TOMBER LES MURS : UNE AMBITION POUR L'ACCOMPAGNEMENT MÉDICO-SOCIAL ENCORE IMPARFAITEMENT COORDONNÉE

C'est le mot d'ordre principal censé présider au renouveau de l'accompagnement des personnes handicapées, qui inspire l'ensemble des politiques publiques récemment impulsées dans le domaine : la **substitution d'un accompagnement fondé sur le suivi modulaire et personnalisé de la personne à l'accompagnement traditionnel fondé sur l'accueil en établissement**. Il s'agit, de façon plus globale, de sortir la politique publique du handicap d'une épure sanitaire et médico-sociale, tournée par nature sur le soin délivré en établissement spécialisé.

Le **cap** est généralement partagé par l'ensemble des acteurs politiques et associatifs ainsi que par les familles. La **méthode** pour l'atteindre est en revanche sujette à discussions. Les développements précédents, qui ont exposé les premières grandes transformations apportées à l'offre par l'introduction de nouvelles orientations gestionnaires, conduisent à penser que ces dernières ont probablement péché par un défaut de calendrier : **ces changements gestionnaires, sans doute nécessaires, auraient été bien plus pertinents s'ils avaient succédé à cette réforme en profondeur de l'offre, alors qu'ils la précèdent**.

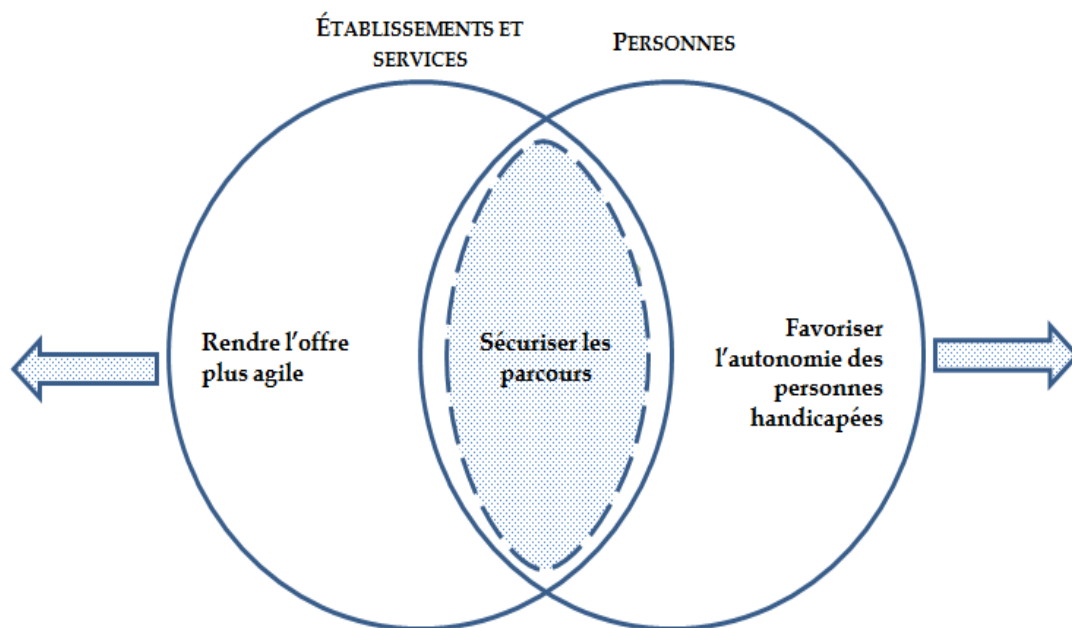
¹ Issu du décret n° 2017-879 du 9 mai 2017 modifiant les dispositions concernant le système d'information des maisons départementales des personnes handicapées et le système national d'information statistique mis en œuvre par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

1. L'enjeu structurel : les chantiers en cours lancés par le Gouvernement

Trois impératifs commandent actuellement la recomposition de l'offre : **favoriser l'autonomie des personnes handicapées, rendre l'offre médico-sociale plus agile, enfin sécuriser les parcours de ces dernières.**

Menés sous l'égide théorique de la DGCS, mais mobilisant en fait d'autres champs d'intervention des politiques publiques (logement et offre de soins notamment, mais aussi recherche), l'efficacité de ces trois chantiers dépend d'une prise en compte adéquate des **inévitables antagonismes que leur réalisation particulière entraîne sur la conduite de leur ensemble.** Ainsi, l'objectif d'assouplissement du cadre d'intervention de l'offre, qui passe par un allègement des contraintes administratives, présente un risque de conflit avec l'objectif de sécurisation des parcours.

Compatibilité des trois objectifs actuels de la recomposition de l'offre



Source : Commission des affaires sociales

Pour assurer le cheminement conjoint de ces différents projets, une **approche interministérielle**, susceptible de diriger l'action commune d'administrations distinctes, se révèle indispensable. Le secrétariat d'État aux personnes handicapées placé directement auprès du Premier ministre en assure depuis 2017 la traduction politique. Les années à venir ne devraient pas manquer d'en livrer les premiers effets.

a) Favoriser l'autonomie des personnes

Un accompagnement médico-social des personnes handicapées soucieux de favoriser leur autonomie s'inscrit pleinement dans l'objectif d'une société inclusive prônée par la loi du 11 février 2005. Irriguant la plupart des directives et circulaires ministérielles, ce principe rencontre toutefois de nombreuses difficultés de réalisation, imputables à deux principaux facteurs de nature très diverse : un **enclenchement de l'accompagnement à un stade de détection trop tardif** pour que l'autonomie puisse être préservée, et une **offre encore excessivement marquée par une mission de « prise en charge »**.

(1) La prévention et le rôle des CAMSP

Le premier enjeu de ce chantier réside donc dans le **dépistage** et la **prévention**. Il s'agit d'une dimension particulière – et historiquement peu exploitée – de l'accompagnement des personnes handicapées, qui doit faire l'objet d'une prise en compte spécifique. En effet, il ne s'agit pas de déléguer à des gestionnaires associatifs une mission d'accompagnement pluridisciplinaire, mais de mobiliser des compétences médicales et scientifiques précises aptes à prévenir le développement du handicap.

La mission de prévention présente donc des caractères **fondamentalement distincts** de la mission d'accompagnement et requiert de ce fait une politique et des actions **entièrement à part**.

Les missions de dépistage sont assurées par des structures à part, les **centres d'action médico-sociale précoce** (CAMSP). Leur fonctionnement se distingue à plusieurs titres :

- par la structure de leur personnel, ils ne sont **rattachables à aucune des trois grandes missions de l'accompagnement des personnes handicapées** identifiées par votre rapporteur (accompagnement médico-social, aide à l'insertion à la vie sociale, construction d'un parcours socio-éducatif). Leur personnel se compose essentiellement de personnels médicaux et paramédicaux **spécialisés** (médecins, psychomotricien, psychologue, orthophoniste), mais de **très peu d'infirmiers**. Les éducateurs et travailleurs sociaux n'y sont que moyennement représentés¹. **Leur mission n'a donc pas vocation, à l'instar des autres services et établissements médico-sociaux, à s'inscrire dans le temps ;**

- leur financement, assuré à 80 % par une dotation globale annuelle de l'assurance maladie et à 20 % par les conseils départementaux, indique une mission avant tout **médicale** ;

- leur distinction du champ de l'accompagnement des personnes handicapées est enfin confirmée par l'absence d'obligation de notification de la MDPH pour être accueilli en CAMSP.

¹ CNSA, Rapport d'activité des CAMSP, synthèse nationale des résultats 2015, 2017.

Votre rapporteur souhaite donc insister sur ce point : il ne paraît pas judicieux, au prétexte d'une identité des publics suivis, que le dépistage et la prévention des handicaps aient été inclus dans le champ plus vaste de leur accompagnement médico-social. L'inscription des CAMSP au rang des établissements et services médico-sociaux de l'article L. 312-1 du CASF a ainsi entretenu une confusion dommageable au bon exercice de leur mission. Votre rapporteur estime que cette dernière doit **distinctement relever de la politique sanitaire déployée par l'ARS**, et notamment bénéficier du dispositif neuf des PCPE.

Il conviendrait en outre d'interroger **l'intégration obligatoire des CAMSP au périmètre du Cpom** qu'a prévue la LFSS pour 2017¹. L'opportunité de cette mesure peut être en effet questionnée au regard des risques d'effets de filière précédemment évoqués : un même gestionnaire chargé du dépistage d'un handicap et de son accompagnement médico-social sur le long terme peut être exposé à certains biais de diagnostic.

Certaines pistes de réforme du dépistage et de la prévention ont été récemment lancées dans le domaine particulier des troubles du spectre autistique et méritent qu'on s'y penche.

Autisme : les enjeux du dépistage

Après avoir pâti d'un défaut structurel d'organisation et de financement, l'action menée en faveur du dépistage des troubles du spectre autistique semble récemment connaître une inflexion notable.

Les spécificités liées à l'autisme ont conduit les pouvoirs publics en 2005 à généraliser le dispositif jusqu'alors expérimental du **centre de ressources autisme (CRA)**, dont les missions se sont progressivement tournées vers le diagnostic précoce. À la différence des CAMSP, dont ils prolongent l'action en matière d'autisme, les CRA ne sont pas intégrés au sein des Cpom et font l'objet d'un maillage territorial ainsi que d'une gestion à part. Bien que formellement désignés par l'article L. 312-1 du CASF comme établissements médico-sociaux, ils sont la plupart du temps rattachés à un établissement de santé. Comme le relève un récent rapport de l'IGAS, et conformément à ce que votre rapporteur a précédemment évoqué sur le rattachement nécessaire de la mission diagnostique à la politique sanitaire, « l'efficacité du CRA passe avant tout par le portage médical, ce qui est logique s'agissant d'une activité où la place du soin, et encore davantage du « prendre soin » est primordiale »².

Plusieurs difficultés de fonctionnement ont été néanmoins relevées. La mission d'animation d'un réseau régional de l'autisme est appliquée de façon très hétérogène, les délais d'attente des familles excèdent souvent une à deux années, et l'intégration de ces structures, dans quelques cas, à des établissements hospitaliers spécialisés dans les soins psychiatriques ont contribué à établir un bilan en demi-teinte.

¹ Loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017, article 89.

² IGAS, Évaluation des centres de ressources autisme (CRA) en appui de leur évolution, 2016.

La stratégie nationale pour l'autisme lancée en 2018 a donc identifié comme principal levier de réforme du dépistage le financement d'un « **forfait interventions précoces** ». Conforme à l'inflexion qualitative générale, l'efficacité du dépistage ne repose désormais plus sur l'efficacité d'un type de structure, mais sur l'efficacité d'un parcours assurée par la solvabilisation des familles et leur recours aux interventions de professionnels non conventionnés. **106 millions d'euros** sont annoncés pour le financement de ce forfait sur la période 2018-2022.

Votre rapporteur préconise que la réforme lancée sur le champ particulier de l'autisme **irrigue à terme l'ensemble du champ de la prévention des handicaps**.

Proposition n° 13 : réformer la politique de prévention des handicaps autour du séquençage suivant :

- *à court terme*, revenir sur l'intégration obligatoire des CAMSP au sein des Cpom, afin de contrer la confusion dommageable entre diagnostic et accompagnement et diminuer le risque d'effets de filière ;
- *à moyen terme*, réaffirmer la mission médicale des CAMSP en favorisant leur rattachement à des établissements de santé ;
- *à long terme*, substituer, sur le modèle de la stratégie nationale pour l'autisme, le financement des interventions de professionnels non conventionnés (psychomotriciens, orthophonistes, psychologues) au financement direct de la structure.

(2) L'habitat inclusif

Un autre grand vecteur de l'autonomie des personnes handicapées concerne le **logement inclusif**. Un pas extrêmement important a été récemment franchi par l'article 45 *bis* du projet de loi relatif à l'évolution du logement, de l'aménagement et du numérique (ELAN).

L'article 45 *bis* du projet de loi ELAN

Cet article introduit une définition de l'**habitat inclusif** dans un nouvel article L. 281-1 du CASF. Il s'agit d'un type d'habitat destiné à des personnes handicapées « qui font le choix, à titre de résidence principale, d'un **mode d'habitation regroupé**, entre elles ou avec d'autres personnes, et assorti d'un **projet de vie sociale et partagée** défini par un cahier des charges national fixé par arrêté ».

Cet article prévoit par ailleurs la création d'un **forfait pour l'habitat inclusif**, attribué pour toute personne handicapée résidant dans un habitat répondant aux critères précédemment décrits. Ce forfait sera retracé à la section V du budget de la CNSA et pourra être abondée par une part du produit de la Casa et une part du produit des prélèvements sociaux sur le capital dont la CNSA est destinataire.

Enfin, il prévoit le **pilotage** du déploiement de l'habitat inclusif, en investissant la conférence des financeurs d'une mission de coordination des projets lancés.

Bien que le dispositif ne soit pas encore appliqué, il est particulièrement bienvenu en ce qu'**il inscrit dans la loi une nouvelle forme d'accompagnement du handicap**, que de nombreuses personnes appelaient de leurs vœux mais qui se heurtaient à l'épuration trop rigide de l'article L. 312-1 du CASF, qui ne mentionnait pas le logement inclusif et inventif parmi les formes de l'accompagnement médico-social.

Deux inquiétudes non négligeables demeurent néanmoins quant à son financement :

- les recettes de la CNSA issues de la Casa et du prélèvement social sur le capital sont pour une large part employées au financement de l'allocation personnalisée à l'autonomie (APA). Ces deux recettes sont certes dynamiques mais il conviendra d'en surveiller particulièrement l'usage afin qu'une dépense ne nuise pas à l'autre ;

- votre rapporteur s'interroge par ailleurs sur la **pertinence d'un financement par forfait**. Les formes d'habitat inclusif seront par définition fortement tributaires des handicaps divers des personnes concernées et nécessiteraient donc que l'attribution de ce financement se fasse de façon objectivée et individualisée.

Cette option financière du forfait s'inspire d'une expérimentation menée en 2017, qui reposait sur l'attribution à chaque ARS d'une aide spécifique forfaitaire de 60 000 euros financée par la CNSA et destinée à couvrir les frais de coordination, de gestion et de rémunération d'une personne veillant à la régulation collective d'une structure d'habitat inclusif. Cette aide ne pouvait en aucun cas couvrir les besoins de compensation directement liés aux handicaps des personnes concernées.

La mesure de l'article 45 *bis*, bien que manifestant un progrès certain, est en demi-teinte par rapport à celle que certains acteurs ont estimée plus pertinente : **la mutualisation des deux éléments de la prestation de compensation du handicap (PCH) finançant les besoins en aide humaine et en aménagement du logement**¹.

La question avait été abordée par un important rapport de l'IGAS publié en novembre 2016² qui notait que « la loi et les textes réglementaires sont muets sur la possibilité d'une mise en commun, par les personnes handicapées, de tout ou partie des aides dont elles peuvent disposer dans le cadre de la PCH ». Bien que l'une des premières difficultés identifiées soit la définition des modalités de mutualisation au cas par cas (compliquant ainsi le rôle des autorités attribuant la PCH), la grande majorité des expériences conduites en la matière ont été jugées positivement.

¹ La PCH fera l'objet d'un développement ultérieur.

² IGAS, Évolution de la prestation de compensation du handicap, novembre 2016.

Il n'en demeure pas moins que l'éventualité d'une inscription dans la loi a reçu l'hostilité la plus univoque de plusieurs acteurs associatifs, rigoureusement attachés au caractère individuel de la compensation et par ailleurs attentifs aux dérives réelles qu'une mutualisation présente (dépendance entre attributaires, éventuels rabotages des montants versés au prétexte d'économies d'échelle liées à la mise en commun). Le choix récent du législateur pour le financement par forfait s'explique probablement par cette réticence.

Votre rapporteur ne peut qu'inviter à ce que la piste d'une mutualisation de la PCH, inspirée des bonnes pratiques issues des expérimentations jusqu'ici menées, soit remise sur le métier.

Proposition n° 14 : compte tenu de l'inadéquation potentielle d'un financement par forfait pour l'habitat inclusif, réactiver la piste d'une mutualisation de la PCH tout en tenant compte des inquiétudes exprimées par les acteurs associatifs.

b) Rendre l'offre plus agile en se concentrant sur les complémentarités

Donner à l'offre une plus grande agilité suppose l'introduction d'éléments modulaires, légers et adaptables susceptibles d'apporter des modifications décisives à la qualité de l'accompagnement proposé en vue d'éviter les ruptures de parcours.

Plusieurs lois ont successivement énoncé l'objectif de rendre l'offre plus réactive ou plus adaptée à certains besoins précis. La démarche se distingue nettement de celle de la contractualisation ou de l'incitation au groupement, en ce qu'elle ne se contente pas de fixer un cadre gestionnaire à la coopération des structures mais indique avec précision les modalités d'un rapprochement pour un but poursuivi.

La loi du 26 janvier 2016¹ a ainsi prévu que les établissements et services médico-sociaux pouvaient fonctionner en **dispositif intégré** pour accompagner des enfants, des adolescents et des jeunes adultes qui, bien que leurs potentialités intellectuelles et cognitives soient préservées, présentent des difficultés psychologiques dont l'expression, notamment l'intensité des troubles du comportement, perturbe gravement la socialisation et l'accès aux apprentissages. Un décret d'application de cette disposition, visant particulièrement les ITEP et les Sessad, a été pris en avril 2017² et son déploiement est fortement attendu.

¹ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, article 91.

² 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.

Dans le même sillage mais en l'amplifiant, l'article 51 de la LFSS pour 2018¹ a prévu la possibilité d'**expérimentations** ayant pour but de « permettre l'émergence d'organisations innovantes dans le secteur sanitaire et médico-social concourant à l'amélioration de la prise en charge et du parcours des patients ». Ces expérimentations autorisent les dérogations aux règles de droit commun de la tarification.

Plus que les innovations législatives, ce sont plutôt les dispositifs légers et complémentaires de l'offre existante qui semblent promis à un plus grand avenir. La preuve en est pour l'heure fournie par les **pôles de compétences et de prestations externalisées** (PCPE)².

Les PCPE

Ces PCPE n'ont pas le statut juridique d'établissement ou de service médico-social au sens de l'article L. 312-1 du CASF. Ils sont donc dispensés du régime de l'autorisation ainsi que de la procédure d'appel à projet, et présentent donc une **souplesse** particulière. Leur existence juridique est néanmoins conditionnée à leur arrimage à un établissement ou à un service existant, concrétisé par la signature d'une convention.

Ils fournissent des prestations complémentaires de celles dispensées par leur établissement ou service support, particulièrement des prestations de psychologues ou d'autres professionnels hors nomenclature des actes remboursés par l'assurance maladie (psychomotriciens, orthophonistes, éducateurs spécialisés).

Ces prestations, ordinairement laissées à la charge des familles lorsqu'elles ne sont pas assurées par l'établissement ou le service d'accueil³, sont couvertes par un financement spécifique, qui peut se composer à titre principal des crédits du fonds d'amorçage instauré au titre de la prévention des départs en Belgique (15 millions d'euros annuels) et à titre subsidiaire de crédits prélevés sur le fonds d'intervention régional (FIR). Bien que l'idée soit bienvenue, son financement gagnerait à être considérablement renforcé.

Les deux grandes orientations qui doivent guider le Gouvernement dans la construction d'une offre plus agile sont donc :

- redéfinir et enrichir le contenu des instruments juridiques susceptibles d'optimiser la recomposition (comme nous l'avons vu) ;
- **identifier les prestations complémentaires à l'offre existante** et les revêtir d'un statut juridique léger et adapté.

Proposition n° 15 : privilégier, dans la mise en œuvre du virage inclusif, les complémentarités à apporter à l'offre existante, sur le modèle des pôles de compétences et de prestations externalisées.

¹ Loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018.

² Leur mise en œuvre est régie par l'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.

³ Cf. les développements ultérieurs sur l'imprécision du périmètre de soins pris en charge par les structures.

c) Sécuriser les parcours

Dénoncées en 2014 par un rapport rendu par Denis Piveteau¹, potentiellement aggravées par les incitations à rendre l'offre plus souple et plus agile, les **ruptures de parcours** désignent les situations dans lesquelles l'accompagnement de personnes handicapées s'interrompt en l'absence de services ou d'établissements susceptibles de l'assurer.

Afin de lutter contre ces ruptures, le Gouvernement a lancé en 2016 la **méthode « réponse accompagnée pour tous »**, qui comporte une innovation en matière d'orientation de la personne handicapée : le dispositif d'orientation permanent (Dop).

Le Dop définit une méthodologie nouvelle à destination des MDPH en matière d'orientation. Il vise à substituer au système de la décision unique d'orientation prononcée par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) un **système d'orientation double** fondée sur le protocole suivant. Sur demande expresse de la personne, ou au moins avec son accord préalable, l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation (EPE) de la MDPH composera une proposition d'orientation qui, contrairement à aujourd'hui, n'intégrera pas les contraintes de l'offre disponible. Il s'agira d'une solution « idéale », répondant parfaitement aux besoins identifiés de la personne. Ce n'est qu'une fois cette solution définie que se posera la question de sa réalisation ; si cette dernière n'est pas possible, l'EPE proposera à la personne un **plan d'accompagnement global** (PAG).

Ce PAG consistera en une réponse individualisée, construite en partenariat avec la personne. Contrairement à l'état antérieur du droit, ces réunions pourront être obligatoires, puisque l'EPE aura la faculté de demander la convocation de tous au sein d'un groupe opérationnel de synthèse (GOS). Leur participation et leur dialogue permettront de pointer les obstacles et les dérogations nécessaires que ne révélait pas l'ancienne procédure de décision unique.

Déployée depuis fin 2015 dans 24 départements pionniers, élargie aux 66 nouveaux territoires en 2017 et généralisée depuis le 1^{er} janvier 2018, la réponse accompagnée pour tous peut aujourd'hui se prêter à un premier bilan. Selon le comité interministériel du handicap (CIH), **837 PAG auraient été signés fin 2017**. Il convient néanmoins de tempérer ce chiffre par la diversité des pratiques départementales : certaines MDPH ne considèrent comme PAG que les réponses apportées dans le cadre d'un GOS, alors que d'autres considèrent comme PAG tout « plan B » construit pour une personne en attente d'une place en établissement ou en service.

Outre la nécessité d'homogénéiser la remontée d'informations, ce chiffre est révélateur des **difficultés de mise en place d'une réponse véritablement individualisée**. Certaines de ces difficultés semblent imputables à l'ineffectivité des GOS, où tous les acteurs ne sont pas toujours présents.

¹ D. PIVETEAU, « Zéro sans solution » : le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches, juin 2014.

2. L'enjeu technique : une mise en réseau conditionnée par les systèmes d'informations

a) Les besoins

L'efficacité du virage inclusif ne dépend pas que d'une recomposition structurelle de l'offre et d'une nouvelle gestion des compétences des personnels. La multiplication des interventions d'acteurs autour de la personne handicapée confère une portée considérable à l'**enjeu de coordination et d'échange d'informations**, dont l'efficacité se mesure à l'aune de deux critères contradictoires : leur **interopérabilité** et leur **sécurité**.

L'interopérabilité désigne la capacité de plusieurs systèmes d'informations (SI) exploités par des gestionnaires indépendants à constituer un réseau d'échanges d'informations pertinentes. La sécurité se définit quant à elle par la capacité à protéger les données détenues d'un accès préjudiciable à la personne que ces données concernent.

Les enjeux spécifiques des systèmes d'informations appliqués à l'accompagnement médico-social des personnes handicapées recouvrent trois grands besoins :

- la **connaissance précise de l'offre disponible** afin de construire l'outil d'orientation le plus fin possible ;
- le **suivi des personnes handicapées accompagnées** afin de prévenir les ruptures de parcours et de contrôler l'effectivité de leur accompagnement ;
- enfin, le **dialogue entre les différents acteurs de l'accompagnement** de la personne, à des fins de coordination et de continuité du parcours.

L'acteur public central n'est plus ici l'autorité tarifaire ou l'autorité chargée d'attribuer l'autorisation mais l'**autorité chargée de l'orientation**, à savoir la MDPH.

Enjeux liés aux SI de l'accompagnement des personnes handicapées

	Émetteur de l'information	Destinataire de l'information	Nature de l'information	Nécessité d'un référentiel	Risques liés à la sécurité de la transmission
Connaissance de l'offre	Structure	MDPH	Disponibilité des prestations	Oui	Non
Suivi des personnes	Structure/personne	MDPH	Effectivité du parcours	Non	Non
Dialogue entre les acteurs	Structure	Structure	Éléments constitutifs de l'accompagnement de la personne	Non	Oui

Source : Commission des affaires sociales

Le tableau ci-dessus fait apparaître les principaux besoins en matière de SI. Outre trois grands circuits d'informations à assurer, deux impératifs principaux supplémentaires apparaissent :

- l'information relative à la connaissance de l'offre, pour être remontée de façon pertinente à la MDPH, ne doit plus faire l'objet d'une quantification par places. L'objectif affiché du Gouvernement est d'orienter la démarche *descriptive* de l'offre disponible vers une logique de **prestations**. Cette ambition, qui tranche avec la simple énumération des places libres ou occupées, nécessite qu'un référentiel soit préalablement établi afin que les structures puissent se livrer à une description qualitative de leur offre la plus homogène possible. Un **répertoire opérationnel de ressources (ROR)**, chargé de cette mission de référentiel, est en cours d'élaboration ;

- le circuit d'information relatif au dialogue entre les acteurs de l'accompagnement, lorsqu'il ne passe pas par l'intermédiaire de la MDPH, requiert un **degré de sécurité particulier** que commande la transmission de données personnelles d'acteur privé à acteur privé.

b) L'avancement du chantier

La loi fixe un cadre général au déploiement des SI du secteur médico-social à l'article L. 312-9 du CASF. Le respect de la protection des données à caractère nominatif, ainsi que la transmission d'informations à la CNSA aux fins précédemment évoquées d'affinement de la politique du handicap, y sont établis. L'impératif d'interopérabilité a été précisé par **l'article 75 de la loi ASV**, qui dispose que « les MDPH doivent utiliser un système d'information *commun, interopérable* avec les systèmes d'information des départements, ceux de la caisse nationale d'allocations familiales et ceux de la CNSA ». Votre rapporteur remarque à cet égard qu'**aucune interopérabilité n'est prévue par la loi entre les SI des MDPH et les SI des gestionnaires d'établissements et de services**.

La construction d'un réseau d'échange d'informations adéquat passe par deux étapes essentielles : l'identification des informations pertinentes à transmettre et la construction de canaux simples et opérationnels pour cette transmission.

La **détermination de l'information à transmettre** a fait l'objet d'un travail d'harmonisation très poussé. L'agence des systèmes d'information partagée de santé (Asip santé) diffuse depuis 2010 un cadre d'interopérabilité des systèmes d'information de santé (CI-SIS), qui recense les catégories de données à caractère médical ou médico-social qui doivent être transmises entre opérateurs. Cette opération d'harmonisation a été récemment parachevée par le décret du 26 décembre 2016¹, qui instaure le numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques (NIR) comme unique clef d'entrée de l'ensemble des informations médicales et médico-sociales, comprenant celles relatives aux personnes handicapées.

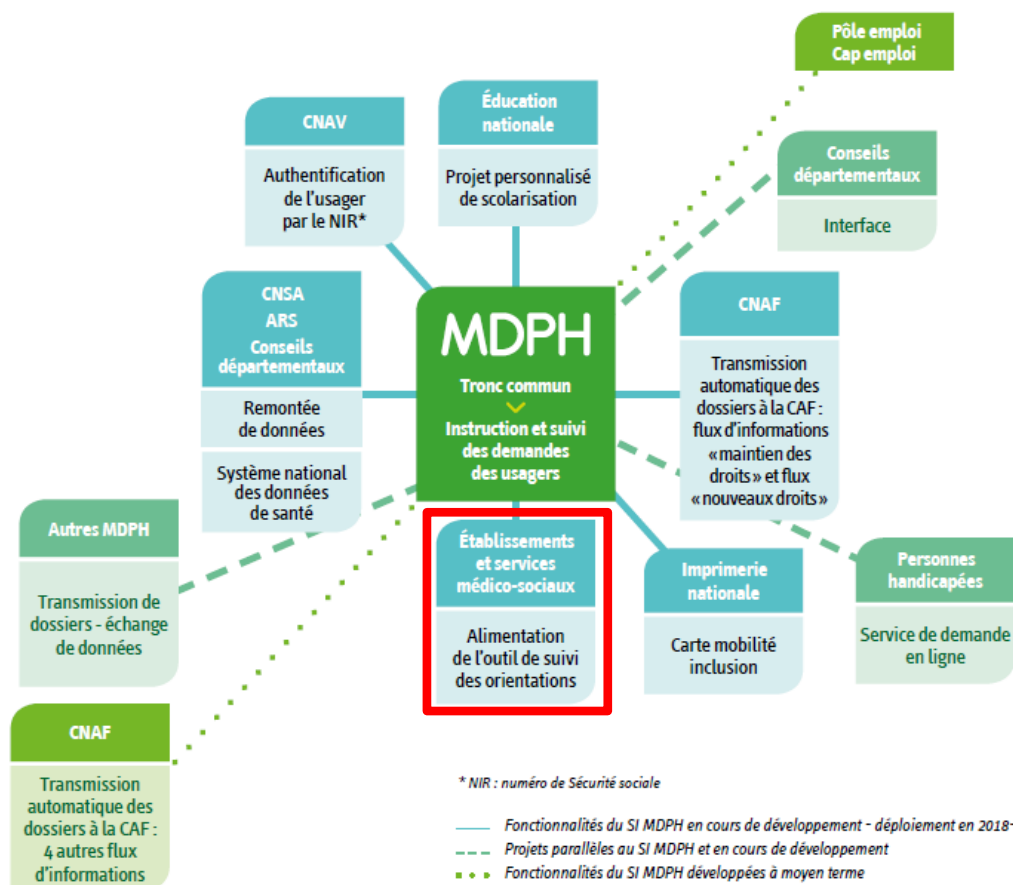
¹ Décret n° 2016-1871 du 26 décembre 2016 relatif au traitement de données à caractère personnel dénommé « système national des données de santé ».

L'identification de la donnée brute pose donc moins de problèmes que l'**architecture d'ensemble des SI** qui doivent servir à sa transmission ainsi que les **modalités à son accès**.

En effet, bien que l'intention du législateur semble avoir été de doter toutes les MDPH d'un même système d'informations, les arbitrages consécutifs ont opté en faveur du **maintien de systèmes divers, mais progressivement harmonisés autour d'un tronc commun**. L'enjeu est de taille : en effet, la plupart des MDPH disposent déjà d'un système d'informations paramétré selon leurs propres besoins, et livré par un des trois éditeurs présents sur le marché, sans compter 7 MDPH qui ont fait le choix de développer en interne leur propre outil.

C'est donc l'harmonisation de 10 différents SI que doit assurer le tronc commun, dont le **déploiement final est annoncé pour fin 2019**.

Interopérabilité du tronc commun du nouveau SI des MDPH



Source : CNSA

Le schéma ci-dessus expose l'ambition d'interopérabilité du SI des MDPH avec ceux des nombreux autres acteurs publics intéressés par les informations recueillies. L'enjeu principal (encadré sur le schéma) auquel sont liés les trois principaux besoins identifiés par votre rapporteur réside néanmoins dans **l'interopérabilité entre le SI de la MDPH et les SI des gestionnaires des établissements et services**, qui ne sont logiquement pas visés par la réglementation spécifique :

- l'objectif de bonne connaissance de l'offre ne pourra être atteint qu'une fois que **le ROR sera intégralement déployé**. Son application, qui prendra vraisemblablement la forme d'une nomenclature à renseigner par les structures, nécessitera une adaptation conséquente des SI de ces dernières. Pour l'heure, le suivi de l'offre médico-sociale est assuré par le **fichier national des établissements sanitaires et sociaux (Finess)**, qui n'est cependant pas alimenté en temps réel, et offre donc un aperçu statique et souvent décalé des disponibilités.

À ce titre, un effort a été demandé aux ARS, au sein de la dernière circulaire budgétaire pour 2018, pour veiller à la mise à jour de Finess afin de « garantir la complétude et l'exactitude des informations qui y figurent » ;

- l'objectif de suivi des personnes suppose un dialogue plus opérationnel entre la MDPH et la structure. L'interopérabilité de leurs SI est alors assurée par l'implantation conjointe d'un **module** par lequel l'information relative au suivi est transmise. Ce module est connu sous le nom de « **Via Trajectoire PH** » ;

- enfin, l'objectif de partage des informations relatives à la personne handicapée par l'ensemble des établissements et services intervenant dans son accompagnement est celui dont l'aboutissement est le moins avancé. L'idée avancée par plusieurs développeurs de logiciels serait de prévoir un fichier d'extraction de la base de données de la MDPH, auquel pourraient avoir accès les différentes structures équipées du module « Via Trajectoire PH ». Le récent **règlement général sur la protection des données (RGPD)**¹ offre un **cadre tout à fait exploitable** pour ce partage de données.

**Partage des données relatives aux personnes handicapées :
l'incompatibilité potentielle du droit interne et du droit européen**

L'article 26 du RGPD évoque le cas des **responsables conjoints du traitement de la donnée**. Ils définissent alors de manière transparente, par voie d'accord entre eux, leurs obligations respectives aux fins d'assurer le respect des droits de la personne concernée. Cet accord reflète dûment les rôles respectifs des responsables conjoints du traitement et leurs relations vis-à-vis des personnes concernées.

¹ Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE.

Les grandes lignes de cet accord sont mises à la disposition de la personne concernée, qui conserve à tout moment le droit de s'opposer, pour des raisons tenant à sa situation particulière, à un traitement de données à caractère personnel.

Dans le cadre des objectifs fixés aux systèmes d'informations reconfigurés par la redéfinition de l'offre, il paraît tout à fait souhaitable de revêtir l'ensemble des structures chargées de l'accompagnement de la personne et la MDPH du statut de responsables conjoints du traitement des données et de définir le cadre juridique de l'accord qu'ils devront établir pour leur échange.

Le RGPD n'a besoin d'aucun dispositif de transposition dans l'ordre interne et bénéficie d'un régime d'application directe. Pour autant, les normes internes définissent un cadre beaucoup plus restrictif au partage de données : l'**article R. 247-5 du CASF**, issu d'un décret du 9 mai 2017¹, prévoit que les agents des établissements et services médico-sociaux *peuvent* être destinataires des informations contenues dans les SI des MDPH, tant que ces dernières sont strictement nécessaires à l'exercice de leur mission. Les conditions de l'échange d'informations sont donc strictement *réglementaires*, laissées à la discrétion de la MDPH, et ne donnent pas lieu à la signature des conventions mentionnées par le RGPD.

c) Les conditions de la réussite

Cet ambitieux programme de renouveau du réseau d'informations des acteurs de l'accompagnement du handicap soulève deux importants problèmes.

- Le **calendrier** du déploiement des outils informatiques précédemment décrits est particulièrement **stratégique**. Votre rapporteur rappelle qu'en l'état actuel de la tarification des établissements et services médico-sociaux, le montant de leur dotation est directement lié à leur taux d'occupation. L'objectif de rendre l'information relative à l'accompagnement plus transparente entre gestionnaires et MDPH, mais également de gestionnaire à gestionnaire, fait courir le risque à ces derniers de transmettre des données susceptibles d'avoir, en seconde analyse, des impacts négatifs sur leur financement. C'est pourquoi il est fondamental d'**attendre le plein déploiement du ROR**, qui permettra la substitution d'une logique de prestations à la logique de places, **pour s'assurer de la bonne appropriation des nouveaux outils de renseignement par les gestionnaires**.

- Par ailleurs, la législation et la réglementation actuelles ne mentionnent pas d'interopérabilité nécessaire des SI des MDPH et des SI des gestionnaires. Laisse à l'entière discrétion des MDPH, la transmission d'informations par ces dernières aux gestionnaires, pourtant condition indispensable de la bonne reconversion de l'offre autour de la personne, ne saisit aucune des potentialités offertes par le nouveau cadre européen.

¹ Décret n° 2017-879 du 9 mai 2017 modifiant les dispositions concernant le système d'information des maisons départementales des personnes handicapées et le système national d'information statistique mis en œuvre par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

Il est impératif de préciser le régime juridique de ces échanges, dont votre rapporteur rappelle qu'il ne nécessite aucune transposition, ainsi que **d'établir un modèle de convention entre MDPH et gestionnaires, nouveaux responsables conjoints du traitement des données.**

Proposition n° 16 : faire des gestionnaires d'établissements des responsables conjoints du traitement des données relatives aux personnes accompagnées.

C. LE TRAVAIL PROTÉGÉ : FAVORISER LA FLUIDITÉ DES PARCOURS PROFESSIONNELS

L'intégration de la personne handicapée dans un milieu de travail peut prendre trois formes distinctes : l'intégration dans le **milieu ordinaire**, dans le **milieu adapté** ou dans le **milieu protégé**. Ces trois formes de milieu, bien que s'adressant *a priori* à des publics différents, ne se répartissent pas forcément le public des travailleurs handicapés en fonction de la lourdeur de leur handicap.

Le milieu protégé désigne essentiellement l'environnement de travail offert par les **Esat**. Le milieu adapté désigne quant à lui les **entreprises adaptées** (EA), plus proches du milieu ordinaire mais dont le statut contient plusieurs spécificités relatives au public qu'elles embauchent. Signataires d'une convention avec l'autorité préfectorale, elles ont l'obligation d'employer une proportion minimale de travailleurs ayant reçu de la CDAPH la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH).

Les trois espaces de travail de la personne handicapée

	Milieu protégé	Milieu adapté	Milieu ordinaire
	Esat	Entreprise adaptée	Entreprise classique
Contraintes du recrutement	Il ne s'agit pas d'un recrutement, les travailleurs ayant le statut d'usager d'un établissement médico-social	Une proportion de travailleurs RQTH comprise entre un minimum et un maximum définis par décret	6 % au minimum de travailleurs RQTH
Aide financière	L'État finance une aide au poste, calculée en fonction de la rémunération versée par l'Esat, de façon à assurer un montant garanti	L'État finance une aide au poste, <i>forfaitaire par travailleur</i> , dont le montant est <i>ex ante</i> limité par la loi de finances	Certains aménagements de postes de travail et certaines dépenses d'accompagnement peuvent être pris en charge

Source : Commission des affaires sociales

1. Des rigidités au parcours du travailleur protégé dans l'emploi

La prévention des ruptures de parcours, qui fait l'objet d'une politique active des Gouvernements depuis quelques années dès qu'il s'agit de l'accompagnement médico-social des personnes handicapées, paraît moins prise en compte dès qu'il s'agit de leur intégration au monde du travail.

Les dispositions prévues pour améliorer la fluidité de leur parcours sont pour l'heure en nombre trop faible et souffrent surtout d'une activation trop limitée.

Deux timides essais de fluidification des parcours professionnels des personnes handicapées : emploi accompagné et PMSMP

Les dispositifs jusqu'ici mis en œuvre pour améliorer la fluidité des parcours professionnels des travailleurs handicapés et permettre leur passage du milieu protégé au milieu adapté et ordinaire sont au nombre de deux : les **périodes de mise en situation en milieu professionnel** (PMSMP) et le **dispositif d'emploi accompagné**.

1) Les **PMSMP** ont été introduites par la loi du 5 mars 2014¹. Elles sont un **dispositif de droit commun**, non spécifique aux personnes handicapées. Aux termes de l'article L. 5135-1 du code du travail, elles ont pour objet de permettre à un travailleur, privé ou non d'emploi, ou à un demandeur d'emploi, de découvrir un métier ou un secteur d'activité, de confirmer un projet professionnel ou d'initier une démarche de recrutement.

Le développement des PMSMP s'est pour l'heure essentiellement concentré sur les publics bénéficiaires de l'aide à l'insertion et ne concerne que très peu les personnes handicapées.

Elles ont été récemment développées² sur le champ du handicap, mais spécifiquement pour certaines personnes n'ayant pas encore fait l'objet d'une attribution RQTH par la CDAPH. Ces PMSMP, qui ne peuvent être effectuées qu'en Esat, sont prescrites par les équipes pluridisciplinaires des MDPH *avant* que l'orientation ne soit formulée et ne peuvent excéder dix jours. En l'état actuel, elles ne sont donc pas déployées pour favoriser les passerelles de personnes handicapées ayant *déjà* reçu leur orientation CDAPH entre milieux de travail.

2) Le **dispositif d'emploi accompagné** a été instauré par la loi « Travail » du 8 août 2016³. Il est, pour sa part, un **dispositif spécifique** qui prévoit que les travailleurs handicapés « peuvent bénéficier d'un accompagnement médico-social et d'un soutien à l'insertion professionnelle, en vue de leur permettre d'accéder et de se maintenir dans l'emploi rémunéré sur le marché du travail ».

¹ Loi n° 2014-288 du 5 mars 2014 relative à la formation professionnelle, à l'emploi et à la démocratie sociale.

² Décret n° 2016-1347 du 10 octobre 2016 relatif aux périodes de mise en situation en milieu professionnel en établissement et service d'aide par le travail.

³ Loi n° 2016-1088 du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels.

L'objectif sous-jacent est de permettre un passage plus aisé du milieu protégé vers le marché du travail.

Son financement fait l'objet d'abondements modestes : le budget de l'État y contribue à hauteur de 5 millions d'euros et l'Agefiph et le FIPHFP peuvent y participer.

La rigidité de la tripartition du milieu protégé, du milieu adapté et du milieu ordinaire, et partant la difficulté pour un travailleur handicapé de passer de l'un à l'autre, est accentuée par deux facteurs :

- le **rattachement du milieu protégé à la sphère médico-sociale**, qui soustrait une grande part de son modèle à la logique économique : le travailleur en Esat n'est pas signataire d'un contrat de travail, sa rémunération fait l'objet du versement d'un montant garanti par l'État et la dotation versée à l'Esat par l'assurance maladie ne se fonde sur aucun critère économique et obéit aux mêmes règles que celle des autres établissements médico-sociaux, à savoir le taux d'occupation ;

- l'accueil du travailleur handicapé dans l'un de ces trois milieux est en grande partie **déterminé par la CDAPH** qui, lorsqu'elle délivre la RQTH, **« enferme » la personne dans une orientation « Esat » ou « milieu du travail »**. D'après les personnes auditionnées par votre rapporteur, ce fléchage par l'orientation CDAPH répondait aux besoins exprimés il y a plusieurs décennies des suites de la loi fondatrice de 1975, alors que l'offre médico-sociale émergente devait se structurer, mais ne correspond plus du tout aux attentes actuellement exprimées et à l'impératif de **permettre aux travailleurs d'avoir des parcours « ascendants »** (de l'Esat vers l'EA, puis vers le milieu ordinaire) **ou « descendants »**.

Une première modification a été apportée, sur l'initiative de votre rapporteur, aux dispositifs actuels de l'orientation des travailleurs handicapés lors de la discussion de la loi du 5 septembre 2018¹ : la **suppression de l'article L. 5213-20 du code du travail**, selon lequel *« les personnes handicapées pour lesquelles une orientation sur le marché du travail [...] s'avère impossible peuvent être admises dans un Esat »*. Cette disposition produisait en effet de graves effets, en faisant de la CDAPH, dont le métier ne consiste pas à connaître des réalités des bassins d'emploi, un décideur préalable de la disponibilité des EA et du milieu ordinaire et en lui permettant de réorienter en Esat, donc en milieu protégé, une personne dont elle avait d'abord jugée qu'elle relevait du milieu de travail.

¹ Loi n° 2018-771 du 5 septembre 2018 pour la liberté de choisir son avenir professionnel.

2. Des solutions en faveur de la fluidité

a) Développer les passerelles existantes

Par ailleurs, votre rapporteur estime déterminant de développer les **passerelles entre milieux déjà existantes**. Les articles R. 344-16 et suivants du CASF prévoient déjà plusieurs dispositions tendant à favoriser « *l'exercice d'une activité à caractère professionnel en milieu ordinaire de travail par des travailleurs handicapés admis en Esat* ».

Force est de constater que cette possibilité n'est à l'heure actuelle que très faiblement activée. Les raisons en sont, selon vos rapporteurs, les termes du contrat par lequel est instrumentée cette mise à disposition entre l'Esat et la structure d'accueil. Ce contrat comprend notamment « *la base de facturation à l'utilisateur du travail fourni ou du service rendu et des dépenses correspondant aux charges particulières d'exploitation incombant à l'Esat* » ; une pareille formulation laisse accroire que les segments d'activité et les niveaux de productivité des travailleurs de l'Esat et du milieu ordinaire sont comparables, ce qui n'est évidemment pas le cas. Par ailleurs, l'Esat, en tant qu'établissement médico-social, ne dispose pas toujours des réseaux nécessaires à la conclusion d'un contrat avec une structure du milieu ordinaire. Vos rapporteurs regrettent que ces dispositifs ne soient pas davantage sollicités, d'autant que l'article R. 344-21 protège la structure financière des Esat contre les effets en termes de dotation de la mise en disposition de leurs travailleurs.

Le développement véritable des passerelles passerait davantage par un assouplissement de l'enclenchement **pour un travailleur de milieu protégé ou adapté de la période de mise en situation en milieu professionnel**, prévue aux articles L. 5135-1 et suivants du code du travail.

En l'état actuel du droit, les PMSMP sont parfaitement ouvertes à « *toute personne faisant l'objet d'un accompagnement social ou professionnel personnalisé* », sous réserve d'être prescrite par le service public de l'emploi ou, lorsqu'il lui est lié par une convention, par l'organisme qui accompagne le bénéficiaire.

Elles sont donc théoriquement accessibles aux travailleurs d'Esat intéressés par le milieu adapté, et aux travailleurs d'EA intéressés par le milieu ordinaire. Elles sont par ailleurs particulièrement protectrices puisque leur bénéficiaire « *conserve le régime d'indemnisation et le statut dont il bénéficiait avant cette période* ».

Elles présentent néanmoins plusieurs difficultés. D'abord, elles sont plus contraignantes pour les travailleurs d'Esat puisqu'elles nécessitent que ces établissements, qui n'accueillent pas les personnes handicapées sur proposition du service public de l'emploi (SPE), aient signé une convention avec ce dernier, ce à quoi ils ne sont nullement obligés.

Ensuite, et surtout, **elles engendrent pour l'entité qui accompagne le bénéficiaire une perte financière non compensée sur la période où ce dernier est accueillie par une autre structure**. En effet, l'article D. 5135-7 du code du travail spécifie expressément que les conventions par lesquelles le SPE autorise l'organisme accompagnant de la personne à lui prescrire une PMSMP **ne peuvent être liées à « aucune clause financière »**.

En conséquence de quoi, l'Esat, dont la dotation versée par l'assurance maladie est déterminée en fonction de son taux d'occupation, **subit une baisse de cette dernière pour chaque PMSMP qu'elle autorise**. La situation est similaire pour l'entreprise adaptée, qui reçoit une aide au poste forfaitaire par travailleur handicapé qu'elle salarie.

b) Sécuriser le travailleur handicapé qui quitte le milieu protégé

Le passage par un travailleur handicapé du milieu protégé au milieu adapté ou au milieu ordinaire comporte deux grands risques : le premier concerne l'exposition à la perte de son emploi, le second regarde les modalités de sa rémunération.

(1) La perte financière liée au départ du milieu protégé

Le statut de la rémunération du travailleur handicapé, selon qu'il est accueilli par une structure médico-sociale du milieu protégé ou une structure du milieu adapté ou ordinaire, présente de nombreuses différences. Dans le cas d'un Esat, l'article L. 243-4 du code de l'action sociale et des familles dispose que le travailleur a droit à une « **rémunération garantie** versé par l'établissement ou le service » qui l'accueille, qui est comprise, pour un équivalent temps plein, entre 55,7 % et 110,7 % du Smic horaire brut.

Par ailleurs, il est possible pour un travailleur d'Esat de cumuler sa rémunération garantie, lorsque celle-ci est inférieure au Smic, avec l'allocation aux adultes handicapés (AAH), dont de nombreux travailleurs d'Esat sont bénéficiaires. Le bénéfice de cette AAH n'a été ouvert à ceux dont le taux d'incapacité permanente est compris entre 50 % et 80 %, et qui représentent la majorité de ceux susceptibles de travailler en milieu ordinaire, qu'à la condition d'une reconnaissance par la CDAPH d'une restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi (RSDAE).

Or si cette dernière est parfaitement compatible avec la qualité de travailleur d'Esat, elle ne l'est que très partiellement pour un travailleur handicapé en milieu ordinaire : le RSDAE ne peut être reconnu à ce dernier que « pour une durée de travail inférieure à un mi-temps, dès lors que cette limitation du temps de temps résulte exclusivement des effets du handicap »¹.

¹ Article D. 821-1-2 du code de l'action sociale et des familles.

Ainsi, un travailleur Esat susceptible de passer dans le milieu adapté ou ordinaire se verrait donc retirer *du même coup* la **sécurité financière d'une rémunération garantie**, qui peut même se voir diminuer en entreprise adaptée puisque le seul pallier mentionné est celui du Smic (contre 1,107 Smic de rémunération garantie maximale en Esat) et le **bénéfice de l'AAH** s'il travaille plus d'un mi-temps.

(2) Atténuer les conséquences liées à la perte d'emploi

Le travailleur handicapé accueilli en milieu protégé est usager d'un service médico-social et n'est pas soumis aux conditions du droit du travail. Il ne peut donc pas faire l'objet d'un licenciement. *A contrario*, son passage en milieu adapté ou en milieu ordinaire le fait relever du droit commun et l'expose par conséquent au **risque d'une privation involontaire d'emploi**.

En tant que travailleur salarié, la personne handicapée employée par une entreprise adaptée se voit appliquer pleinement les dispositions relatives à l'indemnisation des travailleurs involontairement privés d'emploi telles qu'elles figurent aux articles L. 5421-1 et suivants du code du travail.

Le régime d'indemnisation des travailleurs involontairement privés d'emploi

En cas de perte involontaire d'emploi, le travailleur est éligible, jusqu'à l'âge requis pour bénéficier d'une pension de vieillesse à taux plein, à un revenu de remplacement qui prend soit la forme d'une **allocation d'assurance**, dite allocation de retour à l'emploi (ARE), soit, une fois les droits à cette dernière épuisés, la forme d'une **allocation de solidarité spécifique** (ASS).

Pour ce qui concerne l'ARE, communément désignée comme l'allocation de chômage, les travailleurs n'y sont éligibles qu'à la condition d'avoir cotisé pendant une **durée minimale de quatre mois**¹. Les droits à l'ASS sont quant à eux ouverts à partir de l'épuisement des droits à l'ARE et à la condition de justifier de cinq ans d'activité salariée avant la perte d'emploi.

Dans le cas où un travailleur handicapé quitte le milieu protégé pour le milieu adapté ou le milieu ordinaire et fait l'objet d'un licenciement avant l'écoulement de la durée minimale de quatre mois, **il se retrouve inéligible à toute indemnisation de chômage**. Le départ du milieu protégé, lorsqu'il n'est pas assorti de garantie de retour, ne présente donc, à l'heure actuelle, aucun intérêt financier pour le travailleur handicapé.

¹ Plus exactement 88 jours ou 610 heures aux termes de l'article 3 de la convention assurance chômage du 4 avril 2017.

3. Un financement non objectif : le cas des tarifs plafond

Le financement des Esat repose sur deux grands piliers : une **dotation globale de financement** abondée depuis 2017 par les crédits de l'assurance maladie dans le cadre de l'Ondam médico-social et une **garantie de rémunération des travailleurs handicapés (GRTH)** accordée par l'État pour chaque travailleur accueilli¹. Initialement réunies au sein du même programme budgétaire, ces deux sources de financement sont désormais alimentées par deux vecteurs distincts : le budget de l'assurance maladie d'une part et le budget de l'État d'autre part.

La dotation globale finance le **budget social** des Esat, et permet notamment de couvrir leurs dépenses de personnel, qui représentent environ 71 % de leur budget, ainsi que leurs dépenses de fonctionnement. Les Esat disposent par ailleurs d'un **budget commercial liée à leur activité productive**, qui permet de financer une partie de la rémunération des travailleurs handicapés et de couvrir les charges liées à la production.

À ce titre, votre rapporteur souhaiterait que soit clairement réaffirmée la **nature médico-sociale des Esat** : la présence d'un budget commercial ne doit pas servir à mettre sous tension des établissements dont le budget social serait soumis à des contraintes tarifaires.

La tarification des ESAT a connu une évolution suite au lancement, à partir de 2009, d'un processus de convergence tarifaire des établissements et services sociaux et médico-sociaux, qui poursuivait l'objectif de répondre au souci d'équité entre les établissements. Cette convergence tarifaire s'est traduite par la **fixation de tarifs plafonds**, dont le montant est chaque année détaillé dans la circulaire budgétaire.

Tarifs plafonds versés aux Esat en 2018

	Montant (en euros)
Tarif plafond de référence	13 167
Tarif plafond pour les Esat accueillant au moins 70 % de personnes handicapées infirmités motrices cérébrales	16 457
Tarif plafond pour les Esat accueillant au moins 70 % de personnes atteintes de troubles du spectre autistique	15 798
Tarif plafond pour les Esat accueillant au moins 70 % de personnes traumatisées crâniennes	13 824
Tarif plafond pour les Esat accueillant au moins 70 % de personnes handicapées physiques	13 824

Source : Circulaire budgétaire de 2018

¹ La situation financière des Esat a fait l'objet d'une étude approfondie de notre collègue E. BOCQUET (Les établissements et services d'aide par le travail face à la contrainte budgétaire, rapport d'information n° 409 fait au nom de la commission des finances, 2015).

À l'égard de cette tarification originale des Esat, votre rapporteur exprime deux inquiétudes :

- le transfert de la dotation globale de fonctionnement des Esat au budget de l'assurance maladie fut une mesure unanimement approuvée par les acteurs du secteur. On peut néanmoins déplorer que cette intégration à l'Ondam médico-social se traduise par une **certaine perte de lisibilité**, le budget de l'assurance maladie ne faisant pas l'objet d'une identification par action aussi précise que le budget de l'État ;

- la modulation des tarifs selon le type de handicap **ne repose pas sur une étude complète et actualisée des coûts réels qu'ils induisent**. Ces coûts ont en effet été définis à partir de l'analyse des comptes administratifs des Esat pour 2007, menée afin de mesurer les écarts entre établissements, et sont depuis réactualisés par application d'un taux d'actualisation.

Proposition n° 17 : conduire une étude nationale des coûts réels qu'implique la prise en charge des différents handicaps en Esat afin de mieux adapter la tarification des établissements.

D. L'ACCOMPAGNEMENT DANS LE MILIEU ORDINAIRE DE TRAVAIL : POUR QUE L'EMPLOI DEVIENNE RÉELLEMENT INCLUSIF

1. Milieu adapté et milieu ordinaire

a) Les entreprises adaptées : la gageure de l'aide au poste

Les entreprises adaptées (EA) sont des unités économiques qui offrent une activité professionnelle adaptée aux possibilités des travailleurs handicapés. Ces entreprises fonctionnent comme les entreprises du milieu ordinaire (leurs employés ont le statut de salariés), mais emploient des travailleurs handicapés dont la capacité de travail est égale ou inférieure aux deux tiers de celle d'un travailleur valide et emploient **une proportion minimale de travailleurs handicapés dans les postes de production**. Comme les Esat, les EA proposent leurs services notamment aux employeurs assujettis à l'obligation d'emploi sous la forme de contrats de sous-traitance ou de mises à disposition de personnel.

Les entreprises adaptées perçoivent, pour chaque travailleur handicapé, une aide au poste égale à 80 % du Smic (pour un temps plein), au prorata de la durée du travail inscrite au contrat. L'aide est versée mensuellement par l'État.

Il est par ailleurs important de rappeler que cette aide au poste fait l'objet, d'après l'article L. 5213-19, d'une « limite d'un effectif de référence fixé annuellement par la loi de finances », c'est-à-dire d'un **contingentement budgétaire** réparti entre régions, puis entre entreprises adaptées par les directions régionales des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (Direccte). Cet effectif de référence est régulièrement révisé à la hausse.

Montant annuel de l'aide au poste aux entreprises adaptées

	Effectif de référence	Montant budgété des aides au poste (en millions d'euros)
PLF 2015	21 535	303,52
PLF 2016	22 536	317,30
PLF 2017	23 036	319,27
PLF 2018	24 036	338,47

Source : PAP mission « Travail et emploi », programme 102

Bien que le montant budgété soit en constante augmentation, son montant au projet de loi de finances pour 2018 a fait l'objet d'une attention particulière puisqu'aux termes des documents budgétaires, « des travaux sont prévus pour revoir les conditions de financement des aides au poste, pour à la fois tenir compte des enjeux attachés au renforcement des parcours vers l'emploi ordinaire à partir des entreprises adaptées et adapter les montants forfaitaires à la réalité du coût du travail dans les entreprises adaptées, *dans un contexte d'augmentation des allègements généraux au bénéfice des entreprises* ».

Votre rapporteur s'attend donc à ce que les modalités actuelles d'attribution de l'aide au poste évoluent d'une détermination forfaitaire et d'un versement sur le budget de l'État vers un **rapprochement du droit commun de l'emploi aidé**, à savoir une diminution des cotisations patronales sur la rémunération versée.

Il se montre également préoccupé par le niveau global de subvention qui continuera d'être versée aux entreprises adaptées. Le PLF pour 2018, en cohérence avec les annonces précédemment évoquées, avait retenu « la mise en œuvre de nouvelles modalités de financement à compter du 1^{er} juillet 2018, de façon à permettre la conduite de travaux sur ce sujet avec le secteur des entreprises adaptées. L'économie intégrée à ce titre [sur les aides au poste] pour une demi-année était de **8 millions d'euros en 2018** ».

Ces 8 millions d'euros, déduits sèchement de la dotation publique versée annuellement aux entreprises adaptées, doivent faire l'objet d'une compensation. Les négociations ont été très récemment ouvertes par le Gouvernement et la suite de la discussion du projet de loi en portera peut-être les résultats.

Proposition n° 18 : veiller à ce que le financement de l'aide au poste en entreprise adaptée corresponde mieux aux récentes évolutions législatives de leur statut.

b) Le milieu ordinaire : un bilan en demi-teinte

L'objectif de société inclusive porté par la loi du 11 février 2005 vise idéalement à garantir l'insertion professionnelle du plus grand nombre de personnes handicapées en milieu ordinaire. La première manifestation de cet objectif est l'**obligation d'emploi des travailleurs handicapés** (OETH), en vertu de laquelle tous les employeurs publics et privés sont tenus de déclarer une masse salariale comprenant au moins 6 % de travailleurs handicapés.

Outre l'embauche directe de bénéficiaires de l'obligation d'emploi, le recours via des contrats de sous-traitance à des Esat ou des EA, l'employeur dispose de plusieurs solutions lui permettant de remplir, totalement ou partiellement, son obligation d'emploi. D'une part, les employeurs peuvent s'acquitter totalement, ou partiellement, de leur obligation en versant à l'Association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées (Agefiph) une contribution annuelle pour chacun des bénéficiaires de l'obligation d'emploi qu'ils auraient dû employer. D'autre part, les employeurs peuvent satisfaire totalement à l'OETH en faisant application d'un accord de branche, de groupe, d'entreprise ou d'établissement définissant un programme annuel ou pluriannuel en faveur des travailleurs handicapés. Il doit comporter obligatoirement un plan d'embauche en milieu ordinaire et au moins l'un des plans suivants : insertion et formation, adaptation aux mutations technologiques, maintien dans l'entreprise en cas de licenciement.

Les employeurs qui ne respectent pas l'obligation d'emploi doivent verser une pénalité financière au Trésor public. Elle est calculée en multipliant le nombre de bénéficiaires manquants par 1 500 fois le Smic horaire et ce quel que soit l'effectif total de l'entreprise, majoré de 25 %. En outre, les entreprises sanctionnées sont exclues des marchés publics.

De notables réformes de l'OETH prescrite aux employeurs privés et publics ont été introduites par la loi relative à la liberté de choisir son avenir professionnel. De nouvelles mesures, extrêmement techniques, sont venues modifier les modalités de calcul de l'OETH afin de favoriser l'emploi direct de ces travailleurs.

La mesure de leur impact demandera quelque temps, mais je crains que le Gouvernement n'ait pas suffisamment anticipé leurs effets sur les entreprises adaptées et les établissements d'aide par le travail (Esat), dont la sous-traitance et les prestations ne pourront plus être autant mobilisées qu'aujourd'hui par les employeurs pour s'acquitter partiellement de leur OETH.

Le bilan de l'OETH est aujourd'hui en demi-teinte. Le taux de 6 % est davantage vu comme un plafond que comme un plancher, et les entreprises recourent peu à l'emploi direct. Elles remplissent souvent leur obligation en recourant à la sous-traitance auprès des Esat et des EA. Les entreprises préfèrent souvent rechercher en interne des personnes qui pourraient se voir reconnaître la qualité de personne handicapée (au risque parfois d'un certain contournement de la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé), plutôt que recruter.

Aujourd'hui, environ **2,4 millions de personnes en âge de travailler déclarent être bénéficiaires de l'OETH**, et le taux d'emploi de cette population s'élève à environ 37 %.

2. Tendre vers le milieu ordinaire doit passer par une réforme de l'accompagnement

a) Des difficultés à réaliser l'emploi inclusif

Dans le secteur privé, l'Agefiph conçoit et finance les **aménagements** à mettre en œuvre en entreprise pour aider à l'accueil d'un travailleur handicapé. Depuis la loi de 2005, le fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique (Fiphfp) assume des responsabilités comparables pour les fonctions publiques.

Sur le terrain, les Cap emploi, organismes de placement spécialisé, pour les recrutements, et les services d'aide au maintien en emploi des travailleurs handicapés (Sameth) pour le maintien en emploi sont les interlocuteurs des employeurs et des personnes handicapées.

Des outils conçus puis mis en œuvre par l'Agefiph et les Sameth pour améliorer l'ergonomie des postes de travail ont indéniablement facilité l'adaptation de personnes en situation de handicap physique ou moteur au milieu ordinaire. Néanmoins, deux difficultés subsistent qui expliquent particulièrement la réticence des employeurs du milieu ordinaire à embaucher des personnes handicapées :

- **l'accompagnement médico-social *via* les SAVS ou les Samsah du travailleur handicapé s'exerce essentiellement en dehors des heures de travail.** Il est aujourd'hui très peu fréquent que le secteur médico-social passe une convention avec l'employeur pour aider au suivi du salarié. Des entreprises ont tenté de pallier cette absence du médico-social en instaurant un tutorat spécifique pour l'accueil des personnes handicapées, mais en l'absence de formation adéquate et d'incitation financière, l'initiative est souvent de faible portée ;

- **les aides accordées par l'Agefiph sont d'un montant trop limité et sont surtout trop ponctuelles** : 1 000 euros pour la signature d'un CDD inférieur à 11 mois, 2 000 euros pour un CDD ou un CDI d'au moins 12 mois à temps partiel, 4 000 euros pour un CDD ou un CDI d'au moins 12 mois à temps plein. Ces aides, non renouvelables, ne permettent pas un accompagnement dans la durée des personnes handicapées. Or la situation particulière d'une personne handicapée dans l'emploi rend souvent nécessaire un suivi, certes plus ou moins intensif selon les cas, mais au moins durable.

b) Une réponse apportée par la loi Travail de 2016 : le dispositif d'emploi accompagné

Ce dispositif¹ consiste en un accompagnement médico-social et un soutien à l'insertion professionnelle du salarié, et peut se doubler d'un appui à l'employeur.

Sont éligibles à ce nouveau dispositif d'emploi accompagné (ainsi que leur employeur), les travailleurs handicapés qui ont un projet d'insertion en milieu ordinaire de travail ou sont accueillis dans un Esat et ont un projet d'insertion en milieu ordinaire de travail ou sont en emploi en milieu ordinaire de travail et rencontrent des difficultés particulières pour sécuriser de façon durable leur insertion professionnelle.

Le dispositif d'emploi accompagné est mis en œuvre par une « personne morale gestionnaire », qui sera le plus souvent un établissement ou service social ou médico-social pour personnes handicapées ayant conclu une convention de gestion avec un (ou plusieurs) organisme(s) de placement (Cap'emploi, Pôle emploi ou mission locale).

Un des grands apports du dispositif d'emploi accompagné réside dans la **convention tripartite** conclue entre la personne morale gestionnaire, une personne morale gestionnaire d'un Esat ou d'un établissement médico-social spécialisé dans l'aide à l'insertion, et un organisme de service public de l'emploi (Pôle emploi, Cap emploi ou mission locale). Cette convention tripartite vise à associer les deux acteurs de l'accompagnement ordinaire qui jusqu'ici opéraient séparément : le médico-social et le service public de l'emploi. De plus, la convention permettra l'intervention directe du médico-social au sein de l'entreprise pour s'assurer du suivi du salarié et de sa bonne intégration.

c) Une réponse à apporter : unifier l'interlocuteur du travailleur handicapé autour d'un service public de l'emploi

Bien qu'il en salue l'initiative, votre rapporteur estime que le dispositif de l'emploi accompagné est une mesure d'ambition insuffisante pour favoriser l'insertion et le maintien dans l'emploi ordinaire de personnes handicapées.

Il rappelle en premier lieu que l'*orientation* et l'*insertion* professionnelle des personnes handicapées sont des missions exercées concurremment par trois organismes : Pôle emploi, Cap emploi et les missions locales. Cap emploi forme un réseau de 98 organismes de placement spécialisé sur le territoire, conventionnés par l'État, l'Agefiph, le FIPHP et Pôle Emploi. Ces trois acteurs de l'orientation, bien que tous composantes du service public de l'emploi, ne coordonnent pas nécessairement leur action.

¹ Institué par 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.

Par ailleurs, jusqu'en 2018, la mission d'*accompagnement* et de *maintien* dans l'emploi était assurée par les services d'appui au maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés (Sameth), qui sont des prestataires privés titulaires d'une délégation de service public répondant aux appels d'offre émis par l'Agefiph. La loi Travail a néanmoins permis que cette mission de maintien et d'accompagnement soit également assurée par le réseau des Cap emploi.

De façon générale, votre rapporteur en appelle à la réunion de l'ensemble de ces composantes au sein d'un unique service public de l'emploi au service des personnes handicapées. Le réseau des Cap emploi présente l'avantage d'une compétence acquise, mais il est fondamental que **son financement**, qui dépend actuellement de l'Agefiph, du FIPHFP et de Pôle emploi, **soit directement assuré par l'État**.

Proposition n° 19 : unifier autour d'un seul service public de l'emploi dédié aux personnes handicapées les missions d'insertion et de maintien dans l'emploi, et faire directement dépendre son financement du budget de l'État.

3. Un modèle financier à sécuriser

a) L'Agefiph

(1) La pérennité du modèle financier en question

L'Agefiph a pour mission de gérer le fonds de développement pour l'insertion professionnelle des handicapés, alimenté par les contributions annuelles des employeurs privés et chargé d'accroître les moyens consacrés à l'insertion des handicapés en milieu ordinaire de travail. D'après l'article L. 5214-3 du code du travail, les ressources de l'Agefiph sont notamment affectées :

- à la compensation du coût supplémentaire des actions de formation, d'innovation et de recherche dont bénéficient les intéressés dans l'entreprise ;

- à des mesures nécessaires à l'insertion, au suivi et au maintien des personnes handicapées dans l'emploi. C'est là que se concentre l'essentiel des dépenses de l'Agefiph (environ 60 %) ;

- au financement d'actions de formation professionnelle préqualifiantes et certifiantes des demandeurs d'emploi handicapés. On notera que cette dernière mission excède le périmètre d'action des employeurs contributeurs puisqu'elle vise des personnes handicapées *non embauchées*.

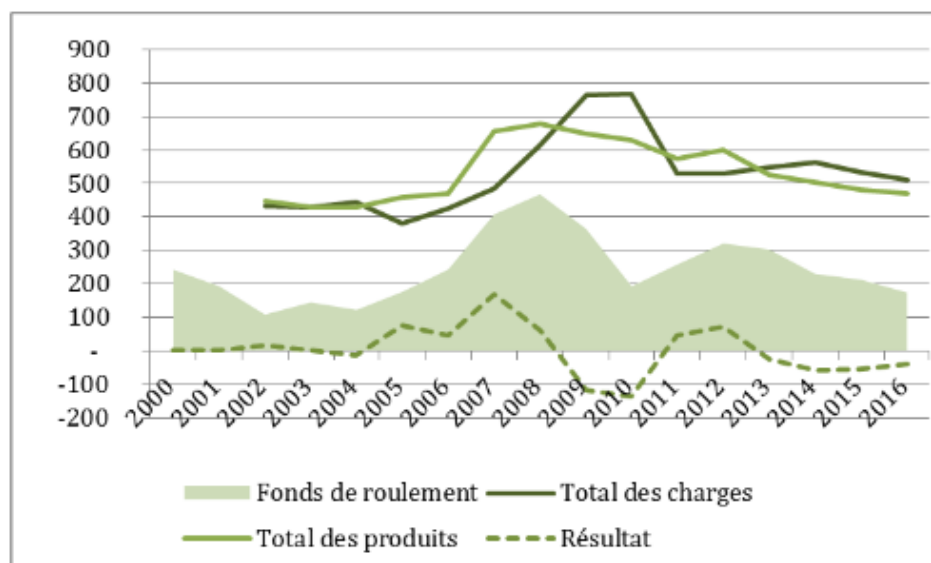
L'IGF et l'IGAS ont mené une mission conjointe en décembre 2017 sur la soutenabilité financière du mode de financement de l'insertion professionnelle des travailleurs handicapés. Ce rapport concluait notamment à **l'inadéquation profonde des ressources de l'Agefiph et des besoins dont elle assure le financement.**

En effet, ses ressources étant exclusivement constituées du montant des contributions annuelles des employeurs, elles dépendent étroitement et *négativement* des *embauches* de personnes handicapées, puisque ces dernières réduisent mécaniquement le niveau de contribution dont les employeurs doivent s'acquitter. Le niveau de ressources repose par conséquent sur un **critère uniquement périodique**, à savoir le respect par l'employeur d'une année sur l'autre de son obligation d'emploi. Les dépenses sont *a contrario* déterminées par des **besoins continus et évolutifs**. Les dépenses de suivi et de maintien dans l'emploi, qui mobilisent l'essentiel du budget de l'Agefiph et qui peuvent se montrer particulièrement dynamiques, n'induisent pas d'augmentation correspondante de ressources puisqu'un maintien dans l'emploi d'une personne handicapée, bien que souvent fort coûteux, se traduit précisément par une stabilité du taux d'emploi et de l'OETH et donc par une contribution annuelle inchangée.

Il en résulte deux phénomènes particulièrement dommageables pour le modèle financier de l'institution :

- l'émergence d'un « **effet ciseau** » **financier**, conséquence d'une **dynamique importante des dépenses** de maintien dans l'emploi des personnes handicapées, qui résulte elle-même d'embauches plus importantes. Ces embauches ont néanmoins pour effet direct la **diminution des ressources** de l'Agefiph, puisqu'elles réduisent la contribution annuelle des employeurs ;

Le modèle financier de l'Agefiph



Source : IGF et Igas, 2017

- le **pilotage des dépenses de l'Agefiph par ses ressources plus que par les besoins qu'elle doit couvrir**. Depuis 2012, l'institution se trouve en déficit constant, qu'elle parvient à couvrir par un recours à ses fonds propres. Sa gestion budgétaire strictement prévisionnelle conduit à une diminution du rythme des dépenses alors même que l'augmentation des taux d'emploi des personnes handicapées appellerait une intensification des mesures de suivi et d'accompagnement.

Ces constats conduisent naturellement à l'impératif d'une réforme en profondeur.

(2) D'autres missions de l'Agefiph à prendre en compte

Vos rapporteurs tiennent néanmoins à rappeler que les missions de l'Agefiph ne sont pas que de nature financière. Elle assure auprès des employeurs privés plusieurs **missions de conseil et d'expertise** dont il conviendra de tenir compte dans le projet de réforme, qui comprennent notamment :

- d'après l'article L. 5212-5, la **gestion et le contrôle de la déclaration** d'obligation d'emploi des travailleurs handicapés (DOETH), dont le présent projet de loi entend au moins transférer le recueil au réseau des Urssaf ;

- d'après l'article L. 5212-5-1, le **rescrit de toute demande d'un employeur** ayant pour objet de connaître l'application de sa situation au regard de l'OETH ;

- d'après l'article L. 5212-9, la **reconnaissance de la lourdeur d'un handicap**, susceptible de moduler le montant de la contribution annuelle d'un employeur. Cette mission sera certainement supprimée par le Gouvernement qui ne souhaite conserver que l'âge du bénéficiaire comme unique critère de modulation.

b) Le FIPHFP

Pour des raisons similaires à celles précédemment exposées pour l'Agefiph, le FIPHFP connaît une trajectoire financière comparable. Le résultat négatif depuis 2013 est couvert par les fonds propres, qui connaissent une diminution inquiétante depuis. Alors que les produits s'élevaient à environ 210 millions d'euros en 2010, ils se rapprochent aujourd'hui du seuil de 100 millions d'euros et leur projection pour 2019 tourne autour de 60 millions d'euros.

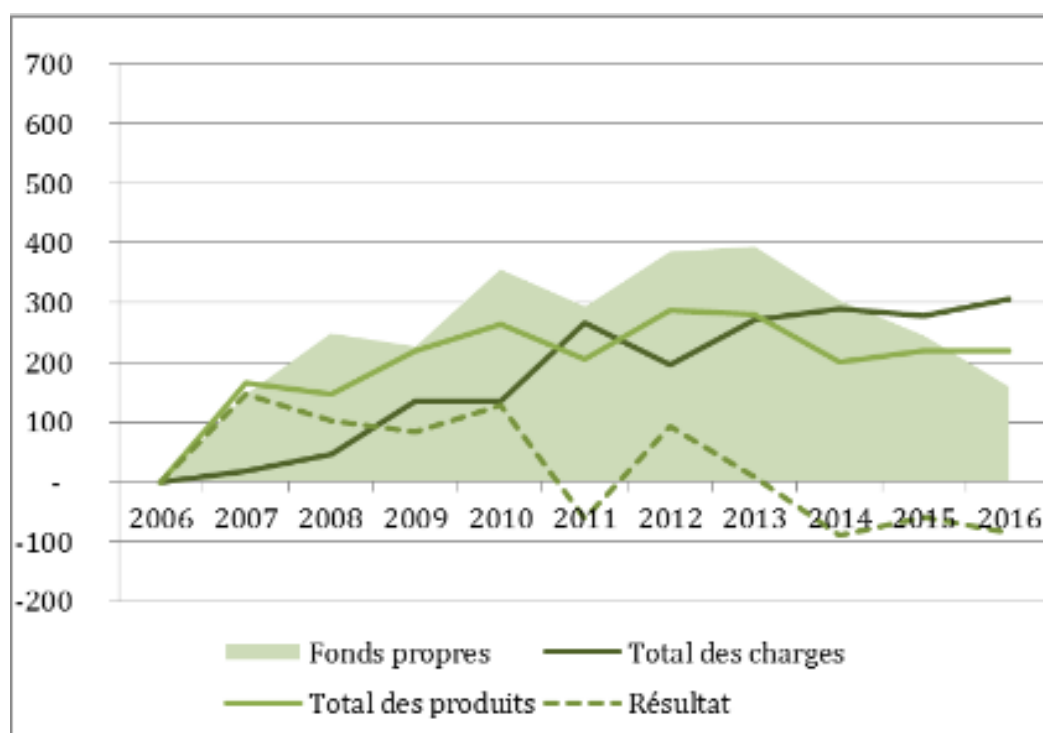
La gestion financière du FIPHFP se distingue néanmoins de celle de l'Agefiph en ce que le niveau de ses fonds propres, structurellement supérieur à celui de ses charges, lui a permis depuis 2012 de **financer les actions requises par les administrations par la mobilisation de ses réserves**. Cette tendance, que le précédent gouvernement a négligé d'enrayer, montre ses limites depuis 2016 et place le FIPHFP dans une situation de détresse financière difficilement réversible.

Une particularité du FIPHFP réside dans la **tripartition de sa structure financière**, répartie en trois sections pour chacune des trois fonctions publiques. Le code du travail spécifie que les crédits de chacune des sections doivent exclusivement servir à financer des actions réalisées à l'initiative des employeurs de la fonction publique concernée¹.

La rigidité de ces trois circuits de dépenses, outre qu'elle ne répond pas à l'objectif de mutualisation de la politique d'inclusion des travailleurs handicapés à laquelle le FIPHFP reste pourtant attaché, fait dépendre l'insertion d'un fonctionnaire handicapé de la dynamique de contribution de sa fonction publique de rattachement. Or les contributions des fonctions publiques de l'État et territoriale tendent à diminuer substantiellement, notamment en raison d'une dynamique de recrutement particulièrement importante en 2016².

Le rapport du FIPHFP montre en effet que les dépenses d'intervention concernent en 2016 la fonction publique d'État pour 13 % de leur montant, la fonction publique territoriale pour 37 % et la fonction publique hospitalière pour 8 %.

Le modèle financier du FIPHFP



Source : IGF et Igas, 2017

¹ Des actions communes peuvent être financées, mais elles ne représentent en 2016 que 2 % du total des interventions du FIPHFP.

² 3 855 recrutements dans la fonction publique d'État et 17 187 recrutements dans la fonction publique territoriale.

Compte tenu de ces perspectives, **votre rapporteur ne peut qu'inviter à ce que la réforme de l'Agefiph et du FIPHFP annoncée par le Gouvernement soit rapidement conduite.**

De façon plus générale, votre rapporteur estimerait judicieux que les fonds spécifiques gérés par l'Agefiph et le FIPHFP ne servent qu'à financer les aménagements de poste d'un montant modéré. Des incitations fiscales directement ouvertes aux employeurs pourraient être imaginées pour les aménagements plus conséquents.

Proposition n° 20 : accélérer la mise en œuvre de la réforme financière de l'Agefiph et du FIPHFP.

E. L'ACTEUR MANQUANT : LA PLATEFORME TERRITORIALE DU HANDICAP

La pluralité des formes d'accompagnement précédemment évoquées par votre rapporteur ne doit pas faire oublier que la même personne handicapée peut être, à différents stades de sa vie, concernée par le travail protégé, l'insertion en milieu ordinaire et l'accompagnement médico-social. Pourtant, ces formes d'accompagnement font jusqu'à présent l'objet d'approches sectorielles et segmentées, comme le montre le tableau ci-après.

La diversité des accompagnements

Accompagnement	Acteurs
Accompagnement médico-social	Gestionnaires d'établissements et de services (financés par l'assurance maladie ou le conseil départemental)
Travail protégé	Gestionnaires d'établissements et de services (financés par l'assurance maladie) État (pour la GRTH)
Accompagnement en milieu ordinaire de travail	Cap emploi/Pôle emploi/mission locale (pour l'insertion dans l'emploi) Sameth/Cap emploi (pour le maintien dans l'emploi) État (pour les aides au poste en entreprise adaptée) Agefiph et FIPHFP (pour les aménagements de poste en milieu ordinaire)

Source : Commission des affaires sociales

Ce tableau ne rend pas compte d'une partie importante d'acteurs qui n'interviennent pas au titre de l'accompagnement direct de la personne : à côté des acteurs du monde de la santé, les travailleurs sociaux, les personnels de l'Éducation nationale et des établissements spécialisés, se trouvent également les acteurs de l'accessibilité du bâti, du logement, des transports, de la culture et du sport.

Pour l'heure, les seules occurrences de réunion d'une partie de ces acteurs sont les groupes opérationnels de synthèse (GOS) convoqués par les CDAPH à l'occasion de l'examen des cas complexes. Ces réunions ont donc un caractère strictement opérationnel et individuel ; **elles ne sont jamais convoquées de façon plénière pour évoquer des évolutions stratégiques.**

C'est pourquoi il apparaît judicieux que, pour les départements présentant des réalités géographiques peu homogènes, la collecte du besoin soit animée par une **structure territoriale dédiée**, que l'on pourrait nommer « **plateforme territoriale du handicap** » (PTH). L'échelon territorial pertinent doit être suffisamment réduit pour que la réunion de l'ensemble de ces acteurs ne présente pas de frein à leur dialogue. Selon les cas, il pourra s'agir d'un bassin de vie interne au département, ou du département lui-même en cas d'homogénéité géographique ou de sous-densité de population.

Votre rapporteur tient à ce que la PTH ne soit **pas strictement rattachée à un échelon territorial déterminé**, afin d'éviter que sa compétence soit dissoute dans celle de la collectivité territoriale qui en exercerait *de facto* la tutelle. L'intérêt de cette instance réside dans la pluridisciplinarité de ses acteurs et aucune dimension de l'accompagnement des personnes handicapées n'est appelée à avoir le primat sur les autres.

La PTH rassemblerait ainsi l'ensemble des collectivités territoriales dont la compétence peut être liée au sujet du handicap (la commune et l'intercommunalité y auraient notamment toute leur place aux côtés du département et de la région), les travailleurs sociaux, les services de l'État compétents en matière d'emploi, de santé, d'éducation, de sport et de culture, ainsi que les antennes locales des associations représentatives des personnes handicapées et les associations gestionnaires. Sa présidence pourrait ainsi être conjointement assurée par représentant du conseil départemental et par un membre de la délégation départementale de l'ARS.

Cette structure serait investie de trois missions déterminées.

1. Une mission de recensement des besoins qualitatifs

La PTH serait d'abord chargée d'une mission d'écoute de terrain, qui se traduirait par le recensement *qualitatif* des besoins relevant de son échelon. Ces derniers seraient rassemblés au sein d'un document unique transmis au conseil départemental qui s'en servirait pour base de construction des schémas de l'offre médico-sociale.

La collecte des besoins réels est, aux yeux de votre rapporteur, un sujet dont la loi et les décrets se sont jusqu'alors insuffisamment emparés. Il est tout à fait vrai que la loi ASV prévoit explicitement que les MDPH soient chargées de la remontée statistique des besoins constatés à la CNSA. Outre le silence du décret d'application précédemment évoqué, cet objectif paraît peu réalisable pour deux raisons :

- la saturation des MDPH, par ailleurs investie de nombreuses autres missions, en menace l'effectivité ;

- faire de la MDPH, dont la compétence s'exerce de façon globale au niveau du département, l'instance de recueil des besoins revient à occulter la spécificité de certains territoires infra-départementaux. Supposer que la somme des besoins observés à l'échelle d'un département suffit résume les besoins du département escamote les éventuels « gains de productivité » qu'une **approche territorialisée des besoins** peut engendrer.

2. Une mission prospective d'aide à l'évolution de l'offre

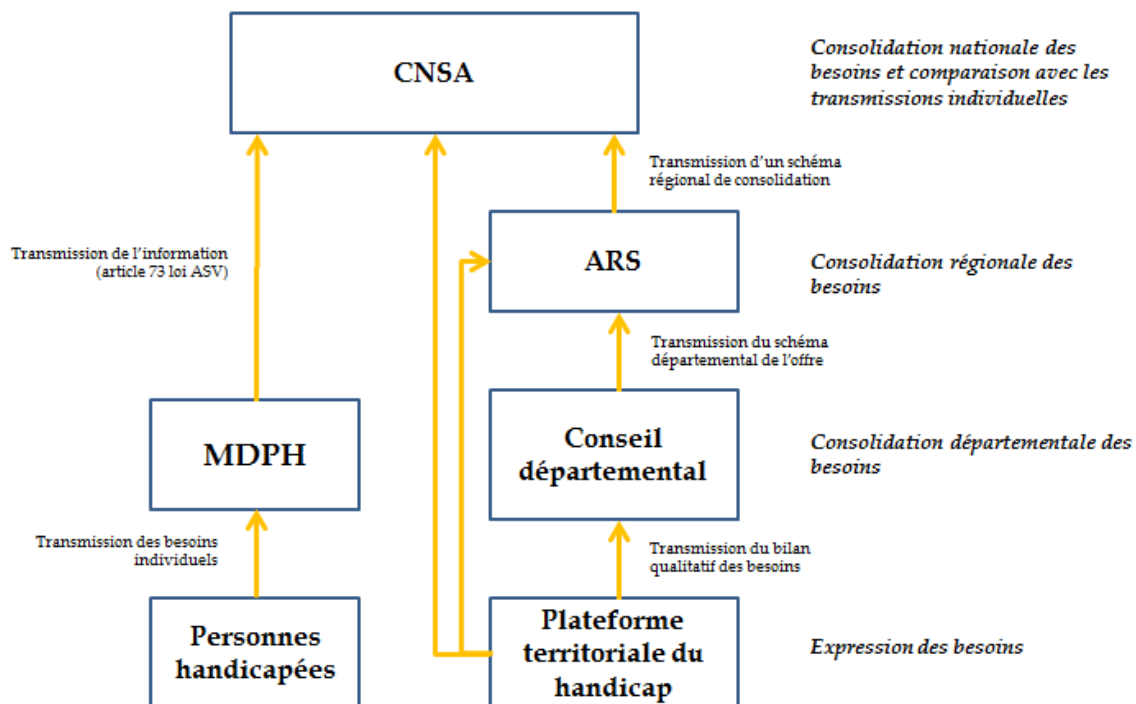
En fonction du diagnostic posé par les besoins qualitatifs dressés, la PTH serait chargée de faire des **propositions d'évolutions** de l'offre, qui seraient également transmises au conseil départemental. Il est important de signaler que le cadre d'élaboration de ces propositions, qui intégrerait l'ensemble des acteurs intervenants, permettrait d'atteindre une véritable **transversalité**.

Ces schémas participatifs de l'élaboration de l'offre ne manqueraient pas de combler les carences des schémas départementaux existants, qui reposent principalement sur l'information compilée par les MDPH.

En raison des différents échelons de compétences auxquelles les acteurs de la PTH se rapportent (État, région, département), les propositions d'évolutions auront surtout pour mission d'aiguillonner les acteurs décisionnaires existants, qui seront contraints de tenir compte de ces remontées qualitatives.

Cette nouvelle plateforme territoriale du handicap, intégrée aux structures existantes chargées de la planification de l'offre, dessinerait le schéma de planification suivant.

Proposition de schéma de la planification de l'offre



Source : Commission des affaires sociales

3. Une mission de contrôle sur les réalisations effectuées

Il serait enfin opportun de doter les PTH d'une prérogative de contrôle sur les grandes orientations de l'offre réalisée dans l'échelle de leur territoire. Là aussi, il s'agit de s'assurer que le mécanisme descendant de la planification est atténué par une prise en compte précise des besoins du territoire.

La PTH pourrait être la garante d'une conformité de l'évolution de l'offre aux besoins exprimés. Elle pourrait se poser à ce titre comme la **garante d'une évolution du territoire inclusif en faveur des personnes handicapées**. Elle serait en tout cas une interlocutrice tout indiquée pour les personnes en situation de handicap désireuses d'un appui dans la coordination de leur parcours et joueraient alors le rôle que les centres locaux d'information et de coordination (CLIC) assurent auprès des personnes âgées.

Cette mission de contrôle explique par ailleurs que la présidence de la PTH soit de préférence assurée par les autorités de financement.

Proposition n° 21 : expérimenter la mise en œuvre de plateformes territoriales du handicap, qui réuniraient l'ensemble des acteurs mobilisés autour de l'accompagnement, et qui animeraient l'évolution inclusive d'un territoire.

III. LA STRUCTURE ET LA PERSONNE : UNE RÉPARTITION DES FINANCEMENTS À REPENSER

Le financement de l'accompagnement médico-social des personnes handicapées est pluriel : il fait majoritairement intervenir deux acteurs principaux, que sont l'assurance maladie *via* le versement des dotations globales aux structures d'accueil et le conseil départemental *via* le versement individualisé de la prestation de compensation du handicap (PCH).

Ces deux financeurs obéissent à deux philosophies financières distinctes : la première privilégie le financement direct de la structure, alors que la seconde fait le choix d'une solvabilisation de la personne handicapée. Sans aller jusqu'à une solution extrême d'exclusion d'un des deux modèles au profit de l'autre, l'objectif de société inclusive semble plus compatibles avec la seconde option.

Compte tenu des contraintes pesant sur les finances publiques nationales et départementales, votre rapporteur tient à souligner que les préconisations qui suivent s'inscrivent dans **le cadre de moyens financiers constants**. La clarification du financement de l'accompagnement médico-social des personnes handicapées doit d'abord passer par une **répartition rationalisée et repensée des différents financeurs**, toujours dans l'objectif d'assurer à la personne la plus grande autonomie possible.

A. CLARIFIER LES MISSIONS DES STRUCTURES

1. Les dysfonctionnements actuels

a) Une logique de reconduction des dotations historiques

(1) Un montant faiblement rebasé

La grande majorité du financement médico-social de l'accompagnement des personnes handicapées repose sur la **reconduction de dotations financières acquises**. Depuis la généralisation obligatoire du Cpom dans le champ des personnes handicapées par la LFSS pour 2016, le mode de financement de toutes les structures médico-sociales est celui de la **dotation globale**, et non plus du prix de journée¹ (à l'exception de certaines structures cofinancées).

L'annexe 1 de la circulaire budgétaire pour 2018, qui détaille le calcul de l'assiette de cette reconduction, en démontre le caractère profondément **linéaire** : il s'agit en fait du montant de dépenses engagés pour l'exercice précédent, diminué du montant des crédits non reconductibles attribués au titre de cet exercice et éventuellement ajusté du montant des « opérations de fongibilité » intervenues, à savoir la conversion de structures sanitaires en structures médico-sociales (et vice-versa).

¹ Afin notamment d'atténuer la corrélation entre le taux d'occupation de la structure et le montant de son financement.

À cette assiette particulièrement stable est ensuite appliqué le taux (de 0,73 % en 2018) de reconduction précédemment évoqué prenant en compte l'évolution de la masse salariale et l'évolution des dépenses matérielles.

Parallèlement à l'introduction d'une certaine souplesse gestionnaire depuis 2016, *via* la diffusion d'outils budgétaires tels le Cpom ou l'EPRD, le Gouvernement et la CNSA ont tenté de laisser aux autorités tarifaires la possibilité (et non l'obligation, comme pour le champ des personnes âgées) d'opérer une reconduction tarifaire moins mécanique. Ainsi, l'annexe 9 de la circulaire budgétaire pour 2018 permet aux ARS de tarifier les établissements et services signataires de Cpom soit selon le taux de reconduction des DRL établi au niveau central, soit selon « l'application d'une formule fixe d'actualisation ou de revalorisation », soit selon « l'application d'une équation tarifaire, d'un tarif plafond ou d'un algorithme ».

Le relatif « **conservatisme tarifaire** » des ARS s'explique en grande partie par une insuffisante remontée des besoins à leur niveau, qui ne dispose d'aucun outil de suivi susceptible de lui permettre de réorienter le financement selon une clef réactualisée. Là encore, votre rapporteur souligne combien toute réforme tarifaire ne peut être correctement enclenchée avant qu'un système d'informations robuste n'ait été déployé afin d'en déterminer le périmètre exact.

(2) Des mesures de convergence régionale

Les **seules modulations** que la majorité des ARS entreprennent dans les attributions de financement visent à l'application d'une **certaine convergence territoriale**¹. La méthode employée est alors plus ou moins la même selon les régions :

- un taux régional médian de reconduction est défini, généralement inférieur au taux de reconduction national afin de dégager quelques marges au sein de la DRL notifiée à l'ARS. Ce taux moyen est appliqué aux structures dont il est difficile de déterminer un « coût à la place » fiable, notamment en raison de files actives importantes ;

- pour les autres structures, l'ARS détermine un « coût à la place » moyen par type de structure et mesure l'écart du coût à la place d'une structure considérée par rapport à cette moyenne. Si ce coût à la place particulier est **plus** élevé, alors le taux de reconduction sera **moins** élevé que le taux médian. De même, si le coût à la place est moins élevé que la moyenne, alors le taux de reconduction sera plus élevé que le taux médian. C'est ainsi que s'opère une **convergence tarifaire à la marge, fondée sur le coût à la place**.

¹ Les ARS d'Ile-de-France, de Bretagne, de Nouvelle-Aquitaine, de Corse et de Martinique n'ont pas indiqué pratiquer de modulation tarifaire du taux national de reconduction.

Votre rapporteur, bien que convaincu que la simple logique des reconductions historiques ne constitue pas un mode de financement satisfaisant, souhaite tout de même **alerter sur ces pratiques de modulations**. Défendables dans leur principe, elles prennent néanmoins le **coût à la place**, dont on sait qu'il est faiblement représentatif d'un accompagnement de qualité, comme seul critère de convergence. Des structures plus coûteuses voient ainsi leur dotation modulée légèrement à la baisse, au motif que chaque établissement doit voir sa structure de coûts converger vers un montant moyen.

La convergence des dotations régionales appelle la vigilance de votre rapporteur à trois égards :

- la convergence régionale en matière de handicap, dont les ressorts méthodologiques sont inspirés de ceux de la convergence nationale posée par la loi ASV pour le financement du forfait soins des établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes (Ehpad), pêche par cet excès de symétrie. Si la convergence des dotations se justifie dans le domaine du grand âge du fait de l'homogénéité relative des manifestations de la perte d'autonomie, **elle se justifie beaucoup moins dans le domaine du handicap**, où la définition d'une structure de coûts moyenne n'a que peu de sens au regard de la grande pluralité du champ ;

- comme le rappelle l'ARS d'Auvergne-Rhône-Alpes dans sa réponse transmise à votre rapporteur, « le secteur du handicap se caractérise par une construction des coûts historiques peu objectivable. L'enjeu de rééquilibrage des coûts de structure rencontre une difficulté majeure au regard de l'absence de référentiel national sur les coûts rapporté aux prestations délivrées ». **La convergence régionale se donne donc pour objectif une donnée dont le calcul ne présente qu'une fiabilité partielle**. Les études nationales de coûts menées préalablement à l'application de la réforme tarifaire du secteur du handicap risquent de considérablement **modifier la cible actuelle** des différentes convergences régionales et de créer d'importants écarts ;

- laisser à l'ARS la main en matière de convergence régionale présente le risque de creuser (même légèrement) les **écarts de couvertures entre régions**.

Votre rapporteur incite donc à la prudence quant aux possibilités de modulations régionales du taux de reconduction de la DRL. Plutôt qu'un critère du coût à la place, **ces modulations devraient davantage se concentrer sur les disparités de niveau de vie entre départements d'une même région**.

Proposition n° 22 : inciter les ARS à moduler les DRL en fonction des disparités entre départements d'une même région.

b) L'aberration des structures cofinancées et l'impératif du financeur unique

L'une des grandes aberrations du financement du champ médico-social du handicap, depuis longtemps dénoncée, concerne les **structures cofinancées par l'ARS et par le conseil départemental**. Ces structures sont essentiellement :

- les **foyers d'accueil médicalisé (FAM)** et les **services d'accompagnement médico-social des adultes handicapés (Samsah)**, financés par l'ARS par une dotation au titre des dépenses de soins et par le conseil départemental par un prix de journée censé couvrir les frais de fonctionnement ;

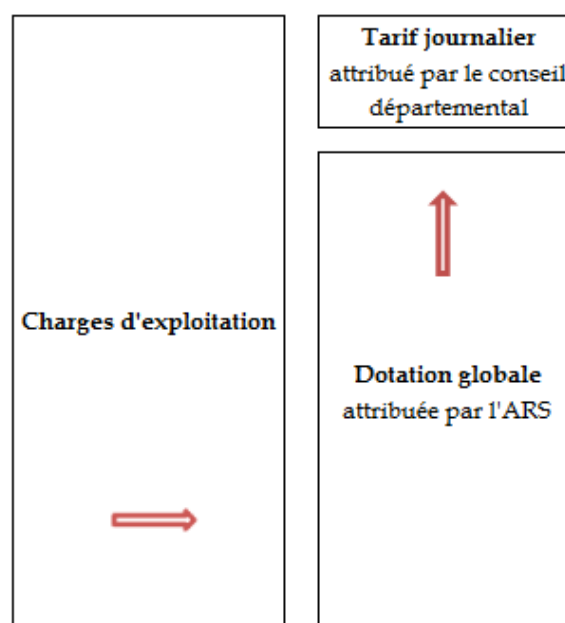
- les **CAMSP**, financés à 80 % par une dotation de l'ARS et à 20 % par le conseil départemental.

Une première distinction doit néanmoins être opérée entre les FAM et les Samsah d'une part, et les CAMSP d'autre part. Aux termes de l'article R. 314-123 du CASF, le financement du CAMSP se fait, pour les deux financeurs, par **dotation globale**. Leur inclusion au périmètre des Cpom, dont la pertinence a été précédemment questionnée, leur permet néanmoins de déterminer leur financement en fonction de leur activité et de présenter le même EPRD à leurs deux financeurs (pour un accord conjoint).

A contrario, l'article R. 314-140 du CASF prévoit que le financement des FAM et des Samsah se fait par le versement d'une dotation globale par l'ARS et par le versement d'un tarif journalier afférent à l'accompagnement à la vie sociale fixé par le président du conseil départemental.

La détermination de ce tarif journalier obéit à des règles énoncées à l'article R. 314-113 : il est obtenu par la soustraction des charges d'exploitation et des produits d'exploitation autres que ceux relatifs audit prix de journée, le tout divisé par le nombre de journées effectives. Ce mode de calcul éloigne radicalement le niveau du prix de journée de la réalité de l'activité de la structure et comprend même le risque d'une **concurrence entre financeurs** : plus les produits de la tarification versés par l'ARS seront élevés, moins le tarif journalier fixé par le conseil départemental le sera.

Détermination du tarif journalier d'un FAM ou d'un Samsah



Source : Commission des affaires sociales

Le cofinancement des structures médico-sociales n'est pas dénué de fondement. Le déploiement de l'offre s'appuyant sur deux orientations planificatrices dont chacune a sa cohérence (le plan national, piloté par l'ARS, assure l'unité territoriale d'une couverture de soins pour les personnes handicapées, tandis que les schémas départementaux donnent les directions de ce que leur inspire la proximité des besoins exprimés), il ne paraît en effet pas absurde que le financement de l'accompagnement médico-social soit dual. Dans les régions où les relations entre autorité régionale et conseils départementaux sont de bonne qualité, la conduite de projets communs est même souvent garante de réussite. Le cas se rencontre cependant rarement¹.

Les relations entre ARS et conseils départementaux, lorsque tous deux sont autorités tarifaires, ne sont parfois pas sources de dialogue, ce qui peut engendrer des difficultés de plusieurs sortes :

- d'abord, une **difficulté calendaire** : l'année budgétaire des ARS ne court qu'à partir de la publication de la décision de répartition des DRL notifiée par la CNSA (qui intervenant autour de fin avril-début mai), alors que le calendrier de négociation budgétaire des conseils départementaux s'enclenche d'octobre à mars. En l'absence de coordination des deux autorités tarifaires, ce dédoublement de calendrier complique les relations avec les gestionnaires de structures ;

¹ Seules les ARS de Normandie, d'Occitanie et des Hauts-de-France n'ont pas fait état de difficultés de relations entre ARS et conseils départementaux.

- ensuite, une **difficulté gestionnaire** : alors que l'ARS attribue une dotation calculée selon les indicateurs d'activité transmis par l'établissement ou le service *via* l'EPRD, le conseil départemental pratique dans la plupart des cas une tarification au prix de journée, calculée à partir d'un point d'indice voté par son assemblée délibérative. Les deux modalités d'attributions de crédits sont donc radicalement opposées : la première est fondée sur une anticipation de l'activité du gestionnaire, la seconde sur une évaluation *ex ante* de ce que le budget social des finances départementales peut couvrir. On comprend donc aisément que la volonté politique exprimée par le Gouvernement d'augmenter les marges de manœuvre gestionnaires des établissements et services bute sur la capacité des conseils départementaux à diminuer le versement des prix de journée. Il en ressort une moindre capacité des structures relevant des départements à modifier leurs modes d'activité : difficile de passer en file active et en accueil séquentiel quand le financement se fait à la journée ;

- enfin et surtout, une **difficulté stratégique** : l'autorité tarifaire étant également l'autorité de délivrance de l'autorisation, l'installation d'un FAM, d'un Samsah ou d'un CAMSP ne peut avoir lieu qu'en cas d'accord conjoint de l'ARS et du conseil départemental, même lorsque cette installation se fait dans le cadre d'un redéploiement de moyens au sein d'un même Cpom. L'ARS du Centre-Val de Loire rapporte ainsi l'exemple d'un **redéploiement envisagé de moyens, au sein d'un même Cpom, d'un IME vers un Samsah en le rattachant à un Esat** (illustrant ainsi le virage inclusif), mais rendu impossible par le blocage du conseil départemental.

On touche là, selon votre rapporteur, au **principal obstacle au succès du virage inclusif**. Au titre des adultes handicapés, les seules structures intégralement financées par l'ARS sont les maisons d'accueil spécialisé (MAS), établissements qui accompagnent les handicaps moteurs et mentaux particulièrement lourds. L'ARS assure le financement intégral des Sessad – services qui interviennent dans le secteur des enfants – mais **aucun service médicalisé pour le secteur des adultes ne peut être autorisé sans cofinancement** (à l'exception des SAVS et des Saad, entièrement financés par les conseils départementaux mais dépourvus de mission médicale).

Le virage inclusif reposant sur la conversion de l'accueil en établissement en suivi par des services (en d'autres termes, pour les adultes, par la redirection de personnes accueillies en MAS vers des Samsah), **les modalités actuelles de financement d'un service médicalisé pour adultes ne permettent donc pas d'envisager une recomposition efficace de l'offre**.

Pour toutes ces raisons, votre rapporteur ne peut que préconiser que les structures accompagnant les adultes handicapés et *comportant un suivi médicalisé* soient financées, à l'instar des structures accompagnant les enfants handicapés, par un **financeur unique, à savoir l'ARS**.

Le financement de structures assurant des prestations d'hébergement ou d'accompagnement à la vie sociale (foyers d'hébergement, foyers de vie, SAVS, Saad), qui relèvent davantage de l'action sociale que d'un accompagnement médico-social, doivent continuer de relever de la compétence stratégique et financière du conseil départemental, mais **les structures qui comprennent un suivi médicalisé (FAM, Samsah) doivent relever, du point de vue tarifaire, de l'unique compétence médicale de l'État.**

Proposition n° 23 : compte tenu des entraves caractérisées que le cofinancement oppose au virage inclusif, mettre fin aux structures cofinancées.

c) Des pratiques de financement hétérogènes : un périmètre de soins imprécis

Bien que le financement du soin médical en structure médico-sociale soit défini par circulaire ministérielle et obéisse à des règles théoriquement homogènes, l'incomplétude de la réglementation relative au versement direct des dotations aux structures engendre d'importantes disparités.

Si l'ordonnateur – secondaire – du versement des dotations est bien l'ARS, le comptable de cette dépense est la **caisse primaire d'assurance maladie (Cpam)**, dont le ressort est départemental. L'enveloppe est donc définie en amont par l'échelon régional, mais les modalités de sa répartition sont susceptibles de varier à l'échelon départemental en fonction de la pratique de chacune des caisses, qui dépend elle-même de deux facteurs : la réglementation en vigueur et, en cas de silence de cette dernière, la doctrine dégagée par la caisse nationale d'assurance maladie (Cnam).

Interrogée par votre rapporteur, la Cnam a relevé les conséquences fâcheuses de la réglementation relative aux dotations versées aux structures médico-sociales. L'**article R. 314-26 du CASF** ne donne des dépenses pouvant être prises en charge qu'une **définition négative**. Outre les dépenses non sanitaires, on y apprend que la dotation médicale de chaque établissement ou service ne pourra notamment pas couvrir :

- les frais médicaux, notamment dentaires, les frais paramédicaux, pharmaceutiques et de laboratoire *autres que ceux afférents aux soins qui correspondent aux missions de l'établissement ou du service ;*

- les dépenses afférentes aux équipements individuels qui compensent les incapacités motrices et sensorielles, *lorsqu'ils sont également utilisés au domicile de la personne accueillie ou qu'ils ne correspondent pas aux missions de l'établissement ou du service.*

L'article R. 314-122 du CASF complète le dispositif en prévoyant que tout *soin complémentaire* délivré à titre libéral, par un établissement de santé ou par un autre établissement ou service médico-social est par ailleurs pris en charge par la Cnam de l'ayant-droit dans les conditions de droit commun, c'est-à-dire indépendamment du forfait versé à l'établissement ou au service accompagnateur, si ce soin ne peut être assuré par ce dernier.

Le droit est ainsi théoriquement conçu pour **assurer la couverture universelle des dépenses médicales** engendrées par le handicap de la personne accompagnée : tout soin que l'établissement ou le service ne peut pas assurer au titre de sa dotation, à raison des limites de sa mission ou de la technicité qu'il suppose, doit être directement pris en charge par la Cnam au titre de l'affiliation de la personne.

Dans les faits, la cohabitation de deux logiques financières distinctes perturbe l'harmonie de ce modèle. L'attribution aux structures médico-sociales d'une dotation financière *limitative*, assortie d'une réglementation permettant une interprétation large des « missions de l'établissement ou du service », n'encourage *a priori* pas les structures à assurer une couverture de soins plus étendue que les actes les plus nécessaires, et les incite à renvoyer la personne handicapée vers leur caisse d'affiliation pour le remboursement de tout soin complémentaire, là aussi largement interprété. Alertée par l'expansionnisme potentiel de ces dépenses de remboursement, qui ne subissent pour leur part aucun plafonnement, la Cnam, maintenant une doctrine assez stricte en la matière, a plusieurs fois invoqué la réglementation en vigueur pour rappeler que la dotation versée à la structure devait assurer un accompagnement médical *global*.

Plusieurs acteurs associatifs ont confirmé à votre rapporteur que la rédaction de l'article R. 314-26 du CASF permettait à certaines Cnam de financer, au titre du forfait global versé à la structure, des interventions de **psychologues**, d'**ergothérapeutes** et de **psychomotriciens**, alors que d'autres s'y refusaient. La prise en charge de ce type de soins est d'autant plus labile qu'il peut être différemment interprété comme frais médical, paramédical ou de prévention, la couverture financière variant selon la qualification.

La Cnam a par ailleurs indiqué à votre rapporteur que les soins suscitant le plus de désaccords entre couverture par le forfait de la structure et couverture par le remboursement de la caisse d'affiliation sont les soins d'**orthophonie**. De récentes décisions judiciaires n'ont que très partiellement éclairci la ligne de partage entre ces deux types de prise en charge financière, rendant indispensable une modification de la réglementation.

Une jurisprudence qui peine à déterminer le périmètre de la dotation

- En 2006, les parents d'un enfant bénéficiant d'un accompagnement en centre médio-psycho-pédagogique (CMPP) le font également examiner par un orthophoniste libéral, dont la prestation donne lieu à remboursement par la Cnam d'affiliation. Cette dernière, après avoir pris connaissance de l'accompagnement en CMPP, fait une demande de remboursement à l'établissement au motif que sa dotation financière devait normalement couvrir la prestation reçue en libéral.

Après que la cour d'appel de Bordeaux a donné raison à l'établissement, en arguant notamment que des séances dispensées en libéral puissent être justifiées au titre de soins complémentaires et nonobstant l'accompagnement en CMPP, la Cour de cassation casse l'arrêt en faveur de la Cnam, en reprochant notamment au juge d'appel ne pas avoir « recherché si les soins dispensés en dehors du CMPP, qui avaient fait l'objet d'une *entente préalable*, étaient effectivement inclus dans le forfait et s'ils ne faisaient pas double emploi avec les séances de rééducation suivies au sein du centre »¹. Par cette décision, la Cour s'est donc une première fois refusé à dessiner une ligne de partage entre les deux types d'intervention et se contente d'indiquer implicitement que le remboursement des soins par la Cnam d'affiliation **n'est requis qu'en l'absence de double emploi**.

- En 2008, un enfant souffrant de plusieurs handicaps est pris en charge par un Sessad au sein duquel il suit une séance hebdomadaire d'orthophonie, à laquelle son médecin traitant adjoint des heures supplémentaires prestées en libéral. La Cnam de Grenoble refuse de les prendre en charge, au motif que l'établissement bénéficie d'une dotation globale couvrant toutes les dépenses d'assurance maladie. Après un jugement défavorable à la Cnam, la cour d'appel de Grenoble confirme que les séances d'orthophonie supplémentaires correspondent à un suivi que le Sessad, malgré sa dotation globale, n'est pas en mesure d'assurer (au motif que les séances en sus étaient motivées par un retard moteur, oculaire et praxique, alors que le Sessad est spécialisé dans l'accompagnement de la déficience intellectuelle).

La Cour de cassation, saisie par la Cnam de Grenoble, réitère sa jurisprudence de 2008 en indiquant que la « dotation doit comprendre *tous les soins nécessités* par l'affection ayant motivé la prise en charge de l'enfant » et que le juge d'appel a dépourvu sa décision de base légale en ne recherchant pas l'étendue des soins inclus dans la dotation globale allouée au Sessad².

La position évolutive de la Cour de cassation se limite donc à affirmer le principe d'une **couverture universelle** des soins par la dotation reçue par l'établissement ou le service *pour les seuls soins requis par la CDAPH lors de son orientation* (ce qui contrevient aux dispositions réglementaires qui font de la conformité à la « mission de l'établissement ou du service » le seul critère d'engagement de la dépense), et n'admet le remboursement du soin complémentaire que si ce dernier est, selon le cas, **non dispensable par la structure d'accueil**.

¹ Cass., 2^e civ., 15 mai 2008, n° 07-11200, Cnam de la Charente c/ Association CMPP de Saint-Junien.

² Cass., 2^e civ., 2 avril 2009, n° 08-12864, Cnam de Grenoble c/ Sessad de l'ARIST.

Le financement d'interventions paramédicales ne manquera pas de poser des problèmes croissants avec l'amorce du virage inclusif. Il est donc particulièrement urgent que la réglementation en vigueur en fasse explicitement mention et détermine clairement la part de ce qui doit être couvert par l'établissement au titre de sa dotation et ce qui doit être remboursé par la Cnam au titre des prestations libérales extérieures. Aux yeux de votre rapporteur, le **conventionnement des établissements ou services et des PCPE récemment déployés** pourrait être l'instrument pilote d'un partage adéquat. Il n'en demeure pas moins que, les PCPE n'en étant qu'à leur phase de lancement, des mesures réglementaires de clarification doivent être prises (une instruction ministérielle à l'intention de la Cnam pourrait être envisagée), dans le sens d'un **recours facilité aux remboursements par la Cnam d'affiliation en cas de prestations supplémentaires requises**.

Proposition n° 24 : aller dans le sens d'un recours facilité au remboursement au titre des soins de ville de toute intervention paramédicale non fourni par l'établissement ou le service de base.

Votre rapporteur tient à signaler que l'imprécision du financement des prestations de soins est par ailleurs amplifiée pour le cas des structures cofinancées (FAM et Samsah), dont la situation particulière est régie par un **arrêté du 4 juin 2007¹**, et qui **plafonne** le « tarif journalier de soins » au produit de 7,66 fois le montant du Smic. Cet arrêté, toujours en vigueur, est contradictoire avec le principe prévu par la loi d'une tarification sur des critères d'activités, incompatible par nature avec toute forme de plafonnement. Il est donc indispensable de l'**abroger**.

Proposition n° 25 : abroger l'arrêté du 4 juin 2007 qui plafonne le tarif journalier de soins des structures cofinancées.

2. La réforme tarifaire à venir et le projet Serafin-PH : une intention louable mais déjà des inquiétudes

Des dysfonctionnements précédemment exposés a découlé l'impérieuse nécessité de repenser en profondeur le modèle tarifaire des établissements et services accompagnant des personnes handicapées. Passer d'une simple logique de reconduction des dotations à une logique de financement axée sur les besoins réels de la personne suppose la conduite d'un **chantier de très longue haleine**, lancé par le Gouvernement depuis 2014, et qu'on désigne sous le nom de **Serafin-PH** (services et établissements : réforme pour une adéquation des financements aux parcours des personnes handicapées).

¹ Arrêté du 4 juin 2007 pris en application de l'article R. 314-141 du code de l'action sociale et des familles fixant le plafond du tarif journalier de soins applicable aux foyers d'accueil médicalisé et services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés.

Cet ambitieux projet se déploie selon un calendrier en trois étapes :

- **étape 1** : partie du constat décrit par le rapport Jeannet-Vachey, cette étape a consisté dans l'élaboration théorique d'un nouveau modèle de financement non plus fondé sur une logique descendante de reconduction ou de financement à la place mais sur une logique ascendante de financement des besoins. Restait donc à définir ces **besoins**, constitutifs de la demande d'accompagnement des personnes handicapées, ainsi que les **prestations** correspondantes, qui formeront désormais l'ossature de l'offre. Ces besoins et ces prestations ont été identifiés au sein de **nomenclatures détaillées**, dont une version aboutie a été validée le 27 avril 2018 par le comité stratégique de Serafin-PH, présidé par la secrétaire d'État chargée des personnes handicapées ;

- **étape 2** : il s'agit à présent d'**introduire l'élément tarifaire**. Maintenant que les besoins et les prestations sont qualitativement identifiés, il est nécessaire d'évaluer les coûts qu'ils induisent, en fonction de règles de répartition des charges prédéfinies par un comité technique. Deux enquêtes de coûts (EDC) ont été réalisées en 2016 et 2017 par l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH). Une étude nationale de coûts (ENC) a été lancée en juin 2018 afin de confronter les résultats recueillis aux besoins des publics accueillis. Le calendrier prévisionnel de cette seconde étape, à l'issue de laquelle un nouveau modèle tarifaire se dessinera de façon plus précise, s'étend jusqu'en octobre 2019 ;

- **étape 3** : le déploiement proprement dit du nouveau modèle tarifaire. Cette étape, dont l'aboutissement est prévu autour de 2021-2022, devra se montrer très attentive **aux frictions et aux tensions budgétaires** que ne manquera pas de susciter l'application d'un nouveau financement.

a) Bilan de l'étape 1 : la crainte de parcours stéréotypés

Votre rapporteur ne peut que saluer l'important travail accompli par le groupe technique national¹ (GTN) du projet Serafin-PH, dont sont issues les premières nomenclatures des besoins et prestations, qui posent les premiers jalons d'une objectivation du financement médico-social du handicap. Malgré cela, il ne peut dissimuler une certaine inquiétude quant aux résultats finaux validés par le comité stratégique.

La nomenclature des besoins distingue trois grandes catégories : les besoins en matière de **santé somatique ou psychique**, les besoins en matière d'**autonomie** et les besoins en matière de **participation à la vie sociale**. Ces trois besoins ne recoupent que très imparfaitement ceux que votre rapporteur a précédemment identifiés, à savoir : l'**accompagnement médical et paramédical**, la **construction d'un projet socio-éducatif** et l'**aide à l'insertion à la vie sociale**².

¹ Copiloté par la DGCS et la CNSA et composé de fédérations d'associations de gestionnaires et de personnes handicapées, de représentants de l'ADF, de la Cnam, des ARS des Pays-de-la-Loire, du Centre-Val-de-Loire et de la Nouvelle-Aquitaine, de la MDPH de la Meuse, de l'ANAP, de la HAS, de l'ATIH et de l'EHESP.

² Cf. p. 65.

Besoins selon le comité stratégique Serafin-PH			Besoins selon le rapporteur		
Santé somatique et psychique	Autonomie	Participation à la vie sociale	Accompagnement médical et paramédical	Construction d'un projet socio-éducatif	Aide à l'insertion dans la vie sociale

Source : Commission des affaires sociales

L'escamotage de la dimension socio-éducative et sa dilution dans la catégorie « participation à la vie sociale » est, aux yeux de votre rapporteur, symptomatique d'un écueil important dont la nouvelle nomenclature des besoins n'a pas su se départir. Les trois grands besoins identifiés par le comité stratégique de Serafin-PH sont **davantage calqués sur une tripartition fonctionnelle des structures de l'accompagnement que sur une trilogie des besoins réels exprimés par les personnes.**

En outre, votre rapporteur croit déceler dans cette nouvelle tripartition des besoins censés guider l'attribution des dotations futures la volonté de se rapprocher du modèle tarifaire des établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes (Ehpad), également financés *via* trois canaux distinguant les prestations de soins, les prestations relatives à la perte d'autonomie et les prestations relatives à l'hébergement et à la vie sociale.

Or l'assimilation du financement médico-social du handicap avec celui du grand âge, que paraît justifier la persistance de la conduite conjointe de ces deux politiques, n'est pas souhaitable pour trois raisons :

- le modèle tarifaire des Ehpad présente de très nombreuses faiblesses, liées à la rigidité de ses sections tarifaires et au séquençage artificiel de l'accompagnement de la personne âgée autour de ces trois fonctions, qui peinent à être réunies autour d'un parcours unique¹ ;

- le modèle tarifaire des Ehpad, fondé sur l'application d'équations tarifaires et sur la répartition des publics en **groupes iso-ressources**, ne doit sa cohérence qu'à la relative homogénéité des profils des personnes âgées en perte d'autonomie. Construire un modèle de financement à partir des fonctions de la structure n'est en effet viable que si les besoins du public accueilli peuvent être approchés de façon globale. Or l'accompagnement de la personne handicapée, dont la situation est par nature particulière, **ne peut reposer sur l'attribution d'un panier de besoins prédéfini en fonction des disponibilités de la structure ;**

¹ Notre collègue B. BONNE a récemment présenté à la commission des affaires sociales du Sénat un rapport sur ce sujet (Ehpad : quels remèdes ? Rapport d'information n° 341 (2017-2018)).

- enfin, et bien que votre rapporteur ait dénoncé les effets néfastes de la frontière d'âge, il ne lui semble pas que les **besoins spécifiques des enfants atteints de handicap** soient suffisamment pris en compte dans cette nouvelle nomenclature.

L'absorption dans l'unique catégorie des « besoins pour la participation sociale » des besoins pour accéder aux droits et à la citoyenneté, des besoins pour vivre dans un logement (qui pourraient tout autant relever de la catégorie relative à l'autonomie), des besoins relatifs à la scolarité et à l'emploi et des besoins relatifs aux déplacements physiques inspire à votre rapporteur **la crainte de parcours stéréotypés reposant sur un socle sanitaire et paramédical étoffé mais négligeant leur nécessaire dimension socio-éducative ou purement sociale.**

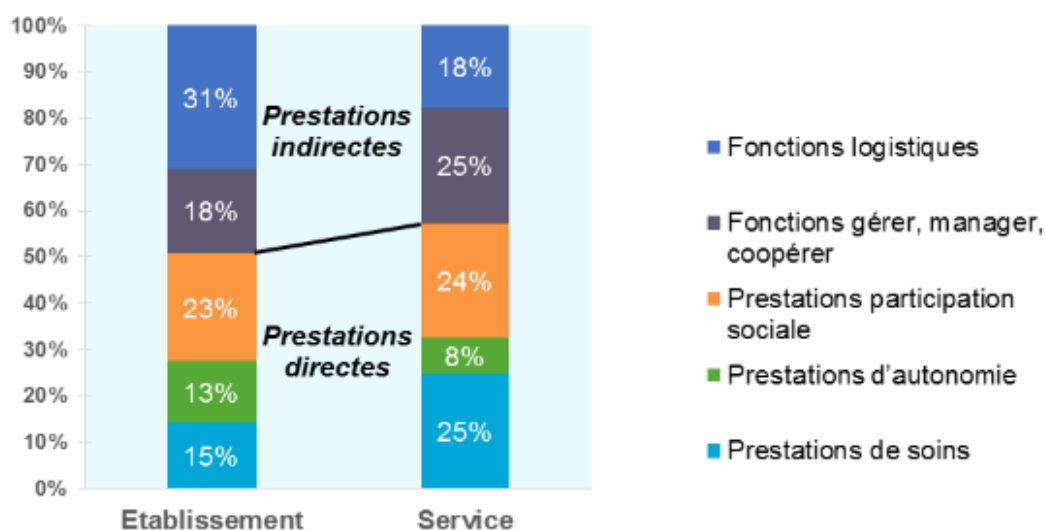
b) Suivi de l'étape 2 : des inquiétudes confirmées

L'étape 2, en cours de déploiement, est particulièrement sensible en ce qu'elle ambitionne de poser les bases d'une **tarification des prestations** qui satisferont le besoin identifié. Les prestations retenues sont divisées en deux grandes familles :

- les **prestations directes**, qui recouvriront les trois besoins identifiés par la nomenclature : prestations de soins, prestations en matière d'autonomie et prestations pour la participation sociale ;
- les **prestations indirectes**, qui recouvriront d'une part les fonctions de gestion et de management, et d'autre part la logistique.

Les seuls résultats dont nous disposons à l'heure actuelle sont ceux de la première EDC menée par l'ATIH en 2016 et qui, ne faisant aucune mention de la distinction enfants/adultes, se contentent d'une présentation comparée de la structure de coûts des établissements et des services.

Résultats de la première enquête de coûts Serafin-PH (2016)



Source : ATIH

Bien qu'on aurait aimé en savoir davantage sur les différences entre structures selon l'âge des personnes accompagnées, le graphique ci-dessus ne **confirme qu'imparfaitement le tableau dressé précédemment par votre rapporteur sur les grandes différences entre établissements et services médico-sociaux selon leur structure budgétaire**¹ : la prépondérance des soins dans les services par rapport aux établissements ne rend pas compte de la situation particulière des établissements pour adultes et l'égalité relative des prestations de « participation à la vie sociale » entre établissements et services n'illustre presque pas la part bien plus importante que les services font à l'insertion dans la vie sociale.

Par ailleurs, votre rapporteur émet deux autres inquiétudes quant à la robustesse méthodologique de la ventilation des coûts sur les trois types de prestations directes.

Premièrement, selon la formule même de l'ATIH soulignant les faiblesses de l'EDC de 2016, les résultats ne « doivent pas occulter les limites inhérentes à la méthodologie de l'étude. Cette dernière repose en effet sur une observation *ex post* des dépenses et non sur une analyse d'un coût efficient adossé à des règles de bonnes pratiques. **Les résultats sont donc très liés au poids des financements en partie historiques qui ont un impact sur l'offre des structures** ».

Deuxièmement, l'ATIH applique plusieurs règles d'affectation de charges relativement imprécises². Elle autorise ainsi les établissements et services s'étant livrés à l'enquête de coûts à **indifféremment affecter** les charges liées à l'emploi d'un **éducateur technique**, d'un **éducateur spécialisé**, d'un **moniteur d'atelier**, d'un **éducateur scolaire**, d'un **aide médico-psychologique** et d'un **accompagnant éducatif et social**, aux prestations liées à l'autonomie ou aux prestations liées à la participation à la vie sociale !

Cette indifférence ne fait que conforter votre rapporteur dans sa crainte de voir le futur parcours de la personne s'orienter vers une *base sanitaire certes solidement étayée* mais un *accompagnement social arbitrairement panaché par la structure entre projet socio-éducatif et aide au maintien de la vie sociale*. **Cette incapacité de la nouvelle tarification à clairement affecter les charges de postes pourtant fondamentaux à l'une ou l'autre des prestations fournies par les structures risque de considérablement nuire à la lisibilité de l'offre future**. Il paraît donc urgent de rectifier le tir et d'adopter, dans le cadre de l'étude nationale de coûts en cours de lancement, une règle univoque d'affectation de charges.

Proposition n° 26 : dans le cadre de l'étude nationale de coûts actuellement lancée pour la tarification Serafin-PH, préciser la règle d'affectation des charges pour les emplois liés à l'accompagnement.

¹ Cf. p. 15.

² Les règles d'affectation de charges sont disponibles sur le site de l'ATIH.

c) Anticiper l'étape 3 : les enseignements de la réforme tarifaire du secteur du grand âge

À l'horizon 2021 ou 2022, la nouvelle tarification pourrait être prête à être déployée auprès des autorités tarifaires et des gestionnaires d'établissements et de services. Ce déploiement, qui modifiera considérablement les modalités de financement de ces derniers, doit être suffisamment anticipé.

Votre rapporteur rappellera simplement que la réforme tarifaire des Ehpad, enclenchée par la loi ASV et prolongée par un décret du 21 décembre 2016¹, a connu d'importants soubresauts au début de l'année 2018, largement imputables à un défaut d'anticipation des impacts budgétaires pour certains établissements du passage d'un régime de tarification à un autre.

L'application du nouveau régime tarifaire du secteur du handicap devra donc impérativement être assortie de **dispositions transitoires** qui lisseront les écarts de dotations que certaines structures ne manqueront pas de subir.

3. La nécessaire articulation des trois leviers stratégique, gestionnaire et financier de recomposition de l'offre

C'est donc un constat mitigé que votre rapporteur est contraint de dresser quant à l'amorçage de la réforme du financement des établissements et services accueillant des personnes handicapées. L'intention de départ, consistant à partir des besoins des personnes pour construire la nouvelle tarification, est parfaitement louable mais le chemin que prend la réforme, loin de faire « tomber les murs » autour de la personne, ne paraît en fait que modifier leur agencement. L'ambition première de la réforme risque de se voir passablement émoussée par un tropisme, relevé par le directeur général de l'ARS de Nouvelle-Aquitaine, consistant à voir dans la réforme tarifaire l'outil principal de restructuration de l'offre.

Le choix de votre rapporteur de ne traiter du financement que dans le dernier temps de ce rapport découle précisément de sa conviction que le levier de restructuration de l'offre ne saurait être exclusivement **financier**, mais est également **stratégique** et **gestionnaire**.

a) Le levier stratégique

Du point de vue *stratégique*, votre rapporteur a insisté sur la nécessité de remettre **l'échelon de proximité**, à savoir le **bassin de vie ou le département**, au cœur de la dynamique planificatrice. Les évolutions législatives les plus récentes encouragent d'ailleurs ce mouvement, en prévoyant la transmission directe à la CNSA par chaque MDPH d'un rapport d'activité faisant état d'une évaluation pluridisciplinaire des besoins².

¹ Décret n° 2016-1814 du 21 décembre 2016 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.

² Cette obligation figure à l'article 73 de la loi ASV.

L'idée que le pilotage de la politique du handicap doit suivre un **mouvement ascendant**, et non plus strictement descendant, connaît certes un certain progrès, mais continue de buter sur un paradigme planificateur qui voit s'affronter des schémas régionaux issus de plans nationaux et des schémas départementaux souvent lacunaires.

Votre rapporteur renouvelle son souhait qu'**aux schémas soit progressivement substitué un pilotage exclusivement issu d'une information directement collectée**. Le pilotage stratégique de cette offre serait assuré par la **CNSA**, destinataire direct de cette information.

b) Le levier gestionnaire

Du point de vue *gestionnaire*, on a eu l'occasion de voir que les principaux outils à la main des autorités publiques ont déjà été élaborés, mais nécessitent de voir leur **contenu fortement enrichi** :

- les **EPRD** doivent être orientés vers une meilleure répartition des charges en fonction des activités et doivent favoriser la redistribution pertinente de ces dernières au sein des gestionnaires pluri-établissements entre activité principale et activités annexes ;

- la dimension « objectifs » des **Cpom** doit être considérablement étoffée par les autorités tarifaires vers davantage d'exigence modulaire. Une instruction ministérielle pourrait être prise pour inciter les ARS à inscrire au sein des Cpom l'obligation d'un certain pourcentage de services (comme le pratique par exemple l'ARS de Nouvelle-Aquitaine). Votre rapporteur rappelle que l'ajout d'une pareille clause par l'autorité tarifaire ne déséquilibrerait pas fondamentalement le contrat qui, par l'EPRD, assure une liberté gestionnaire accrue à la structure ;

- enfin, les **GCSMS** doivent voir leur gouvernance précisée afin d'inciter les petites structures à y adhérer.

c) Le levier financier

(1) Un financement public à rationaliser

Du point de vue *financier*, les développements précédents conduisent votre rapporteur à formuler deux préconisations principales :

- les nomenclatures de besoins et de prestations définies par le GTN de Serafin-PH présentent le risque de rigidifier l'offre future autour de catégories préalablement posées et dont les contours ne sont pas toujours distincts. L'application de ces nomenclatures pourrait ainsi paradoxalement gêner le plein déploiement du virage inclusif, les réponses modulaires s'accommodant mal de typologies de prestations trop figées. Votre rapporteur suggère donc que **ces nouvelles nomenclatures de besoins et de prestations soient maintenues uniquement pour la dimension médicale et paramédicale**, et que **l'accompagnement social fasse l'objet d'un financement dont la personne serait davantage acteur** ;

- **le financeur de la structure doit être unique.** Par ailleurs, lorsque la prestation de la structure comporte une dimension médicale ou paramédicale, ce financeur ne peut être autre que l'ARS. Le conseil départemental ne devrait financer que les *frais généraux et d'investissement* des structures exclusivement consacrées à l'insertion à la vie sociale des adultes handicapés, le reste relevant d'un financement par la PCH. Compte tenu du virage inclusif, ces structures ont de toute façon vocation à se composer de plus en plus de services (SAVS) et de moins en moins d'établissements (foyers de vie).

Proposition n° 27 : engager une réforme du financement des structures autour d'une nomenclature limitée aux prestations médicales et paramédicales et d'un financeur unique.

(2) Un financement privé à mieux exploiter

Par ailleurs, la redéfinition du levier financier du financement de l'offre donne à votre rapporteur l'occasion de questionner les évolutions récentes en termes de **financement privé**. Les avancées en ce sens ont jusqu'ici montré une certaine timidité, comme en témoigne l'expérience des contrats à impact social.

Les contrats à impact social

Les contrats à impact social (CIS) sont issus du constat d'un défaut de financement des structures de l'économie sociale et solidaire, essentiellement financées par des fonds publics. Cette situation s'explique dans une large mesure par l'inadaptation de ces outils de financement aux objectifs, à la taille, à la gouvernance et aux statuts juridiques propres à ce secteur.

Initiés en 2016, les CIS présentent comme principal avantage de faire porter le risque du financement d'une structure publique par un investisseur privé. L'éligibilité à un CIS est encadrée par un appel à projet émis par une autorité publique et leur retour sur investissement est limité à 5,5 %.

Encore très peu répandus, les CIS, comme toute autre forme de financement privé de l'action solidaire, sont décrits par les acteurs associatifs auditionnés par votre rapporteur comme ne devant pas se substituer au financement de la solidarité nationale.

De façon plus générale, c'est à une activation des **partenariats public-privé (PPP)** que votre rapporteur invite. Aux termes de l'ordonnance du 17 juin 2004¹ sur les contrats de partenariat, le PPP consiste dans l'attribution à un opérateur privé d'une « mission globale ayant pour objet la construction ou la transformation, l'entretien, la maintenance, l'exploitation ou la gestion d'ouvrages, d'équipements ou de biens immatériels nécessaires au service public ».

¹ Ordonnance n° 2004-559 du 17 juin 2004 sur les contrats de partenariat.

L'agence nationale d'appui à la performance (Anap) a indiqué tout l'intérêt que pouvaient présenter de tels partenariats, mais a également relevé que ces derniers étaient une **source de grande complexité** pour les personnes publiques : insuffisamment formées face à des prestataires privés professionnels, elles peuvent parfois pâtir de contrats de partenariats déséquilibrés où les transferts de risques ne sont pas toujours proportionnés aux transferts de financement.

C'est donc un double obstacle qui s'oppose à la diffusion des PPP. En plus de la réticence culturelle à favoriser l'intervention d'un acteur privé dans l'accompagnement des personnes handicapées, le défaut de préparation des personnes publiques face à des prestataires bien mieux armés qu'elles **empêche que ce type de partenariat soit davantage répandu**.

Il est également possible aux collectivités territoriales de mettre un bien immobilier sous **bail emphytéotique administratif** (BEA), comme le dispose l'article L. 1311-2 du code général des collectivités territoriales. Cet instrument permet à une collectivité territoriale propriétaire d'un bien immobilier de le louer à un tiers qui pourra construire un ouvrage sur le domaine public et ensuite le louer à la collectivité propriétaire du terrain. Un BEA doit être regardé comme comportant délégation de service public dès lors que les aléas de l'exploitation sont supportés par le locataire et que le bailleur conserve le contrôle de sa gestion.

Proposition n° 28 : stimuler le recours aux partenariats public-privé et à la signature de baux emphytéotiques administratifs.

Enfin, votre rapporteur tient à rappeler que les associations gestionnaires peuvent, selon leur statut, recevoir des dons ouvrant droit à des avantages fiscaux. Les associations bénéficiant d'une **reconnaissance d'utilité publique** sont habilitées à recevoir des legs et des donations, recouvrant notamment des immeubles ou des biens meubles corporels. Les associations d'**intérêt général** ne peuvent quant à elles recevoir que des dons manuels, soit de particuliers, soit d'entreprises (dans le cadre du mécénat).

Sur le plan fiscal, la reconnaissance d'utilité publique comme l'intérêt général présentent un avantage important pour le donateur : grâce à l'article 200 du code général des impôts (CGI), un particulier pour bénéficier d'une réduction d'impôts et grâce à l'article 238 du CGI une entreprise qui fait du mécénat pourra bénéficier d'un crédit d'impôt.

Une **meilleure lisibilité** doit être assurée aux opérations susceptibles de faire l'objet de ces avantages fiscaux auprès des acteurs privés.

B. UNE RÉFORME EN PROFONDEUR DE LA PCH : UN OUTIL POUR RÉUSSIR UN ACCOMPAGNEMENT « HORS LES MURS »

Ce nouveau temps du rapport part de l'idée, souvent escamotée, que l'accompagnement médico-social d'une personne handicapée n'est **pas uniquement assuré par une structure d'accueil dotée d'une autonomie financière**, mais peut être également financé par la personne, *via* les prestations dont elle bénéficie.

1. La solvabilisation de la personne handicapée

La lisibilité de l'aide financière individuelle versée aux personnes handicapées pâtit de la dualité de ses objectifs : un **objectif de compensation** pour les impératifs d'adaptation directement liés à l'existence d'un handicap et un **objectif de solidarité** pour l'impact engendré par le handicap sur le niveau de vie.

Ces deux objectifs sont à l'origine de deux grandes catégories d'aide financière attribuées aux personnes handicapées, répondant toutes deux à des critères d'éligibilité distincts compte tenu des philosophies qui les animent. Il s'agit d'une part de la **prestation de compensation du handicap (PCH)**, attribuée sans condition de ressources, et d'autre part d'une **allocation de l'adulte handicapé (AAH)**.

a) La logique de solidarité doit voir ses objectifs clairement circonscrits

Évacuons d'ores et déjà la question de la couverture des besoins en accompagnement social par l'AAH. Votre rapporteur insiste fortement sur la spécificité de l'allocation de l'adulte handicapé, qui n'a pas vocation à compenser les conséquences directes du handicap, mais à **assurer à la personne handicapée les moyens de subsistance nécessaires consécutifs à son incapacité à travailler**.

L'AAH est un *minimum social*, bâti sur le principe de l'allocation différentielle, mais qui, en raison de la population qu'elle vise, comporte quelques dérogations au droit commun de la solidarité nationale, dont votre rapporteur estime que, tout en étant justifiées, elles doivent être limitées.

Ces dérogations concernent principalement le plafond de cumul des ressources personnelles du bénéficiaire et de l'allocation, substantiellement supérieur à celui du revenu de solidarité active (RSA), et la variation de ce plafond en fonction de la situation matrimoniale du bénéficiaire.

Il convient de ne pas entretenir une confusion dangereuse visant à **faire supporter à l'AAH une mission de compensation du handicap qui n'est pas la sienne**. Aux yeux de votre rapporteur, cette tendance est attribuable à son financement **national** (contrairement au financement départemental de la PCH), qui en fait un vecteur politique plus facilement mobilisable ainsi qu'un outil budgétaire au pilotage plus aisé.

Ainsi que votre rapporteur l'a rappelé lors de l'examen de la loi de finances pour 2018¹, les dispositions visant à rapprocher l'AAH du droit commun de la solidarité nationale ne lui paraissent *a priori* pas condamnables, **tant que leurs besoins en matière de compensation sont par ailleurs assurés.**

b) Seule la logique de compensation est adaptée au financement de l'accompagnement social

L'attribution de la PCH, telle que définie par la loi fondatrice du 11 février 2005, n'a pour sa part d'autre but que de favoriser l'autonomie des personnes handicapées et d'en faire les **acteurs premiers de l'aménagement de leur parcours**. En-dehors d'un critère d'âge², dont la pertinence est d'ailleurs fortement discutée, le seul critère d'éligibilité à la PCH est détaillé à l'article D. 245-4 du CASF : il s'agit d'une difficulté *absolue* à réaliser une activité ou une difficulté *grave* à réaliser deux activités du référentiel de l'annexe 2-5 de ce code³. Elle est donc attribuée sans condition de ressources.

Votre rapporteur, notant l'emploi à l'article L. 245-1 du CASF de la notion centrale de « besoin », remarque qu'en matière d'accompagnement social, les termes pour déterminer la destination de la PCH lui paraissent beaucoup plus proches – bien qu'incomplets, comme on le verra plus loin – des réalités vécues par les personnes que ceux issus des nomenclatures de Serafin-PH pour approcher la « participation à la vie sociale ». Il n'en est que plus convaincu que **cette mission doit en priorité relever de la solvabilisation de la personne et non de la politique de la structure qui l'accueille.**

Son sentiment est renforcé par la recension au sein de l'annexe 2-5 du CASF de tous les besoins par ailleurs identifiés par Serafin-PH au titre des missions non-médicales des structures : entretien personnel, déplacements, participation à la vie sociale, besoins éducatifs. Répliquer ces besoins au sein de la nomenclature des structures nous expose au **financement concurrent de prestations similaires par la dotation financière versée à la structure et par la PCH versée à la personne.**

Or un choix doit être fait. Le financement par la PCH est, aux yeux de votre rapporteur, largement préférable en ce qu'il donne lieu à l'élaboration par la MDPH d'un **plan personnalisé de compensation (PPC)**, là où la structure ne pourra proposer que des solutions préconçues. Il ne s'agit pas de s'en remettre entièrement à la conception d'un PPC, dont on sait bien qu'il peut présenter certaines lacunes selon les départements, mais il est important d'engager un signal en faveur de la personnalisation et de **l'appropriation de l'accompagnement social en le dégageant de la structure.**

¹ Ph. MOUILLER, Avis fait au nom de la commission des affaires sociales au projet de loi de finances pour 2018 : Solidarité, insertion et égalité des chances n° 111 (2017-2018).

² 60 ans.

³ Ces activités sont liées à la mobilité, à l'entretien personnel, à la communication et aux interactions élémentaires dans son environnement immédiat.

2. Repenser les besoins liés à l'accompagnement social : vers une réforme en profondeur de la PCH

Aux termes de l'article L. 245-3 du CASF, les prestations ouvertes par le bénéfice de la PCH couvrent cinq grandes catégories de besoins :

- le besoin d'**aides humaines** ;
- le besoin d'**aides techniques**, qui désignent tout instrument, équipement ou système technique adapté ou spécialement conçu pour compenser une limitation d'activité, acquis ou loué par la personne pour son usage personnel ;
- le besoin lié à l'**aménagement du logement et du véhicule** ;
- le besoin exceptionnel lié à l'**acquisition ou à l'entretien de produits liés au handicap** ;
- le besoin d'**aides animalières**.

Compte tenu de la vocation de la PCH à assurer un accompagnement social aux personnes handicapées le plus accessible et le plus lisible possible, plusieurs réformes incontournables doivent être engagées, qui doivent avoir à cœur de **préciser le contenu des prestations** et de **rendre ces dernières plus simples à mobiliser**. La série de recommandations qui suit tente de remplir ces deux objectifs.

a) Redéfinir le contenu des aides humaines

- (1) Une aide humaine excessivement centrée sur certains types de handicap

L'annexe 2-5 du CASF indique pour quels besoins spécifiques l'aide humaine financée par la PCH peut être sollicitée. Il s'agit de besoins liés :

- aux **actes essentiels de l'existence** ;
- à la **surveillance régulière** ;
- aux **frais supplémentaires engendrés par l'exercice d'une activité professionnelle**.

La typologie de ces besoins met particulièrement en valeur la dimension *physique* de l'accompagnement social des personnes handicapées. Autrement dit, la grille des besoins déclenchant l'aide humaine est essentiellement déterminée par les besoins des handicaps physiques, moteurs ou sensoriels. Comme l'a récemment relevé un rapport remis par l'IGAS sur l'évolution de la PCH¹, les personnes en situation de handicap *psychique, cognitif* ou *mental*, qui sont souvent en état de réaliser sans difficulté grave ou absolue les actes essentiels de l'existence, **se retrouvent plus difficilement éligibles aux aides humaines financées par la PCH**.

¹ IGAS, Évolution de la prestation de compensation du handicap, op. cit.

Votre rapporteur irait presque jusqu'à suggérer que leur plus faible éligibilité de fait aux aides humaines de la PCH explique en partie le recours contraint que les familles ont, en conséquence, aux accueils en établissement, pas toujours adaptés au profil des personnes concernées. Il est donc fondamental que l'annexe 2-5 du CASF fasse une **place plus distincte aux besoins liés à la participation sociale et aux besoins éducatifs**, qui ne sont pour l'heure rattachés qu'aux actes essentiels de l'existence.

Proposition n° 29 : distinguer nettement au sein de l'annexe 2-5 du CASF les besoins liés à la participation à la vie sociale et les besoins éducatifs.

(2) Une aide humaine fournie par des services à rationaliser d'urgence

Par ailleurs, la typologie existante des besoins appelle une réponse assurée par des services à **compétence spécifique**, qui recoupent largement les trois besoins initialement identifiés par votre rapporteur, à savoir l'accompagnement médical ou paramédical, la construction du parcours socio-éducatif et l'aide à l'insertion dans la vie sociale.

Typologie des besoins en aides humaines selon le CASF

Besoin	Sous-besoin	Service compétent
Actes essentiels de l'existence	Entretien personnel et aide aux déplacements	SAAD
	Participation à la vie sociale	SAVS ou SAMSAH
	Besoins éducatifs	SESSAD ou auxiliaire de vie scolaire (AVS) ou accompagnant des élèves en situation de handicap (AESH), selon le milieu de scolarisation
Surveillance régulière	Pour les personnes qui s'exposent à un danger	SSIAD (en raison de la nécessité de soins infirmiers)
	Pour les personnes qui nécessitent une aide constante	SSIAD ou SAMSAH
Frais supplémentaires engendrés par l'exercice d'une activité professionnelle		SAVS

Source : Annexe 2-5 du CASF

L'examen du tableau précédent montre que les besoins en aide humaine peuvent être assurés par une **grande pluralité d'acteurs**, dont les missions et les modalités de financement nombreuses ne contribuent pas à la lisibilité de l'ensemble.

Le personnel des services chargé des aides humaines

Service	Financier	Personnel
SSIAD ¹	ARS	Infirmiers <i>Psychologues</i> Auxiliaires médicaux Aides-soignants <i>Aides médico-psychologiques</i>
SAAD ²	Conseil départemental <i>via</i> la PCH	Aides ou employés à domicile <i>Auxiliaires de vie sociale et aides</i> <i>médico- psychologiques</i> Techniciens d'intervention sociale et familiale (TISF)
SAVS ³	Conseil départemental <i>via</i> la PCH	Assistant de service social <i>Auxiliaires de vie sociale et aides</i> <i>médico-psychologiques</i> <i>Psychologues</i> Conseillers en économie sociale et familiale <i>Éducateurs spécialisés</i> Moniteurs-éducateurs Chargés d'insertion
SAMSAH ⁴	Conseil départemental <i>via</i> la PCH pour les personnels communs aux SAVS ARS pour les personnels médicaux et paramédicaux	<i>En plus des personnels précédents :</i> Auxiliaires médicaux Aides-soignants
SESSAD ⁵	ARS	Psychiatre Pédiatre <i>Psychologue</i> Infirmier <i>Éducateurs spécialisés</i>

Source : CASF

On constate qu'une même intervention d'un personnel spécialisé, dans le cadre d'un service fournisseur d'une aide humaine, peut être apportée dans un cadre variable et selon des modalités de financement diverses. Par exemple, l'intervention d'un **psychologue** est intégralement financée par l'assurance maladie dans le cadre d'un Sessad pour un enfant ou d'un SSIAD pour un adulte, mais est financée par la PCH reçue par la personne dans le cadre d'un SAVS. Par ailleurs, on observe d'importants recoupements de missions entre différents services, illustrant les tentatives entreprises par les pouvoirs publics – et pas toujours couronnées de succès – de rassembler ces services afin d'en faire des structures polyvalentes.

¹ Article R. 314-138 du CASF.

² Article R. 314-130 du CASF.

³ Décret n° 2005-223 du 11 mars 2005 relatif aux conditions d'organisation et de fonctionnement des services d'accompagnement à la vie sociale et des services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés.

⁴ Ibid.

⁵ Article D. 312-56 du CASF.

Votre rapporteur a précédemment rappelé que l'impératif de pluridisciplinarité était une condition nécessaire à la réussite de la recomposition de l'offre et du virage inclusif. Selon leur situation, les personnes handicapées doivent pouvoir faire appel à **un unique service** capable de satisfaire les deux ou trois grands besoins qui structurent leur accompagnement¹.

À ce titre, les **SAVS** et les **Samsah**, qui constituent les créations les plus récentes en la matière et qui ont vocation à réunir sous la même égide des personnels assurant des missions médicales, de suivi socio-éducatif et d'insertion dans la vie sociale, paraissent particulièrement intéressants. Il est nécessaire d'accentuer leur dynamique de création, que **trois facteurs ralentissent considérablement** :

- l'absence de soin infirmier, intervenant exclusivement dans le cadre des SSIAD ;
- la concurrence avec les autres services, notamment les SAAD, qui sollicitent également les financements du conseil départemental ;
- les lenteurs liées au cofinancement, pour le cas unique des Samsah, et dont votre rapporteur a dénoncé les conséquences fâcheuses.

Votre rapporteur suggère donc qu'un seul et même service polyvalent d'accompagnement social et médico-social soit organisé pour satisfaire les besoins en aide humaine des personnes non accueillies en établissement et qui reposerait sur le financement suivant : tout besoin **lié au projet socio-éducatif ou à l'insertion dans la vie sociale** ferait l'objet d'un socle **intégralement financé par la PCH**, et les besoins **médicaux et paramédicaux nécessitant l'intervention d'un infirmier ou d'un aide-soignant** seraient financés au titre des **soins de ville**, et non plus au titre d'une dotation reçue de l'ARS.

Ce nouveau service, particulièrement ambitieux, aurait le mérite de concentrer sur l'accompagnement social et n'aurait ainsi recours qu'à des **professionnels de santé libéraux**, sans que ce recours n'ait d'incidence sur sa viabilité financière ou ne complique son financement.

Plusieurs exemples de ce type de service existent, qu'il conviendrait de développer.

¹ Cf. p. 65.

**Le dispositif expérimental pour jeunes adultes (DEJA)
de l'association LADAPT du Calvados**

L'équipe de ce dispositif se compose d'un *médecin psychiatre*, d'une *infirmière*, d'une *référente de parcours éducatrice spécialisée*, d'un *psychologue*, d'une *assistante sociale*, d'une *chargée d'insertion* et d'une *secrétaire*. **Toutes les fonctions couvertes par l'ensemble des services médico-sociaux à destination des personnes handicapées sont donc réunies au sein d'une même structure.**

Ce dispositif a été financé par l'ARS de Normandie à titre expérimental en 2015 pour 3 ans pour une somme de 250 000 euros. Ce financement a été renouvelé en 2018 pour 3 autres années.

Les principales difficultés remontées regardent la non-inscription de ce type de dispositif au sein des établissements et services de l'article L. 312-1 du CASF, qui empêche la MDPH d'émettre une notification d'orientation. Le DEJA n'accompagne son public qu'en vertu de conventionnements établis avec des établissements et des services parallèles.

Proposition n° 30 : construire un nouveau type de service à la personne handicapée, qui intègrerait la possibilité de soins infirmiers, et qui reposerait sur un socle de financement par la PCH pour sa partie « accompagnement social » et sur une couverture au titre des soins de ville pour sa partie médicale ou paramédicale.

(3) Le cas particulier de l'aide humaine apportée à l'enfant handicapé

Les **aides humaines apportés à l'enfant handicapé**, en raison de l'intervention de l'Éducation nationale, méritent un examen particulier. Leur financement dépend considérablement de leur **degré d'inclusion dans le milieu ordinaire**.

- Lorsque l'enfant handicapé est *scolarisé dans le milieu ordinaire*, son accompagnement peut être assuré par un professionnel rémunéré par le ministère de l'Éducation nationale, l'accompagnant des élèves en situation de handicap (AESH), qui a vocation à remplacer l'auxiliaire de vie scolaire (AVS). Outre des conditions de recrutement précisées par un décret du 27 juin 2014¹, les crédits consacrés à l'accompagnement en milieu scolaire ordinaire ont fait l'objet d'une augmentation substantielle en 2018. Comme le souligne notre collègue Gérard Longuet, rapporteur spécial de la commission des finances, les crédits ont augmenté de 45,5 %, **passant de 800 millions d'euros à 1,2 milliard d'euros**².

¹ Décret n° 2014-724 du 27 juin 2014 relatif aux conditions de recrutement et d'emploi des accompagnants des élèves en situation de handicap.

² G. LONGUET, Rapport spécial sur la mission « Enseignement scolaire » du projet de loi de finances pour 2018 n° 108 (2017-2018).

La professionnalisation progressive des AESH

Les AVS sont des agents engagés par signature d'un contrat unique d'insertion (CUI), passé pour une durée de 12 mois maximum et renouvelables une fois. En raison des conditions de leur recrutement, les AVS ne bénéficient pas d'une formation adaptée au suivi rapproché d'un handicap parfois très lourd, et l'investissement de l'Éducation nationale se révèle souvent insuffisant (en termes d'information et de formation des maîtres notamment).

Il a donc été décidé de réformer le métier, en créant l'accompagnant de l'élève en situation de handicap (AESH), auquel un accès est ouvert dans deux cas :

- une **pratique professionnelle** : la conférence nationale de handicap de 2016 a décidé la conversion progressive sur cinq ans des 56 000 contrats aidés d'AVS en contrats d'AESH. Cette conversion est possible en cas de deux années d'expérience comme AVS. Contrairement aux contrats aidés, ces contrats d'AESH pourront être convertis en CDI à l'échéance de six ans d'exercice. La mesure a pour objectif de **stabiliser et de pérenniser dans leur emploi** des personnels dont la compétence est en grande partie le fruit de l'expérience. La « cdéisation » de ces personnels aura pour impact d'affermir leur compétence dans le suivi d'enfants handicapés et d'ainsi mieux assurer leur immersion ;

- l'**acquisition d'un diplôme** : en dehors de cette voie dérogatoire de recrutement, les AESH sont normalement des agents contractuels de droit public, qui peut être converti en CDI au bout de six ans d'exercice. Ils doivent alors être titulaires d'un diplôme d'État d'accompagnant éducatif et social de niveau V. Ce diplôme a été refondu en 2016 afin d'assurer une plus grande polyvalence des professionnels et de réduire le nombre d'intervenants auprès du jeune.

Cette évolution, dont il conviendra de mesurer l'impact à la fin de l'exercice budgétaire, ne peut être que favorable. Votre rapporteur souhaite toutefois que l'effort de formation à l'égard des enseignants de premier et du second degré soit renforcé, afin que ces derniers soient tous sensibilisés à la mission d'AESH. Une proposition de loi a d'ailleurs été déposée dans ce sens¹.

Proposition n° 31 : prévoir une formation obligatoire à destination de tous les enseignants du premier et du second degré afin que ces derniers soient sensibilisés à l'accompagnement d'élèves en situation de handicap.

¹ Proposition de loi visant à améliorer la scolarisation des enfants en situation de handicap par une formation spécifique des futurs enseignants, n° 573, enregistrée à la présidence du Sénat le 13 juin 2018.

• Lorsque l'enfant handicapé est *scolarisé en milieu adapté* (en CLIS, ULIS, IME ou ITEP), ou bénéficie d'un *accompagnement scolaire à domicile* (par un Sessad), l'accompagnement par un éducateur spécialisé est intégralement financé par l'ARS au titre de l'assurance maladie.

Cet accompagnement peut cependant ne pas suffire et la présence d'un AESH peut s'avérer nécessaire en appui de l'enseignant référent. Or, alors que dans le cas d'une scolarisation en milieu ordinaire, l'AESH est directement rémunéré par le ministère de l'Éducation nationale, l'annexe 2-5 du CASF mentionne la possibilité de couvrir ce besoin éducatif supplémentaire au titre de la PCH **dans le seul cas d'une scolarisation en milieu adapté ou à domicile** : l'enfant handicapé est alors éligible à un temps d'aide humaine supplémentaire de 30 heures par mois.

Cette dichotomie du financement de la scolarisation en milieu adapté ne se justifie pas :

- elle est potentiellement constitutive d'une rupture d'égalité entre enfants handicapés scolarisés en milieu ordinaire et en milieu adapté. Les premiers voient leurs besoins en accompagnement scolaire intégralement pris en charge par les établissements scolaires, alors que les seconds sont tenus de faire appel à leur prestation individuelle de compensation ;

- elle méconnaît le principe même de la compensation, qui n'a pas pour vocation de se substituer aux obligations incombant aux pouvoirs publics (en l'occurrence, le droit à l'éducation).

La PCH attribuée au titre des besoins éducatifs de l'enfant handicapé peut éventuellement couvrir les besoins extra-scolaires, tels l'aide aux devoirs, mais ne peut financer une dépense liée à l'exercice du droit à l'éducation, dont l'État doit assurer la couverture.

Proposition n° 32 : exclure du champ de la PCH attribuée au titre des besoins éducatifs de l'enfant handicapé le financement d'auxiliaires de vie scolaire et d'accompagnants d'enfants en situation de handicap, qui doivent être rémunérés directement par les pouvoirs publics.

b) De nombreux problèmes liés aux aides techniques

(1) Un financement peu lisible à plusieurs étages

À côté de l'aide humaine, l'**aide technique** constitue l'autre grande problématique financière à laquelle sont confrontées les personnes handicapées. Ces aides techniques recouvrent actuellement trois grandes familles de produits : les **aides auditives**, les **aides à la communication pour les déficients visuels** et les **véhicules pour personnes handicapées physiques**.

Trois degrés distincts de financement sont prévus pour la couverture de ces aides techniques :

- le financement de ces aides est partiellement assuré par l'assurance maladie, au titre des **soins de ville**, à la condition de l'inscription de l'aide demandée sur la **liste des produits et prestations remboursables** (LPP). Cette liste détaille les montants forfaitaires auxquels la personne handicapée peut prétendre en cas d'éligibilité à une des aides techniques mentionnées ;

- en cas de non-inscription de l'aide sur la LPP, ou de reste à charge persistant après financement de l'assurance maladie, la personne handicapée peut financer l'aide au moyen de sa PCH, mais dans les limites fixées par un arrêté du 28 décembre 2005¹. En effet, cet arrêté prévoit que le montant total attribuable au financement de l'aide technique au titre de la PCH s'élève à **3 960 euros pour toute période de trois ans, soit 110 euros par mois**. Toutefois, lorsqu'une aide technique fait l'objet d'un tarif fixé par arrêté ministériel et que ce tarif est supérieur à 3 000 euros, « le montant total attribuable est majoré des montants des tarifs de cette aide diminués de la prise en charge accordée par la sécurité sociale » ;

- le reste à charge éventuel subséquent est alors financé par un fonds départemental de compensation du handicap (FDC), géré par la MDPH, dont l'intervention est majoritairement, bien que non exclusivement, sollicitée pour les aides techniques². La mise en place de ces FDC, faute de décret d'application, n'est néanmoins pas aboutie et leur action reste fortement lacunaire.

Les fonds départementaux de compensation : un problème persistant

Créés par la loi du 11 février 2005, les fonds départementaux de compensation (FDC) ont pour mission initiale de permettre aux personnes handicapées de faire face aux frais de compensation restant à leur charge, après déduction de la PCH. La mission du FDC consiste à assurer le financement de ses frais, afin que le reste à charge du bénéficiaire n'excède pas 10 % de ses ressources personnelles nettes d'impôts. Les termes de la loi prévoient que cette mission fasse l'objet d'un décret, qui n'a jamais été pris.

L'article L. 146-5 du CASF prévoit que le département, l'État, les autres collectivités territoriales, les caisses de sécurité sociale, les mutuelles et les organismes d'aide à l'insertion des personnes handicapées dans l'emploi peuvent participer au financement du fonds, sans que les termes de cette participation ne soient précisés.

¹ Arrêté du 28 décembre 2005 fixant les montants maximaux attribuables au titre des éléments de la prestation de compensation.

² À hauteur de 54 %.

En raison de l'absence de mesures d'application, l'activité des FDC montre une hétérogénéité très importante selon les territoires. Leur périmètre d'action ainsi que leur interprétation du « reste à charge du bénéficiaire » fait l'objet de variations parfois notables. Par ailleurs, les modalités de financement du fonds n'étant pas précisées, l'État, qui en assume la majeure part, pratique un versement fort irrégulier et amplement abondé par des sources non pérennisées (notamment les réserves de la CNSA).

L'IGAS avait préconisé en 2016 de préciser la rédaction de l'article L. 146-5 du CASF et de renvoyer à un décret d'application générale de l'article. Cette mesure n'est toujours pas effective.

S'ajoutent à ces trois financements principaux plusieurs financements complémentaires d'autres collectivités territoriales (communes), de caisses de sécurité sociale (notamment les caisses d'allocations familiales) ou d'origine privée. Ces financements complémentaires, contrairement aux financements principaux expressément prévus par la loi, sont souvent soumis à des conditions de ressources.

(2) Le problème du reste à charge

À l'issue de ces financements, le **reste à charge net** assuré directement par la personne handicapée tourne **en moyenne autour de 12 % du coût total de l'aide**¹. Des études plus récentes ont porté cette moyenne à **16 %**, en montrant qu'une majorité de départements parvenait à contenir le reste à charge net à un **niveau inférieur à 15 %**, mais qu'il pouvait être porté à plus de 20 % pour une petite quinzaine d'entre eux².

Ce niveau moyen de prise en charge, *a priori* relativement contrôlé, cache des réalités très disparates, non seulement entre départements, mais également entre natures d'aides techniques financées. Ce sont les dépenses de **fauteuils roulants**, surtout verticalisateurs ou à propulsion électrique, qui sont les plus difficilement absorbables par les personnes. Une étude menée en 2014 par l'association AFM-Téléthon a montré l'importance de ces restes à charge spécifiques.

¹ IGAS, Évaluation de la prise en charge des aides techniques pour les personnes âgées dépendantes et les personnes handicapées, avril 2013.

² IGAS, Évolution de la prestation de compensation du handicap, op. cit.

Reste à charge pour le financement d'un fauteuil roulant non manuel

	Montant moyen
Coût initial	22 895
Reste à charge après financements légaux sans conditions de ressources (assurance maladie, PCH, FDC)	9 837
Reste à charge après financements complémentaires sous conditions de ressources (autres collectivités et caisses de sécurité sociale)	5 458
Reste à charge après financements privés	1 850

Source : AFM-Téléthon

Votre rapporteur tient à souligner que, bien que le reste à charge moyen puisse être « réduit » à 1 850 euros, le reste à charge « **légal** » moyen s'élève quant à lui à 9 837 euros. Les réductions consécutives dépendent de conditions « extra-légales », qui varient selon l'implantation géographique ou la situation personnelle de l'intéressé.

Les raisons de l'importance de ce reste à charge ont été explicitées par l'IGAS dans son rapport de 2013 : « **l'incapacité des financeurs et des usagers français à accéder à une information complète et fiable** sur le service rendu par rapport au coût d'acquisition **donne aux fabricants et aux distributeurs [de fauteuils] une position de force** ». Par ailleurs, « il n'existe pas, pour l'heure, de gestion centralisée des achats d'aides techniques régulée, voire effectuée par un financeur ».

Il est, aux yeux de votre rapporteur, impératif d'introduire une **intermédiation** entre le fournisseur du fauteuil roulant et la personne handicapée demandeuse, afin de diminuer l'asymétrie d'information potentiellement dommageable à cette dernière. **L'exemple suédois pourrait fournir un très intéressant point de départ.**

L'intermédiation d'achat de fauteuils roulants : l'exemple suédois des centres d'aides techniques¹

La prise en charge de l'équipement en fauteuils roulants non manuels est en Suède intégralement pilotée par l'échelon territorial des comtés. Ces derniers assurent la gestion de centres d'aides techniques, spécialisés dans l'acquisition et la distribution de fauteuils roulants.

L'acquisition se déroule selon la procédure de l'appel d'offres. En dehors de la labellisation CE, obligatoire à l'échelle nationale, chaque comté est libre de l'élaboration de son cahier des charges, qui établit le type de produit souhaité, les volumes et les contraintes. L'achat des fauteuils par le comté n'est pas assujéti au paiement de la TVA.

¹ ALCIMED, Étude européenne sur le marché et les prix des aides techniques destinées aux personnes handicapées et âgées en perte d'autonomie, décembre 2009.

La prise en charge publique, qui n'est possible que sur prescription médicale, se traduit par un **prêt** du fauteuil à la personne handicapée, le plus souvent gratuitement pour l'utilisateur ou contre une faible contribution financière selon le comté.

Le prix d'un fauteuil roulant non manuel se situe autour de **6 500 euros** (contre 23 000 euros en France selon AFM-Téléthon), et le reste à charge du bénéficiaire se limite le plus souvent au prix de la consultation du professionnel de santé qui détermine son besoin.

L'exemple suédois révèle deux différences notables avec le modèle français de financement des aides techniques coûteuses :

- **l'intervention d'un intermédiaire public chargé d'une fonction d'achat du matériel** permet une régulation importante du coût initial. En faisant le choix d'une décentralisation complète de cette fonction d'achat, la Suède court néanmoins le risque d'une iniquité territoriale importante entre comtés, dont les appels d'offre peuvent montrer des variations de prix. Par ailleurs, il faudra interroger la compatibilité de cette régulation du marché, qui ne manquera pas d'entraîner une réorganisation substantielle de l'offre, avec le droit européen de la concurrence ;

- le bénéficiaire du matériel **n'est plus propriétaire de ce dernier**, mais **emprunteur**, ce qui suppose une restitution au centre d'aides techniques dès qu'il n'est plus requis. Le matériel, sous réserve de son bon état et son homologation par le centre, peut être ainsi remis en circulation pour la satisfaction d'autres besoins.

Proposition n° 33 : réfléchir à un nouveau circuit de distribution des aides techniques coûteuses, en s'appuyant notamment sur un intermédiaire public qui assumerait les fonctions d'achat et de distribution aux personnes bénéficiaires et en ouvrant le financement au matériel remis en circulation.

(3) Un financeur unique pour les aides techniques

Les considérations précédentes conduisent naturellement votre rapporteur à préconiser que l'accès aux aides techniques soit facilité par leur attribution par un **financeur unique**, qui serait en toute logique l'**ARS**. C'est à tort que le législateur a entendu faire relever les aides techniques de la logique de compensation, en privilégiant une attribution fondée sur leur *usage* (qui compense effectivement le handicap qu'elles corrigent) et non sur le *besoin* auxquelles elles répondent (un besoin médical ou paramédical).

Trois raisons commandent cette désignation :

- la pluralité actuelle des financeurs de l'aide technique (assurance maladie, conseil départemental, autres collectivités et

organismes) nuit considérablement à sa lisibilité et à son accessibilité pour la personne ;

- l'accès à une aide technique étant dans la plupart des cas conditionnée par une prescription médicale et par une inscription sur la LPP, il paraît tout à fait logique que son financement relève exclusivement de l'assurance maladie ;

- la désignation d'un financeur régional déconcentré, dans le cadre de la gestion d'une intermédiation d'achat et de distribution, serait par ailleurs de nature à diminuer les iniquités territoriales qu'une attribution décentralisée pourrait entraîner.

Par ailleurs, un tel transfert permettrait de concentrer l'action des fonds départementaux de compensation sur le financement de l'aide humaine.

Proposition n° 34 : soustraire le besoin en aides techniques des besoins couverts par la PCH et en attribuer le financement à l'ARS.

c) La PCH comme financeur exclusif de l'aménagement du logement

Les sources de financement de l'aménagement du logement peuvent être de **nature très diverse**. Il peut s'agir :

- des différentes aides pour le logement (aide personnalisée au logement, allocation de logement familial ou allocation de logement à caractère social), lorsque la personne est locataire ;

- de la partie de la PCH relative aux besoins d'aménagement du logement, dans des limites définies par l'arrêté du 28 décembre 2005 : 10 000 euros pour tout aménagement du logement pour toute période de 10 ans et 5 000 pour tout aménagement du véhicule pour toute période de 5 ans ;

- une TVA réduite à 10 % pour tout occupant d'un logement qui effectue des travaux d'amélioration, de transformation ou d'aménagement dans un logement ;

- enfin, pour les bénéficiaires de l'AAH avec un taux d'incapacité permanente supérieur à 80 % et qui perçoivent déjà une aide au logement, la majoration pour la vie autonome (MVA) peut être versée en complément de l'AAH.

La pluralité de ces financeurs et de ces canaux nuit considérablement à la lisibilité du financement de l'aménagement du logement. De toute évidence, et en cohérence avec la position qu'il a précédemment défendue relative à la mutualisation de la PCH, votre rapporteur considère que le principal canal de financement de l'aménagement du logement doit être la PCH. Il conviendrait dans ce cas de corriger son plafonnement, et de la fusionner avec les différents dispositifs d'aides pour le logement existants.

Proposition n° 35 : faire de la PCH le principal canal de financement de l'aménagement du logement en la fusionnant avec les différents dispositifs d'aide au logement et en corrigeant ses montants plafonnés.

d) La PCH comme financeur exclusif du transport

Le remboursement des frais de transport d'une personne handicapée accompagnée **sur un autre mode que le mode permanent** est un autre grand sujet dont les ramifications financières posent problème.

A priori, les dépenses directement consécutives aux transports de la personne handicapée ne rentrent pas, par leur nature, dans le périmètre des dépenses médicales. Depuis 2005, elles sont normalement couvertes par les diverses prestations de compensation auxquelles elle a par ailleurs droit¹.

Pour les *adultes*, l'article L. 245-3 du CASF dispose à ce titre que la prestation de compensation du handicap (PCH) peut être affectée à « d'éventuels surcoûts résultant de son transport » ; pour les *enfants*, l'attribution de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) ne fait pas obstacle, sous certaines conditions, à ce que qu'un complément de PCH soit spécifiquement alloué aux surcoûts liés aux frais de transport (article L. 245-1).

Pour autant, dans le cas des **adultes handicapés**, l'article L. 344-1-2 du CASF prévoit que les frais de transport entre le domicile et l'établissement, s'il s'agit d'un *accueil de jour* en MAS ou en FAM, soient intégralement pris en charge par les structures et financés par l'assurance maladie. Il en est de même, aux termes de l'article L. 344-3, des frais de transport *collectif* entre le domicile de la personne et l'établissement lui assurant une activité professionnelle protégée.

Dans le cas des « **mineurs et des jeunes adultes handicapés** », l'article R. 314-121 du CASF spécifie quant à lui que « la dotation globale des services qui prennent en charge, sur décision de la CDAPH ou dans le cadre de l'intégration scolaire, de jeunes handicapés [il s'agit essentiellement des Sessad], *peut* comporter **la couverture des frais de déplacements de ces jeunes handicapés**, afin de permettre des prises en charges collectives venant en complément des prises en charges individuelles ».

Alors que la prise en charge des frais de transport était assurée depuis la loi de 2002 par l'assurance maladie, l'introduction en 2005 de la PCH a considérablement compliqué la lisibilité du dispositif et expose les familles au même **inextricable duel de financeurs** que pour les soins complémentaires. Une structure pour enfant ou jeune adulte handicapé, au motif que l'article R. 314-121 du CASF ne prévoit que la *possibilité* d'une prise en charge financière des transports collectifs, peut en toute légalité renvoyer à la PCH pour le financement des trajets individuels ; les MAS et les FAM peuvent également s'abstenir de financer les trajets de retour ponctuel à

¹ Ces prestations feront l'objet de développements ultérieurs.

domicile de leurs résidents qui ne sont pas en accueil de jour ; un ESAT est en droit de ne pas financer le trajet individuel d'un de ses travailleurs, mais est dans l'obligation de financer les trajets collectifs...

La solution réside, selon votre rapporteur, dans une **remise à plat du financement des transports**. Il est tout à fait compréhensible que le législateur ait initialement voulu, sur le modèle des transports d'hospitalisation, faire assumer à la structure d'accompagnement le financement des trajets la séparant du domicile. Cette assimilation du modèle sanitaire et du modèle médico-social n'est cependant plus justifiée depuis l'introduction d'une prestation de compensation spécifiquement dédiée à l'atténuation des entraves liées au handicap, **en-dehors** de l'établissement ou du service. Votre rapporteur préconise donc que **la prise en charge des transports ne relève plus de la dotation versée aux structures par l'assurance maladie et soit intégralement couverte par la PCH**.

Proposition n° 36 : identifier clairement l'attributaire de la PCH comme unique financeur des frais de transport.

e) La PCH versée à une personne admise en établissement : le postulat discutable d'une économie d'échelle

L'admission d'une personne handicapée dans un établissement médico-social ne l'empêche pas de bénéficier du versement de la PCH au titre de la compensation de ses handicaps. Plusieurs **mécanismes de dégrèvement** sont néanmoins prévus par la réglementation en vigueur :

- l'article D. 245-74 du CASF dispose en effet que l'hébergement dans un établissement médico-social intervenu *après l'attribution de la PCH* **réduit de 90 %**, dans les limites d'un montant minimum et d'un montant maximum fixés par arrêté, le montant de **l'élément de la PCH au titre de l'aide humaine** versé antérieurement à l'admission. Cette réduction intervient au-delà de 45 jours consécutifs de séjour ou de 60 jours lorsque la personne handicapée est dans l'obligation de licencier de ce fait son ou ses aides à domicile. Ce même article prévoit par ailleurs que si l'hébergement intervient *en même temps que la demande de PCH*, la CDAPH décide de l'opportunité du versement de l'élément relatif à l'aide humaine et, si elle l'autorise, détermine un montant journalier ;

- les articles D. 245-75 et D. 245-78 prévoient quant à eux que la CDAPH fixe le montant de **l'élément de la PCH au titre de l'aide technique et de l'aide exceptionnelle** en fonction des besoins que l'établissement ne couvre pas habituellement dans le cadre de ses missions.

Ces dégrèvements, qui reposent sur le postulat implicite d'une « **économie d'échelle** » réalisée par la personne handicapée sur son accompagnement du fait d'un accueil en établissement, ne se justifient pas. Ce postulat n'est étayé que par l'idée reçue qu'un établissement est en mesure d'offrir à la personne un accompagnement nécessairement supérieur

à celui qu'elle sollicite par ailleurs au titre de la compensation. Elle suppose également une vision restrictive de l'aide humaine, restreinte au strict accompagnement des actes de la vie quotidienne.

Or si l'on admet que l'accompagnement assuré par une structure repose sur un ensemble de prestations **distinctes** (suivi médicalisé, hébergement, restauration, entretien) de celles fournies par un service d'accompagnement social (compensation du handicap, aides personnalisées, aide à la vie sociale, besoins éducatifs), on en déduit que l'économie d'échelle pour un attributaire de la PCH accueilli en établissement n'a **rien d'automatique** et que **ses besoins en compensation ne connaîtront pas nécessairement de diminution du fait de cet accueil**.

Il n'est cependant pas question de considérer de façon trop cloisonnée les deux types d'interventions par la structure et par le service. Dans certains cas, l'accueil en établissement est effectivement susceptible de temporairement réduire le besoin en aides humaines (notamment de portage de repas ou d'aide-ménagère) et/ou aides techniques. Cette réduction doit tout de même être *objectivée* et *individualisée*, et **ne peut faire l'objet d'une mesure uniforme de diminution de 90 % de l'aide humaine versée**.

Elle doit surtout être repensée à l'aune des nouvelles fonctionnalités modulaires dont se dotent les structures. Les PCPE ont été précédemment évoquées comme une **ressource supplémentaire de prestations, adossée à l'établissement et financée par le forfait versé à la structure**, mais garantissant tout de même à la personne concernée le choix du professionnel intervenant. Une personne handicapée maintenue à domicile peut financer par la PCH l'ensemble des aides humaines que son état requiert, ces dernières allant de l'aide domestique et de l'aide à la vie sociale (Saad, SAVS) aux interventions paramédicales (Ssiad) et aux besoins éducatifs (Sessad). La réglementation actuelle part du principe – très discutable – qu'en cas d'admission de cette personne en établissement, l'ensemble de ces prestations sera couvert par la structure d'accueil et que l'attribution de la PCH ne se justifie plus.

Si l'établissement est doté d'un PCPE, la continuité de ces prestations pourra certes être assurée, mais leur financement relèvera d'un circuit différent, ce qui nuira à sa lisibilité. Si l'établissement n'est pas doté d'un PCPE, ce qui reste la très grande majorité des cas, la continuité des prestations financées par la PCH ne sera que très faiblement assurée. C'est pourquoi votre rapporteur suggère que **les règles d'attribution de la PCH en établissement soient revues**.

f) Pour une fusion de la PCH enfants et de l'AEEH

La lisibilité de la PCH doit être améliorée, notamment pour le cas des enfants handicapés, qui peuvent donner lieu au versement concurrent d'une PCH ainsi que d'une allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH).

**L'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) :
une allocation à fusionner avec la PCH**

L'article L. 541-1 du code de la sécurité sociale (CSS) dispose que toute personne qui assume la charge d'un enfant handicapé a droit à une allocation d'éducation de l'enfant handicapé. Bien qu'improprement dénommée « allocation », l'AEEH, anciennement allocation d'éducation spéciale (AES), **partage les objectifs de la PCH** et a vocation à compenser les difficultés engendrées par le handicap de l'enfant, sans être soumise à condition de ressources.

Le montant de base s'élève à 131,81 euros. En cas de handicap particulièrement grave engendrant des dépenses particulièrement coûteuses, un **complément d'AEEH** peut être accordé, pouvant porter l'ensemble jusqu'à 1 250,39 euros.

Le maintien de l'AEEH s'explique par des raisons largement historiques – l'AES ayant été créée en 1985 et la loi du 11 février 2005 instaurant la PCH ayant préféré la renommer plutôt que l'absorber – et **complexifie considérablement** le financement de la compensation du handicap de l'enfant, en introduisant une gradation du handicap (en 6 degrés) qui ne vaut que pour elle.

La grande différence avec la PCH réside dans sa **vocation généraliste**, alors que cette dernière est expressément orientée vers certains besoins limitativement énumérés. Ainsi, les bénéficiaires de l'AEEH peuvent opter entre :

- la PCH de droit commun lorsque le handicap de leur enfant provoque l'un de ces besoins, mais ne peuvent alors prétendre au complément d'AEEH ;
- le seul élément de la PCH finançant les besoins d'aménagement de logement ou de véhicule et conservent ainsi le bénéfice du complément d'AEEH.

L'intégration fautive de l'AEEH aux dispositifs de solidarité s'explique par un décret du 29 mars 2002¹, qui la présente implicitement comme un revenu de remplacement consécutif à l'interruption de travail de l'un des deux parents, alors que le décret du 17 décembre 1985² consacrait pleinement sa mission de compensation.

Par ailleurs, les montants assurés par le complément d'AEEH n'obéissent pas aux mêmes règles d'évolution que les revenus de remplacement classiques, mais ont bien pour mission de compenser les frais d'éducation et de soins apportés à un enfant en situation de handicap.

Compte tenu des besoins spécifiques qu'elle a vocation à couvrir, il paraîtrait plus judicieux de **l'intégrer à la PCH pour former une « PCH enfants »**.

Proposition n° 37 : rapprocher l'AEEH de la PCH pour former une véritable prestation de compensation des handicaps de l'enfant.

¹ Décret n° 2002-422 du 29 mars 2002 relatif à la création de six catégories de complément d'allocation d'éducation spéciale.

² Décret n° 85-1353 du 17 décembre 1985 relatif au code de la sécurité sociale.

C. L'AMBITION D'UN ACCOMPAGNEMENT MÉDICO-SOCIAL RATIONALISÉ

À la lumière des développements précédents, votre rapporteur propose de retenir une **répartition simple** pour le financement de l'accompagnement médico-social des personnes handicapées :

- à l'**ARS** reviendrait le financement de tout accompagnement médical, paramédical et aide technique. S'y ajouteraient les dépenses d'éducation spécialisée pour le cas des enfants handicapés accueillis en milieu spécialisé ou suivis par un Sessad ;

- à la **PCH** reviendrait le financement de tout accompagnement social requérant des aides humaines non médicales et des aides d'aménagement spécifique, notamment du logement.

1. Maintenir un financement départemental pour les aides humaines

L'une des principales difficultés liées au financement de l'accompagnement social de la personne handicapée réside dans l'échelon départemental et les risques d'iniquité territoriale qu'il suppose.

Il est avant toute chose important de signaler que, bien que versée par le conseil départemental, la PCH obéit à plusieurs critères définis par arrêté ministériel. L'arrêté du 28 décembre 2005¹ définit les montants attribuables au titre des aides techniques, des aides pour le logement et des aides animalières. Ce sont essentiellement les **aides humaines**, qui sont fréquemment dénoncées comme **variables d'ajustement départementales de l'attribution de la PCH**. Il est à ce titre important de signaler que les aides humaines visées sont celles qui ne relèvent pas exclusivement du champ de l'assurance maladie ; il s'agit donc des **aides d'insertion à la vie sociale** (SAVS), des **aides à domicile** (SAAD) et des **aides médicalisées cofinancées par le conseil départemental** (Samsah).

Le même arrêté du 28 décembre 2005 précise que le montant *maximal* (et non attribuable) versé à la personne au titre de l'aide humaine est égal « au tarif horaire le plus élevé » entre le tarif défini par le président du conseil départemental et le tarif indiqué par un autre arrêté du même jour². Le tableau ci-dessous en retrace les principales modalités.

¹ Arrêté du 28 décembre 2005 fixant les montants maximaux attribuables au titre des éléments de la prestation de compensation.

² Arrêté du 28 décembre 2005 fixant les tarifs de l'élément de la prestation de compensation mentionné au 1° de l'article L. 245-3 du code de l'action sociale et des familles.

Les tarifs de la PCH appliqués à l'aide humaine et la marge de manœuvre départementale

La personne emploie une aide humaine en...	Tarif indiqué par arrêté	Possibilité de modalité par le PCD
Emploi direct	13,78 euros par heure	Non
Emploi direct avec réalisation de gestes prescrits par un médecin	14,46 euros par heure	Non
Service mandataire	15,16 euros par heure	Non
Service mandataire avec réalisation de gestes prescrits par un médecin	15,91 euros par heure	Non
Service prestataire (dans la plupart des cas autorisé par le conseil départemental)	17,77 euros par heure	Le tarif peut être fixé par convention entre le PCD et le service prestataire

Source : Arrêté du 28 décembre 2005

Une observation s'impose d'emblée : la marge de manœuvre du conseil départemental semble *a priori* limitée dans l'attribution de la PCH. On ne doit néanmoins pas perdre de vue que, dans les cas très majoritaires où la personne handicapée fait appel à une aide humaine **par le biais d'un service** compétent qui en assure la coordination et le pilotage, le conseil départemental dispose en plus d'un second levier de tarification, à savoir le financement de ce service. En effet, l'article R. 314-130 du CASF dispose que les services d'aide à domicile relevant de sa compétence exclusive (SAAD, SAVS) ou conjointe (Samsah) sont financés par un tarif horaire pour chaque aide à domicile, auxiliaire de vie sociale ou technicien d'intervention sociale et familiale.

Votre rapporteur identifie là un **risque de friction**¹ entre, d'une part, le tarif horaire versée à la personne handicapée au titre de l'aide humaine qu'elle requiert, dont les montants sont très largement déterminés par arrêté, et d'autre part le tarif horaire versé directement aux services par le conseil départemental pour leur fonctionnement, dont les montants sont librement fixés.

Dans le cas le « tarif de fonctionnement » serait d'un niveau trop limité, les services d'aide à domicile pourraient tout à fait faire peser sur les personnes handicapées un **surcroît de financement que leur « tarif PCH » ne suffirait pas à absorber**.

¹ Déjà soulevé par notre ancien collègue G. LABAZÉE, dans sa mission confiée par le Premier ministre sur la tarification et les perspectives d'évolution des services d'aide et d'accompagnement à domicile, remis en mars 2017.

Par ailleurs, un autre risque concerne l'**incitation** (parfois explicite) **des conseils départementaux faite aux personnes handicapées de recourir à des services mandataires**, moins coûteux pour les finances départementales, au mépris de la liberté de choix reconnue à la personne par la loi. Or le service mandataire se distingue du service prestataire en faisant de la personne handicapée l'employeur de l'intervenant à domicile, avec la responsabilité afférente.

C'est pourquoi un référentiel de bonnes pratiques a été édicté en novembre 2016 avec, au nombre de ses indications, la **recommandation du mode prestataire** en cas de dépendance importante et l'**alignement des tarifs de fonctionnement sur les tarifs PCH** pour les Saad recevant un tarif de fonctionnement inférieur au tarif PCH. Relativement médiatisées pour le cas des personnes âgées, ces questions de la liberté du choix du service et de l'alignement des tarifs pour le cas de la PCH semblent relativement ignorées.

Proposition n° 38 : revêtir d'un impact normatif les recommandations relatives à la liberté de choix du service d'aide à domicile pour la personne handicapée ainsi que l'alignement du tarif de fonctionnement sur le tarif PCH pour les services « sous-tarifés ».

D'un point de vue strictement financier, votre rapporteur n'estime pas ces risques d'iniquité territoriale, susceptibles d'être corrigés par arrêté ministériel, de nature à questionner l'attribution au conseil départemental de l'accompagnement social de la personne handicapée.

2. Un nouveau schéma de financement qui assure la complémentarité des financeurs

À partir de ses préconisations, votre rapporteur suggère l'architecture suivante pour un nouvel accompagnement médico-social.

Schéma global de l'accompagnement médico-social de la personne handicapée

Enfant					
Suivi par des services			Accueilli en établissement		
Financeur	Mode d'intervention	Finalité	Finalité	Mode d'intervention	Financeur
Conseil départemental	PCH enfant consolidée (PCH + AEEH)	Aides humaines supplémentaires Aménagements du logement ou du véhicule	Aides humaines supplémentaires Aménagements du logement ou du véhicule	PCH enfant consolidée et aménagée (PCH + AEEH)	Conseil départemental
ARS	Centre d'aide technique	Aides techniques	Aides techniques	Centre d'aide technique	ARS
	Dotation globale	Accompagnement médical et paramédical	Scolarité Accompagnement médical et paramédical	Dotation globale	
Éducation nationale	AVS	Scolarité en milieu ordinaire ou en milieu adapté			

Adulte					
Suivi par des services			Accueilli en établissement		
Financeur	Mode d'intervention	Finalité	Finalité	Mode d'intervention	Financeur
CAF	Aides au logement	Alléger le coût du logement	Aides humaines supplémentaires Aménagements du logement ou du véhicule	PCH aménagée	Conseil départemental
ARS	Centre d'aide technique	Aides techniques	Aides techniques	Centre d'aide technique	ARS
CPAM	Soins de ville	Accompagnement médical et paramédical	Accompagnement médical et paramédical	Dotation globale	
Conseil départemental	PCH	Aides humaines Aménagements du logement ou du véhicule			

Source : Commission des affaires sociales

Plusieurs principes structurent ce modèle :

- la **spécialité des financeurs** : chaque intervention relève d'un financeur unique, dont la désignation dépend des implications médicales et paramédicales de son action. Le financement doit relever de l'assurance maladie pour tout suivi, tout accueil ou tout aide technique relevant d'un besoin médical ou paramédical identifié par un professionnel de santé. Tout autre besoin (aide humaine, insertion dans la vie sociale, aménagement du cadre de vie) doit relever du financement de la compensation ;

- en cas d'accueil en établissement, **le financement doit être simplifié et unifié**. À l'exception des foyers de vie, dont le nombre a de toute façon vocation à diminuer, l'ensemble des établissements d'accueil devrait être assuré par l'assurance maladie ;

- en cas de suivi par des services, **la pluralité des financeurs ne pose pas de problème** et découle directement de la liberté dont dispose la personne dans la composition de son parcours.

3. La question délicate du gestionnaire de cas

Une fois posés les grands principes du modèle financier à venir, il reste à traiter d'une question fondamentale : faire de la personne handicapée l'acteur principal de son parcours n'a de sens que si cette dernière dispose de l'appui nécessaire pour l'aider à en décider.

Votre rapporteur souhaite distinguer deux cas : celui où la personne handicapée est accompagnée par un **aidant familial**, le plus souvent un parent proche¹, et celui où elle se trouve **isolée** dans la construction de son parcours.

- Dans le cas d'une personne handicapée accompagnée par un **aidant**, plusieurs dispositifs de facilitation existent déjà, notamment de dédommagement financier. L'article L. 245-12 du CASF prévoit en effet que la personne handicapée peut employer sa PCH au dédommagement d'un aidant familial qui n'a **pas de lien de subordination avec la personne**². Il ne s'agit donc pas d'un rapport salarial.

L'arrêté du 28 décembre 2005 précise que ce dédommagement est égal à 3,80 euros par heure (50 % du Smic horaire net) ou à 5,70 euros par heure (75 % du Smic horaire net) si l'aidant familial est dans l'obligation de cesser ou de renoncer totalement ou partiellement à une activité professionnelle.

¹ Aux termes de l'article R. 245-7 du CASF, est considéré comme un aidant familial « le conjoint, le concubin, la personne avec laquelle la personne handicapée a conclu un pacte civil de solidarité, l'ascendant, le descendant ou le collatéral jusqu'au quatrième degré de la personne handicapée, ou l'ascendant, le descendant ou le collatéral jusqu'au quatrième degré de l'autre membre du couple qui apporte l'aide humaine ».

² Cette situation se distingue de celle où la personne handicapée emploie directement un membre de sa famille comme salarié et le rémunère.

L'arrêté précise par ailleurs que le dédommagement mensuel ne peut dépasser 979,77 euros (85 % du Smic mensuel net) ou 1 175,72 euros (majoration de 20 %) lorsque l'aidant familial n'exerce aucune activité professionnelle lorsque l'aide apportée nécessite une aide constante ou quasi-constante.

Votre rapporteur regrette que la majoration de 20 % ne soit accordée à l'aidant familial que dans le cas où ce dernier interrompt totalement toute activité professionnelle, alors que la majoration horaire s'applique même en cas d'interruption partielle.

Par ailleurs, aucun texte ne fait mention explicite de la **mission de coordination** de l'ensemble des prestataires intervenant autour de la personne que l'aidant familial assume en-dehors de l'aide directe qu'il apporte. Il paraîtrait opportun que le dédommagement connaisse une majoration particulière liée à cette mission de coordination, qui ferait de l'aidant familial une sorte de gestionnaire de cas *de facto*.

À cette fin particulière, la proposition de loi relative à la reconnaissance du rôle des proches aidants déposée par notre collègue Jocelyne Guidez et plusieurs de ses collègues¹ comporte un dispositif susceptible de faciliter l'identification de l'aidant comme gestionnaire de cas.

L'article 6 de la PPL Guidez

Aux termes de cet article, le proche aidant ou aidant familial de la personne handicapée est destinataire d'une **carte de l'aidant** « portant à sa connaissance l'ensemble des droits dont il peut bénéficier ainsi que les ressources disponibles pour l'accompagner ».

Par ailleurs, l'article prévoit que les bénéficiaires de la PCH puissent nommer une **personne de confiance** au sens de l'article L. 1111-6 du code de la santé publique, qui sera consultée au cas où le bénéficiaire serait hors d'état d'exprimer sa volonté ou de recevoir l'information nécessaire et qui pourra l'accompagner dans toutes ses démarches. Le proche aidant ou l'aidant familial pourra être désigné par le bénéficiaire comme personne de confiance.

Votre rapporteur suggère que la mission de la personne de confiance, définie au code de la santé publique dans des termes strictement limités aux interventions médicales, soit élargie à la coordination du parcours d'ensemble de la personne handicapée et que l'attribution de cette qualité ouvre droit à une majoration du dédommagement financier reçu par l'aidant.

Proposition n° 39 : élargir la mission de la personne de confiance définie au code de la santé publique à la coordination du parcours de la personne handicapée et prévoir en conséquence une majoration du dédommagement financier reçu à ce titre.

¹ Proposition de loi visant à favoriser la reconnaissance des proches aidants : un enjeu social et sociétal majeur, n° 565, déposée au Sénat le 12 juin 2018.

- Dans le cas d'une personne handicapée **isolée**, les tâches du gestionnaire de cas doivent être assumées par un tiers extérieur. Malgré leurs missions déjà nombreuses et difficilement absorbables, les **MDPH** semblent l'acteur tout indiqué pour exercer ce rôle. Elles sont en effet à l'origine des notifications d'orientation et seront par ailleurs destinataires de toutes les informations relatives au parcours de la personne *via* le module d'information Via Trajectoire PH.

Cela étant, dans l'hypothèse où, selon les vœux de votre rapporteur, les informations relatives au parcours de la personne sont partagées par l'ensemble des intervenants composant ce parcours, il paraît tout à fait envisageable qu'**un de ces intervenants, a priori celui qui assure le suivi le plus important, assume le rôle de gestionnaire de cas**. L'hypothèse a d'ailleurs été soulevée par M. Denis Piveteau, selon lequel un établissement ou un service serait tout à fait désigné pour exercer une compétence d'assemblage du parcours, à côté de sa compétence d'accompagnement.

Proposition n° 40 : étudier les modalités selon lesquelles l'un des intervenants du parcours de la personne handicapée isolée pourrait jouer le rôle de gestionnaire de cas.
--

LISTE DES SIGLES

AAC	Appel à candidatures
AAH	Allocation de l'adulte handicapé
AAP	Appel à projet
ADF	Assemblée des départements de France
AEEH	Allocation d'éducation de l'enfant handicapé
AES	Accompagnant éducatif et social
AESH	Accompagnant des élèves en situation de handicap
ANAP	Agence nationale d'appui à la performance
ARS	Agence régionale de santé
Asip santé	Agence des systèmes d'information partagée de santé
ASV	Adaptation de la société au vieillissement
ATC	Autorité de tarification et de contrôle
ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
AVS	Auxiliaire de vie scolaire
CAF	Capacité d'autofinancement
CAMSP	Centre d'action médico-sociale précoce
Casa	Contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie
CASF	Code de l'action sociale et des familles
CDAPH	Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées
CICE	Crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi
CIH	Comité interministériel du handicap
CI-SIS	Cadre d'interopérabilité des systèmes d'information de santé
CITS	Crédit d'impôt de taxe sur les salaires
CLIS	Classe pour l'inclusion scolaire
CMPP	Centre médico-psycho-pédagogique
Cnam	Caisse nationale d'assurance maladie
CNH	Conférence nationale du handicap
CNOSS	Comité national de l'organisation sanitaire et sociale
CNR	Crédits non reconductibles
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
Cpam	Caisse primaire d'assurance maladie
CPO	Centre de préorientation professionnelle
Cpom	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CRA	Centre de ressources autisme

CREAI	Centre régional d'études, d'actions et d'informations
CRP	Centre de rééducation professionnelle
CRPA	Compte de résultat prévisionnel annexe
CRPP	Compte de résultat prévisionnel principal
CSA	Contribution de solidarité pour l'autonomie
CSS	Code de la sécurité sociale
CUI	Contrat unique d'insertion
DGCS	Direction générale de la cohésion sociale
Dop	dispositif d'orientation permanent
DREES	Direction des recherches, de l'évaluation et des études statistiques
DRL	Dotation régionale limitative
EDC	Enquête de coûts
EEAP	Établissement pour enfants et adolescents polyhandicapés
Ehpad	Établissement d'hébergement des personnes âgées dépendantes
ENC	Étude nationale de coûts
EPE	Équipe pluridisciplinaire d'évaluation
EPRD	État des prévisions de recettes et de dépenses
Esat	Établissement et service d'aide par le travail
ESMS	Établissement et service médico-social
ETP	Équivalent temps plein
FAM	Foyer d'accueil médicalisé
FDC	Fonds départemental de compensation du handicap
Finess	Fichier national des établissements sanitaires et sociaux
GCSMS	Groupement de coopération sociale ou médico-sociale
GEVA	Guide d'évaluation des besoins de compensation des personnes handicapées
GOS	Groupe opérationnel de synthèse
GTN	Groupe technique national
GVT	Glissement vieillesse technicité
HAS	Haute Autorité de santé
IEM	Institut d'éducation motrice
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
IGB	Indice global des besoins
IGEN	Inspection générale de l'éducation nationale
IGF	Inspection générale des finances
IME	Institut médico-éducatif
ITEP	Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique
LFSS	Loi de financement de la sécurité sociale
Loi ELAN	Loi relative à l'évolution du logement, de l'aménagement et du numérique

Loi HPST	Loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
LPP	Liste des produits et prestations remboursables
MAS	Maison d'accueil spécialisée
MDPH	Maison départementale des personnes handicapées
NIR	Numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques
OGD	Objectif global de dépenses
PA	Personne âgée
PAG	Plan d'accompagnement global
PAI	Plan d'aide à l'investissement
PCH	Prestation de compensation du handicap
PCPE	Pôle de compétences et de prestations externalisées
PH	Personne handicapée
PLFSS	Projet de loi de financement de la sécurité sociale
PPC	Plan personnalisé de compensation
PPH	Plan pluriannuel du handicap
PPS	Projet personnalisé de scolarisation
Priac	Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
RGPD	Règlement général sur la protection des données
ROR	Répertoire opérationnel de ressources
RSA	Revenu de solidarité active
SAAD	Service d'aide et d'accompagnement à domicile
Samsah	Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés
SAVS	Service d'accompagnement à la vie sociale
Serafin-PH	Services et établissements : réforme pour une adéquation des financements aux parcours des personnes handicapées
Sessad	Service d'éducation spécialisée et de soins à domicile
SI	Système d'informations
Spasad	Service polyvalent d'aide et de soins à domicile
SPE	Service public de l'emploi
SROMS	Schéma régional de l'offre médico-sociale
Ssiad	Service de soins infirmiers à domicile
TISF	Technicien d'intervention sociale et familiale
TS	Taxe sur les salaires
TSA	Trouble du spectre autistique
UEM	Unité d'enseignement en maternelle
ULIS	Unité localisée pour l'inclusion scolaire

EXAMEN EN COMMISSION

Réunie le mercredi 10 octobre 2018 sous la présidence de M. Alain Milon, président, la commission des affaires sociales examine le rapport d'information de M. Philippe Mouiller, rapporteur, au nom du groupe de travail réuni sur le financement de l'accompagnement médico-social des personnes handicapées.

M. Philippe Mouiller, rapporteur. – Je suis particulièrement heureux de vous présenter le fruit d'un travail de plus de neuf mois. Avec sept de nos collègues - notre président Alain Milon, Michel Amiel, Stéphane Artano, Daniel Chasseing, Nassimah Dindar, Michelle Meunier et Dominique Watrin – j'ai eu le plaisir de conduire un groupe de travail qui s'est donné pour mission de réfléchir au financement de l'accompagnement du handicap. Nos travaux, qui ont donné lieu à l'audition de plus d'une quarantaine d'organismes et de personnalités ainsi qu'à deux déplacements, aboutissent aujourd'hui à un ensemble de conclusions que nous avons souhaité les plus opérationnelles possible, même si certaines d'entre elles interrogent le modèle en profondeur.

Permettez-moi d'abord de rappeler les motifs qui m'ont poussé à proposer à notre commission la réalisation d'un tel travail. L'accompagnement des personnes handicapées poursuit depuis la grande loi du 11 février 2005 l'objectif de construire une société inclusive. Ces deux mots résument l'intention de nos pouvoirs publics d'adapter le monde aux spécificités que présentent les personnes handicapées, plutôt que de leur ménager des espaces réservés en marge du reste de la cité. L'ambition de notre travail ne pouvait faire l'économie de l'examen de cette hypothèse, qui contient tout l'esprit de nos politiques publiques du handicap.

Naturellement, nous y souscrivons. Nous nous joignons sans détours aux projets qui luttent contre les discriminations et brisent les tentations faciles du cadre aménagé, qui ne produisent que du repli et de l'exclusion. Nous ne perdrons néanmoins pas de vue, mes chers collègues, que le mouvement impulsé de la « désinstitutionnalisation », qui consiste à réclamer la fermeture de tous les lieux qui, même pour des motifs de protection, isoleraient les personnes handicapées du reste du monde, n'est pas sans quelques risques.

Ce postulat inaugural, qu'ont inspiré de nombreux acteurs associatifs auditionnés qui nous ont fait part de leur inquiétude face au ralentissement des créations de places, a fortement irrigué notre travail. J'en appelle, au long des pages du rapport que je vous présente, à la défense d'une désinstitutionnalisation raisonnée et maîtrisée. Ne mêlons pas dans une même condamnation l'établissement médico-social qui, par un accompagnement adapté, parvient à inclure la personne mieux que le milieu ordinaire ne l'aurait jamais fait de celui qui aggrave son isolement.

L'importance de ce préambule est d'autant plus forte que nous sommes engagés dans un profond changement quant à la dynamique créatrice de l'offre médico-sociale à destination des personnes handicapées. La période des plans nationaux de créations de places semble avoir récemment laissé le champ aux stratégies nationales, terme désormais consacré, qui préfèrent le réaménagement et le redéploiement de l'offre existante à l'effort quantitatif.

Tout en accueillant favorablement l'ambition du Gouvernement d'œuvrer à des offres plus inclusives, maintenons notre vigilance sur une intention qui risque de se traduire in fine par une stagnation de notre offre, alors que les besoins n'ont jamais été aussi pressants. L'un des instruments de cette vigilance pourrait être le rôle accru des conseils départementaux, dont je rappelle que la loi prévoit explicitement le primat en matière sociale mais dont les prescriptions ne viennent bien souvent qu'en simple appui des directions définies par les agences régionales de santé (ARS).

De façon générale, notre travail nous a mené à dresser le constat d'une offre essentiellement descendante, traduisant sur le terrain des décisions prises parfois sans avoir pris ses réalités en compte. L'un des maîtres-mots de ce rapport vise à introduire un mouvement allant davantage du bas vers le haut, plus soucieux du lien entre le besoin du terrain et la décision d'implantation.

Une fois ces premiers constats posés, l'ampleur de notre sujet nous a conduits à poser le problème en deux temps. Il nous a d'abord fallu nous interroger sur les caractères de l'accompagnement et faire le point sur les nombreux chantiers engagés par le Gouvernement depuis quelques années, avant de nous pencher plus précisément sur les formes de son financement et les modifications à lui apporter, dans le cadre que nous nous sommes imposé de raisonner à budget constant. Je vous rappelle à cet égard que le financement du handicap représente un montant global de près de 30 milliards d'euros, dont 11 milliards au titre de l'Ondam médico-social, 11 milliards au titre de l'allocation de l'adulte handicapé (AAH) et 8 milliards au titre de la prestation de compensation du handicap (PCH).

L'accompagnement tout d'abord.

Ce qui frappe en première analyse, c'est l'extraordinaire complexité d'un paysage où se mêlent de manière indistincte plusieurs missions, plusieurs personnels et plusieurs financeurs. L'écheveau complexe de l'offre médico-sociale à destination des personnes handicapées est à mon sens le reflet d'une incapacité, encore d'actualité, de véritablement désigner la nature de la politique publique du handicap. Politique de santé, politique de solidarité, politique de compensation. L'hésitation constante entre ces trois options s'est progressivement manifestée dans une offre dont les contours labiles achèvent aujourd'hui de brouiller l'analyse, et sont d'autant plus inquiétants qu'ils constituent encore l'unique déterminant des politiques publiques.

Voici plusieurs années que les Gouvernements successifs ont en effet pris conscience des écueils d'un modèle d'accompagnement qui se définit essentiellement par les formes que prend l'offre. Encore aujourd'hui, le principal déterminant d'une couverture territoriale suffisamment étoffée reste le nombre de places. Cet indicateur, dont on use pour mesurer les sur- ou les sous-dotations, restreint l'accompagnement à la qualification d'un établissement ou d'un service unique, et n'en traduit que très imparfaitement la pertinence.

Le pilotage par la place entretient par ailleurs un tropisme de la structure, et maintient d'importants cloisonnements entre acteurs de l'accompagnement, là où l'on souhaite au contraire introduire plus de fluidité et de porosité.

Les deux grands modes d'accompagnement que nous avons étudiés, le travail et le milieu médico-social, nous en ont montré de nombreux exemples.

Pour ce qui regarde le travail, j'avais eu l'occasion de relever devant vous, lors de l'examen du projet de loi portant sur la liberté de choisir son avenir professionnel, la rigidité de la tripartition entre milieu ordinaire, milieu adapté et milieu protégé. Bien que certains des amendements de notre commission aient à cet égard été retenus, le chantier reste entier. Les passerelles qui doivent permettre le passage d'un travailleur d'Esat vers une entreprise adaptée ou vers le milieu ordinaire sont insuffisamment développées et contribuent à la fixation de sphères professionnelles trop hermétiques.

Ces difficultés sont aggravées par la grande division des acteurs publics chargés de l'insertion et du maintien dans l'emploi des personnes handicapées, que je propose de réunir dans un seul et unique service public de l'emploi dédié. La pluralité des acteurs et des financements, entre Pôle emploi, les Cap emploi, les Sameth et les missions locales, sont les symptômes d'une politique menée en ordre trop dispersé.

Par ailleurs, compte tenu des modalités de leur financement, j'estime urgent que soit posée la question de la nature des ESAT. Principalement financés par des dotations de l'assurance maladie et par une garantie de rémunération versée par l'État, on ne peut faire reposer l'avenir de leur équilibre financier sur le dynamisme de leur budget commercial, surtout depuis que la loi a redéfini les modalités de l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés (OETH) dans un sens qui risque de leur être moins favorable. Leur vocation médico-sociale doit à mon sens être réaffirmée.

C'est d'ailleurs cet accompagnement médico-social qui mobilise actuellement le Gouvernement dans l'engagement du virage inclusif. On assiste petit à petit à l'éclosion de formules plus attentives au parcours de vie, plus respectueuses des spécificités de chacun : la réponse accompagnée pour tous (RAPT) en est l'exemple le plus connu, mais je pourrais aussi vous citer les pôles de compétences et de prestations externalisées (PCPE), dont le rôle est d'élargir en souplesse la palette des services disponibles dans un établissement, ou bien encore le développement de l'habitat inclusif récemment instauré par la loi ELAN.

Une vigilance doit néanmoins être maintenue sur l'activation des nouveaux outils gestionnaires dans lesquels on place, à mon sens, des attentes excessives. Il s'agit des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (Cpom) et des états prévisionnels de recettes et de dépenses (EPRD). De quoi s'agit-il précisément ? D'instruments budgétaires et juridiques mis à la disposition des gestionnaires de structures afin de faciliter la coordination des différentes entités qu'ils contrôlent. Les pouvoirs publics incitent fortement depuis 2015 à ce que les acteurs de l'accompagnement s'emparent de ces outils pour abattre les cloisons au sein des périmètres dont ils ont la gestion ; le risque d'une telle démarche, présentée comme l'un des ingrédients de la construction de parcours individualisés, réside dans la création de grandes filières d'accompagnement. Mal régulée, cette mesure aurait certes pour effet d'« abattre les murs » autour de la personne, mais ce ne serait en fait que pour lui substituer les parois d'un tunnel, qui la ferait passer d'établissement en établissement tout au long de son accompagnement.

C'est pourquoi je suis persuadé que le bien-fondé des Cpom et des EPRD reste étroitement conditionné à la précision du contenu que définissent les autorités de tarification et de contrôle. Il est certes très important que les gestionnaires disposent d'une liberté d'administration la plus large possible, mais il faut que cette dernière soit assortie de directions opérationnelles très claires détaillées par l'autorité publique.

Je propose également que l'outil existant du groupement de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS), qui offre une couverture juridique intéressante pour encourager la coordination de différents gestionnaires, soit précisé afin de le rendre plus incitatif : les règles actuelles de son fonctionnement, qui favorisent excessivement les grandes structures par rapport aux petites, devraient être modifiées afin de diminuer les réticences de ces dernières à la coopération.

On voit bien, mes chers collègues, que toutes ces approches, essentiellement gestionnaires, n'indiquent pas de solution optimale en raison d'un défaut méthodologique de départ : conçues pour dégager les grandes lignes de l'accompagnement des personnes handicapées des rigidités de l'offre, elles n'en ont en fait que desserré l'étau sans le faire disparaître.

Le grand défaut de notre modèle se trouve davantage dans le recueil très insuffisant des besoins des personnes handicapées, qui devraient seuls guider la réponse que nous devons leur apporter. En la matière, les progrès sont beaucoup trop timides. La loi portant adaptation de la société au vieillissement (ASV) a jeté les bases d'un système d'informations intéressant, qui relie les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) à la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et permet ainsi que soient consolidés, au niveau national, les besoins exprimés afin qu'une véritable stratégie de réponse puisse en être déduite.

Plusieurs obstacles empêchent la réalisation de cet objectif. Au premier rang d'entre eux, la saturation des MDPH, qui est un phénomène que nous connaissons tous et qu'il est particulièrement difficile d'endiguer. Mais il y a, à mon sens, une autre entrave : les missions et l'équipement des MDPH ne les habilitent pas à porter un diagnostic circonstancié et territorialisé des besoins exprimés dans leur département. Elles ne sont là que pour rendre compte de la somme des besoins individuels qu'elles recueillent et qu'elles essaient de faire correspondre à une offre territoriale sur laquelle elles n'ont pas la moindre prise.

C'est pourquoi je suggère que soit créée une instance particulière, dont il me semble que l'intervention viendrait combler un vide important dont dépend une partie de la solution : une plateforme territoriale du handicap (PTH). Il s'agirait d'une structure territoriale dédiée, réunie à l'échelon le plus pertinent du bassin de vie, et réunissant l'ensemble des acteurs concernés par le parcours de vie d'une personne handicapée. J'entends par là notamment les acteurs du monde de la santé, du monde médico-social, les travailleurs sociaux, les services de l'État compétents en matière d'éducation et d'emploi, les bailleurs sociaux, les acteurs associatifs représentant les personnes handicapées, les acteurs de l'accessibilité, des transports, de la culture et du sport. Toutes ces personnes doivent pouvoir se réunir et évoquer dans la plus grande interdisciplinarité la coordination de leurs actions pour que le parcours des personnes soit optimisé et leur expression devra y être libre, collégiale et inventive.

Trois missions lui seraient assignées : après un recensement des besoins, la PTH livrerait le produit de ses réflexions aux instances décisionnaires locales et nationales qui, chargées du redéploiement de l'offre, disposeront alors d'une base quantitative et qualitative suffisamment dense et circonstanciée pour prendre les décisions d'autorisation et d'implantation suffisantes. Enfin, la PTH serait dotée d'une mission de contrôle afin de s'assurer que le mécanisme descendant de la planification est atténué par une prise en compte des besoins du territoire. Dans le cadre de prérogatives de coordination et d'animation, cette instance assurerait le diagnostic territorialisé des besoins, qui est à mon sens la grande lacune de notre modèle.

Après l'accompagnement considéré pour lui-même, passons au financement. Loin de corriger les écueils d'un accompagnement qui procède essentiellement de l'offre, le financement a tendance à les aggraver. D'où la seconde urgence, à notre sens, que doivent traiter les politiques du handicap : redéfinir un modèle financier qui pérennise la rigidité des structures alors qu'on devrait attendre de lui qu'il encourage la fluidité des parcours.

J'attire votre attention, mes chers collègues, sur le souci qui fut le nôtre de proposer des pistes de réformes de financement à budget constant. Il s'agit moins pour nous d'enjoindre à de nouvelles sources financières que de pointer les économies d'échelle que ne manquerait pas d'entraîner une répartition plus pertinente.

Vous connaissez tous les grandes caractéristiques du financement de l'accompagnement du handicap. Le premier constat qu'il convient de dresser est celui de la présence d'un nombre important de financeurs, dont la compétence ne s'explique pas toujours par des motifs rationnels. L'assurance maladie assure le financement intégral de toutes les structures accompagnant les enfants handicapés, mais n'assure que le financement partiel de celles qui accompagnent les adultes handicapés, à l'exception des MAS. Le relais est alors assuré par le conseil départemental.

À côté de cet accompagnement par la structure, le conseil départemental assure le financement de la prestation de compensation du handicap (PCH), versée aux enfants comme aux adultes, et qui permet de financer ce que la structure ne peut apporter, à savoir les aides humaines, les aides techniques et les aides d'aménagement du logement et du véhicule. Ajoutez-y l'allocation de l'adulte handicapé (AAH) versée par l'État, les aides éventuelles au logement versées aux locataires, les crédits d'impôt et les fonds mobilisés par l'Éducation nationale pour la rémunération d'accompagnants scolaires...

Ce qu'il faut, c'est faire découler l'ensemble de ce financement d'un principe simple : dans la mesure où la société a décidé de prendre le virage inclusif et de construire des parcours les plus proches possibles des besoins exprimés, il est logique que le financement de ces parcours soit le plus individualisé possible.

Première idée : la clarification du financement des structures. Ces dernières doivent être concentrées sur l'accompagnement médical et paramédical de la personne et ne doivent réserver l'accueil permanent qu'aux cas les plus complexes. Leur financement par dotation globale peut donner lieu à des conflits d'interprétation selon les territoires entre l'agence régionale de santé (ARS), qui finance les structures de façon globale pour assurer l'ensemble des actes médicaux nécessaires à l'accompagnement, et les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM), qui

remboursent les actes non assurés par ces structures et que les familles sont parfois contraintes de solliciter. Pour que ces conflits cessent et que la nature exacte des missions que doit remplir une structure médico-sociale d'accueil soit désormais claire pour tous ses résidents, des mesures réglementaires doivent être prises.

Réitérant une position affirmée depuis plusieurs années, et par ailleurs largement partagée par tous les acteurs publics, nous en appelons également à la fin des structures cofinancées par le conseil départemental et l'agence régionale de santé, dont le modèle engendre de nombreuses complexités et contribue à la rigidification de l'offre.

Le Gouvernement avait franchi un pas important dans le sens d'une clarification des financements, en lançant le projet Serafin-PH. Cette démarche a soulevé, au moment de son initiation, de très importants espoirs dont je crois comprendre qu'ils sont actuellement retombés. En effet, les premières restitutions des travaux trahissent la persistance d'un paradigme de l'offre qui aboutirait, à mon sens, à la construction de parcours stéréotypés reposant sur un socle sanitaire et paramédical étoffé mais négligeant leur nécessaire dimension socio-éducative ou purement sociale. Là encore, notre vigilance doit être maintenue, car c'est du modèle tarifaire à venir de nos structures médico-sociales dont il est question.

Enfin, permettez-moi d'évoquer le sujet des financements privés, qui sont rarement sollicités pour des raisons essentiellement culturelles et historiques. Il ne me paraît pas envisageable de les maintenir plus longtemps à distance. Pour viabiliser financièrement des parcours dont on peut légitimement penser qu'ils seront plus coûteux parce que plus qualitatifs, il faut aller vers davantage de partenariats public-privé (PPP).

Deuxième idée : une réforme en profondeur de la PCH est nécessaire. Cette dernière doit être profondément simplifiée et devenir le principal appui financier de toutes les dépenses d'accompagnement non médicales de la personne handicapée, essentiellement les aides humaines et des aides d'aménagement du logement et du véhicule.

Les aides techniques, qui relèvent actuellement de la PCH alors que leur vocation est essentiellement médicale ou paramédicale, devraient à mon sens être financées par l'assurance maladie. Un financement assuré par l'ARS ne manquerait pas de contrer le problème durable et persistant du reste à charge lié à l'achat de matériel spécialisé. Pensez que pour un fauteuil électrique de 25 000 euros, c'est en moyenne près de 5 500 euros de reste à charge net qui découlent de l'achat d'un fauteuil roulant électrique ! Les raisons de tels montants sont connues et sont essentiellement imputables à l'incapacité des financeurs et des usagers français à accéder à une information complète et fiable, donnant ainsi aux fabricants et aux distributeurs une position de force.

C'est pourquoi il me paraît indispensable d'introduire une intermédiation publique entre le fournisseur de l'aide technique et la personne handicapée demandeuse, afin de diminuer l'asymétrie d'information potentiellement dommageable à cette dernière. Dans un tel cadre, un financement national me semble beaucoup plus adapté qu'un financement départemental.

Les frais de transport, dont on connaît la complexité, sont la principale manifestation de l'ubuesque duel de financeurs auquel peuvent se livrer l'assurance maladie et le conseil départemental, avec la personne pour victime.

Il est donc urgent et essentiel d'apporter de la clarté et de la rigueur dans les attributions financières de chacun, comme le suggère le tableau qui figure en annexe au rapport. Nous avons tenté d'y faire figurer l'ensemble des situations financières auxquelles l'accompagnement d'un enfant ou d'un adulte handicapé peut donner lieu. Lorsque la personne est accompagnée par des services, dans la logique inclusive du parcours, le nombre de financeurs intervenants augmente inmanquablement et nécessite que soit rigoureusement appliqué un strict principe de financement unique : à l'ARS le médical et le technique, à la PCH l'humain et l'aménagement du logement. Ce même principe trouvera plus facilement à s'appliquer dans le cas d'une admission en établissement, où la dimension médicale commanderait le financement prioritaire de l'ARS.

Voilà, mes chers collègues, le résumé d'un travail dont j'espère qu'il saura inspirer les chantiers en cours et à venir d'une politique qui a tout à réinventer. Les quarante propositions détaillées figurent en annexe au rapport. Certaines transcrivent des ambitions partagées, dont il importe maintenant qu'elles soient réalisées.

Je vous remercie.

M. Jean-Marie Morisset. – *Notre collègue a effectué un travail remarquable de recensement des différents acteurs et circuits de financement.*

Je partage le constat du rapporteur s'agissant de la nécessité de clarifier les compétences des différents acteurs. Je ne suis pas pour autant certain que la création de plateformes territoriales aille dans le sens de la simplification. Il me semblerait préférable de clarifier les missions des MDPH.

Par ailleurs, du fait du redécoupage régional, les ARS ont vu leur ressort territorial s'élargir. Dans ces conditions, on peut craindre que les allocations de ressources ne soient pas en lien avec les diagnostics posés au niveau des territoires.

Enfin, il me paraît difficile d'apporter une réponse satisfaisante à la problématique du handicap en raisonnant à budgets constants.

Mme Brigitte Micouveau. – *Il me semble également que créer une nouvelle structure ne permettra pas de répondre efficacement aux difficultés identifiées. Il serait préférable de développer les compétences qui sont celles des MDPH.*

M. Bernard Bonne. – *Je suis également réservé quant à la proposition de mettre en place des PTH. Je suis par contre tout à fait d'accord avec le rapporteur quand il appelle à clarifier les compétences des différents acteurs et notamment celles de l'État et des départements.*

En effet, les initiatives prises par les départements peuvent être parfois entravées par le cadre juridique ou les décisions contraires des ARS, par exemple s'agissant des solutions qu'il faut trouver pour l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes.

M. Michel Forissier. – Le périmètre du département n'est pas toujours le plus pertinent. Ainsi, la métropole lyonnaise se trouve à la confluence de trois départements. Des solutions locales sont trouvées, il ne me semble pas pertinent de chercher à imposer un cadre trop contraignant.

Par ailleurs, je considère également qu'il n'est pas possible de répondre de manière satisfaisante à la question du handicap en raisonnant à moyens constants. Le vieillissement des personnes handicapées fait en effet apparaître de nouveaux enjeux.

Mme Michelle Meunier. – J'ai eu plaisir à participer à ce groupe de travail et le me retrouve dans les propositions du rapporteur. La proposition n° 13, relative à l'accueil des enfants handicapés, retient particulièrement mon intérêt. Par ailleurs, les associations continuent de nous alerter sur les conséquences néfastes que pourraient avoir l'assouplissement des obligations en matière de construction prévue par la loi Elan.

Mme Nadine Grelet-Certenais. – Je souhaiterais insister sur l'importance des institutions spécialisées, notamment pour assurer les transitions entre les établissements et le milieu ordinaire.

Il y a par ailleurs incontestablement un manque de places dans les différentes structures. J'attends notamment les annonces du Gouvernement dans le cadre du prochain plan autisme.

L'idée de créer des PTH est intéressante, mais les MDPH pourraient jouer ce rôle.

Mme Frédérique Puissat. – Je salue ce travail qui est très attendu sur les territoires. La proposition n° 19 évoque une unification du service public de l'emploi en faveur des personnes handicapées. Il me semble que Pôle emploi est prêt à jouer ce rôle. Je m'interroge toutefois sur les réactions éventuelles du réseau Cap'emploi à une telle proposition.

M. René-Paul Savary. – Il me semble nécessaire d'aller plus loin que ce qui a été fait jusqu'à présent et de replacer la personne au centre des politiques du handicap. Il conviendrait donc de mettre en place un financeur unique, qui pourrait être le département, et une tarification qui dépendrait des besoins de la personne et non de son âge et de son éligibilité à telle ou telle allocation.

Il faut sortir du système des appels d'offre régionaux qui pénalisent les départements les plus en pointe sur le sujet.

Mme Corinne Imbert. – Je partage l'avis de mes collègues Jean-Marie Morisset et Bernard Bonne sur la proposition de plateforme territoriale du handicap. Je rappelle que, dans la plupart des départements, on arrive à bien travailler avec les maisons départementales des personnes handicapées, associées via les schémas territoriaux. Ces schémas permettent d'évaluer les besoins sur le territoire et la mise en place des observatoires des personnes en situation de handicap permet d'objectiver les données recueillies sur le terrain.

Sur les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM), je trouve le constat formulé un peu sévère. Ils ont permis de redéployer des moyens financiers mais aussi de créer des places en établissement pour répondre aux besoins. Or, on constate sur le terrain qu'il y a moins de tensions aujourd'hui, notamment grâce à la conversion de places d'ESAT en places de foyers occupationnels. Par conséquent les CPOM peuvent être utiles.

Mme Jocelyne Guidez. – *J'adresse à mon tour mes remerciements au rapporteur pour la qualité de son travail. Ma question portera sur le transport, qui est un enjeu très important pour les jeunes adultes en situation de handicap. Si les familles placent leur enfant handicapé souvent à proximité de leur lieu de résidence, ce n'est pas toujours le cas pour le placement de jeunes adultes, faute de places disponibles. Il arrive qu'ils soient dans un établissement situé dans un autre département. Dans ce cas, les aides au transport sont très insuffisantes. En Charente-Maritime par exemple, cette aide est d'environ 200 euros. Ce n'est pas assez pour financer des déplacements interdépartementaux.*

Mme Laurence Cohen. – *Je remercie le rapporteur et l'ensemble des collègues membres du groupe de travail pour leurs travaux.*

L'idée d'une plateforme territoriale du handicap à expérimenter peut être intéressante, à condition qu'en cours de route, des moyens ne soient pas retirés. Je partage la préoccupation de ma collègue Jocelyne Guidez sur la question des aides au transport. J'attire également votre attention sur l'état des MDPH qui sont nombreuses à connaître d'importantes difficultés.

Enfin, ma question porte sur la proposition n° 28 du rapport selon laquelle les partenariats public-privé devraient être encouragés. Le bilan des partenariats public-privé déjà engagés est très mitigé, en particulier dans les établissements hospitaliers, car ils coûtent en réalité plus cher qu'ils ne rapportent.

M. Philippe Mouiller, rapporteur. – *Je commencerai par rappeler, de manière générale, que le rapport que nous vous présentons fait du département l'acteur central de la planification sur le territoire. On constate aujourd'hui des difficultés d'articulation entre les orientations nationales et leurs déclinaisons territoriales et c'est ce que nous souhaitons améliorer.*

En matière budgétaire, on ne peut pas à la fois plaider pour l'ouverture de places en établissement et demander des financements supplémentaires en matière de services pour encourager la sortie d'établissement. Si cette dernière tendance a été plutôt retenue, nous continuons de penser qu'elle ne peut pas tout résoudre et qu'il faut maintenir des institutions d'accueil.

Les recommandations du rapport vont dans le sens d'une clarification des financeurs. Il faut, pour simplifier les dispositifs existants, qu'à un objet donné corresponde un financeur unique.

Concernant les MDPH, il faut reconnaître que dans certains territoires elles fonctionnent bien et que dans d'autres, leur situation est bien plus compliquée. En région parisienne par exemple, elles sont confrontées à une saturation de leur activité.

Tout repose aujourd'hui sur l'analyse de l'offre. Dans les MDPH, l'aspect qualitatif est peu traité. Or, on ne peut pas s'orienter vers une société inclusive si l'on n'a pas les outils qualitatifs d'analyse des besoins au plus près des territoires. À l'heure actuelle, les MDPH ne savent pas le faire ; la CNSA non plus.

Il faut donc développer un outil d'analyse des besoins à l'échelle du bassin de vie et cela passerait par les plateformes territoriales du handicap. Au-delà des questions de financement et d'attribution de places, il faut développer cet outil de proximité réunissant l'ensemble des acteurs sur le territoire pour traiter des questions de mobilité, d'accompagnement, de prestations de services. Cet objectif rejoint celui du décloisonnement en matière d'âge ainsi qu'entre le médico-social et la santé que nous préconisons.

Concernant le projet de loi sur l'évolution du logement, de l'aménagement et du numérique (ELAN), je partage bien entendu les propos de notre collègue Michelle Meunier sur les logements inclusifs.

En matière d'emploi, tout le monde est d'accord pour qu'un seul service gère les questions d'emploi des personnes en situation de handicap. Reste à savoir quel organisme est le mieux à même de s'en charger.

Concernant le reste à charge, je précise que j'ai évoqué le reste à charge une fois que la personne a reçu toutes les aides légales auxquelles elle a droit.

Je rappelle que s'agissant des schémas départementaux du handicap, tous les départements ne l'ont pas mis en place. Je souhaite toutefois que ces schémas et les observatoires qui ont été créés soient maintenus comme des outils de planification à l'échelle départementale, mais inspirent aussi la planification nationale.

Concernant les CPOM, nous recommandons de renforcer la coordination des objectifs sur tout le territoire, d'où l'intérêt d'affiner l'analyse des besoins, comme je l'évoquais à l'instant.

S'agissant des transports, je réaffirmerai l'une de nos recommandations : il faut un seul financeur, afin de clarifier les dispositifs. En l'espèce, une prise en charge par la prestation de compensation du handicap me paraîtrait la plus adaptée.

Enfin, concernant les partenariats public-privé, ils nous semblent pertinents en matière d'investissement mais pas en matière de gestion.

M. Alain Milon, président. – *Je vous remercie. J'interroge la commission sur la publication de ce rapport.*

La commission autorise la publication du rapport d'information.

LISTE DES PERSONNES ENTENDUES

Auditions

- **Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne (Fehap)**
Julien Moreau, directeur de l'autonomie et coordinateur des parcours de vie
Laurent Perazzo, adjoint de direction personnes en situation de handicap et enfance
- **Direction générale de la cohésion sociale (DGCS)**
Jean-Philippe Vinquant, directeur général
Jean-François Lhoste, adjoint au sous-directeur de l'autonomie des personnes handicapées et des personnes âgées, chargé des personnes handicapées
Boris Minot, chef de bureau de la gouvernance du secteur social et médico-social
- **Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)**
Anne Burstin, directrice
Simon Kieffer, directeur des établissements et services médico-sociaux
- **Autisme France**
Danièle Langlois, présidente
- **Groupe Polyhandicap France**
Monique Rongières, présidente
Gérard Courtois, secrétaire général adjoint
Roselyne Brault, directrice générale du Cesap
- **Fédération hospitalière de France (FHF)**
Zaynab Riet, déléguée générale
Annie Lelièvre, responsable du pôle Autonomie
- **Collectif Handi Actif France**
Isabelle Olivier
Anne Gautier

- **Olivier de Compiègne**, animateur du collectif Déficience intellectuelle (DI)
- **Union nationale des associations de parents, de personnes handicapées mentales et de leurs amis (UNAPEI)**
Luc Gateau, président
Yann Le Berre, conseiller qualité développement du réseau
Clémence Vaugelade, chargée de plaidoyer France
- **Agir pour le Développement d'un Avenir Professionnel pour les TED (Adapted)**
Dominique Yvon, président
Stéfany Bonnot-Briey, représentante des personnes autistes et de l'association PAARI
- **Défenseur des droits**
Patrick Gohet, adjoint au Défenseur des droits, chargé de la lutte contre les discriminations
Fabienne Jégu, experte
France de Saint Martin, attachée parlementaire
- **Fédération française des dys (FFDys)**
Nathalie Groh, présidente
Vincent Marron, administrateur de la FFDys, président de DFD (Dyspraxie France Dys)
- **AG2R La Mondiale**
Béatrice Saillard, directeur des relations extérieures
Stéphane Sébastiani, responsable du département animation du réseau
Rémi Boura, chef de projet à la direction des relations extérieures
- **Fédération nationale de la Mutualité française (FNMF)**
Guénaëlle Haumesser, directrice de Générations Mutualistes
Meriem Bouchefra, chargée d'affaires publiques à la FNMF
Bernadette Grosyeux, directrice générale du centre de la Gabrielle
Dominique Reffo, présidente d'EOVI Handicap
- **LADAPT**
Véronique Covin, directrice du pôle développement
Jocelyn Meli, directeur régional LADAPT Centre - Val de Loire

-
- **Conseil national consultatif des personnes handicapées (CNCPH)**
Dominique Gillot, présidente
Gilles Gonnard, président de l'association des ITEP et de leurs réseaux (AIRE)
Gwénaëlle Sebilo, conseillère technique autonomie et citoyenneté des personnes en situation de handicap de l'Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux (UNIOPSS)
Sophie Postollec, chargée des relations avec le CNCPH, Comité Interministériel du Handicap
 - **Association des paralysés de France (APF)**
Prosper Teboul, directeur général
Pierre-Yves Lenen, directeur du développement et de l'offre de service
Aude Bourden, conseillère nationale Santé - Médico-social
 - **Assemblée des départements de France (ADF)**
Jean-Michel Rapinat, directeur des politiques sociales
Marylène Jouvien, conseillère relations avec le Parlement
 - **Comité interministériel du handicap (CIH)**
Etienne Petitmengin, secrétaire général
Marina Drobi, cheffe de projet « Réponse accompagnée pour tous »
 - **FNATH**, association des accidentés de la vie
Arnaud de Broca, secrétaire général
 - **Association France handicap rare (AFHAR)**
Philippe Lefait, vice-président
Marc Loison, trésorier
 - **Groupement des Associations Partenaires d'Action Sociale (GAPAS)**
Pierre Gallix, président
François Bernard, directeur général
 - **Handi Val de Seine**
Hubert Francois-Dainville, président
Gilbert Palengat, directeur général
 - **Union nationale des entreprises adaptées (UNEA)**
Cyril Gaysot, vice-président, responsable de la représentation institutionnelle, de la communication et des affaires européennes
Sébastien Citerne, directeur général de l'UNEA
Stéphane Cahen, chargé des relations institutionnelles et de la communication de l'UNEA

- **Association des directeurs de MDPH (ADMDPH)**
Didier Malnoury, directeur de la MDPH de l'Aube
Fabrice Masi, directeur de la MDPH de Paris
- **Association nationale des directeurs et cadres d'ESAT (Andicat)**
Gérard Zribi, délégué national
- **Denis Piveteau**, conseiller d'État
- **Association "Tous pour l'Inclusion" (TouPI)**
Marion Aubry, vice-présidente et trésorière
- **Croix-Rouge française**
Claudy Jarry, directeur régional de la Croix-Rouge française régions Provence-Alpes-Côte d'Azur et Corse
Céline Poulet, déléguée nationale aux personnes en situation de handicap
Nicolas Touzeau, spécialiste des financements
- **Marie Aboussa**, directrice de la mission Innovation sociale et Prospective de NEXEM
- **Line Lartigue**, directrice des relations institutionnelles de l'Union nationale de l'aide, des soins et des services aux domiciles (UNA)
- **Fondation Autisme**
Florent Chapel, vice-président
- **Association nationale pour la prise en compte du handicap dans les politiques publiques et privées (APHPP)**
Matthieu Annereau, président
Béatrice Annereau, coordinatrice
Olivier Denais, trésorier
- **Envie**
Anémone Beres, présidente de la Fédération Envie
Philippe Robin, directeur général Envie Anjou – Envie Autonomie et Envie 2E 49 SAS
Nicolas Fouquet, chargé de mission offre solidaire pour l'autonomie Envie 44
- **Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts)**
Garménick Leblanc, sous-directrice département de l'hospitalisation

-
- **Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux (Uniopss)**
Aurélie Valleix, conseillère technique tarification
Gwenaëlle Sébilo, conseillère technique « personnes en situation de handicap »
 - **Agence régionale de santé Nouvelle-Aquitaine**
Michel Laforcade, directeur général
 - **Pascal Jacob**, président de l'association "Handidactique"
 - **Cabinet de conseil Enéis by KPMG**
Cyrille Billaud, directeur associé, expert politiques publiques autonomie
Jean-Marie Pichavant, senior manager en charge du pôle autonomie-santé

Entretiens

- **LADAPT Calvados**
Hélène Brand, adjointe de direction DÉJÀ LADAPT Normandie
Isabelle Gallardo, conseillère en insertion DÉJÀ Calvados
- **Association Foyer de Clugny Indre-et-Loire**
Agnès Ribreau, directrice
Fabrice Julien, responsable du foyer d'accueil spécifique pour personnes handicapées vieillissantes
- **Jean-Jacques Olivin**, directeur général du groupe de réflexion et réseau pour l'accueil temporaire des personnes en situation de handicap (GRATH)

DÉPLACEMENTS

Aix-en-Provence

(22 juin 2018)

Sébastien Pommier, directeur général de l'association Le Clos du Nid et magistrat à la Cour nationale de la tarification sanitaire et sociale

Claudy Jarry, directeur régional de la Croix-Rouge française régions Provence-Alpes-Côte d'Azur et Corse

Équipe municipale de la Ville d'Aix-en-Provence :

- **Maryse Joissains Masini**, maire et présidente du CCAS
- **Catherine Silvestre**, adjointe à la maire déléguée aux affaires sociales et au handicap et vice-présidente du CCAS ;
- **Sophie Joissains**, conseillère municipale déléguée au recensement et sénatrice des Bouches-du-Rhône ;
- **Gérard Deloche**, conseiller municipal délégué aux affaires militaires, aux anciens combattants, aux relations avec les syndicats et à l'accessibilité ;
- **Bernard Magnan**, directeur général des services ;
- **Audrey Cavaillier**, directrice du CCAS.

Équipe de l'Esat Elisa 13

Centre de la Gabrielle - Claye-Souilly

(28 juin 2018)

Bernadette Grosyeux, directrice générale des établissements médico-sociaux MFPass

Renata Chinalska Chomat, directrice du pôle Autonomie Parcours et Inclusion

Sabrina Haddak, coordinatrice-chef de service plateforme obésité syndromique

Jean-Raphaël Loire, directeur du pôle adultes et travail

Vanessa Metzner, chef de service

Claude Ricour, médecin nutritionniste

Stéphanie Soulié, directrice adjointe du secteur Adultes hébergement

Meriem Bouchefra, chargée d'affaires publiques de la Mutualité française

Guénaëlle Haumesser, directrice de Générations mutualistes