KPMG

Guide de la transformation de l'offre d'accompagnement dans le secteur du handicap

Les gestionnaires à la croisée des chemins

Novembre 2020

kpmg.fr

EDITO

Les enjeux de la transformation de l'offre à l'heure de la crise sanitaire

Voilà plusieurs années déjà que le thème de la transformation de l'offre irrigue les politiques publiques nationales et territoriales, avec certaines réalisations probantes. Toutefois, le rythme et l'intensité du sujet se sont accélérés depuis 2017 avec la circulaire du 2 mai, puis la définition du plan d'action ministériel « Ambition transformation 2019-2022 » et l'installation du comité national de pilotage de transformation de l'offre d'accompagnement, concrétisant une véritable politique publique de transformation du secteur du handicap avec ses objectifs et ses indicateurs de mesure.

Ce coup d'accélérateur de l'action publique doit traduire dans les faits le projet de société inclusive auquel de nombreux professionnels du secteur souscrivent. En revanche, le niveau des objectifs et la rapidité du calendrier de mise en œuvre prescrits aux gestionnaires du secteur du handicap pour transformer leur offre a pu générer un sentiment d'inquiétude, voire d'incompréhension quant à la faisabilité de ce qui leur était demandé.

C'est pourquoi nous avons engagé la construction de ce guide avant le début de la crise sanitaire pour répondre à la montée des interrogations, donner des clés d'action et accompagner les grandes tendances sociétales traversées par le secteur médico-social : virage inclusif, territorialisation de l'action, autonomisation et empowerment des publics et des professionnels. Ce guide a ainsi pour ambition de : 1/ Traduire les politiques publiques et leurs objectifs en modalités d'actions concrètes pour les gestionnaires du secteur 2/ Partager et capitaliser sur les réflexions en cours et notre expérience de terrain.

S'il est encore trop tôt pour tirer des enseignements structurés et définitifs sur la crise sanitaire, on peut se risquer à dire qu'en déstabilisant de manière si forte et si inattendue l'ensemble des acteurs du secteur, la crise a permis d'exacerber les liens d'interdépendances entre les opérateurs, de mettre à distance certains freins institutionnels et d'obtenir une souplesse nouvelle dans les pratiques et les réponses apportées au public. Les premiers retours d'expérience issus de cette période si particulière laissent entrevoir la possibilité de modes de fonctionnement toujours plus coopératifs et territorialisés, où les opérateurs se mettent ensemble autour des besoins de la personne pour apporter une ou des solutions.

Il se dégage également la pertinence d'architectures organisationnelles nouvelles, permettant à une structure de répondre à une palette de besoins variés et complexes, de jour comme de nuit, à domicile et en établissement, en dépassant les freins liés aux spécialisations et en faisant appel à l'ensemble des ressources disponibles, y compris en dehors du champ médico-social. Ce mouvement est par ailleurs encouragé au niveau national avec l'émergence des « communautés 360 » visant à créer dans les départements les conditions de l'entraide partenariale afin d'apporter des réponses urgentes aux personnes en situation critique en période de crise. Une nouvelle accélération de la transformation de l'offre en quelque sorte.

Cyrille Billaud
Associé Directeur national en charge des politiques du handicap

Sandrine Demesse
Associée Audit, Economie sociale et solidaire, santé et secteur public

Jean-Marie Pichavant
Senior manager, Responsable du secteur handicap

Benoît Péricard
Senior Advisor

SOMMAIRE

4
LE CONTEXTE INSTITUTIONNEL

8
LE CONTEXTE HISTORIQUE

15
LES ENJEUX DE LA TRANSFORMATION

21
LA FEUILLE DE ROUTE DE LA TRANSFORMATION

41
LES CONDITIONS DE RÉUSSITE

1.

Le contexte institutionnel : une nouvelle ambition au service de la société inclusive

UNE FEUILLE DE ROUTE DE LA TRANSFORMATION PORTEE PAR L'EXECUTIF

Identifiée comme l'une des priorités du quinquennat, la politique nationale en faveur du handicap repose sur des mesures phares, parmi lesquelles figure l'engagement à amplifier le mouvement de transformation de l'offre médico-sociale. La stratégie quinquennale, financée à hauteur de 180 millions d'euros sur la période 2017-2021, ambitionne de proposer à chaque personne un accompagnement souple et adapté à ses attentes, dans une logique d'inclusion et de sécurisation du parcours.

Quatre objectifs stratégiques sont identifiés[1] afin de mettre en œuvre ce mouvement de transformation :

1 Prévenir les ruptures de parcours, l'absence ou l'inadéquation des solutions

aux besoins et aux attentes des personnes : en lien avec le déploiement de la démarche Réponse accompagnée pour tous, il s'agit de proposer des réponses alternatives pour les personnes sans solution, mais également de fluidifier les parcours et d'apporter une réponse aux besoins insuffisamment couverts.

2 Développer les réponses inclusives et faire évoluer les prestations de services

pour mieux répondre aux besoins : la diversification de l'offre et le développement des accompagnements « hors les murs » doit permettre d'étayer les accompagnements en milieu ordinaire et de proposer une palette de réponses alternatives à l'établissement.

3 Consolider une organisation territoriale intégrée

au service de la fluidité des parcours de santé et de vie : la prise en compte de la pluralité des besoins, et la mise en place d'un accompagnement adapté et cohérent, passent nécessairement par une collaboration plus importante entre les acteurs d'un territoire, avec une fonction ressource des ESMS.

4 Améliorer la qualité des accompagnements

en favorisant l'adaptation des pratiques : en assurant la montée en compétences des professionnels par des formations et l'émergence de nouveaux métiers, mais également en mobilisant davantage les personnes concernées (mesure de la satisfaction, pair-aidance, pair-expertise).

Des modalités de suivi et de pilotage de cette feuille de route sont prévues, avec la mise en place d'un comité national de pilotage de la transformation de l'offre et l'organisation d'ateliers nationaux et interrégionaux de capitalisation. Le plan d'actions « ambition transformation » précise par ailleurs les chantiers prioritaires sur 2019-2022[(2)], parmi lesquels on retrouve notamment le suivi du tableau de bord de la transformation.

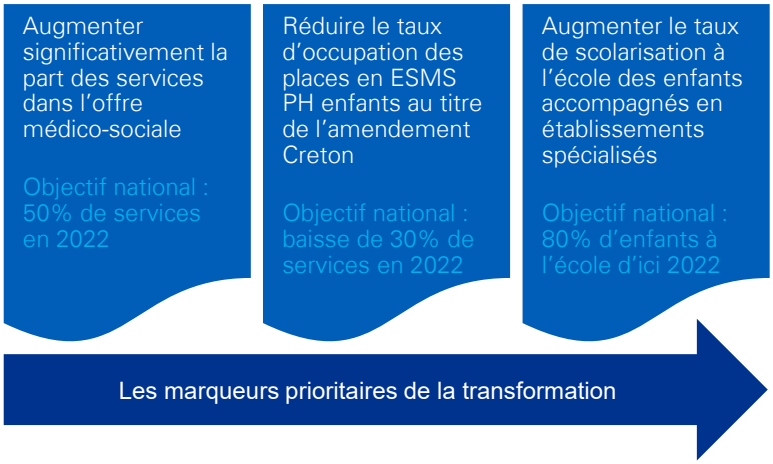
1 Ces objectifs sont cités dans l'instruction du 15 mai 2018 relative aux orientations de l'exercice 2018 pour la campagne budgétaire des ESMS, page 5 - https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2018/18-06/ste_20180006_0000_0099.pdf

2 Le plan d'actions détaillé est disponible sur le lien suivant : https://handicap.gouv.fr/IMG/pdf/2019_29_01_-_copil_transfo_offre_vdef.pdf

DES CIBLES AMBITIEUSES QUI APPELLENT A UNE RECOMPOSITION RAPIDE DE L'OFFRE

Vingt-trois indicateurs de suivi de l'évolution de l'offre ont été définis par la CNSA, la DGCS, le SGCIH et le ministère, en lien avec les ARS, déclinant les quatre objectifs de la feuille de route nationale.

Trois indicateurs, présentés ci-contre, sont considérés comme des marqueurs prioritaires de la transformation et ont été assortis de cibles nationales et font l'objet d'un suivi annuel dans le cadre du comité de pilotage dédié.



Deux de ces indicateurs interpellent particulièrement, en raison du niveau d'ambition associé, impliquant une refonte importante des modalités d'accompagnement, et ce sur une période de temps relativement restreinte :

Objectif de 50 % de services dans l'offre médico-sociale en 2022

Les services ne représentaient qu'un tiers (33,3 %) de l'offre de services pour enfants en 2017. Cette proportion est encore plus faible pour les adultes : 16,4% [3]

Cible de 80 % d'enfants accompagnés en établissements spécialisés scolarisés à l'école

66 000 enfants étaient scolarisés en ESMS à la rentrée 2018, en 2022, ce sont donc 52 800 élèves qui devront rejoindre les bancs des écoles ordinaires [4]

Ces moyennes masquent par ailleurs une diversité importante des pratiques d'une région ou d'un département à l'autre, la marche étant d'autant plus élevée pour les territoires sur lesquels les mouvements d'inclusion sont encore peu engagés, et dont l'offre est historiquement centrée sur les établissements.

3 Source : secrétariat d'Etat aux personnes handicapées
4 Source : données Education Nationale pour la rentrée 2018

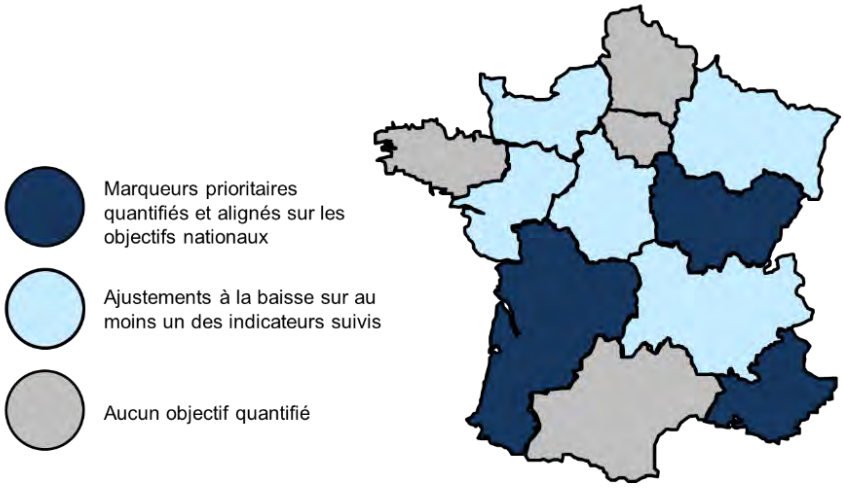
UNE HETEROGENEITE DANS LA DECLINAISON DES OBJECTIFS EN REGION

L'appropriation par les régions des ambitions nationales est également source d'interrogations. La déclinaison des objectifs nationaux, notamment les marqueurs prioritaires, dans les projets régionaux de santé (PRS) est encouragée par les textes réglementaires.

En pratique, les Agences Régionales de Santé se sont saisies des ambitions et des cibles associées de façon hétérogène. Si le cap stratégique fixé dans les PRS est en phase avec les orientations nationales, il n'en reste pas moins que les régions ayant repris pour leur compte les cibles quantitatives fixées pour les trois marqueurs sont minoritaires.

Les objectifs ont ainsi pu être revus à la baisse, avec des échéances temporelles différentes notamment. Quatre régions n'ont pas intégré de cible chiffrée dans leur PRS.

NIVEAU DE PRISE EN COMPTE DES OBJECTIFS EN REGION



Source : Programmes régionaux de santé (PRS) des Agences Régionales de Santé (ARS) 2017-2022

2.

Une démarche de transformation qui mérite d'être repositionnée dans son contexte historique

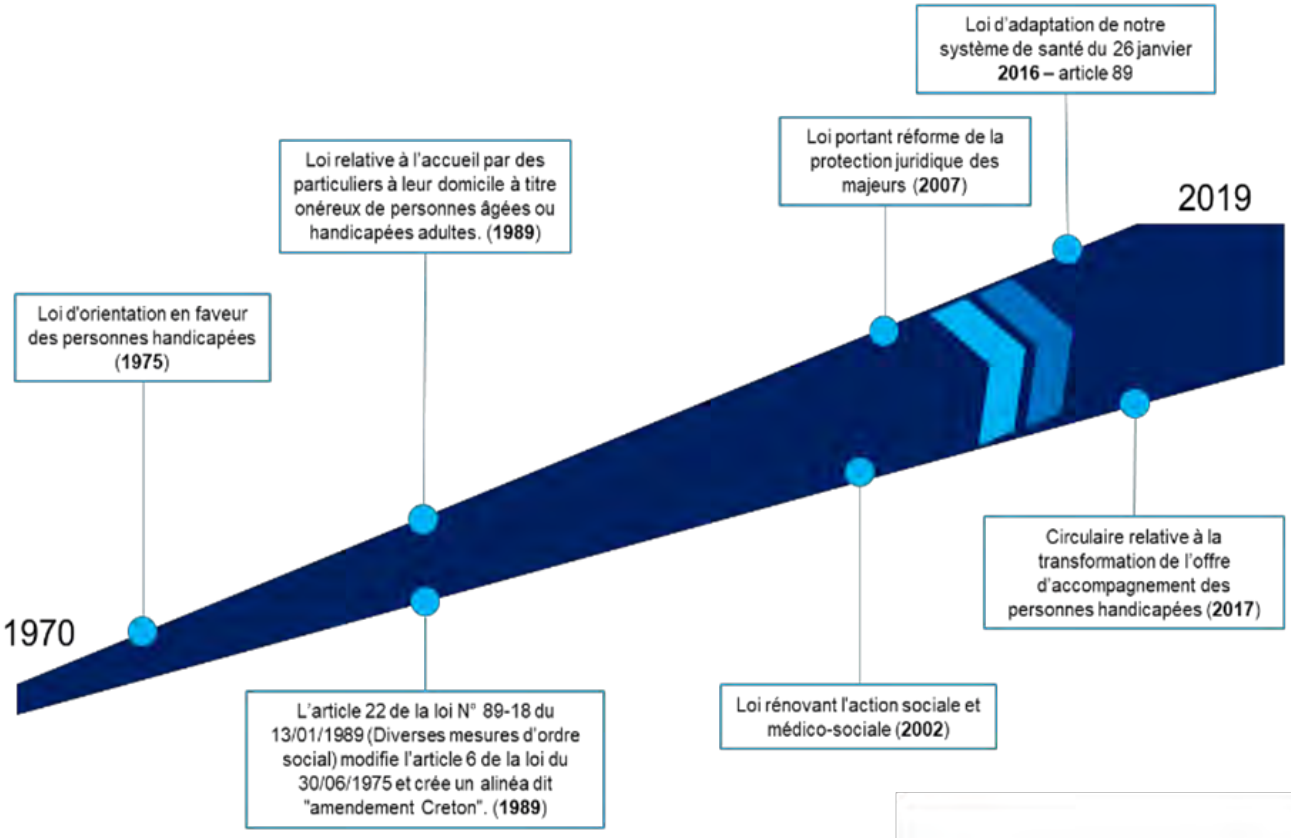
LES SPECIFICITES DU MODELE FRANÇAIS

En France, la politique du handicap s'est construite, à travers l'histoire, sous le prisme de la charité. Les réponses apportées consistaient alors à protéger et donc « mettre à part » de la société au sein d'institutions généralement éloignées des lieux de vie. L'organisation et les modèles de financement associés que nous connaissons à l'heure actuelle sont donc le fruit de cette histoire. Le modèle français diffère largement à ce titre d'autres modèles (pays anglo-saxons, pays nordiques…) dont la philosophie consiste à favoriser une inclusion la plus complète possible dans le milieu dit ordinaire, accompagnée par des prestations individualisées au regard des besoins de chacun.

La Loi de 2005 consacre une certaine forme de remise en cause du modèle traditionnel français, au sens où elle inscrit dans les textes une acceptation relativement large de la notion de handicap. Le principe d'un droit à compensation doit ainsi permettre à la personne de faire face aux conséquences de son handicap dans sa vie quotidienne et implique la promotion d'un « *accès à tout et pour tous* ». Sur cette dernière ambition, le bilan à 10 ans de la loi a démontré que la société française n'était pas encore prête culturellement pour se transformer en profondeur, qu'il s'agisse du logement, des transports ou bien encore de l'école et du monde du travail.

Le déploiement de la démarche « Une Réponse accompagnée pour tous » dans la suite directe du rapport Piveteau, publié en 2014, appelle enfin l'ensemble des acteurs participant à la mise en œuvre de la politique du handicap à apporter collectivement une réponse à toutes les situations, même les plus complexes. La démarche appelle également à individualiser les réponses apportées pour mieux répondre aux besoins exprimés par chaque personne.

LOIS ET TEXTES APPELANT A UNE TRANSFORMATION DU SECTEUR DEPUIS 1970



UN CHANGEMENT DE PARADIGME: DU CONCEPT DE LA PROTECTION A LA PROMOTION DU POUVOIR D'AGIR

Les politiques publiques déployées en direction des personnes en situation de handicap se sont construites historiquement en France autour d'un modèle de protection sociale prenant la forme de prestations d'allocations individuelles spécifiques, d'obligation d'emploi à destination des personnes handicapées… La loi de 2005 vient, en complément, retranscrire dans le droit français un principe de non-discrimination tourné autour d'un impératif de mise en accessibilité de l'environnement et de facilitation de l'accès au droit et à la vie sociale publique par les personnes en situation de handicap. La loi de 2005 vient ainsi consacrer une tension entre d'un côté la nécessaire protection des personnes handicapées et de l'autre la non-discrimination qui appelle une mise en mouvement de l'environnement direct des personnes handicapées dans le but de favoriser leur pleine participation à la vie sociale.

L'origine du concept de non-discrimination est anglo-saxonne et prend racine dans les années 50 et 60 au cœur des « Civil rights movement » consacrés par la lutte des afro-américains et dont les mécanismes fondateurs ont irrigué les divers mouvements des droits civiques, dont celui porté par les personnes en situation de handicap.

CES MÉCANISMES SE PRÉCISENT EN TROIS OBJECTIFS :

L'intégration

prenant la forme d'un égal accès en droit dans toutes les sphères du monde social et le rejet des milieux institutionnels séparés (écoles spécialisées, ateliers protégés, etc.) ;

Le plein exercice

de sa propre représentation qui se concrétise par le slogan : « Rien sur nous sans nous » ;

La revendication

l'autonomie, l'auto-organisation, le développement de solutions de remplacement à la prise en charge dans des établissements spécialisés, concrétisé en France notamment par l'émergence des GEM (Groupe d'entraide mutuelle).

Le mouvement de transformation en cours doit donc, pour être pleinement opérant s'appuyer sur les leviers que sont :

- La prise en compte systématique des besoins et souhaits propres à chaque personne accompagnée pour construire une réponse sur-mesure ;
- La co-construction de cette réponse avec la personne elle-même ;
- L'accompagnement à la mise en mouvement du « milieu ordinaire » par le milieu spécialisé pour permettre une intégration non-discriminante, c'est-à-dire pleine et entière, dans la société.

UN MODELE FRANÇAIS AUJOURD'HUI A LA CROISEE DES CHEMINS ?

Financement des parcours versus financement des établissements

La transformation de l'offre médico-sociale a pour objet de «rendre la société plus inclusive, plus souple et plus adaptée à la prise en compte des situations individuelles [5] ». De nombreux textes et chantiers institutionnels convergent pour favoriser l'émergence de nouvelles pratiques :

l'assouplissement des autorisations concrétisé par la nouvelle nomenclature des agréments mise en œuvre dans le cadre du décret n°2017-982 du 9 mai 2017 ;

le renforcement du dialogue de gestion (EPRD) et le développement de modalités de tarification et de contractualisation (CPOM, dotations globales, etc.) pouvant permettre la construction de réponses plus modulaires ;

l'expérimentation de dispositifs intégrés : DITEP, dispositifs intégrés IME-SESSAD, PCPE, etc ;

le déploiement progressif d'outils de suivi coordonné des orientations, Viatrajectoire-PH, sur l'ensemble du territoire national ;

le projet SERAFIN-PH (Services et Établissements : réforme pour une Adéquation des Financements aux Parcours des Personnes Handicapées) qui doit notamment favoriser la mise en place d'une réforme de l'allocation des ressources des établissements et services médico-sociaux intervenant auprès des personnes en situation de handicap.

Sur ce dernier point, SERAFIN-PH à l'aide des nomenclatures doit apporter une réponse opérationnelle. L'objectif visé est triple :

1. s'ajuster aux besoins des personnes ;
2. favoriser les parcours en permettant des réponses plus souples ;
3. s'adapter à l'évolution de l'offre.

Plusieurs modèles font actuellement l'objet de discussions, chacun ayant ses forces et ses faiblesses, par exemple en matière d'équité de l'accès aux droits des personnes ou bien encore de cohérence de l'organisation de l'offre et des conditions de sa pérennité économique.

Le déploiement d'un modèle de financement de l'ESMS devrait ainsi s'appuyer sur les principes suivants :

- un dialogue entre la puissance publique et les opérateurs dotés d'une offre globale ;
- l'attribution aux gestionnaires d'objectifs quantitatifs d'activité (susceptibles de devenir légèrement plus qualitatifs, voire populationnels) ;
- la globalisation des financements adressés aux opérateurs (généralisation du CPOM) ;
- un principe d'autorisation (le financement de l'opérateur exige une autorisation d'entrée et de sortie de la personne accompagnée).

Le déploiement d'un modèle basé sur la solvabilisation de la personne, qui répond dans ses ambitions au développement de l'autodétermination des personnes devrait, quant à lui, s'inscrire dans les principes suivants :

- un versement direct de la personne ;
- un dialogue entre la puissance publique et les personnes accompagnées elles-mêmes ;
- une fragmentation des financements entre une aide ressources (AAH, pension d'invalidité), une aide à la santé (remboursements de l'Assurance Maladie), une aide au logement (APL), une aide à la compensation (PCH), etc. ;
- l'absence de système d'autorisation d'entrée/sortie après attribution d'une prestation.

5 Circulaire n° DGCS/3B/2017/148 du 2 mai 2017 relative à la transformation de l'offre d'accompagnement des personnes.

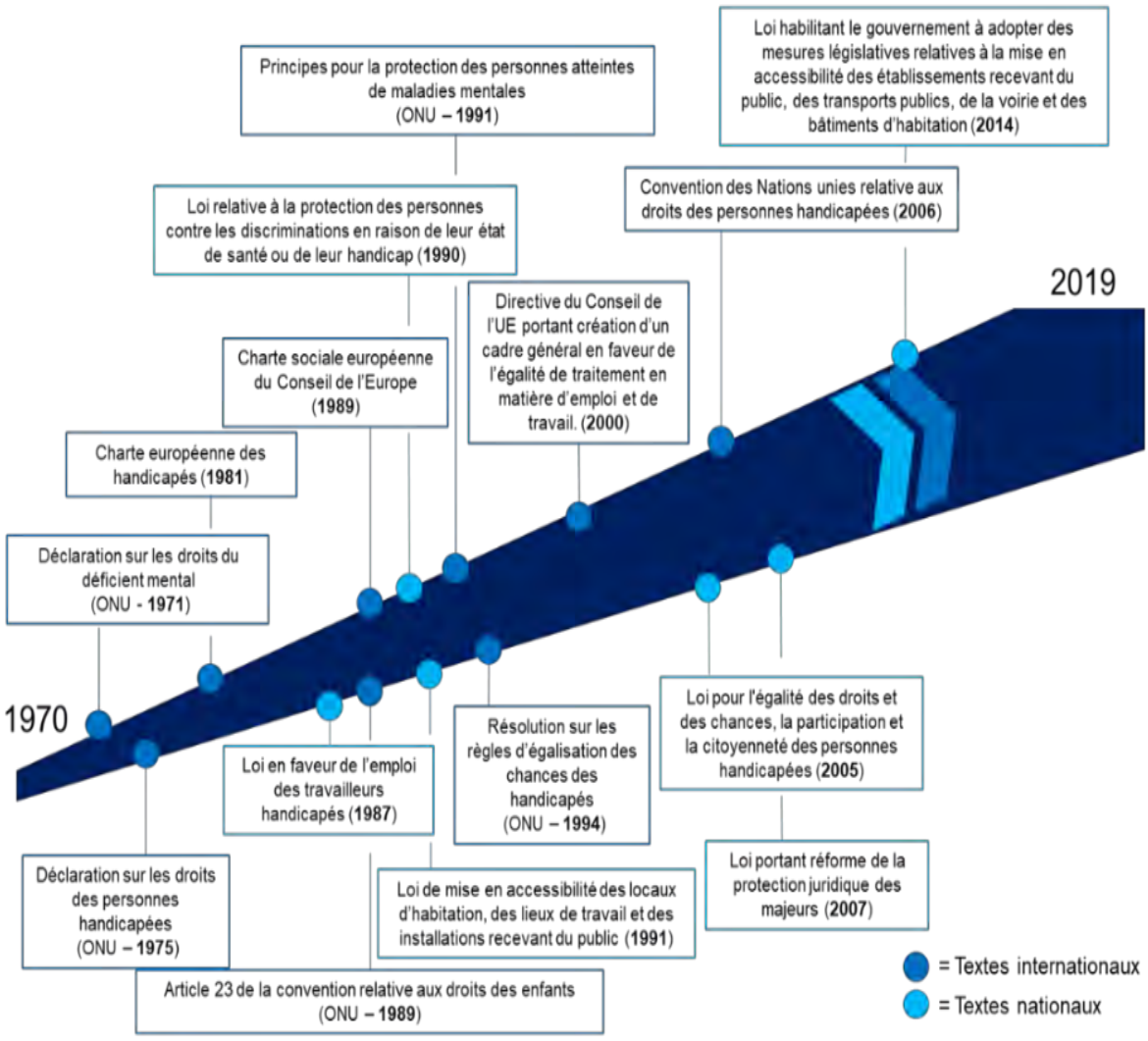
LA PARTICIPATION SOCIALE ET L'INCLUSION DANS LA SOCIETE

Principaux mots d'ordre de la politique en faveur du handicap

Quel que soit le modèle de financement retenu, la dynamique d'autodétermination et de participation des personnes en situation de handicap est bel et bien enclenchée. Celle-ci n'est pas nouvelle, puisqu'elle est entérinée par des grands jalons législatifs, notamment la loi de 2005 et par des conventions onusiennes.

Néanmoins, un coup d'accélérateur se fait sentir dans les années plus récentes, visant à mettre réellement en œuvre le principe de participation sociale. Si c'est à la société tout entière (entreprises, école, collectivités, acteurs de la culture et du sport, etc.) qu'il est demandé de faire bouger ses lignes, les ESMS font partie des acteurs aux premières lignes de ce mouvement, desquels il est attendu un rôle moteur dans l'inclusion.

TEXTES ET REGLEMENTS TRAITANT DE LA PARTICIPATION SOCIALE DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP DEPUIS 1970



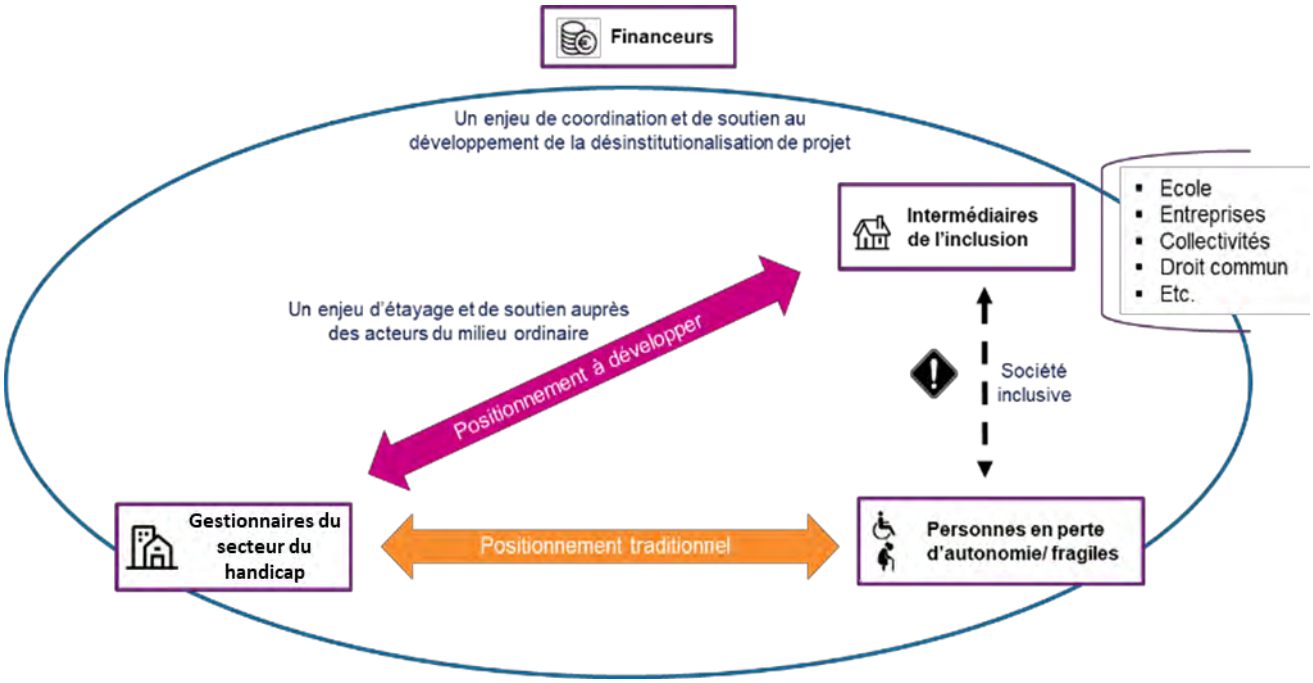
La participation sociale passe,

entre autres mouvements, par une **« désinstitutionalisation » toujours plus importante des personnes en situation de handicap**. En ce sens, le rôle des ESMS, notamment celui des établissements, doit nécessairement évoluer. Leur rôle n'en est pas moins essentiel pour :

- apporter un étayage et les compensations nécessaires ;
- assurer la capacité du droit commun à accueillir ;
- proposer ses services aux personnes en situation de handicap.

Il s'agit, en ce sens, de dépasser la relation triangulaire structurante dans le fonctionnement des ESMS, entre la personne, le financeur et le gestionnaire. Si la relation entre le professionnel médico-social et la personne reste incontournable, **les acteurs du droit commun (enseignants, bailleurs sociaux, employeurs, entreprises, écoles, universités, clubs sportifs et de loisirs, collectivités… En somme tous les acteurs de la société) deviennent un maillon important dans l'action des structures médico-sociales**. Il s'agit en effet d'accompagner ces acteurs, qui *de facto* endossent le rôle d'intermédiaires de l'inclusion car ils ont vocation à accompagner les personnes au quotidien (à l'école, dans leur entreprise, dans leurs centres d'accueil, etc.), dans leur **montée en compétence sur le handicap**, et à intervenir en ressource.

L'action du secteur médico-social dépasse ainsi le partenariat centré sur l'accompagnement et le suivi de la personne : elle peut prendre entre autres la forme de sessions de formation, de sensibilisation, de supervision, de médiation, de conseils pour les aménagements, d'un soutien à distance, de réunions de bilan régulières – sur un périmètre qui va au-delà de la seule file active de l'établissement. Ainsi, un ESMS peut avoir un rôle ressource auprès d'un enseignant en difficulté sur l'accompagnement d'élèves en situation de handicap, sans pour autant que ceux-ci soient connus préalablement par la structure. Autre exemple, une crèche peut demander un appui à une structure du handicap pour l'aider à accueillir des jeunes enfants en situation de handicap et accompagner les familles.



Le rôle du financeur

consiste quant à lui à s'adresser à ces trois catégories (personnes elles-mêmes, ESMS, et intermédiaires de l'inclusion), et notamment à favoriser la création d'un modèle de financement qui permette et favorise ces interrelations.

Le rôle des collectivités

en lien avec le développement social local peut également être valorisé, celles-ci pouvant être davantage motrices dans la mise en synergie entre acteurs d'un même territoire : droit commun, structures spécialisées et citoyens. Démarche d'intervention visant à mobiliser les acteurs et ressources d'un territoire pour améliorer les conditions de vie des habitants et la cohésion sociale, le développement social peut permettre d'accompagner des initiatives de diagnostic et d'interconnaissance entre ressources d'un territoire, de manière à favoriser la mise en réseau.

En tant que chefs de file de l'action sociale, **les Départements peuvent ainsi aller au-delà de leur position de maitres d'œuvre, vers un rôle de coordonnateur de réseaux ou de facilitateur.**

En synthèse, ce modèle signifie que les établissements et services médico-sociaux doivent anticiper le fait d'être sollicités par les acteurs du droit commun, qui bien fréquemment se seront pas en mesure, seuls, d'accueillir des personnes en situation de handicap dans les meilleures conditions (manque de formation, de savoir-faire, de savoir-être, de visibilité sur les aménagements et adaptations à mettre en place, etc.). Sans même attendre d'être sollicités, ils devront sans doute, pour que l'inclusion des personnes en situation de handicap devienne une réalité, se montrer proactifs et prendre des initiatives pour intervenir en soutien des intermédiaires de l'inclusion.

En effet, si les autorités de tarification et de contrôle ont un rôle certain dans la régulation et l'impulsion de ce mouvement, les modalités doivent encore être précisées. Cela s'inscrit dans une dynamique, plus large, de réflexion autour de l'évolution des modes de gouvernance et de financement du secteur de l'autonomie. L'objectif étant de tendre vers davantage d'intégration (entre financeurs - ARS/Conseil Départemental notamment, et entre opérateurs) et de territorialisation de l'action publique [6]. Certains exemples de gouvernance intégrée commencent à voir le jour, telles la signature de CPOM territoriaux en Gironde, ou bien la mise en place d'une table tactique handicap en Ille-et-Vilaine.

En l'attente de la généralisation de ces réflexions, les ESMS peuvent d'ores et déjà endosser ce rôle d'intermédiaire, et être forces de proposition dans le montage de modèles innovants, qui pourraient également permettre une hybridation de leurs ressources (par exemple, proposition d'un catalogue de formations et de prestations d'expertises, animation de sessions de revue de la pratique professionnelle etc.). La partie V du présent guide détaille ces différents enjeux.

6 Cf. par exemple le rapport Libault, qui s'interroge sur l'évolution de la gouvernance du secteur de l'autonomie et met en avant trois scenarii d'évolution.

3.

Une transformation qui implique une évolution des pratiques des établissements et services

METTRE LA PERSONNE AU CŒUR DES ACCOMPAGNEMENTS

1. Une individualisation de l'évaluation des besoins à renforcer

Les nouvelles pratiques d'individualisation des accompagnements impliquent, pour les ESMS, une revue des pratiques d'évaluation individualisée et continue des besoins. Des avancées majeures ont été accomplies ces dernières années en matière de diagnostic, notamment dans le domaine des déficiences intellectuelles et de l'autisme. Cette revue des pratiques doit permettre de définir et d'ajuster un socle de prestations adapté au plus près des besoins identifiés dans le but de permettre de développer au maximum les capacités des publics accompagnés.

2. Un accompagnement à l'Empowerment

L'Empowerment, aussi appelé pouvoir d'agir, est un principe d'autodétermination de la personne. Il se caractérise par la capacité d'une personne à faire des choix et à agir sur sa vie pour elle-même et par elle-même sur l'ensemble des dimensions de l'existence sociale (accueil, animation sociale, logement, citoyenneté, biens et services, etc.). Il s'agit donc de permettre aux personnes en situation de handicap de s'orienter librement vers les prestations auxquelles elles ont droit et vers les structures les délivrant. Pour les ESMS, cela signifie en premier lieu de permettre l'expression du besoin de l'usager à tous les moments de la vie et par tous les professionnels.

3. Un recueil systématique de la satisfaction des bénéficiaires

Dans ce contexte de transformation de l'offre, il est essentiel pour les ESMS de se doter d'outils permettant de mesurer la satisfaction [7] des personnes accompagnées. Dans la continuité des bonnes pratiques professionnelles, plusieurs outils peuvent permettre de recueillir l'avis des usagers sur les prestations proposées : enquêtes de satisfaction, réclamations, événements indésirables, conseil de la vie sociale, etc. Toutefois, il devient indispensable de trouver de nouvelles modalités plus adaptées d'expression et de recueil de la satisfaction des personnes.

4. Et plus globalement, une mesure en continue du niveau d'autonomie des bénéficiaires

L'individualisation des prestations délivrées appellent enfin d'aller au-delà de la mesure de la satisfaction. Plusieurs ESMS ont développé différents outils favorisant une mesure périodique de l'évolution du niveau d'autonomie des bénéficiaires d'accompagnement permettant ainsi une évaluation en continu des effets des prestations délivrées sur celui-ci et, par la même, des réajustements à la hausse ou à la baisse du niveau d'intensité de l'accompagnement en fonction des résultats obtenus.

7 Cf. par exemple le rapport Libault, qui s'interroge sur l'évolution de la gouvernance du secteur de l'autonomie et met en avant trois scenarii d'évolution.

PARTICIPER À LA MISE EN PLACE DE PANIERS DE SERVICES À L'ÉCHELLE DE CHAQUE TERRITOIRE

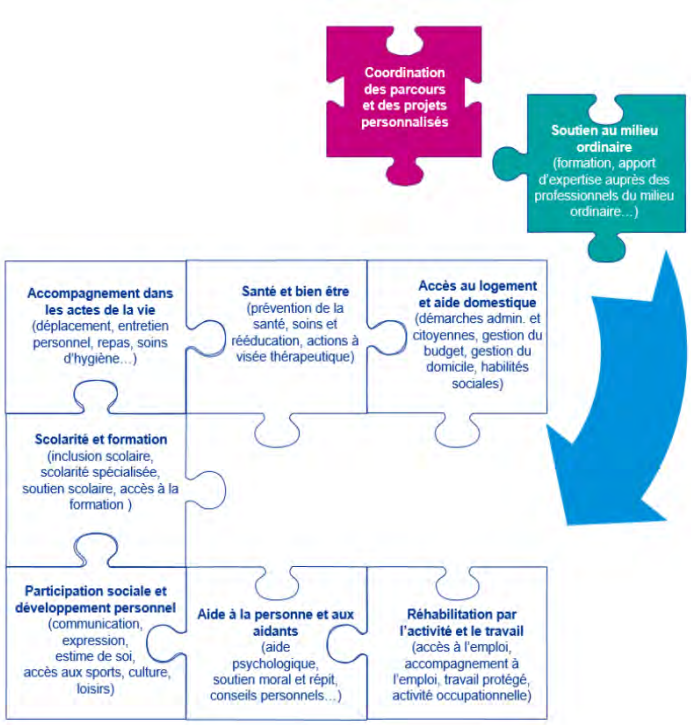
L'atteinte des objectifs de transformation nécessite la constitution d'un panier de service territorial cohérent. Les ESMS sont actuellement bien positionnés sur sept des neuf prestations de ce panier de services :

1. Accompagnement dans les actes de la vie
2. Santé et bien être
3. Accès au logement et aide domestique
4. Scolarité et formation
5. Participation sociale et développement personnel
6. Aide à la personne et aux aidants
7. Réhabilitation par l'activité et le travail

Pour ces sept prestations, le mouvement inclusif nécessite de proposer des prestations décloisonnées ne faisant pas de distinction entre le domicile et l'établissement dans les prestations d'accompagnement.

Pour les ESMS, il s'agit également de structurer ou d'inventer deux autres prestations du panier de service :

1. La coordination des parcours et des projets personnalisés en réponse aux besoins des personnes accompagnées par l'établissement ou issues du territoire de proximité (via les communautés 360 notamment)
2. Le soutien au milieu ordinaire : les « intermédiaires » de l'inclusion



Ces prestations doivent être orientées à destination directe des personnes en situation de handicap mais également en soutien des intermédiaires de l'inclusion qui seront amenés au quotidien à les accompagner dans le milieu ordinaire. Ces intermédiaires de l'inclusion sont notamment les professionnels de l'Education nationale, les professionnels de la formation, les employeurs et service public de l'emploi, les bailleurs sociaux, les collectivités, les clubs sportifs et de loisirs, etc.

FOCUS SUR L'ÉCOLE INCLUSIVE

L'ambition nationale en matière d'inclusion scolaire consiste en :

- 100% des enfants en situation de handicap bénéficient d'une solution en matière d'éducation ;
- 80% des enfants en situation de handicap accueillis en ESMS bénéficient d'une scolarisation en environnement ordinaire en 2022.

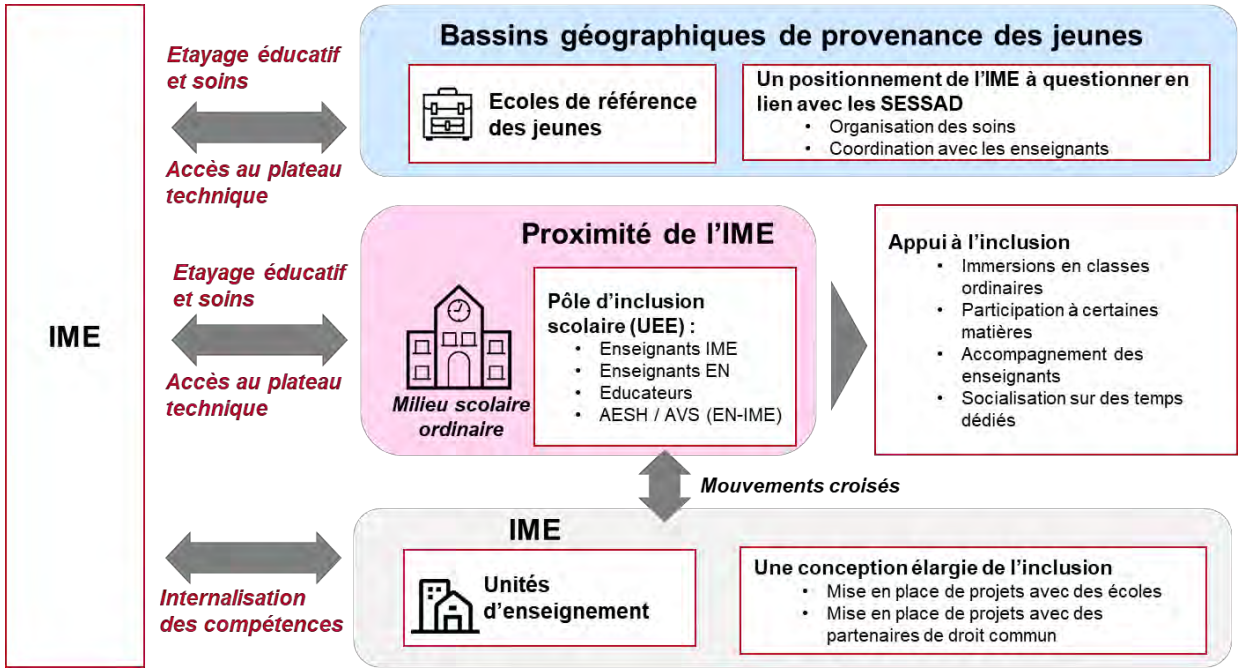
Au niveau de l'Education Nationale, trois mouvements sont actuellement en cours :

- L'augmentation significative des accompagnants (individuels, mutualisés, collectifs) ;
- L'augmentation significative des ULIS ;
- Le doublement des unités d'enseignement externalisées des ESMS.

Pour les ESMS, l'enjeu consiste notamment à identifier de nouvelles modalités de coordination avec l'Education nationale pour construire une réponse intégrée et en proximité des besoins des enfants actuellement accueillis.

Concrètement, l'individualisation de la réponse implique notamment d'anticiper les transformations organisationnelles sur les points suivants :

- Un accompagnement médico-éducatif au plus près du lieu de vie de la personne accompagnée ;
- Une fonction de coordination externe en charge d'assurer un suivi des conditions de mise en œuvre des parcours individuels et de la coordination avec l'ensemble des partenaires intervenant dans le parcours de l'enfant (Education nationale, collectivités territoriales, etc.) ;
- Une fonction de coordination interne dont le rôle prend la forme d'une véritable fonction hôtelière en charge de superviser la bonne marche au quotidien de l'établissement (planning individualisé des jeunes) ;
- Une prise en compte d'une charge renforcée pour le poste « transport ».



Exemple de positionnement d'un IME dans l'école inclusive

FOCUS SUR L'ENTREPRISE INCLUSIVE

Les dynamiques inclusives ont un impact notable sur le travail protégé.

Trois axes de transformation vont concerner directement les ESAT :

Le premier axe

porte sur le développement des prestations hors les murs pour les ESAT qui implique de travailler d'une part à des détachements en entreprise de travailleurs avec un encadrement adapté et d'autre part à la systématisation des stages de découverte.

Le deuxième axe

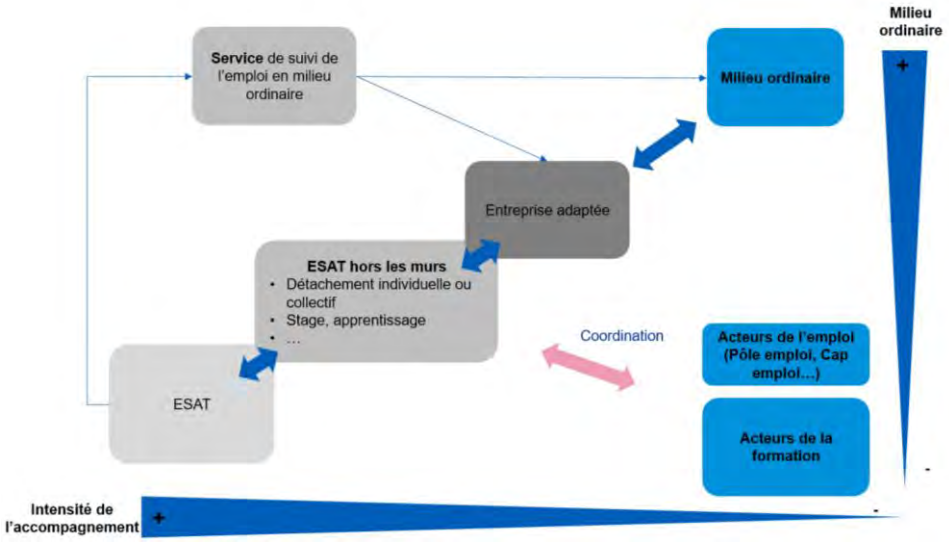
consiste à développer les compétences et organiser des parcours professionnels pour les travailleurs en lien notamment avec les logiques de certification des compétences et de l'acquisition de titres professionnels.

Le troisième axe

concerne la dynamique partenariale. L'ESAT sera en effet amené à renforcer les partenariats avec les entreprises adaptées et le milieu ordinaire pour permettre la montée en puissance de l'emploi. Concrètement un ESAT inclusif jouerait le rôle d'interface depuis le milieu ordinaire et vers le milieu ordinaire en portant notamment les accompagnements suivants :

- Lieu de formation, de répit et empowerment
- Prestations hors les murs
- Centre d'expertise

Exemple de positionnement d'un ESAT dans le parcours professionnel inclusif :



FOCUS SUR LE LOGEMENT INCLUSIF

Le logement inclusif

vise à offrir une alternative entre l'hébergement institutionnel dans un établissement médico-social et le logement individuel en milieu ordinaire.

Cette alternative doit permettre une sécurisation du lieu de vie et un accompagnement à la vie sociale. La sécurisation de l'offre inclusive correspond notamment à la possibilité de mise en commun de la PCH et/ou d'intervention coordonnée de services de type SAVS/SAMSAH/SSIAD.

L'habitat inclusif – ou l'habitat accompagné, partagé et inséré dans la vie de la cité » (API) [8] s'adresse principalement à trois publics : le public bénéficiaire d'une PCH souhaitant mutualiser son dispositif d'aide, les résidents d'établissement souhaitant éventuellement accéder à une vie plus autonome et les personnes en situation de handicap voulant vivre seules.

Historiquement, les ESMS ont pu développer une forme d'habitat inclusif sous la forme d'unités de vie autonomes en proximité immédiate des établissements. Ces logements accompagnés peuvent jouer le rôle de sas vers du logement inclusif. z

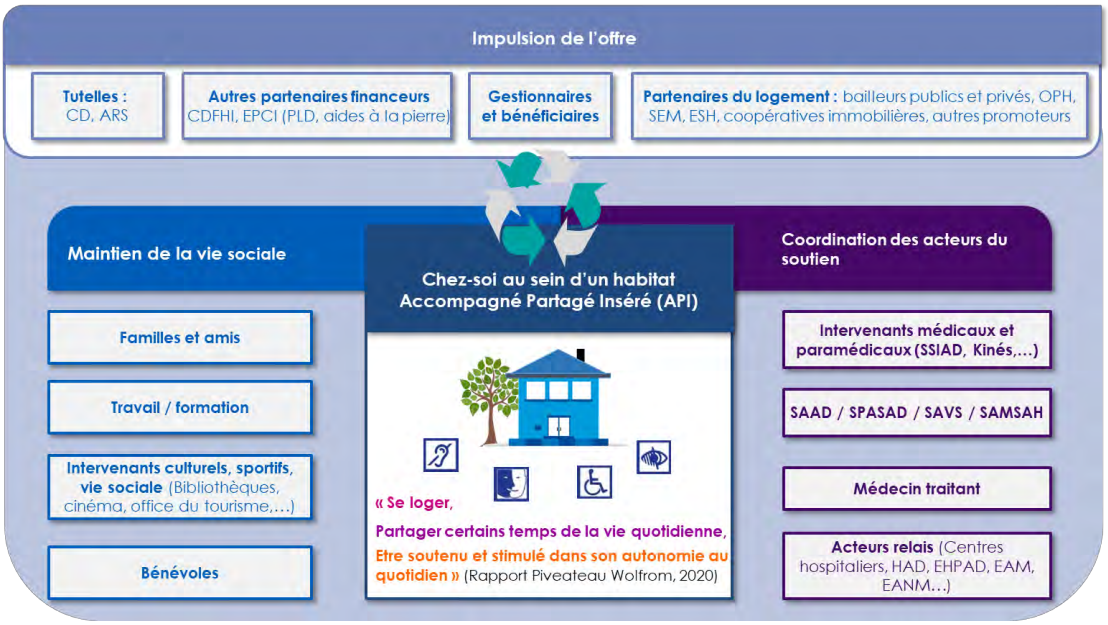
En 2017, 240 projets ont été identifiés par la DGCS (pour 48 départements répondants). La loi ELAN vise à développer cette offre en créant notamment un forfait d'aide au financement du projet de vie sociale et à l'accompagnement de l'habitat inclusif. Cette offre est donc amenée à croître très rapidement.

Les ESMS ont un rôle de premier plan à jouer en ce qui concerne l'ensemble des volets de l'offre d'habitat inclusif en se positionnant notamment sur :

- L'animation des résidences inclusives : la veille et la sécurisation de la vie à domicile, le soutien à l'autonomie, l'aide à la participation sociale et le soutien à convivialité ;
- La coordination des parcours des résidents ;
- Le partage d'expertise auprès d'acteurs de droit commun ;
- La prestation directe au sein des résidences inclusives.

8 Cf. « Demain, Je pourrai choisir d'habiter avec vous ! » Denis PIVETEAU, Jacques WOLFROM juin 2020

Schématisation du positionnement de l'offre d'habitat inclusif à destination des personnes en situation de handicap



4.

La feuille de route de la transformation

LA FEUILLE DE ROUTE DE LA TRANSFORMATION

La conduite d'un projet de changement de grande ampleur représente un défi pour les équipes de direction. Il s'agit donc d'un processus complexe qui nécessite l'activation de compétences particulières : méthode et rigueur dans le pilotage du projet, créativité dans la recherche de solutions nouvelles ou bien encore souplesse et pédagogie dans la communication auprès des différentes parties prenantes.

Les directions des établissements et services en charge de l'accompagnement des personnes en situation de handicap doivent ainsi dans ce cadre définir puis assurer dans la durée le suivi du déploiement de deux étapes fondamentales :

1. La stratégie de transformation

qui définit la logique et les principes d'intervention aux travers desquels la direction souhaite s'appuyer pour piloter la transformation ;

2. La feuille de route de la transformation

qui comprend l'ensemble des chantiers à mettre en œuvre pour assurer son déploiement dans le temps.

LA STRATEGIE DE LA TRANSFORMATION

La définition de la stratégie de transformation implique de définir la philosophie à travers laquelle la démarche va être conduite au sein de la structure. L'équipe de direction va ainsi être amenée à ce stade à opérer plusieurs choix qui dépendront du contexte et de l'ampleur de la démarche à conduire.

1. Définir une méthode

Le processus de conduite du changement consiste à permettre le passage d'un mode de fonctionnement à un autre et doit à ce titre permettre de concilier une double approche complémentaire :

- Une approche opérationnelle qui consiste à définir les nouvelles règles de gestion et de leurs exigences sur le fonctionnement cible mais également à élaborer des processus de travail satisfaisants au regard des nouvelles pratiques attendues.

- Une approche culturelle qui doit prendre en compte le capital humain comme facteur clé de succès. Il s'agit ici de prévoir, notamment à travers la définition d'une offre de formation, la mise en place de dispositifs d'accompagnement et de coaching ou bien encore d'actions de communication ciblées, l'appropriation du sens de la démarche et des nouveaux processus de travail par les équipes.

2. Anticiper les résistances

Les obstacles au changement sont nombreux :

- Le sentiment d'une perte de valeur professionnelle (ce qui donne du sens à mon métier) ;
- La crainte de voir son territoire réduit ou *a contrario* élargi ;
- La crainte de se voir contrôler ;
- La peur de devoir changer des habitudes bien ancrées (nouveau rôle, nouvelles manières de fonctionner).
- Etc.

Cette résistance au changement peut aller jusqu'au blocage de la mise en place du projet. Le changement est donc un processus complexe qui nécessite, pour les personnes concernées :

- La compréhension et l'acceptation de la cible visée (le Projet doit faire sens pour chaque personne dans l'organisation)
- La connaissance de la façon d'arriver à cet objectif (la démarche de mise en œuvre doit être maîtrisée avec un rythme constitué d'étapes cadencées dans le temps, l'organisation concernée devant être prête pour accepter le nouveau système et non s'adapter brutalement lors du déploiement)
- La conscience que chacun à un rôle à jouer dans la mise en œuvre de la transformation (chaque individu doit s'approprier son propre rôle dans le cadre du projet de transformation)

En synthèse, huit clés pour la réussite du changement

1. Une vision

— de la situation future et de ses bénéfices qui doit être claire pour l'ensemble des parties prenantes

2. Un système de valeurs

— prenant en compte la culture, les valeurs et les habitudes de fonctionnement de la structure

3. Une résilience

— à travers le souci de l'expression et de la prise en compte des résistances au changement

4. Un engagement

— partagé et continu de l'équipe de direction dans la démarche

5. Une proximité

— des cadres de proximité formés à l'accompagnement du changement

6. Un plan de formation

— de la culture, des valeurs et des habitudes de fonctionnement de la structure pour rendre possible l'émergence de l'acceptation et de l'appropriation

7. Une veille permanente

— autour des événements internes et externes qui peuvent faciliter ou empêcher la mise en œuvre du changement

8. Une perception

— du coût du « statu quo » qui doit être supérieure à celle du coût du changement

LA FEUILLE DE ROUTE DE LA TRANSFORMATION

L'élaboration d'une feuille de route permet d'identifier, pour chaque dimension du fonctionnement de la structure, les objectifs à atteindre ainsi que les leviers à mettre en œuvre pour y parvenir. Cette feuille de route doit être construite de manière à servir d'outil de pilotage, précisant les chantiers à entreprendre ainsi que leur échelonnement dans le temps.

Plusieurs étapes sont nécessaires en vue de l'élaboration de la feuille de route :

Produire un diagnostic

Définir la cible

Définir les modalités d'accompagnement au changement

Piloter la transformation

LA FEUILLE DE ROUTE DE LA TRANSFORMATION

1. Produire un diagnostic

Avant la conception de la feuille de route de la transformation, l'établissement a tout intérêt à produire un diagnostic de territoire. Il s'agit d'identifier les besoins du territoire en termes de prestations attendues, de mesurer les caractéristiques et l'évolution du public accueilli en lien avec le public vivant sur le territoire, notamment à travers une analyse des données collectées à l'aide de Via-trajectoire PH. L'enjeu est d'identifier les besoins de mise en adéquation des prestations avec le public actuel et le public cible. Le diagnostic doit également permettre de caractériser les prestations offertes par les partenaires de l'offre sociale et médico-sociale présents sur le territoire de l'établissement.

La feuille de route de la transformation de l'établissement, comme les projets d'établissement, doit :

- être compatible avec les schémas directeurs d'organisation de l'offre dans les territoires à savoir notamment le schéma régional de santé de l'Agence Régionale de Santé et le schéma d'organisation sociale et médico-sociale du département.
- répondre aux priorités de politiques publiques identifiées par les tutelles dans ces documents cadres. Ces différents documents permettent aussi d'obtenir certaines données utiles dans la conception du diagnostic de territoire.

Synthèse

Expertises interne : A partir du référentiel des prestations Sérafin PH
produire un diagnostic des prestations et des expertises de l'association, du gestionnaire ou des structures pouvant être offertes (Direction/cadres) ;

Offre du territoire : A partir d'une analyse des données mises à disposition par les partenaires institutionnels (MDPH, ARS, CD, etc.)
étudier l'offre actuellement existantes sur le territoire de proximité et ainsi identifier les phénomènes de concurrence (offre identique), de complémentarité ou bien encore des prestations non existantes (Direction/cadres) ;

Besoins des personnes sur le territoire : A partir d'une analyse des données mises à disposition par les partenaires institutionnels (MDPH, ARS, CD, etc.)
étudier les besoins actuellement non couverts ou partiellement couverts sur le territoire (Direction/cadres) ;

Opportunités : Proposer des évolutions à apporter à l'offre de services actuelle (CA/Direction/cadres).

2. Définir la cible

La transformation de l'offre a un impact sur plusieurs dimensions du fonctionnement de la structure : ressources humaines, gestion budgétaire, inscription dans l'environnement, etc. Les principaux enjeux sont les suivants :

La réflexion organisationnelle

La mise en œuvre d'une stratégie de transformation de l'offre implique de questionner l'adéquation entre l'organisation actuelle et les modes de fonctionnement attendus dans le cadre de l'établissement transformé. Le projet de transformation peut nécessiter une révision de l'organigramme de l'établissement. Cette refonte de l'organigramme et des procédures et protocoles associés doit permettre de mettre en place des modes d'organisation souples entre les équipes pour favoriser une continuité des prises en charge par les mêmes professionnels dans et hors les murs de l'établissement. Cette organisation doit prendre en compte de nouvelles formes de travail comme le nomadisme des professionnels (en lien avec la prévention de l'isolement), l'appropriation des outils dématérialisés pour les transmissions d'information sur les personnes accompagnées, la saisie en ligne des plannings, etc.

A titre d'exemple, la prévalence du milieu ordinaire dans certains projets de vie des personnes accompagnées nécessite de mettre en place des organisations en dispositifs (IME-SESSAD, ITEP-SESSAD, Foyer de vie-SAVS, etc.). A terme, les établissements peuvent envisager de mettre en place un fonctionnement en plateforme de prestations où l'ensemble des équipes proposent des prestations à la fois en interne de l'établissement mais également en externe auprès d'usagers ne relevant pas nécessairement de l'établissement. Les situations complexes prises en compte dans le cadre de la démarche Réponse accompagnée et le déploiement progressif des Communautés 360 constituent autant d'accélérateurs au déploiement de ce type de fonctionnement.

Le travail de refonte de l'organigramme, des procédures et des protocoles vient utilement formaliser ces nouveaux modes de travail.

Focus sur le fonctionnement en plateforme médico-sociale

Encore à l'état de projet dans un certain nombre d'associations en France, le fonctionnement en plateforme médico-sociale s'impose comme un mode de fonctionnement pertinent pour relever les défis de la transformation de l'offre médico-sociale et de l'inclusion en milieu ordinaire.

Une plateforme de services représente une entité cohérente possédant un statut unique regroupant, pilotant et coordonnant divers services complémentaires afin d'accompagner dans leurs parcours respectifs des destinataires communs [9]. Il faut entendre par services, des pools de compétences humaines et de ressources matérielles au service d'une même valeur ajoutée.

La plateforme médico-sociale est avant tout une forme organisationnelle permettant le passage d'une logique d'établissement à une logique de parcours centré sur l'usager.

Les deux principales caractéristiques de cette organisation sont :

9 JR LOUBAT (2016), « « Plates-formes de services. Un nouveau modèle d'organisation pour l'action médico-sociale », Gestions hospitalières, n°557.

1. **La création d'un service autonome**

   dédié à l'accueil, à l'évaluation des besoins et la coordination des parcours individuels, centré autour de l'élaboration et la mise en en œuvre du projet de vie de la personne accompagnée.

   Cette fonction vise à évaluer les besoins spécifiques de la personne, élaborer le projet de vie et solliciter les ressources disponibles en interne et en externe en fonction des besoins.

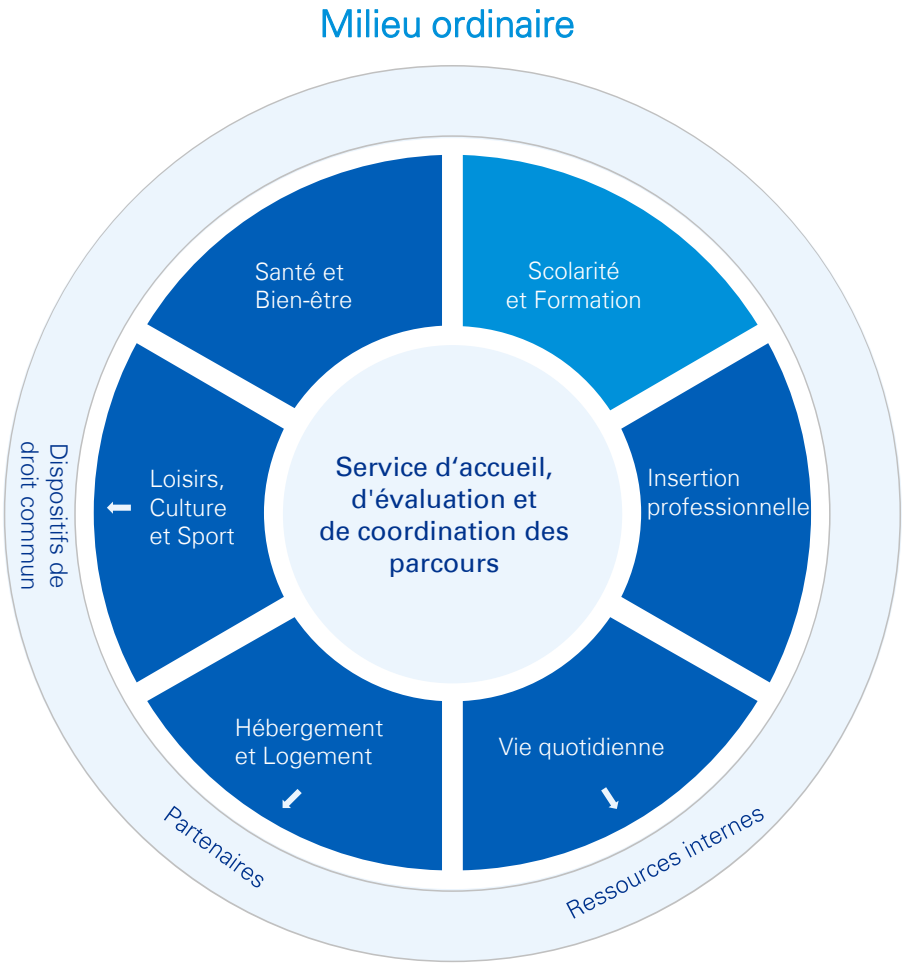
2. **Une organisation en pôles thématiques**

   correspondants aux différentes catégories de besoins pouvant être exprimés par l'usager dans le cadre de son projet de vie :

   - scolarité et formation,
   - insertion professionnelle,
   - hébergement et logement,
   - santé et bien-être,
   - loisirs et sports, etc.

Le schéma organisationnel ci-dessous est le modèle prospectif partagé par un nombre grandissant d'associations handicap engagées dans un processus de transformation de l'offre médico-social.

Ce modèle est intéressant et novateur dans la mesure où il traduit concrètement et d'un point de vue organisationnel la centralité du projet de vie de l'usager grâce à la mise en place d'une fonction dédiée à l'évaluation des besoins et à l'accompagnement de l'usager. Ce modèle organisationnel induit de fait de nouveaux métiers et de nouvelles formes de management que nous présentons ci-après dans le paragraphe « ressources humaines ».



Synthèse :

Procéder à une revue de l'organisation interne (organigramme / processus de travail) et prévoir son adaptation au regard des nouveaux projets développé par la structure (direction)

Le cas échéant, prévoir les conditions de déploiement en plate-forme médicosociale permettant le passage d'une logique d'établissement à une logique de parcours centré sur l'usager (direction)

L'inscription dans l'environnement

Outre les questions d'organisation interne, il est également indispensable d'intégrer dans la feuille de route une réflexion sur la façon dont l'établissement se positionne vis-à-vis de son environnement. L'objectif étant d'identifier les évolutions à prévoir pour assurer une intégration la plus aboutie possible de la structure au sein de son territoire d'intervention. A nouveau ici, le déploiement progressif des Communautés 360 va avoir un impact non négligeable sur le fonctionnement de l'écosystème local de proximité de l'établissement.

L'inscription dans l'environnement revêt plusieurs dimensions, de la capacité de la structure à mobiliser les ressources du territoire à la visibilité de celle-ci auprès des acteurs du territoire et du grand public. Plus précisément, les questions à se poser peuvent être les suivantes :

1 Les professionnels de la structure connaissent-il bien les acteurs intervenant sur le territoire, et sollicitent-t-il les ressources nécessaires pour compléter l'offre de services et répondre au besoin du territoire ?

Les éléments issus du diagnostic de territoire (cartographie des acteurs, analyse des besoins) doivent être utilisés dans une optique de constitution d'un panier de services cohérent. Il s'agit d'identifier les partenaires à mobiliser pour apporter une réponse plus complète aux besoins des usagers, dans le champ du médico-social (mutualisation de plateaux techniques, activités communes, etc.) ainsi qu'au-delà (secteur sanitaire, médecine libérale, secteur social, scolaire, logement etc.).
Il s'agit également pour la structure de mobiliser les compétences lui permettant :

1. d'accompagner une plus grande diversité d'usagers, dans une logique d'évolution du profil des personnes accueillies (troubles associés, comportements-défi, etc.) ;
2. de proposer aux usagers un accompagnement adapté à leur projet de vie en favorisant l'inclusion dans le milieu ordinaire (partenariats avec les acteurs de l'emploi, l'éducation nationale, bailleurs, etc.).

2 La structure et son offre de services sont-ils suffisamment visibles pour les acteurs du territoire ? L'établissement est-il positionné en tant que ressource ?

La structure et ses caractéristiques (modes d'accueil proposés, expertise…) doivent être suffisamment connus des acteurs du territoire pour assurer une orientation pertinente des usagers par les prescripteurs (MDPH, mais également secteur de l'enfance pour une structure adulte, services sociaux, etc.). Cela peut notamment passer par une participation active de la structure aux instances de coordination du territoire.
Par ailleurs, les acteurs doivent être en mesure de mobiliser la structure en tant que ressource sur ses compétences propres (expertise sur un type de déficience ou de trouble associé…). Cela concerne notamment les acteurs du milieu ordinaire (enseignants et proviseurs, employeurs, bailleurs…) mais également d'autres acteurs intervenant dans le champ du handicap. Cette mobilisation peut passer par l'animation formations ou de sensibilisation, par la participation à des réunions de synthèse, par des prises en charges partagées.

L'inscription dans l'environnement

3 La structure et son offre de services sont-ils suffisamment visibles pour le grand public ? Est-elle suffisamment ouverte sur l'extérieur ?

La présentation de la structure doit être suffisamment complète et actualisée pour permettre aux usagers et à leur entourage de connaitre les principales caractéristiques de la structure, avec pour objectif de simplifier les démarches pour les usagers. Cela concerne le site internet de la structure, mais également sur les supports complémentaires : ViaTrajectoire, brochures, réseaux sociaux.

L'ouverture de la structure sur l'extérieur doit également permettre de favoriser les interactions entre les usagers et leur environnement proche, dans une logique d'inclusion. Cela peut prendre la forme d'actions de toutes natures (accueillir des événements grand public dans l'enceinte de la structure, proposer des services à la population, organisation/participation à des évènements sportifs, culturels, etc.)

4 Les principaux partenaires sont-ils clairement identifiés, et les principes du partenariat sont-ils formalisés et revus régulièrement ?

Dès lors qu'une collaboration régulière est prévue ou en place entre un acteur du territoire et la structure, il conviendra de veiller à ce que les termes de cette collaboration soient précisés, ainsi que ses objectifs. Cela permet de clarifier ce qui est attendu de chacun, de déterminer les responsabilités et les modalités d'échanges prévus, et ainsi de sécuriser les professionnels dans leur pratique. La formalisation du partenariat doit également permettre que celui-ci soit institutionnalisé dans le temps, et ne soit pas personne-dépendant.

Une prise de recul régulière sur le partenariat, ses objectifs et ses points d'amélioration, par le biais de réunions annuelles par exemple, peut être l'occasion d'identifier de nouvelles synergies, de résoudre d'éventuels points de blocage et d'éviter un effet d'essoufflement du partenariat.

Synthèse :

Définir et assurer la mise en œuvre d'un plan d'action favorisant l'intégration de l'établissement dans son environnement de proximité (direction / cadres)

Tenir compte de l'évolution du contexte local de proximité (création des communauté 360 notamment) pour procéder à une revue des partenariats en cours et éventuellement permettre leur renforcement (direction)

Les ressources humaines

La transformation de l'offre implique une refonte profonde des habitudes de travail des professionnels. La modularité et l'individualisation des réponses, le redéploiement de l'offre d'hébergement vers une offre de services, ou encore l'inclusion et le soutien au milieu ordinaire, sont autant de mouvements qui peuvent bouleverser les pratiques actuelles. Si ces mouvements ne sont pas nouveaux pour la plupart des structures, il s'agit à présent de les diffuser de manière plus systématique au sein de la structure.

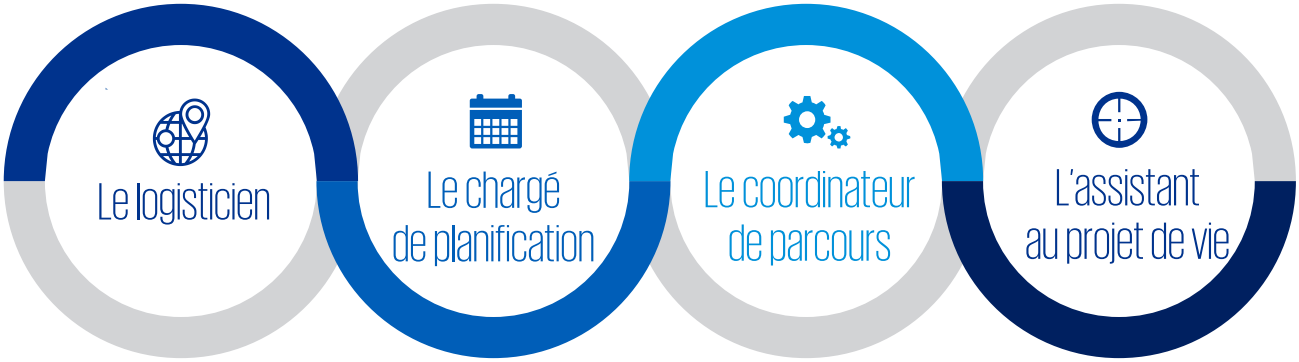
De nouvelles compétences, mais également de nouveaux métiers, seront certainement nécessaires pour assurer la reconfiguration de l'offre. L'évolution de l'offre a ainsi trois niveaux d'implication sur les ressources humaines :

1. L'acquisition de compétences nouvelles, y compris pour les fonctions traditionnelles

Pour l'ensemble des professionnels et des métiers présents dans les établissements, la dynamique de transformation implique de renforcer les compétences sur les points suivants :

- Le travail partenarial : présentation de soi, partage d'information, prestations dans les murs d'un partenaire, partage de l'expertise, etc.
- Le suivi de plans d'accompagnement individualisé complexes : la prise du point de vue du bénéficiaire et la co-construction avec celui-ci, l'évaluation des progrès et l'adaptation en temps réel du dispositif d'accompagnement
- La souplesse de fonctionnement : adaptations de l'emploi du temps, capacité à adapter les activités prévues pour intégrer les usagers en séquentiel, travail en co-construction avec d'autres partenaires, accompagnement d'un public potentiellement plus diversifié…
- De l'accompagnateur à l'activateur de droits…

2. Au-delà de la montée en compétences des fonctions traditionnelles, de nouveaux profils pourront devenir nécessaires au sein des structures :



La transformation de l'offre et la multiplication des interventions hors les murs implique de professionnaliser la gestion des déplacements dans les établissements. Une véritable fonction de logisticien se dessine en lien avec la transformation organisationnelle des établissements pour prendre en compte la contrainte des transports (recrutement de chauffeurs, achats de véhicules de service, etc.).

met en place une véritable fonction de planification des temps pour les personnes en situation de handicap comme les professionnels afin de superviser la bonne marche au quotidien de l'établissement (planning individualisé de chacun, l'organisation des interventions des professionnels, la gestion d'internats séquentiels, etc.)

est en charge d'assurer le suivi des conditions de mise en œuvre des parcours individuels et de la coordination avec l'ensemble des partenaires intervenant dans le parcours de la personne. Le coordinateur est le garant de la bonne inscription partenariale de l'établissement au service de la cohérence des prises en charge.

a pour rôle de favoriser la conception de projets individualisés au regard des attentes de la personne, de ses capacités et de l'offre de services disponible sur le territoire. Il consiste ensuite à assurer sa mise en œuvre opérationnelle tout en veillant à sa juste adaptation au regard de l'évolution de la situation.

3. Les évolutions managériales et RH à accompagner

Plusieurs évolutions viennent interroger et remettre en cause le management hiérarchique et pyramidal dans sa forme traditionnelle : d'une part, la mise en œuvre de modes d'organisations mobiles et diffus, dans les dispositifs de droit commun, ne permet plus une proximité immédiate avec les équipes, d'autre part, les missions de gestion ont tendance à s'amplifier et à aspirer les cadres intermédiaires qui s'éloignent davantage du terrain.

Le passage à un management participatif et horizontal devient nécessaire : l'avènement des coordonnateurs de parcours traduit cette tendance à « l'horizontalisation » du fonctionnement des structures d'accompagnement. En effet, si ce dernier a bien un rôle de régulation auprès des équipes, il tire sa légitimité de sa connaissance précise du parcours et des réalisations du bénéficiaire ainsi que de sa vision d'ensemble des ressources du territoire. Il entretient donc avec les équipes une relation technico-fonctionnelle et devra recourir à une autorité hiérarchique en dernière intention, en cas de conflit ou de blocage.

- La transformation de l'offre appelle à adopter une approche résolument prospective et stratégique des ressources humaines. Dans ce cadre, la GPEC est une variable essentielle de la transformation, notamment dans un contexte de vieillissement de la masse salariale et de diversification des profils métiers. La démarche de GPEC doit ainsi interroger :
    - les attentes et besoins d'accompagnement des bénéficiaires dans une perspective d'inclusion,
    - les compétence professionnelles nécessaires pour y répondre,
    - les fonctions et profils métiers à prioriser,
    - les formations et mobilités à mettre en œuvre en conséquence
    - enfin, les recrutements à privilégier.

Outre l'identification des compétences à développer au sein de l'organisation, ainsi que des profils complémentaires à recruter, des questions complémentaires peuvent être posées :

1. Quels sont les mouvements d'effectifs éventuels à prévoir, notamment en cas de redéploiement de l'offre ?

2. Quels sont les métiers les plus impactés et comment accompagner le développement des compétences attendues ?

3. Quelles modalités mettre en place pour identifier et limiter les risques professionnels, notamment psychosociaux ?

4. Quelles modalités pour accompagner le changement et favoriser l'adhésion de tous dans la durée ?

Plusieurs leviers peuvent être mobilisés, parmi lesquels l'investissement en temps de formation et l'adaptation de l'offre de formation, le développement de l'analyse de la pratique, les immersions au sein d'autres structures, ou encore les initiatives visant à développer le rôle et le pouvoir d'agir de l'usager au sein de la structure.

Synthèse :

Analyser les impacts de la transformation sur les besoins en effectifs - évolution quantitatives des besoins sur certaines fonctions - et en compétences - renforcement de certaines compétences / création de nouveaux métiers - (Directions / Cadres RH)

Mettre en place, en réponse, une véritable politique de GPEC (gestion prévisionnelle des métiers et des compétences) prenant la forme d'une véritable stratégie RH intégrant notamment un plan de formation, un plan d'accompagnement au changement… (Direction / Cadres RH)

Enjeux IT

Les outils numériques sont appelés à une prendre une part significative dans la mise en œuvre de la feuille de route de la transformation. Ces outils permettent d'accompagner les nouveaux modes de travail et les nouveaux métiers.

Les outils numériques peuvent permettre de fluidifier en interne les tâches suivantes :

- Gestion et transmission des plannings ;
- Suivi des déplacements pour le calcul des indemnités kilométriques ;
- Recensement des prestations effectuées ;
- Edition de factures en cas de prestations sous-traitées par un tiers ;
- Visualisation du parcours de l'usager au sein du gestionnaire.

En externe, les outils numériques vont notamment permettre de travailler sur la coordination du parcours de l'usager avec les partenaires impliqués. Cet usage externe implique de travailler à l'épineuse question de l'interopérabilité des systèmes d'information.

Sur ce sujet, certaines tutelles, les ARS notamment, travaillent sur des outils interopérables permettant le suivi de parcours.

Les établissements et services pourront utilement, dès leur déploiement opérationnel, se saisir de ces outils.

Synthèse :

Produire un diagnostic permettant d'évaluer le niveau d'adaptation des Systèmes et outils SI actuels au regard des besoins (Direction / cadres SI)

Conduire, le cas échéant, un projet de transformation des systèmes SI en lien avec les nouveaux usages internes et externes attendus (Direction / cadres SI) tout en veillant au niveau d'interopérabilité de la solution retenue

Enjeux immobiliers

Etant donné l'ampleur des charges supportées par les établissements en la matière, l'enjeu immobilier est primordial dans le cadre de la stratégie de transformation. Il s'agit de mettre en adéquation les structures immobilières avec la stratégie de transformation portée par l'établissement notamment sur les points suivants :

- Optimisation des surfaces utilisées ;
- Mise à niveau réglementaire ;
- Adéquation des besoins aux ressources notamment dans l'optique d'un redéploiement de moyens vers le milieu ordinaire.

La dynamique de transformation implique de repenser la localisation des locaux pour faciliter les interventions en milieu ordinaire, l'usage des internats en lien avec les taux d'occupation ou encore la requalification du bâti en cas de transformation de places d'établissement vers des places de services.

In fine, il s'agit d'identifier une trajectoire immobilière cible et soutenable. Pour ce faire, les établissements peuvent s'appuyer sur un schéma directeur immobilier qui vise notamment à consolider un diagnostic de l'existant, construire des scénarii, identifier une trajectoire de mise en œuvre.

Les scénarii permettent de caractériser les implantations cibles (localisation générale, services hébergés avec effectifs cibles) qui apportent différentes réponses aux besoins identifiés et projetés. Ces scénarii, doivent également permettre l'identification des marges d'incertitudes inhérentes à toutes les démarches de projection immobilière.

La trajectoire de mise en œuvre du scénario retenu de l'établissement caractérise précisément chaque opération immobilière pour fiabiliser le calendrier et les impacts financiers. A ce titre, une vigilance particulière est à accorder aux points suivants :

- Les hypothèses de produits/dépenses et les coûts des opérations
- Les modalités de mise en œuvre des opérations emboitées
- Les montages financiers les plus adéquats

La stratégie immobilière de l'établissement doit également tenir compte des disponibilités bâtimentaires des partenaires. Les opérations emboîtées peuvent intégrer des partenaires. A titre d'exemple, l'externalisation de classes pour un IME peut constituer une opportunité pour allouer la surface dégagée dans l'établissement au projet de transformation (intégration d'un SESSAD ou d'une classe « ordinaire » par exemple).

Synthèse :

Produire un diagnostic de la situation immobilière de la structure (Direction / cadres)

Conduire, le cas échéant, un projet de transformation immobilière visant l'adaptation du bâti aux besoins prévisionnels de la structure (Direction / cadres)

Enjeux budgétaires et financiers

Dans le cadre de la transformation de l'offre médico-sociale, le projet de réforme de la tarification des établissements et services médico-sociaux (ESMS) pour personnes handicapées, nommée SERAFIN-PH (Rapport Vachey-Jeannet), a été lancé en novembre 2014. Alors que le rapport présentant les différents modèles tarifaires possibles a été soumis à Madame la Secrétaire d'Etat aux personnes handicapées en novembre 2019, l'appropriation et l'utilisation des nomenclatures des besoins et des prestations par les pouvoirs publics et les acteurs des secteurs médico-sociaux, sociaux et sanitaires est de nature à favoriser la fluidité des parcours et accompagner la transformation de l'offre à travers un « vocabulaire commun partagé » des besoins des personnes accompagnées et des prestations mises en œuvre pour y répondre.

Sans attendre l'aboutissement de ces travaux, de nouveaux outils sont venus modifier le paysage médico-social au service de la transformation de l'offre. En effet, un dialogue de gestion rénové, la projection budgétaire pluri annuelle et la tarification à la ressource sont désormais les leviers budgétaires et financiers accompagnant l'évolution de l'offre médicosociale :

La Pluri annualité budgétaire

La pluri annualité budgétaire repose sur l'accord entre les gestionnaires et les autorités de tarification (Conseils Départementaux et/ou Agences Régionales de Santé) sur les objectifs à atteindre pour plusieurs années (maximum 5 ans), sur les moyens à affecter (le budget pluriannuel) et leurs modalités d'évolution. La signature d'un Contrat d'Objectifs et de Moyens (CPOM) conditionne la mise en œuvre de la pluri annualité.

Depuis la loi de financement de la sécurité sociale de 2016 pour 2017, les CPOM sont devenus obligatoires d'ici à 2022 pour les structures disposant d'un financement « sécurité sociale ».

Ce nouveau cadre confère aux gestionnaires une plus grande souplesse de gestion et de marge de manœuvre, puisqu'il peut redéployer des crédits entre structures couvertes par le périmètre du contrat. De plus, la libre affectation des résultats dans le cadre des CPOM vient soutenir cette dynamique d'une plus grande autonomie du gestionnaire en contrepartie d'une responsabilisation accrue de ce dernier au regard des objectifs négociés au sein du CPOM. L'engagement d'une démarche de CPOM et la mise en œuvre d'une pluri annualité budgétaire accélère la nécessaire mise en place d'outils de gestion interne, de mesure d'impact, de tableaux de bord, etc.

L'Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses (EPRD) et à l'Etat Réalisé des Recettes et des Dépenses (ERRD)

L'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) est l'acte par lequel les recettes et les dépenses annuelles des ESMS sont prévues et autorisés. En remplacement du compte administratif, les ERRD permettent d'évaluer la réalité des dépenses par rapport aux prévisions (EPRD) et d'avoir une visibilité sur le niveau de risques financiers des établissements.

Jusqu'à présent, le montant des dépenses transmis aux autorités de tarification donnait lieu à un montant de ressources. Désormais, la prévision du montant des recettes conditionne les charges et donc le montant du budget qui sera alloué aux gestionnaires.

L'enjeu est de démontrer aux autorités de tarification le respect de l'équilibre d'exploitation, la capacité de financement des investissements et la maitrise de l'équilibre financier global. Ce nouveau cadre implique pour le gestionnaire d'effectuer une projection financière de son équilibre et de ses investissements, de façon pluri annuelle (à 5 ans) et globale (pluri-établissements et/ou services).

Synthèse :

Tirer parti des nouveaux outils associés à la tarification des ESMS (CPOM / EPRD) et des marges de manœuvre associées pour favoriser la sécurisation et la soutenabilité financière du plan de transformation (Direction / DAF)

3. Définir les modalités d'accompagnement au changement

Une fois les principaux chantiers de la feuille de route identifiés, il convient d'envisager plus précisément la façon dont ceux-ci seront pilotés et portés en interne. Des mécanismes permettant d'associer l'ensemble des parties-prenantes à la démarche de changement doivent être envisagés, et ce à tous les échelons : des membres du comité stratégique aux professionnels de terrain en passant par les usagers.

L'objectif étant d'assurer que l'ensemble des acteurs concernés partagent bien la même vision sur le projet, qu'ils en trouvent un sens, et que les points de blocage puissent être identifiés et résolus au fur et à mesure. Cela doit également permettre de rectifier la trajectoire ou de revoir la feuille de route le cas échéant. En effet, il est nécessaire de rappeler que tout mouvement de transformation n'est pas totalement linéaire, surtout lorsqu'il s'agit de plusieurs, structures, voire plusieurs sites ou pôles : les notions de temporalité et d'opportunité sont importantes à intégrer pour conserver une certaine agilité dans la mise en œuvre.

Les instances de gouvernance doivent donc être adaptées pour pouvoir intégrer une dimension de suivi du projet. Cela peut passer par la création d'instances (techniques et de pilotage) *ad hoc* ou bien par la mobilisation des instances existantes :

1. Les membres du Conseil d'administration auront en tout état de cause validé en amont le principe de la transformation de l'offre proposée par l'association. Ils devront par ailleurs être informés à des étapes clés de la définition de la stratégie et de sa mise en œuvre des directions prises par le projet, des principaux résultats, etc. Une sensibilisation des membres du CA sur les évolutions en cours sur le secteur et sur les objectifs stratégiques que doit viser la transformation peut être prévue lors du lancement de la démarche pour la resituer dans son contexte et pour assurer que les objectifs soient bien partagés par tous les membres.

2. La direction de la structure ainsi que les cadres (chefs de service ou de pôle, adjoints, professionnels référents/coordonnateurs…) devront être associés tout au long du projet, dans le cadre d'un comité de pilotage ou des réunions de directions déjà en place, afin de suivre le projet, de faire remonter d'éventuels points de blocage sur le terrain et d'harmoniser la posture vis-à-vis de la transformation, auprès des usagers comme des équipes.

3. Il sera également important que les professionnels de terrains disposent d'instances dans lesquels ils puissent être tenus informés des grandes étapes et des décisions prises autour du projet de transformation, mais également exprimer leurs attentes et leurs appréhensions éventuels, ainsi que les freins éventuels et les problématiques rencontrées sur le terrain. Cela peut passer par des réunions d'équipe et des réunions institutionnelles, mais également par des outils de communication : newsletter sur l'avancée de la démarche, réseau social interne permettant de poser des questions au fil de l'eau ou d'échanger des expériences… L'accompagnement au changement des équipes passe également par une adaptation du plan de formation et la mise en place d'une analyse de la pratique ou de supervision, ou tout autre groupe d'échange permettant de prendre du recul sur la pratique.

4. Les usagers et leurs proches doivent également être informés et concertés dès le lancement de la démarche, à la fois par une communication transparente et régulière (réunion d'information, newsletter…) mais également par la mobilisation d'instances leur permettant de formuler leur attentes vis-à-vis du projet, leurs craintes éventuelles, et leurs préconisations sur la mise en œuvre de la feuille de route. Cette concertation devra avoir lieu à la fois lors de l'élaboration du plan d'actions et au cours de sa mise en œuvre. Cela peut passer par le CVS, ou par un groupe d'expression par exemple. Cela peut également passer par une représentation des usagers et leur proche dans le groupe projet.

3. Piloter la transformation

Outre les modalités d'accompagnement au changement, il convient également de définir la façon dont les différents chantiers seront suivis et pilotés. Des indicateurs sont à identifier afin de mesurer les évolutions et de déterminer le niveau d'atteinte des objectifs identifiés initialement. Plusieurs types d'indicateurs peuvent être envisagés :

Le suivi de l'adhésion des personnes et de leur satisfaction

Elément central de la démarche d'amélioration continue de la qualité et de la loi 2002-2, la mesure de la satisfaction des usagers, et son évolution dans le temps, peut être un bon indicateur de réussite de la démarche.

Le recueil de l'adhésion de l'usager à la transformation de l'offre de service se fait, dans sa forme la plus classique, par le biais de :

- Recueil d'expression sur les projets de transformation

Permettre à chaque personne d'exprimer son adhésion sur les projets portés par le gestionnaire (compréhension des projets les concernant, adéquation avec leurs souhaits et des craintes)

- Implication du CVS

Implication des membres dans les comité de pilotage ou les instances de suivi des projets de transformation

- Mobilisation du pouvoir d'agir des personnes et de leurs capacités

Permettre aux personnes de contribuer à la définition des projets de transformation en étant parti-prenante de l'ensemble de la démarche.

Le baromètre social auprès des équipes

Un baromètre social est un questionnaire remis de manière anonyme et confidentielle aux professionnels d'une structure afin de mesurer leur perception sur certains aspects du fonctionnement. Il peut porter sur un thème précis que l'on cherche à analyser et mesurer, ou bien sur un ensemble plus large de thématiques.

Les retours de ces questionnaires permettront de "prendre le pouls" afin d'établir un diagnostic d'éventuels problèmes sociaux et managériaux existants ou à venir. Ils serviront à identifier les zones de risques et les axes de progression et de prévenir ou corriger tout dysfonctionnement. Cela pourrait aider à identifier d'éventuels risques psychosociaux - une étude complémentaire pourra être prévue le cas échéant sur cette question.

Les indicateurs clés de pilotage

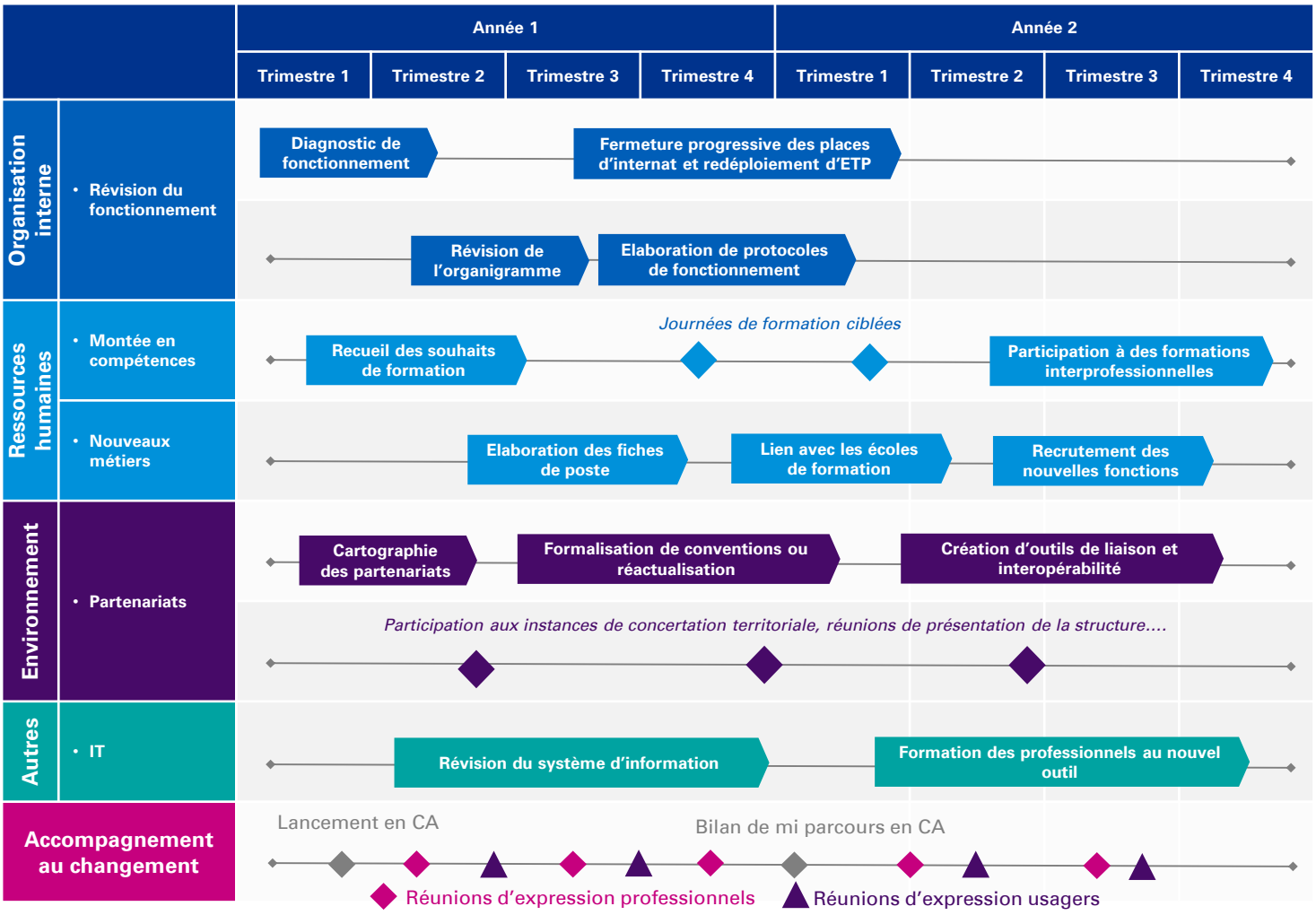
Plus généralement, la feuille de route pourra intégrer des indicateurs de performance, sur le modèle de la responsabilité sociale des entreprises, permettant d'objectiver les impacts de la transformation. Ces indicateurs pourront porter :

- sur les données récoltées par le biais des questionnaires usagers (ex : % moyen de satisfaction vis-à-vis de l'adaptation de l'accompagnement au besoin, etc.) ;
- sur les données issues du baromètre social auprès des équipes ;
- sur les données d'activités collectées par la structure. Il pourra s'agir de données déjà suivies dans le cadre des rapports d'activité par exemple, ou bien d'indicateurs non suivis auparavant – cela impliquera donc de bien définir le périmètre de la donnée et les modes de collecte (source, fréquence de recueil, etc.).

A titre d'exemple, les indicateurs peuvent porter sur les éléments suivants :

INDICATEURS	PRÉCISIONS
Evolution des pratiques	
Part des personnes accueillies ayant bénéficié d'une évaluation fonctionnelle depuis leur entrée dans la structure	
Part des personnes accueillies bénéficiant d'un accompagnement partagé avec au moins un partenaire	
Part des personnes accueillies accompagnées par un coordonnateur de parcours	
Nombre de personnes accueillies au cours des 12 derniers mois en accueil temporaire ou séquentiel	
Part des sites de la structure accessibles aux transports en commun	
Part des personnes accueillies inscrites dans un parcours à visée inclusive	
Réponse aux besoins du territoire	
Nombre de situations critiques / bénéficiaires de PAG accueillis par la structure	
Niveau de participation de la structure à des réunions de revue coordonnée des pratiques d'admission (si existantes)	
Relation usagers	
Part des bénéficiaires satisfaits de l'accompagnement actuellement proposé (via enquête dédiée)	
Niveau d'implication des bénéficiaires ou de leurs représentants aux projets stratégiques de la structure	Informés / consultés / concertés / associés
Instance de gouvernance	
Niveau d'implication des instances de gouvernance aux projets stratégiques de la structure	Informés / consultés / concertés / associés
Professionnels de la structure	
Niveau d'implication des professionnels de la structure ou de leurs représentants aux projets stratégiques de la structure	Informés / consultés / concertés / associés
Niveau de satisfaction des professionnels de la structure (« baromètre social annuel »)	
Part des professionnels n'ayant pas bénéficiés d'au moins une formation au cours des 3 dernières années	
Partenaires de la structure	
Nombre de partenariat faisant l'objet d'une convention de coopération	
Niveau d'implication des partenaires aux projets stratégiques de la structure	Informés / consultés / concertés / associés
Niveau d'implication de la structure dans les communautés 360 et autres instance de coordination territoriale	

A titre d'illustration, une feuille de route peut prendre la forme suivante :



5.

Les conditions de réussite

Les conditions de réussite doivent être considérées comme des prérequis qui dépassent le seul champ de compétences des Etablissements et services médico sociaux intervenant auprès des personnes en situation de handicap. Aussi, la mise en œuvre des mouvements attendus de la part des partenaires sociaux et des partenaires institutionnels constituent autant de leviers facilitateurs à la mise en place d'une dynamique de transformation au sein des ESMS.

METTRE L'USAGER AU CŒUR DU PROCESSUS

Le renversement promu dès la loi 2002-2 réclame de ne pas partir d'un dispositif pour y adapter la personne mais bien de partir de la personne, de sa parole, de l'expression de son propre projet pour envisager des réponses existantes à adapter. A une réponse clef en main, monodimensionnelle de type tout établissement ou tout domicile doit se substituer une mosaïque de propositions correspondant à la complexité d'un croisement entre situation à compenser et attentes à honorer.

Au niveau d'un établissement ou service, il s'agit donc de permettre à chaque personne accompagnée de pouvoir bénéficier :

D'une évaluation du projet personnalisé
régulièrement actualisée pour en définir un panel de prestations adapté ;

D'un accompagnement individualisé
pour faire émerger son projet de vie et d'en assurer le suivi dans le temps ;

D'une démarche d'évaluation de la satisfaction
lui permettant d'évaluer de manière périodique sa perception de la qualité du service dont il bénéficie de la part de la structure.

Pour être efficace, ce mouvement appelle donc la conception d'une série d'outils adaptée au regard de ces nouveaux besoins (outils d'évaluation – type GEVA…, trames de projet personnalisé co-construit, etc.). Il appelle également la mise en œuvre d'une véritable stratégie de formation des professionnels pour que ceux-ci soient en capacité d'accompagner les usagers. Il nécessite éventuellement des opérations de transformation de l'organisation conduites au travers de nouvelles fonctions (assistant au projet de vie notamment). Ces nouvelles fonctions sont potentiellement positionnées au sein de plateformes externes aux établissements et services (Communauté 360 par exemple) en charge de l'accompagnement au quotidien.

FAIRE EVOLUER LES CONVENTIONS COLLECTIVES

Dans le secteur médico-social

largement représenté par des structures à but non lucratif (associations, fondations, etc.), plusieurs conventions collectives sont appliquées par les employeurs.

Les deux principales sont :

1. la convention collective nationale des établissements privés d'hospitalisation, de soins, de cure et de garde à but non lucratif du 31 octobre 1951 (CC 51) ;
2. la convention collective nationale de travail des établissements et services pour personnes inadaptées et handicapées du 15 mars 1966 (CC 66),

elles-mêmes regroupées au niveau plus global de la branche sanitaire, médico-sociale et sanitaire à but non lucratif (BASS).

L'absence de cadre juridique global à l'échelle du secteur a des conséquences multiples :

- Au niveau des accompagnements puisque la situation actuelle limite l'élaboration des réponses coordonnées et transversales, au service du parcours de vie des personnes accompagnées.
- Au niveau des salariés dont les parcours métiers peuvent s'avérer limités du fait de l'absence de passerelles entre les secteurs social, médico-social et sanitaire, et de rémunérations et de grilles de classifications hétérogènes.

Par ailleurs, les mouvements en cours dans le champ du handicap appellent, comme nous avons pu l'identifier, l'émergence de nouveaux métiers ou de nouvelles fonctions qui gagneraient à être reconnus de manière homogène chez chaque employeur. Aussi, la relance des réflexions déjà conduites par le passé autour de la création d'un cadre conventionnel unique constituerait un levier facilitateur tant au niveau des parcours professionnels que des parcours de vie.

UNE OFFRE DE FORMATION ET CONTINUE QUI DOIT S'ADAPTER AUX NOUVEAUX BESOINS

La formation initiale et continue des professionnels apparait comme une clé essentielle pour accompagner les changements de pratiques associées au mouvement de transformation du secteur.

Au niveau de la formation initiale

la revue des référentiels de diplôme et leur fusion par niveau doit être poursuivie pour répondre à la fois au besoin de sécurisation des parcours professionnels de salariés mais également l'adaptation des compétences délivrées aux besoins des employeurs. A ce titre, la fusion du Diplôme d'État d'auxiliaire de vie sociale (DEAVS) avec le Diplôme d'État d'aide médico-psychologique (DEAMP) au sein du Diplôme d'État d'accompagnant éducatif et social (DEAES) apparait comme un mouvement à poursuivre et renforcer dans le futur.

Au niveau de la formation continue

l'enjeu consiste bien entendu à accompagner les changements de pratique par une offre de formation adaptée aux nouveaux besoins et métiers. L'émergence de nouveaux opérateurs que sont les OPCO et plus particulièrement l'OPCO santé auquel adhèrent la grande majorité des associations gestionnaires du secteur, apparait comme un mouvement facilitateur au sens où l'ingénierie de formation est centralisée au sein d'un opérateur unique. Dans ce contexte, une attention particulière pourra à ce titre être accordée aux principes suivants :

1. La généralisation des formations croisées
réunissant à l'échelle d'un même territoire des professionnels issus de champs d'intervention complémentaires. A titre d'exemple, les formations croisées ou interinstitutionnels sur le thème de la « Réponse accompagnée pour tous » ou bien encore sur les Troubles du neurodéveloppement (Dispositif START) constituent des réponses adaptées qu'il convient de généraliser sur l'ensemble du territoire national.

2. L'implication systématique d'une expertise d'usage
prenant la forme d'interventions ou de témoignages de la part de personnes en situation de handicap, au sein des dispositifs de formation

LA DIFFUSION DES INNOVATIONS

La transformation de l'offre n'est pas nouvelle : de nombreuses initiatives innovantes ont déjà commencé à voir le jour, certaines se sont même généralisées. On pense par exemple au fonctionnement des ITEP en dispositif. Si de nombreux gestionnaires sont d'ores et déjà mobilisés pour adapter leur offre de service, le partage et la capitalisation autour de ces initiatives est essentielle pour permettre un retour d'expériences et un essaimage des initiatives les plus convaincantes.

La diffusion des innovations prend aujourd'hui de nombreux canaux, mais ceux-ci ne sont pas toujours visibles pour l'ensemble des parties prenantes.

Ainsi, par exemple :

les observatoires

tels que les CREAI et les cabinets d'études peuvent être mandatés pour réaliser des études mettant en valeur des initiatives innovantes sur la région ;

la presse spécialisée ou **les réseaux**

tels qu'Idéal Connaissance peuvent également être un levier de recensement et de communication autour des innovations, par la diffusion d'articles ou l'organisation de conférences ou colloques ;

les expérimentations

peuvent par ailleurs s'inscrire dans un cadre législatif, tels l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale 2018 visant à promouvoir les initiatives dérogatoires d'organisation et de financement du système de santé, ce qui leur permet d'être suivies et évaluées de façon empirique ;

les ESMS

ont ainsi à se mobiliser pour faire connaitre leurs initiatives innovantes, auprès des observatoires ou des réseaux, par une mise en réseau et la participation à des rencontres ;

les autorités de financement

quant à elles, Agences Régionales de Santé, Conseils Départementaux mais également CNSA, devront être en mesure de s'emparer davantage de ce sujet, et proposer en leur fonction d'animateur territorial des opportunités de capitalisation et d'échanges de pratiques entre opérateurs.

LE FINANCEMENT DE LA TRANSFORMATION

La mise en œuvre d'un tel chantier de transformation de l'offre, reposant sur un principe d'individualisation des accompagnements, ne peut s'envisager à moyens constants : les charges nouvelles induites par cette transformation nécessitent d'augmenter et de diversifier les produits pour inscrire le virage inclusif dans la durée. En tout état de cause, le rôle des tutelles sera d'objectiver et de valoriser le coût de cette transformation par le biais de différents vecteurs :

Les ESMS peuvent obtenir

des recettes complémentaires à l'aide d'appels à projets permettant de faire levier sur la dynamique de transformation de l'organisation tout en inscrivant l'établissement dans les priorités de la politique publique ;

Les ESMS peuvent bénéficier

de financements du projet de transformation provenant d'objectifs et de moyens spécifiques identifiés dans le cadre d'un CPOM.

Vers une diversification des ressources

En outre, comme l'ensemble des acteurs de l'économie sociale et solidaire, les ESMS peuvent se penser comme des « institutions hybrides[10] » pouvant construire des modèles économiques au croisement des logiques de subventions, de marché et de mécénat. Cette « hybridation du modèle économique » peut constituer un des leviers, non exclusif, de financement de la transformation.

10 Hély, M., Les métamorphoses du monde associatif, Presses universitaires de France, coll. « le lien social », 2009

LES AUTORISATIONS ET LE DIALOGUE DE GESTION

Dans la continuité de la refonte du régime de l'autorisation [11] et de la Réponse Accompagnée pour tous [12], les dynamiques inter-gestionnaires permettant de prendre en charge les besoins, notamment les plus complexes, à l'échelle d'un territoire sont amenées à être renforcées. Pour faciliter ces coopérations territoriales, il appartient aux tutelles, en association étroite avec les gestionnaires, de construire des nouveaux outils facilitant la dynamique territoriale.

Sans aller nécessairement jusqu'à la mise en place d'un GCSMS territorial, stade ultime d'intégration partenariale, des outils souples et adaptables à la structuration historique de l'offre en territoire peuvent être proposés.

Le CPOM territorial apparait comme un des outils innovants disponibles. Concrètement, un CPOM territorial prend la forme d'un CPOM à deux niveaux :

Un niveau correspond aux objectifs du gestionnaire
Il s'agit de la partie qui correspond à un CPOM classique.

Un niveau correspond aux objectifs territoriaux et partenariaux.
Ces objectifs sont partagés entre l'ensemble des signataires du CPOM territorial.

L'ensemble des acteurs-clés de l'offre inclusive peuvent être inclus dans une démarche de CPOM territorial pour construire un encastrement partenarial des offres de services.

Il convient de noter que l'ordonnance COVID-19 relative aux ESMS ainsi que le déploiement des Communautés 360 (point d'entrée unique pour les personnes se retrouvant en difficulté dans une organisation territoriale inter-gestionnaires) contribuent à accélérer ce mouvement.

Ce pilotage territorial de l'offre de services doit aller de pair avec une refonte des modalités du dialogue de gestion avec l'ARS et le Conseil Départemental. Au-delà du seul suivi budgétaire, étape indispensable, le cœur du dialogue de gestion pour la tutelle doit s'apparenter à une relation d'aide à l'auto-analyse (posture descriptive), d'analyse stratégique (posture prospective), de conseil (posture prescriptive) de coaching (posture incitative).

Enfin, le dialogue de gestion gagnerait à s'effectuer en partie à l'échelle de l'écosystème partenarial territorial.

11 Décret n°2017-982 du 9 mai2017 relatif à la nomenclature des établissements et services sociaux et médico-sociaux accompagnant des personnes handicapées ou malades chroniques
12 Loi santé 2016-41 du 26 janvier 2016 (articles 44 et 89)

PREVOIR LES CONDITIONS D'ACCUEIL CHEZ LES INTERMEDIAIRES DE L'INCLUSION

Comme nous l'évoquions en fin de deuxième partie de ce guide, l'inclusion généralisée des personnes en situation de handicap dans la société suppose le développement d'un nouveau type de prestations de la part des établissements et services médico-sociaux.

En effet, pour assurer que les personnes puissent bénéficier des services de droit commun (scolarisation, offre de loisirs, emploi, etc.), et dans des conditions adéquates, les ESMS auront un rôle de sensibilisation et d'apport d'expertise à jouer auprès de ces acteurs.

Cela peut passer par des actions de formation et/ou un apport d'expertise en amont de l'accueil de la personne ou en sa présence, pour expliquer les gestes à adopter de manière à compenser le handicap ou bien les adaptations à prévoir dans la posture, l'environnement, les ressources matérielles, etc.

Cela passe également par une capacité du droit commun à mobiliser l'ESMS en cas de difficulté (appel téléphonique, intervention sur site). Des espaces de retrait peuvent ainsi être prévus par l'ESMS, en cas de besoin pour la personne de retourner de façon transitoire dans un environnement plus sécurisant, avec moins de stimulations, etc.

L'inclusion suppose une multiplication des interventions et des lieux de présence des personnes en situation de handicap : aussi, l'ESMS aura également par ailleurs à développer la fonction de coordination de parcours, de manière à assurer un fil rouge dans l'accompagnement de la personne, ayant une vision d'ensemble sur les besoins et le parcours et faisant office de référent, pour la personne ou son entourage comme pour les autres intervenants.

- Référents secteur du Handicap :

Cyrille Billaud
Associé Directeur national
en charge des politiques du handicap
cbillaud@kpmg.fr

Jean-Marie Pichavant
Senior manager
Responsable du secteur handicap
jmpichavant@kpmg.fr

- Référent Economie Sociale et Solidaire :

Bernard Bazillon
Associé Directeur national
Economie Sociale et Solidaire
bbazillon@kpmg.fr

@KPMG_France KPMG France KPMG France KPMG_France KPMG Recrutement

Kpmg.fr

Les informations contenues dans ce document sont d'ordre général et ne sont pas destinées à traiter les particularités d'une personne ou d'une entité. Bien que nous fassions tout notre possible pour fournir des informations exactes et appropriées, nous ne pouvons garantir que ces informations seront toujours exactes à une date ultérieure. Elles ne peuvent ni ne doivent servir de support à des décisions sans validation par les professionnels ad hoc. KPMG S.A. est le membre français de l'organisation mondiale KPMG constituée de cabinets indépendants affiliés à KPMG International Limited, une société de droit anglais (« private company limited by guarantee »). KPMG International et ses entités liées ne proposent pas de services aux clients. Aucun cabinet membre n'a le droit d'engager KPMG International ou les autres cabinets membres vis-à-vis des tiers. KPMG International n'a le droit d'engager aucun cabinet membre.

© 2020 KPMG S.A., société anonyme d'expertise comptable et de commissariat aux comptes, membre français de l'organisation mondiale KPMG constituée de cabinets indépendants affiliés à KPMG International Limited, une société de droit anglais (« private company limited by guarantee »). Tous droits réservés. Le nom et le logo KPMG sont des marques utilisées sous licence par les cabinets indépendants membres de l'organisation mondiale KPMG. Imprimé en France.

Crédit photos : istock ; shutterstock