

ANTICIPER ET
COMPRENDRE

Le secteur médico-social

Comprendre pour agir mieux



**Les publications de l'ANAP s'inscrivent dans 3 collections,
pour transmettre aux professionnels de santé les clés pour :**

ANTICIPER ET COMPRENDRE une thématique avant de s'engager
dans une démarche de transformation et d'amélioration de leur
performance,

DIAGNOSTIQUER ET COMPARER leurs performances, afin de bénéficier
d'un éclairage indispensable à l'initiation de leur projet,

METTRE EN ŒUVRE ET PARTAGER leurs expériences avec leurs
pairs en s'inspirant de conseils méthodologiques et de pratiques
organisationnelles.



Résumé

Cette publication vise à apporter les principaux éléments de compréhension relatifs au secteur médico-social. Elle traite spécifiquement des établissements et services accompagnant des personnes âgées et des personnes handicapées, enfants et adultes.

❖ La première partie s'adresse plus particulièrement aux acteurs du champ sanitaire. Elle a pour ambition de leur permettre de mieux appréhender la complexité mais également la richesse du secteur médico-social.

❖ La seconde partie présente les principales perspectives de ce secteur et les conditions, identifiées par des gestionnaires médico-sociaux eux-mêmes, pour faciliter l'évolution et l'adaptation des établissements et services intervenant auprès des personnes âgées et des personnes handicapées : axes de simplification et/ou de clarification pour mieux adapter l'offre de services, initiatives que les opérateurs pourraient d'ores et déjà envisager (dynamique collective, coopérations, outils nécessaires). Sont également identifiés les leviers qui sont de nature à faciliter le changement au sein même des organisations médico-sociales.

❖ Des fiches synthétiques pour chaque type d'établissements et services médico-sociaux complètent ce panorama.

Mots-clés

Établissements et services médico-sociaux, personnes âgées, personnes handicapées, hébergement, accompagnement, soins à domicile, dépendance

Summary

This publication highlights the principal features which help us to understand the medico-social sector better. It concentrates on establishments and services intended both for the elderly and for children and adults with disabilities.

❖ *The first section is aimed specifically at those who work in the health sector. It is intended to give them a better understanding of the complexity and the variety of the medico-social field.*

❖ *The second section discusses the main prospects for this sector, and the conditions identified by medico-social managers to facilitate the development and adaptation of establishments and services for the elderly and the handicapped. These include ways of communicating in a simple and clear way in order to adapt the service offered to patients better, as well as initiatives which health professionals and managers could already have in mind to implement (such as working with other groups of people, cooperation between hospitals, providing the necessary tools, etc.). It also mentions the ways in which changes in medico-social organisations can be made easier.*

❖ *Summary sheets are provided for each type of medico-social establishments and services.*

Keywords

Medico-social establishments and services, the Elderly, the Handicapped, housing, support, home-based care, dependency

Contacts :

Christophe DOUESNEAU, ANAP, christophe.douesneau@anap.fr

Alexandra LAM, ANAP, alexandra.lam@anap.fr

Préface

De prime abord, nous pourrions considérer qu'il n'est plus nécessaire, en 2013, de détailler l'identité et l'organisation du secteur social et médico-social. Créé par la loi du 30 juin 1975, entièrement refondé par la loi du 2 janvier 2002 et complété par une nouvelle gouvernance introduite par la loi du 21 juillet 2009, ce secteur pourrait paraître à ce point connu qu'on ne le présente plus.

En fait, il n'en est rien : plus que jamais, il est nécessaire d'approfondir la carte de visite de ce secteur, pour au moins trois raisons : une organisation complexe, une architecture mal appréhendée par les acteurs sociaux et médico-sociaux eux-mêmes, une palette de prestations diversifiées largement méconnue des établissements et professionnels du champ sanitaire.

En effet, au regard de l'organisation hospitalière, le champ des établissements et services sociaux et médico-sociaux n'est pas simple à comprendre : plus de 30 000 structures, environ 2,4 millions de places, de nombreux organismes gestionnaires (publics, associatifs, commerciaux), une nomenclature vaste et diversifiée de catégories d'établissements et de services en milieu ouvert, des tarifications multiples, des sources de financement nombreuses (budgets de l'État, de l'Assurance maladie et de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie – CNSA, des départements, sans compter l'importante participation des usagers eux-mêmes en gérontologie), une gouvernance régionale et départementale comportant plusieurs décideurs (préfets, directeurs généraux d'Agences régionales de santé, présidents de conseils généraux...), des outils de pilotages nombreux (PRS, SROMS, PRIAC, SDOSMS, appels à projets, CPOM...).

Ce champ, très hétérogène, est également mal connu des gestionnaires d'établissements comme des professionnels sociaux et médico-sociaux : ce secteur présente en effet bon nombre de fragmentations et de cloisonnements pouvant constituer autant d'obstacles à la fluidité des parcours et à la continuité des accompagnements. Il est en effet trop fréquent que les acteurs exerçant en établissement connaissent mal ceux intervenant à domicile ou en milieu ouvert, et inversement.

Enfin, les professionnels du champ sanitaire appréhendent très mal le champ social et médico-social, alors même que la bonne articulation des deux secteurs est plus que jamais une nécessité pour bien conjuguer projet de vie et projet de soins. Si la coupure entre le sanitaire et le social a pratiquement disparu des textes, elle est toujours très forte dans les esprits et les pratiques professionnelles des acteurs des deux champs.

C'est bien pourquoi la parution du présent guide répond à un véritable besoin et correspond parfaitement à son sous-titre : « comprendre pour agir mieux ». Ce travail d'intelligibilité réalisé par l'ANAP, avec le concours de la CNSA, décrit, avec la pédagogie nécessaire, l'organisation et le détail, notamment sous forme de fiches pour chaque établissement et service, divers accompagnements médico-sociaux dédiés aux personnes âgées et aux personnes handicapées.

Soigneusement concerté avec les acteurs du secteur, au moyen de groupes de travail, le présent document fait également œuvre d'outil de réflexion et de prospective, en traçant des pistes de simplification dans le domaine des procédures, de l'adaptation de l'offre, de l'amélioration de la connaissance des besoins, de l'attractivité des pratiques. Ainsi, cette brochure n'est pas seulement descriptive, elle dessine également les éléments les plus structurants pour favoriser une bonne dynamique des gestionnaires : savoir se positionner sur un territoire et participer aux instances de concertation prévues à cet effet, développer les coordinations et les partenariats, optimiser les bonnes pratiques en matière de gestion des ressources humaines et de performance des organisations.

Ce travail prend place dans le plan d'action de l'ANAP dédié au secteur médico-social : il complète utilement les trois guides consacrés en 2011, 2012 et 2013 aux parcours territorialisés des personnes âgées (retours d'expérience, aide au diagnostic et à la définition d'une feuille de route sur un territoire, animation territoriale des politiques gérontologiques).

Il vient également en appui du guide méthodologique sur les coopérations dans le secteur médico-social, publié par l'Agence en 2012. Il constitue enfin un utile complément à l'expérimentation en cours d'un tableau de bord de la performance, en construction dans ce secteur.

Cette nouvelle production de l'ANAP vient donc conforter l'apport essentiel du secteur social et médico-social en direction des publics en manque ou en perte d'autonomie. Elle dresse un constat utile de sa force, de sa diversité et de son dynamisme mais aussi de ses perspectives de progrès et d'adaptation aux besoins de nos concitoyens les plus fragiles.

Jean-François BAUDURET,
 Directeur honoraire à la CNSA
 et Vice-président du Conseil scientifique
 et d'orientation de l'ANAP

Sommaire

PRÉFACE	4	3. FICHES PAR ÉTABLISSEMENT ET SERVICE	47
1. ÉLÉMENTS DE COMPRÉHENSION DU SECTEUR MÉDICO-SOCIAL	7	LES PROJETS INNOVANTS OU EXPÉRIMENTAUX	47
UN ENSEMBLE HÉTÉROGÈNE	7	LES ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES INTERVENANT AUPRÈS DES PERSONNES ÂGÉES	50
DE LARGES POSSIBILITÉS D'ACCOMPAGNEMENT	12	LES ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES ACCOMPAGNANT DES PERSONNES ADULTES HANDICAPÉES	69
LES ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES MÉDICO- SOCIAUX AU SERVICE DES PERSONNES ÂGÉES ET HANDICAPÉES	23	LES ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES ACCOMPAGNANT DES ENFANTS HANDICAPÉS	95
2. PERSPECTIVES	33	4. DOCUMENTS UTILES	117
DES RAISONS DE S'ADAPTER	33	5. GLOSSAIRE	119
DES PISTES DE SIMPLIFICATION	35	6. VOLUMÉTRIE DES ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES MÉDICO-SOCIAUX (PERSONNES ÂGÉES ET PERSONNES HANDICAPÉES)	122
UNE DYNAMIQUE D'ADAPTATION À PORTER PAR LES GESTIONNAIRES	38	7. REMERCIEMENTS	125
DES EXPÉRIMENTATIONS QUI ANTICIPENT L'AVENIR	45		



1

ÉLÉMENTS DE COMPRÉHENSION DU SECTEUR MÉDICO-SOCIAL

UN ENSEMBLE HÉTÉROGÈNE

Résumé

Le secteur médico-social est étroitement lié aux dispositifs de l'aide sociale, en tant que droit lié à des besoins souvent vitaux, et de l'action sociale, qu'elle soit légale ou facultative. Il implique également de nombreux acteurs : État, Assurance maladie, Agences régionales de santé, collectivités locales, etc. Ces acteurs ont un rôle déterminant dans le financement de l'aide et de l'action sociale, et notamment les départements et la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

Quatre textes apparaissent particulièrement importants car transversaux : la loi du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales, la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées et la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

L'ensemble des établissements et services relevant de la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale est soumis à une réglementation spécifique en termes d'ouverture, de transformation, d'extension, d'habilitations financières, de contrôle, de fermeture, de coopération et d'évaluation. Ils évoluent dans un cadre spécifique car régulé par la puissance publique.

Le secteur médico-social, qui est inscrit dans une très forte dynamique d'ouverture et de transversalité, présente également plusieurs caractéristiques qui le distinguent des activités et du modèle sanitaire. Le nombre d'établissements et services est plus important, les modalités de financement et de tarification sont différentes et, surtout, le fondement de l'accompagnement repose sur le projet de vie qui peut s'inscrire dans une séquence très longue voire sur une vie entière.

UNE DIVERSITÉ DE PRESTATIONS LIÉE À LA DIVERSITÉ DES BESOINS

Le secteur médico-social est étroitement lié aux dispositifs de l'aide sociale, en tant que droit lié à des besoins souvent vitaux, et de l'action sociale, qu'elle soit légale (ex. : service social départemental) **ou facultative** (ex. : aide versée par un Centre communal d'action sociale – CCAS). Ce secteur implique également de **nombreux acteurs** au niveau de l'État (en particulier la Direction générale de la cohésion sociale - DGCS, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie – CNSA...), les Agences régionales de santé – ARS – et des collectivités locales, principalement les départements mais également les communes ou Établissements publics de coopération intercommunale (EPCI), éventuellement en lien avec un Centre communal – ou intercommunal – d'action sociale (CCAS ou CIAS) et, de manière plus marginale, les régions. Ces acteurs ont un rôle déterminant dans le financement de l'aide et de l'action sociale, notamment les départements et la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. La notion de domicile de secours apparaît essentielle dans ce paysage, en particulier pour l'imputation des dépenses d'aide sociale entre l'État et les départements.

Le secteur médico-social est généralement abordé dans un cadre plus large, celui des établissements et services sociaux et médico-sociaux. En effet, la diversité des publics accompagnés a impliqué une structuration par plusieurs textes législatifs souvent spécifiques. Plusieurs textes apparaissent néanmoins particulièrement importants car transversaux :

❖ La loi du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales puis loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale ;

❖ La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées ;

❖ La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

Les établissements et services qui relèvent de la loi du 2 janvier 2002 recouvrent une grande diversité :

❖ **Les établissements et services relevant de l'Aide sociale à l'enfance (ASE)** : il s'agit notamment des Maisons d'enfants à caractère social (MECS), des Services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) auprès des familles, des foyers de l'enfance ou des centres maternels.

❖ **Les établissements et services d'enseignement spécialisé pour mineurs ou jeunes handicapés ou présentant des difficultés d'adaptation** : Centres médico-psychopédagogiques (CMPP), Instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques

(ITEP), Instituts médico-pédagogiques (IMP), Instituts médico-professionnels (IMPRO) ou les Services d'éducation spécialisée et de soins à domicile (SESSAD).

❖ **Les Centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP)** pour le dépistage et le traitement précoce des enfants de moins de 6 ans à risque de handicap.

❖ **Les établissements et services intervenant dans le domaine de la Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ)** pour la mise en œuvre des mesures éducatives ordonnées par l'autorité judiciaire : il s'agit notamment des services d'Action éducative en milieu ouvert (AEMO), des Centres éducatifs fermés (CEF), des Centres éducatifs renforcés (CER), des Maisons d'enfants à caractère social (MECS).

❖ **Les Établissements et services d'aide par le travail (ESAT)**, les Centres de rééducation professionnelle (CRP) et les Centres de préorientation professionnelle (CPO).

❖ **Les établissements et services pour personnes âgées**, en particulier les Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ou non (EHPAD, EHPA/logements-foyers...), les Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), les Services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) ou les Services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD).

❖ **Les établissements et services pour personnes adultes handicapées**, notamment les Foyers d'hébergement (FH), les Foyers d'accueil médicalisés (FAM), les Maisons d'accueil spécialisées (MAS), les Services d'accompagnement médico-social pour personnes adultes handicapées (SAMSAH), les Services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) mais également les Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), les Services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) et les Services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD).

❖ **Les établissements et services pour les personnes en difficulté** en particulier les Centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS), des Services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) auprès des familles, les boutiques de solidarité et les Services d'aide médicale urgente (SAMU) sociaux.

❖ **Les établissements et services pour les personnes confrontées à des difficultés spécifiques** notamment les Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), les Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD), les lits halte soins santé et les Appartements de coordination thérapeutique (ACT).

❖ **Les Foyers de jeunes travailleurs (FJT).**

❖ **Les centres de ressources, les centres d'information et de coordination ou centres prestataires de services de proximité**, mettant en œuvre des actions de dépistage, d'aide, de soutien, de formation ou d'information, de conseil, d'expertise ou de coordination au bénéfice d'usagers ou d'autres établissements et services. Il s'agit notamment des Centres locaux d'information et de coordination (CLIC) qui ont une mission de coordination des aides visant le soutien à domicile de la personne âgée¹, les Centres de ressources pour personnes autistes (CRA), les centres de ressources pour personnes atteintes de handicaps rares et les Unités d'évaluation, de réentraînement et d'orientation sociale et socio-professionnelle pour personnes cérébro-lésées (UEROS).

❖ **Les établissements et services expérimentaux.**

❖ **Les Centres d'accueil pour demandeurs d'asile (CADA).**

❖ **Les services mettant en œuvre des mesures de protection des majeurs** ordonnées par l'autorité judiciaire, sauvegarde de justice, curatelle, tutelle ou mesure d'accompagnement judiciaire.

❖ **Les services mettant en œuvre les mesures judiciaires d'aide à la gestion du budget familial.**

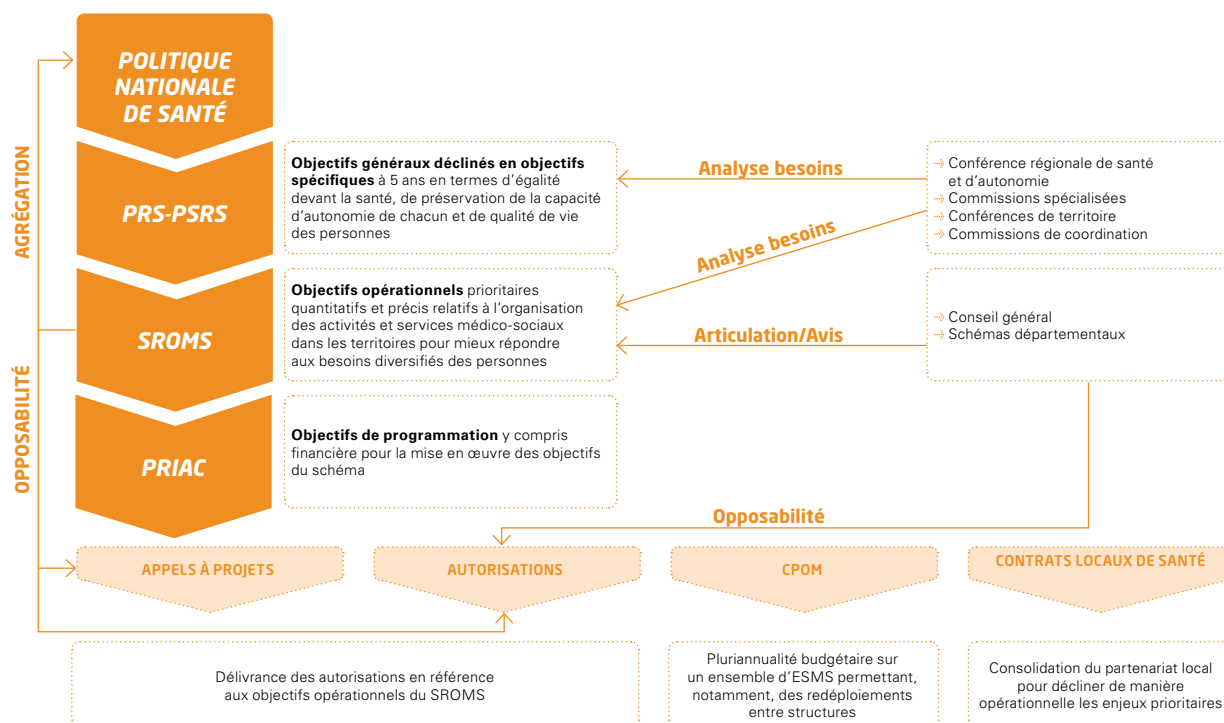
Les lieux de vie et d'accueil ne sont, pour leur part, soumis qu'à un nombre limité de dispositions issues de la loi du 2 janvier 2002.

L'ensemble de ces établissements et services sont soumis à une réglementation spécifique en termes d'ouverture, de transformation, d'extension, d'habilitation, de tarification, de contrôle, de fermeture, de coopération et d'évaluation. En outre, pour le secteur médico-social (personnes âgées et handicapées), ont été mis en place plusieurs outils de planification et de régulation :

❖ Les schémas d'organisation sociale et médico-sociale (schémas départementaux, schémas régionaux de l'ARS...);

❖ La procédure d'autorisation de l'appel à projets social ou médico-social;

❖ Le Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC).



⁽¹⁾ La mission des CLIC recouvre la coordination des aides visant le soutien à domicile de la personne âgée dans toutes ses dimensions : soins, accompagnement, qualité et confort d'usage du cadre bâti (environnement, habitat), vie sociale, culturelle et citoyenne. Trois niveaux de labellisation sont possibles :

- Niveau 1 : missions d'accueil, d'écoute, d'information, de conseil et de soutien aux familles,

- Niveau 2 : en prolongement du niveau 1, missions d'évaluation des besoins et d'élaboration du plan d'aide personnalisé en concertation avec la personne âgée et son entourage. La palette de services proposés est partielle et le suivi de la mise en œuvre du plan d'aide, s'il existe, n'est pas systématique,

- Niveau 3 : en prolongement du niveau 2, missions de mise en œuvre, de suivi et d'adaptation du plan personnalisé, aide à la constitution des dossiers de prise en charge. Il permet d'actionner les SSIAD, SAAD, accueils de jour, services de transport... Les partenariats avec les ESMS et établissements de santé sont formalisés par convention. La palette de services est complète et le suivi organisé avec une gestion des situations d'urgence.

DES CARACTÉRISTIQUES PROPRES AU REGARD DU SECTEUR SANITAIRE

La compréhension du secteur médico-social peut être facilitée à partir d'une lecture croisée avec le champ sanitaire :

- ❖ Les établissements et services médico-sociaux, à la différence des établissements de santé, sont en nombre important avec une capacité d'accueil en général moindre.
- ❖ Le secteur est également caractérisé par une forte identité des gestionnaires (ex. : secteur associatif très majoritaire dans le champ du handicap, secteur public très majoritaire dans le champ de l'hébergement des personnes âgées, montée en charge du secteur privé commercial dans l'accompagnement à domicile suite au plan Borloo de 2005...).
- ❖ Les financements reposent le plus souvent sur une dualité ARS-conseil général.
- ❖ Le fondement de l'accompagnement repose sur le projet de vie qui s'inscrit généralement dans la séquence d'une vie entière ou d'une longue séquence de vie d'où une Durée moyenne de séjour (DMS) qui ne peut servir de référence alors qu'elle constitue un repère majeur pour les soins.
- ❖ Les modalités de tarification sont hétérogènes (ex. : tarification en fonction de la grille AGGIR, de séances, de journées...) alors que la tarification à l'activité est le socle du financement des établissements de santé.
- ❖ Enfin, des publics sont identifiés avec des besoins encore insuffisamment accompagnés (ex. : personnes handicapées psychiques, personnes traumatisées crâniennes, personnes autistes, personnes souffrant de maladies invalidantes...); ceux-ci nécessitent la mobilisation conjointe de compétences médicales et médico-sociales pour répondre à des besoins somatiques, psychologiques, cognitifs et sociaux.

L'OUVERTURE ET LA TRANSVERSALITÉ, AXES PREMIERS DE L'ACCOMPAGNEMENT

Plusieurs thèmes permettent d'illustrer la transversalité et l'ouverture que l'accompagnement médico-social suppose :

- ❖ **La scolarisation** : la réaffirmation et le renforcement du droit à la scolarisation et à l'éducation et l'accès de tous aux dispositifs de droit commun sont les points forts de la loi du 11 février 2005. Les différents modes de scolarisation des enfants handicapés offrent ainsi une palette de solutions allant de l'accueil individuel en milieu ordinaire sans accompagnement particulier, jusqu'à l'accueil à temps complet en établissement médico-social, en passant par des modes intermédiaires d'accompagnement individuel ou collectif en milieu ordinaire : aide d'un auxiliaire de vie scolaire, accompagnement médico-social par un SESSAD, classes adaptées (Classe pour l'inclusion scolaire – CLIS, Unité localisée pour l'inclusion scolaire – ULIS), unités d'enseignement. Quel que soit le lieu d'accueil de l'élève, le lien avec son établissement scolaire de référence perdure. Du point de vue de la scolarisation, les progrès constatés doivent être poursuivis, notamment par le développement des services d'accompagnement et par la recherche d'une articulation toujours plus étroite entre l'école ordinaire et le secteur de « l'éducation spéciale ». Au-delà de leur seule formation, la participation sociale des enfants et adolescents handicapés passe aussi par leur accueil dans les structures de droit commun d'accueil pré-scolaires et périscolaires.
- ❖ **Les transports** : le maillage du territoire par les transports publics, les dispositifs spécifiques de transports adaptés, l'accessibilité de ces transports par les personnes handicapées, les modes de solvabilisation (ex. : intégration dans les budgets des établissements et services, volet transports de la Prestation de compensation du handicap – PCH, aides spécifiques des collectivités territoriales...), les initiatives de mutualisation et de coopération, la prise en compte de caractéristiques liées au type de handicap mais également au mode de prise en charge diversifié (ex. : accueils de jour, accueils séquentiels et modulés...) sont autant de pistes explorées dans le cadre des accompagnements et comme outil de réduction des inégalités territoriales.

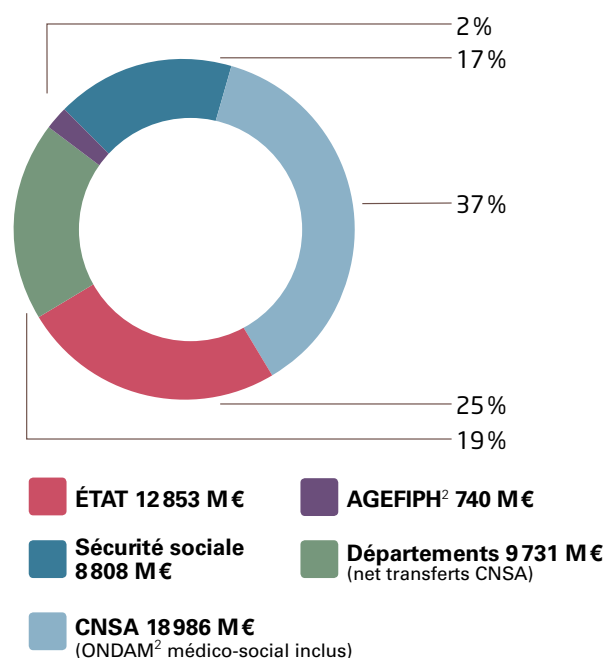
❖ **L'insertion professionnelle et l'emploi** : les établissements et services médico-sociaux mobilisés pour l'insertion professionnelle, et plus particulièrement ceux accueillant des adultes, subissent une double évolution : au niveau de leur public (avec un vieillissement des personnes handicapées, une prévalence croissante du handicap psychique et une précarisation d'une partie des usagers) et au niveau du contexte économique (avec des sorties vers l'emploi de plus en plus complexes, des budgets commerciaux en tension, une exigence de technicité de plus en plus élevée). Plusieurs liens apparaissent donc primordiaux comme les passerelles entre le milieu protégé et le milieu ordinaire pour fluidifier les parcours en Établissements et services d'aide par le travail (ESAT) et Centres de rééducation professionnelle (CRP), le développement coordonné des ESAT et des foyers d'hébergement, la transversalité avec le secteur sanitaire dans la mesure où les liens entre ESAT et secteurs psychiatriques sont essentiels pour permettre le maintien en emploi des travailleurs handicapés concernés, la coordination avec les Centres de formation des apprentis (CFA) et les établissements accueillant des adolescents ou les modalités d'accès des personnes handicapées aux minima sociaux.

❖ **L'environnement de la personne accompagnée** : la famille, les enfants, les aidants naturels sont partie intégrante de l'accompagnement médico-social. Les enfants d'une personne âgée ou les parents d'un enfant handicapé ont souvent un rôle déterminant pour l'orientation vers un établissement ou la sollicitation d'un service. À cet égard, ils doivent être associés à l'accompagnement sans se substituer à l'utilisateur lui-même.

❖ **Le logement** : les questions de logement sont souvent orientées vers les opportunités en matière de solutions intermédiaires de logements adaptés, dont l'existence concourt à limiter le recours à des solutions plus lourdes d'hébergement.

LA CONTRIBUTION DES FINANCEURS PUBLICS À LA COMPENSATION DE LA PERTE D'AUTONOMIE (PERSONNES ÂGÉES ET PERSONNES HANDICAPÉES)

Les chiffres clés de l'aide à l'autonomie fournis par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) mettent également en lumière la contribution des financeurs publics à la compensation de la perte d'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées.



Cette réflexion n'a pas vocation à appréhender l'ensemble des établissements et services sociaux et médico-sociaux cités ci-dessus. **Deux publics ont été privilégiés, les personnes âgées et les personnes handicapées, enfants et adultes**, en raison de la parenté des problématiques : l'accompagnement, lié au maintien ou au développement de l'autonomie, est généralement envisagé au long cours avec, de plus en plus souvent, le domicile comme centre de gravité.

⁽²⁾ ONDAM : Objectif national des dépenses d'Assurance maladie. AGEFIPH : Association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées.

DE LARGES POSSIBILITÉS D'ACCOMPAGNEMENT

Avant de détailler chaque type d'établissements et services médico-sociaux, les développements qui suivent montrent la diversité des possibilités d'accompagnement qui existent :

- ❖ pour les personnes âgées ;
- ❖ pour les personnes handicapées, enfants et adultes ;
- ❖ à domicile avec des services mobilisables pour les personnes âgées et les personnes handicapées adultes.

Le terme d'accompagnement est généralement privilégié dans le secteur médico-social. La loi du 11 février 2005 par exemple a substitué le terme « accompagner » à celui de « prendre en charge ». Il ne s'agit pas de faire pour la personne mais d'atténuer les désavantages ou incapacités, notamment en mobilisant les ressources de la personne ou de la société. L'accompagnement médico-social peut ainsi se traduire par diverses prestations à domicile, en établissement, à l'école, sur le lieu du travail... Celles-ci sont réalisées en complémentarité avec d'autres fonctions telles que le soin, l'hébergement... et contribuent à la réalisation du projet de vie de la personne.

L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES ÂGÉES

Résumé

Les établissements et services pour les personnes âgées ont connu un important développement lié au vieillissement de la population qui a impacté les politiques publiques. Celles-ci se sont traduites par la mise en place d'aides financières, de prestations visant au maintien à domicile ou d'avantages fiscaux.

Concernant les personnes âgées, il convient de situer la présentation des établissements et services dans un ensemble plus vaste qui intègre les projections démographiques et la notion de dépendance qui ont impacté l'évolution des politiques publiques (développement des services à domicile, promotion des services prestataires pour les personnes âgées dépendantes, développement de l'information en direction des personnes et de l'entourage, Centre local d'information et de coordination – CLIC, Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer – MAIA³, médicalisation des établissements et réforme de leur tarification...). Plusieurs plans nationaux ont traduit ces orientations : le Plan national canicule, le Plan vieillissement et solidarités, le Plan solidarité grand âge, le Plan Alzheimer et le Programme de développement des soins palliatifs.

⁽³⁾ Les MAIA ne sont pas des ESMS ; néanmoins, elles s'appuient sur les établissements et services existants afin de les faire évoluer vers un mode d'organisation dit « intégré ». L'intégration commence par la création d'un partenariat coresponsable et formalisé sur les trois champs : sanitaire, social et médico-social. Elles sont développées sur la base de trois mécanismes (la concertation stratégique et tactique, le guichet intégré et la gestion de cas) et trois outils (l'outil standardisé d'évaluation multidimensionnelle des besoins de la personne suivie en gestion de cas, le plan de services individualisé élaboré par le gestionnaire de cas et un système d'information partagé).



Focus : Plan solidarité grand âge

Le Plan solidarité grand âge porte sur la période 2007/2012. Il est composé d'un ensemble de mesures contenues dans cinq grands axes et intègre notamment des objectifs importants de création de places nouvelles d'établissements et de services. Ainsi, dans le cadre du libre choix du domicile, il est prévu de développer le nombre de places de Services de Soins infirmiers à domicile (SSIAD) ainsi que des places de structures d'accueil de jour et d'hébergement temporaire afin d'offrir aux aidants familiaux des solutions de répit. Est également préconisée la poursuite de l'effort de création de places en établissement, suivant un rythme élevé et de manière équitable sur l'ensemble du territoire, et le renforcement de la médicalisation des EHPAD pour accompagner l'évolution des besoins des personnes hébergées.

Ainsi, ce plan prévoit la création de 90 500 places prévues en 6 ans réparties selon les modalités suivantes :

• d'aides financières ou d'avantages ou prestations en nature comme l'Allocation personnalisée d'autonomie – APA, l'aide sociale départementale, les aides à domicile et aux retours d'hospitalisation des caisses de retraite, les aides à l'amélioration de l'habitat, l'Allocation de solidarité aux personnes âgées – ASPA, la majoration pour tierce personne ou les aides au logement.	
• d'avantages fiscaux (exonération de charges sociales ou aides fiscales).	
Selon les besoins, et en complément des services qui interviennent à domicile, les personnes âgées peuvent être accueillies et accompagnées par différents types d'établissements, en particulier des logements-foyers, des Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), des Petites unités de vie (PUV), des accueils temporaires, des accueils de jour ou des résidences-services. Ceux-ci sont complétés par des établissements sanitaires, en particulier les Unités de soins de longue durée (USLD) et les filières gériatriques.	
Les personnes âgées les plus vulnérables peuvent également bénéficier de mesures de protection juridique.	
• Service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) :	36 000
• Accueil de jour (AJ) :	10 900
• Hébergement temporaire (AT) :	6 100
• Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) :	37 500

Dans les faits, les dispositifs en faveur des personnes âgées ne se limitent pas aux services et établissements. Les personnes elles-mêmes peuvent bénéficier :

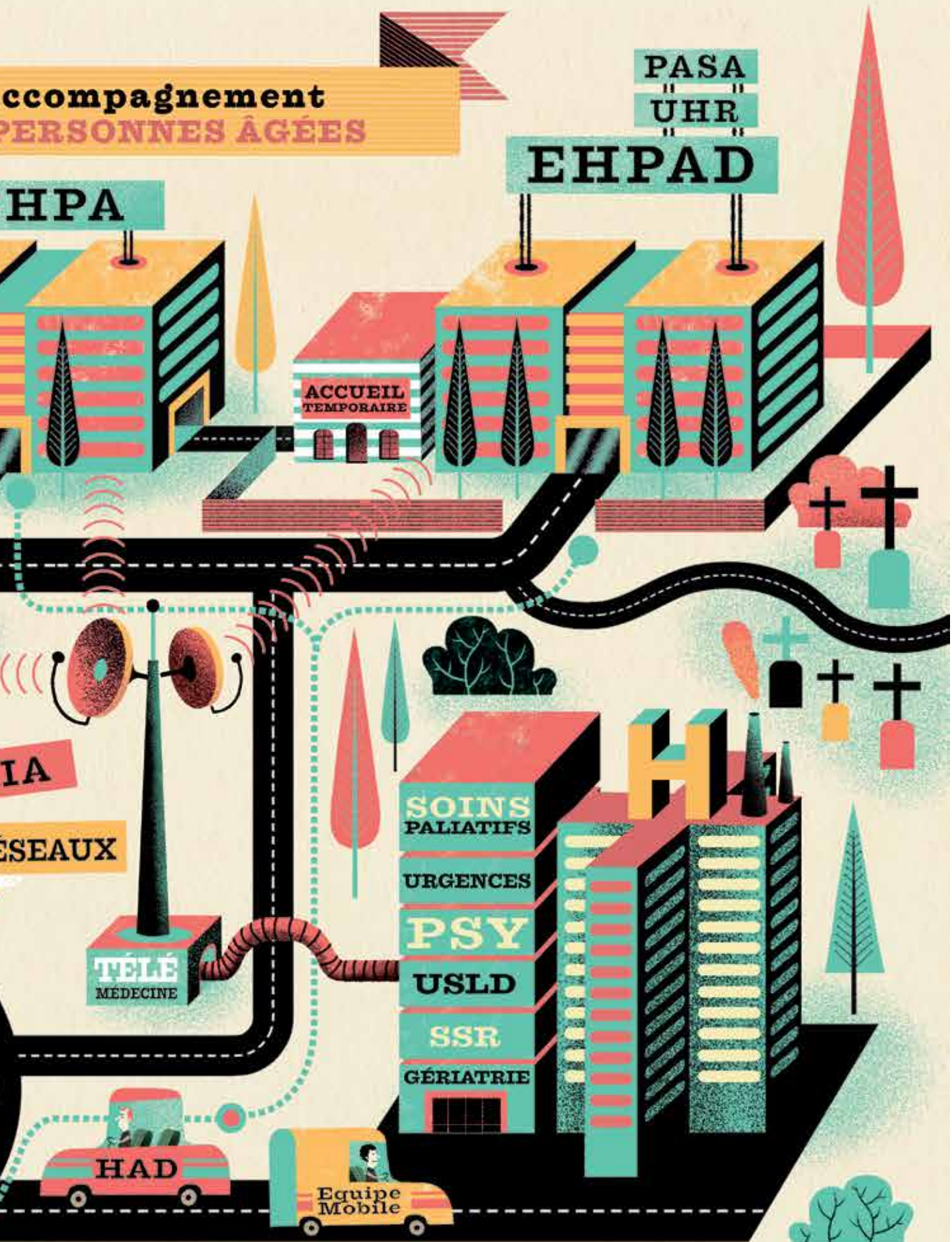
• d'aides financières ou d'avantages ou prestations en nature comme l'Allocation personnalisée d'autonomie – APA, l'aide sociale départementale, les aides à domicile et aux retours d'hospitalisation des caisses de retraite, les aides à l'amélioration de l'habitat, l'Allocation de solidarité aux personnes âgées – ASPA, la majoration pour tierce personne ou les aides au logement.

• d'avantages fiscaux (exonération de charges sociales ou aides fiscales).

Selon les besoins, et en complément des services qui interviennent à domicile, les personnes âgées peuvent être accueillies et accompagnées par différents types d'établissements, en particulier des logements-foyers, des Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), des Petites unités de vie (PUV), des accueils temporaires, des accueils de jour ou des résidences-services. Ceux-ci sont complétés par des établissements sanitaires, en particulier les Unités de soins de longue durée (USLD) et les filières gériatriques.

Les personnes âgées les plus vulnérables peuvent également bénéficier de mesures de protection juridique.





L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES HANDICAPÉES

Résumé

Les lois adoptées en 1975, la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale et la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances et la participation à la citoyenneté des personnes handicapées constituent des textes fondateurs. La loi du 11 février 2005 vise à :

- ❖ garantir aux personnes handicapées le libre choix de leur projet de vie ;
- ❖ permettre une participation effective des personnes handicapées à la vie sociale ;
- ❖ placer la personne handicapée au centre des dispositifs.

Ces textes ont été traduits avec une réglementation sur l'accessibilité, la compensation ou la mise en place de politiques visant des publics spécifiques. Dans ce cadre, les Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) ont un rôle central pour l'accueil, l'information, l'accompagnement et l'évaluation des besoins de compensation des personnes et de leur famille. Plusieurs types de prestations ont été mises en place : prestations à visée réparatrice, revenus d'existence ou prestations au titre de la compensation. Pour les enfants et adolescents handicapés, le droit à l'éducation est décliné avec une obligation de scolarisation ou une prise en charge adaptée. Des mesures spécifiques visent en outre l'emploi des personnes handicapées. Certains besoins peuvent nécessiter l'accueil et l'accompagnement par un établissement ou service médico-social.

Concernant les personnes handicapées, **il convient d'avoir à l'esprit les textes fondateurs que sont les deux lois adoptées en 1975 et la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances et la participation à la citoyenneté des personnes handicapées**. La loi du 11 février 2005 vise à :

- ❖ garantir aux personnes handicapées le libre choix de leur projet de vie ;
- ❖ permettre une participation effective des personnes handicapées à la vie sociale ;
- ❖ placer la personne handicapée au centre des dispositifs.

Elle précise par ailleurs la notion de handicap : « *Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant* ».

La réglementation concernant l'accessibilité des établissements et installations ouverts au public, de la voirie, des transports collectifs, des locaux d'habitation et des lieux de travail a évolué de manière importante. À également été précisé le principe du droit à la compensation pour toute personne handicapée financé par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

Des politiques visant des publics spécifiques complètent cette approche générale, par exemple le Plan autisme, le Schéma national d'organisation sociale et médico-sociale pour les handicaps rares ou le Plan en faveur des personnes sourdes ou malentendantes.



Focus : Programme pluriannuel de créations de places pour un accompagnement tout au long de la vie des personnes handicapées

Le Programme pluriannuel de créations de places pour un accompagnement tout au long de la vie des personnes handicapées porte sur la période 2008/2012 et prévoit la création de 41 450 places (auxquelles s'ajoutent 10 000 places d'ESAT) assortie d'un financement de l'Assurance maladie de 1 250 M€. Pour mémoire, les principaux objectifs de ce programme national portent sur :

- ❖ l'accompagnement tout au long de la vie, depuis la toute petite enfance ;
- ❖ une attention particulière à l'accompagnement de handicaps spécifiques tels que l'autisme, le handicap psychique et les troubles du comportement ;
- ❖ le développement de l'accompagnement pour les adultes et la diversité des modes de prise en charge.

Ainsi, le programme prévoit :

- ❖ 70 % des places pour les adultes et 30 % pour les enfants, auxquelles s'ajoutent les créations de CAMSP et CMPP qui ne se traduisent pas en nombre de places ;
- ❖ 50 % sont des places d'accompagnement en milieu ordinaire de vie (SESSAD, SAMSAH, SSIAD) ;
- ❖ auxquelles il convient d'ajouter un objectif de création de 5 000 places de SESSAD par transformation de l'offre existante.

Les Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), qui sont constituées sous forme de Groupements d'intérêt public (GIP), ont un rôle central pour l'accueil, l'information, l'accompagnement et l'évaluation des besoins de compensation des personnes handicapées et de leur famille. Elles assurent également le recueil et l'examen des demandes visant à bénéficier des droits et prestations accordées par les Commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH).

Plusieurs types de prestations ont été mises en place pour les personnes handicapées :

❖ Des prestations à caractère contributif et à visée réparatrice (pension d'invalidité, réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles, pensions civiles et militaires, indemnisation de certains préjudices liés à la naissance d'un enfant handicapé).

❖ Des revenus d'existence en particulier l'Allocation aux adultes handicapés (AAH), la Garantie de ressources pour les personnes handicapées (GRPH) ou la Majoration pour la vie autonome (MVA).

❖ Des prestations au titre de la compensation du handicap (Prestation de compensation du handicap –PCH– ou Allocation d'éducation de l'enfant handicapé –AEEH, Allocation compensatrice pour tierce personne –ACTP).

Ces prestations sont complétées par des dispositifs particuliers pour les personnes accueillies dans un établissement ou hospitalisées au titre de leur participation aux frais engagés ou pour leur garantir un minimum de ressources.

Pour les enfants et adolescents handicapés, le droit à l'éducation est décliné avec une obligation de scolarisation ou une prise en charge adaptée. Elle peut être mise en œuvre :

❖ au sein des établissements scolaires, en classe « ordinaire » ou dans un dispositif collectif (Classes d'intégration scolaire –CLIS– ou Unités localisées pour l'inclusion scolaire –ULIS), dans l'enseignement supérieur ou dans des formations hors de l'école ;

❖ avec des aménagements de scolarité (matériel adapté, auxiliaires de vie scolaire, formation des enseignants et personnels, scolarité pour les jeunes sourds, aménagement des examens) ;

❖ par l'accueil au sein d'un établissement ou d'un service d'éducation adaptée qu'ils soient établissements ou services médico-sociaux ou Établissements régionaux d'enseignement adapté (EREA) ;

❖ grâce à la prise en charge de dépenses particulières étroitement liées à l'éducation et à la formation (ex. : frais de transports...).

L'emploi des personnes handicapées fait l'objet de mesures spécifiques avec :

❖ l'obligation d'emploi des personnes handicapées, en lien avec l'AGEFIPH et le FIPHP ou la mise en œuvre d'accords de branche ;

❖ des actions visant à l'insertion professionnelle et au maintien dans l'emploi (plans régionaux d'insertion des travailleurs handicapés –PRITH–, des aides à l'emploi via, par exemple, la Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé –RQTH–, des orientations vers des structures spécialisées comme les Centres de préorientation, les Centres de rééducation professionnelle –CRP–, le soutien du réseau Cap emploi, des dispositifs de rééducation au sein des entreprises...);

❖ des conditions adaptées pour l'emploi dans le milieu ordinaire (ex. : obligation d'aménagement du poste de travail, procédures spécifiques pour le licenciement, conditions spécifiques pour l'accès à la fonction publique...);

❖ des mesures dérogatoires concernant la retraite des travailleurs handicapés ;

❖ la possibilité d'accueil au sein du secteur protégé : Établissements et services d'aide par le travail –ESAT– ou du secteur ordinaire adapté (Entreprises adaptées –EA– ou Centres de distribution de travail à domicile –CDTD).

Pour les adultes, certains besoins peuvent nécessiter l'accueil et l'accompagnement par un établissement ou un service :

❖ pour les établissements, il peut s'agir de Foyers d'hébergement (FH), de Foyers de vie ou occupationnels (FV-FO), de Maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou de Foyers d'accueil médicalisés (FAM) ;

❖ pour les services, il peut s'agir spécifiquement de Services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) et de Services d'accompagnement médico-sociaux pour adultes handicapés (SAMSAH). Les Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), les Services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) et les Services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) peuvent également intervenir ;

❖ des structures spécifiques :
- avec des obligations spécifiques pour les établissements et services qui accompagnent des personnes polyhandicapées (MAS, FAM, SAMSAH) ,
- des Unités d'évaluation, de réentraînement et d'orientation sociale et socioprofessionnelle pour les personnes cérébrolésées (UEROS).

Certains de ces établissements (FAM, foyers de vie...) peuvent être plus particulièrement mobilisés pour l'accueil de personnes handicapées vieillissantes.

Ces dispositifs sont complétés avec :

❖ des dispositions particulières pour assurer la couverture sociale des personnes handicapées et des personnes qui jouent auprès d'elles le rôle d'aidants ;

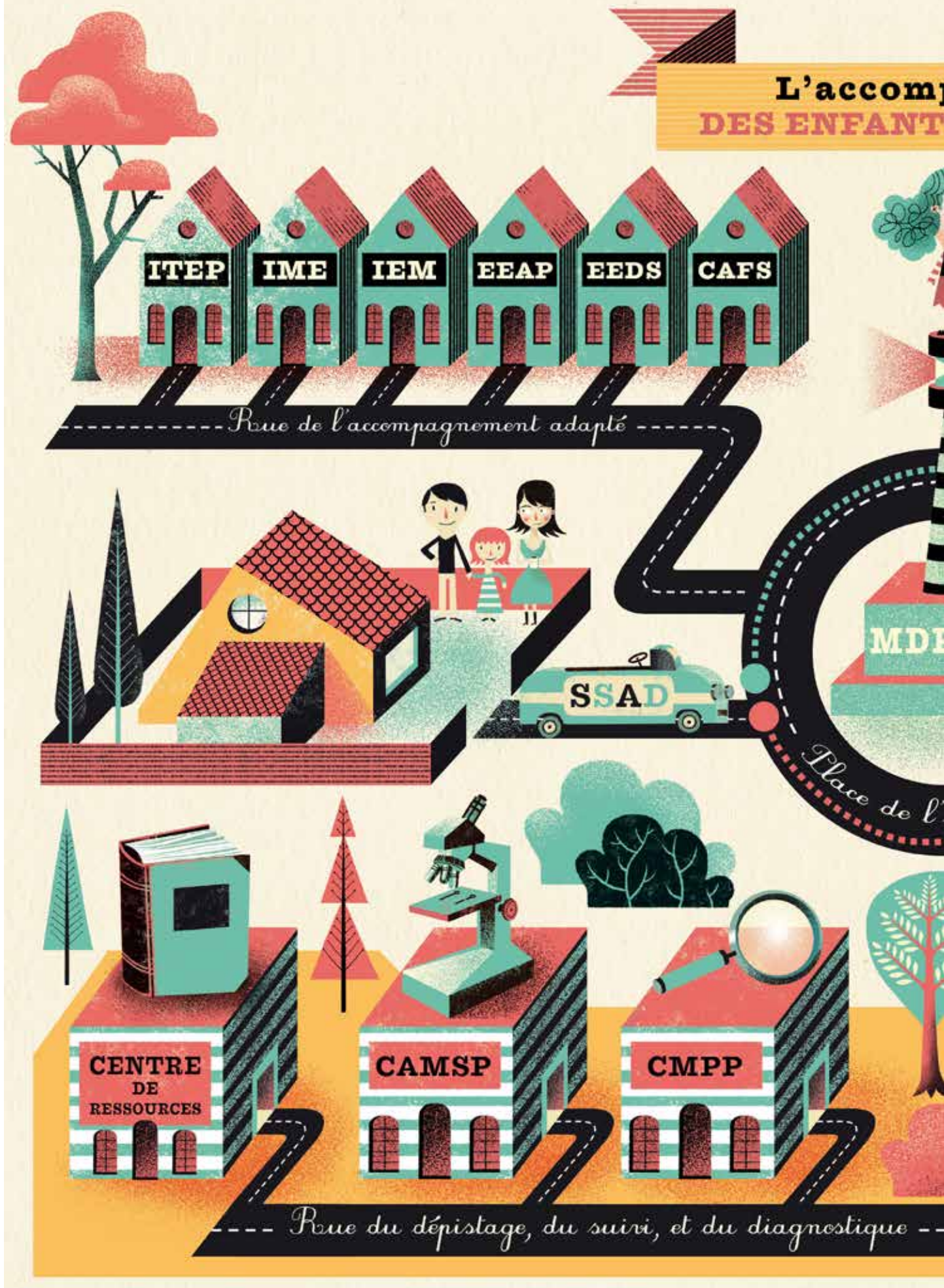
❖ des dispositifs garantissant l'accès à la vie sociale comme la carte d'invalidité, la carte « priorité aux personnes handicapées », la carte européenne de stationnement, l'aménagement du permis de conduire, des dispositions particulières pour les assurances (ex. : fauteuils roulants, véhicules aménagés, emprunts), des mesures fiscales et des dispositions pour l'accès à la culture, aux loisirs et aux sports ;

❖ les Groupes d'entraide mutuelle (GEM), associations d'usagers adhérents, qui visent à la prévention et à la compensation de la restriction de participation à la vie en société avec la mise en place de temps d'échanges, d'activités et de rencontres. Ils concernent généralement des personnes handicapées psychiques.

Les personnes handicapées les plus vulnérables peuvent également bénéficier de mesures de protection juridique.







Logement S HANDICAPÉS



L'ACCOMPAGNEMENT À DOMICILE DES PERSONNES ÂGÉES ET DES PERSONNES ADULTES HANDICAPÉES

Résumé

Pour les personnes âgées et les personnes handicapées, le soutien à domicile a connu un essor important avec le développement de nombreux types de services ou d'aides.

Pour les personnes âgées et les personnes handicapées, le soutien à domicile a connu un essor important :

❖ Pour les services médico-sociaux, la mise en place de l'APA par la loi du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie et la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale ont constitué des jalons importants ;

❖ Plus spécifiquement pour les SSIAD, le Plan solidarité grand âge 2007-2012 a impliqué une importante croissance de l'offre ;

❖ La loi du 18 janvier 2005 de programmation pour la cohésion sociale (dite loi Borloo) a permis l'émergence de nouveaux acteurs avec le développement des services à la personne.

Outre les services qui interviennent (Services d'aide et d'accompagnement à domicile –SAAD, Services de soins infirmiers à domicile –SSIAD, Services polyvalents d'aide et soins à domicile –SPASAD, Services d'accompagnement à la vie sociale –SAVS, Services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés –SAMSAH, portage de repas, téléassistance et télé-alarme, Hospitalisation à domicile –HAD), le soutien à domicile est favorisé par :

❖ la simplification des formalités liées au recrutement d'un salarié à domicile avec, notamment, la mise en place du Chèque emploi service universel qui est le premier outil de simplification et qui permet également de recourir à des services à domicile ;

❖ des aides financières pour l'utilisateur ou le service (ex. : taux réduit de TVA, réduction et crédit d'impôt, exonération de charges sociales, aide des entreprises...);

❖ la possibilité de prendre des congés de soutien familial, de solidarité familiale ou de bénéficier d'une allocation journalière d'accompagnement d'une personne en fin de vie.

LES ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES MÉDICO-SOCIAUX AU SERVICE DES PERSONNES ÂGÉES ET HANDICAPÉES

Résumé

Cette partie présente un panorama des établissements et services médico-sociaux. En raison de la proximité des problématiques, la réflexion privilégie deux publics, les personnes âgées et les personnes handicapées, enfants et adultes. Pour ces deux publics, un gros plan est effectué pour chaque type d'établissement et service médico-social qui les concerne. Dans un objectif de cohérence, et même s'ils ne relèvent pas du cadre législatif et réglementaire des établissements et services médico-sociaux, sont également abordés :

- L'accueil familial c'est-à-dire l'accueil de personnes âgées et / ou handicapées par des particuliers à titre onéreux.
- Les Entreprises adaptées et les Centres de distribution de travail à domicile.

LES ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES INTERVENANT AUPRÈS DES PERSONNES ÂGÉES

La représentation ci-dessous permet de faire apparaître :

→ les principaux modes d'accompagnement avec des services, qui interviennent au domicile de la personne âgée, et des lieux d'hébergement. Ces derniers proposent de plus en plus souvent des alternatives sous forme d'hébergement temporaire ou d'accueil de jour ainsi que des accompagnements spécifiques, en particulier pour les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées ;

→ les différents modes de financement avec, par exemple, les Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) financés par l'Assurance maladie, les Services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) financés par le Conseil général (CG) ou les Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) cofinancés par les deux organismes et le résident.

	PERSONNES ÂGÉES	PRINCIPAUX PARTENAIRES
SERVICES	SSIAD	
	SAAD	
	SPASAD	→ Médecine de ville → Intervenants paramédicaux libéraux
ALTERNATIVES	HÉBERGEMENTS TEMPORAIRES	→ Établissement de santé (USLD, SSR, HAD, MCO, Urgences, soins palliatifs...) → Santé mentale (adultes)
	ACCUEILS DE JOUR	→ CLIC → MAIA → Réseaux de santé
HÉBERGEMENT	Établissements « médicalisés »	
	EHPAD (dont PASA, UHR et certaines PUV)	→ Services à la personne
	Établissements non « médicalisés »	→ Accueillants familiaux
	EHPA (dont PUV, Logements-Foyer)	

■ Financement AM

■ Financement CG

■ Co-financement AM-CG

En termes de volume, les EHPAD sont les plus nombreux (près de 8 000 établissements) avec les Services d'aide et d'accompagnement à domicile (environ 7 000). Plus de 2 000 Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) sont recensés.

Établissement ou service	Mission	Admission	Autorisation	Financement
SSIAD	Le service de soins infirmiers à domicile assure des prestations de soins infirmiers (soins de base ou techniques et relationnels) notamment auprès de personnes âgées de 60 ans et plus, malades ou dépendantes. Le SSIAD intervient à domicile ou dans des établissements non-médicalisés. Le SSIAD vise notamment à retarder ou prévenir l'hospitalisation. Il peut mettre en place une Équipe spécialisée Alzheimer (ESA).	Prescription médicale puis décision du gestionnaire	ARS	AM (dotation globale)
SAAD	Le service d'aide et d'accompagnement à domicile intervient notamment auprès de personnes âgées avec des prestations de services ménagers ou d'aide pour les activités de la vie quotidienne, concourant ainsi au soutien à domicile, à la préservation de l'autonomie et d'activités sociales.	Décision du gestionnaire sur orientation de l'équipe d'évaluation du CG (si APA)	PCG	Usager solvabilisé le cas échéant par le CG ou les caisses Tarifs horaires fixés par le CG et possible dotation globale
SPASAD	Le service polyvalent d'aide et de soins à domicile assure à la fois les missions d'un SSIAD et d'un SAAD.	Prescription médicale et/ou décision du gestionnaire Orientation de l'équipe d'évaluation du CG (si APA)	ARS et PCG	AM pour les soins (forfait). Usager solvabilisé le cas échéant par le CG ou les caisses
EHPAD	L'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes assure aux résidents, de manière collective, l'hébergement, la restauration, l'entretien et les soins nécessaires. L'hébergement peut être assuré à temps complet, en hébergement temporaire ou en accueil de jour. Pour les personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée, l'EHPAD peut comprendre un PASA et/ou une UHR.	Décision du gestionnaire	ARS et PCG	Hébergement : usager ou CG (aide sociale) et possibilité d'APL Dépendance : usager ou CG (APA) Soins : AM
PASA	Le pôle d'activité et soins adaptés propose, au sein d'un EHPAD, à des résidents ayant des troubles du comportement modérés et pendant la journée, des activités sociales et thérapeutiques au sein d'un espace de vie spécialement aménagé et bénéficiant d'un environnement rassurant permettant la déambulation.	Décision du gestionnaire	ARS	AM
UHR	L'unité d'hébergement renforcé accueille, nuit et jour, des résidents ayant des troubles du comportement sévères, sous forme de petites unités. Il s'agit d'un lieu d'activités et d'hébergement intégré au sein d'un EHPAD (et plus souvent au sein d'une USLD).	Décision du gestionnaire	ARS	AM
AJ	L'accueil de jour vise à développer ou maintenir les acquis et l'autonomie de la personne et faciliter ou préserver son intégration sociale. Il accueille des personnes âgées vivant à leur domicile, une ou plusieurs journées par semaine. Il est généralement rattaché à un EHPAD mais peut être autonome.	Décision du gestionnaire	ARS et/ou PCG	Cf. EHPAD

Établissement ou service	Mission	Admission	Autorisation	Financement
❖ HT	L'Hébergement temporaire vise à développer ou maintenir les acquis et l'autonomie de la personne et à faciliter ou préserver son intégration sociale. Il est limité dans le temps pour des personnes âgées dont le maintien à domicile n'est plus possible momentanément. Il peut être une transition après une hospitalisation et avant le retour à domicile. Il est généralement rattaché à un EHPAD.	Décision du gestionnaire	ARS et PCG	Cf. EHPAD
❖ PUV	La petite unité de vie accueille moins de 25 personnes âgées, essentiellement en zone rurale. Elle offre des espaces privatifs permettant de vivre comme au domicile et des espaces collectifs pour la préservation de l'autonomie et la participation des personnes. Elle peut être médicalisée par un forfait soins ou par l'intervention d'un SSIAD.	Décision du gestionnaire	PCG ou ARS et CG si médicalisé	Usager ou CG (aide sociale) et possibilité d'APL ou allocation logement AM si médicalisé
❖ LF/EHPA	Le logement-foyer est un EHPA destiné au logement collectif à titre de résidence principale de personnes âgées non-dépendantes, dans un immeuble comportant à la fois des locaux privatifs et des locaux communs destinés à la vie collective. Si nécessaire, la prise en charge de la dépendance est assurée via l'APA à domicile. Les résidents font appel aux personnels médicaux et paramédicaux à titre individuel. La PUV ou l'EHPA peuvent disposer du label MARPA. La Maison d'accueil rurale pour personnes âgées assure l'hébergement des résidents. Elle n'est pas médicalisée mais peut être dotée de services collectifs.	Décision du gestionnaire	PCG si habilité à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale	Usager ou CG (aide sociale) et possibilité d'APL ou allocation logement AM si médicalisé

Dans un objectif de cohérence, et même s'ils ne relèvent pas du cadre législatif et réglementaire des établissements et services médico-sociaux, l'accueil familial, c'est-à-dire l'accueil de personnes âgées et / ou handicapées par des particuliers à titre onéreux, est également abordé.

Établissement ou service	Mission	Admission	Autorisation	Financement
❖ AF	L'accueillant familial héberge à titre onéreux, à son domicile, au maximum 3 personnes et permet la vie dans un cadre familial.	Usager en tant qu'employeur	PCG	Usager solvabilisé éventuellement par des prestations ou allocations ou CG (aide sociale)

LES ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES INTERVENANT AUPRÈS DES PERSONNES HANDICAPÉES ADULTES

La représentation ci-dessous permet de faire apparaître :

❖ les principaux modes d'accompagnement avec des services, qui interviennent au domicile de la personne handicapée ou dans sa vie sociale, et des lieux d'hébergement, spécifiques selon les besoins d'accompagnement. Le Foyer d'hébergement (FH) accueille par exemple des travailleurs handicapés ; la Maison d'accueil spécialisée (MAS) accueille quant à elle des personnes gravement handicapées. Certains établissements et services sont spécifiquement mobilisés dans le cadre du projet professionnel de la personne ;

❖ les différents modes de financement avec, par exemple, les Foyers d'hébergement ou de vie (FH et FV) financés par le conseil général, les Maisons d'accueil spécialisées financées par l'Assurance maladie ou les Services d'accompagnement médico-sociaux pour adultes handicapés (SAMSAH) cofinancés par les deux organismes. En termes de volumétrie, les foyers d'hébergement et les foyers de vie sont environ 2 900, les maisons d'accueil spécialisées et les foyers d'accueil médicalisés plus de 1 400, les établissements et services d'aide par le travail environ 1 500 et les services d'accompagnement à la vie sociale et les services d'accompagnement médico-sociaux pour adultes handicapés environ 1 200.

	PERSONNES ADULTES HANDICAPÉES	PRINCIPAUX PARTENAIRES
INSERTION PROFESSIONNELLE	ESAT* CRP-CPO-UEROS	❖ MDPH ❖ GEM ❖ Service public de l'emploi ❖ Organismes de formation ❖ Services d'insertion professionnelle
SERVICES	SAVS SAMSAH SSIAD SAAD SPASAD	❖ EA et CDTD ❖ Entreprises ❖ Médecine de ville ❖ Intervenants paramédicaux libéraux ❖ Réseaux de santé ❖ Établissements de santé ❖ Santé mentale (adultes)
ÉTABLISSEMENTS	Établissements « médicalisés » MAS MAS DE JOUR MAS HT FAM FAM DE JOUR FAM HT Établissements non « médicalisés » FH-FV FV DE JOUR FV HT	❖ Accueillants familiaux ❖ Services liés au logement ❖ Service à la personne ❖ Services liés aux loisirs, aux sports, à la culture...

■ Financement AM

■ Financement CG

■ Co-financement AM-CG

□ * Aide sociale de l'État

En termes de volumétrie, les foyers d'hébergement et les foyers de vie sont environ 2 900, les maisons d'accueil spécialisées et les foyers d'accueil médicalisés plus de 1 400, les établissements et services d'aide par le travail environ 1 500, et les services d'accompagnement à la vie sociale et les services d'accompagnement médico-sociaux pour adultes handicapés environ 1 200.

Établissement ou service	Mission	Admission	Autorisation	Financement ⁴
❖ ESAT	L'établissement et le service d'aide par le travail accueille des personnes handicapées dont les capacités de travail ne leur permettent, momentanément ou durablement, ni de travailler en entreprise ordinaire – dont entreprise adaptée –, ni d'exercer une activité professionnelle indépendante. L'ESAT offre un accès au travail via des activités diverses à caractère professionnel, ainsi qu'un soutien médico-social et éducatif en vue de favoriser leur épanouissement personnel et social.	Notification d'orientation par la CDAPH puis décision du gestionnaire	ARS	Budget activité sociale : État (dotation globale) et participation des usagers aux repas Budget commercial : recettes d'activités
❖ CRP et CPO	Le centre de rééducation professionnelle et le centre de préorientation professionnelle ont pour mission de faciliter la réinsertion sociale et professionnelle des travailleurs handicapés. Ils assurent des formations de préorientation ou qualifiantes pour l'acquisition de nouvelles compétences professionnelles, en alliant un suivi médical, psychologique et social de la personne. Les formations débouchent sur des diplômes homologués par l'État.	Notification d'orientation par la CDAPH puis décision du gestionnaire	Préfet de région	Frais de fonctionnement : AM (prix de journée) Frais de formation professionnelle : État (DIRECCTE) ou conseil régional
❖ UEROS	L'unité d'évaluation, de réentraînement et d'orientation sociale et socioprofessionnelle pour personnes cérébrolésées accueille des personnes dont le handicap, lié en tout ou en partie à des troubles cognitifs ou du comportement ou de la relation affective, résulte d'un traumatisme crânien ou de toute autre lésion cérébrale acquise. Elle garantit la continuité du parcours en assurant les passages entre secteurs sanitaire (SSR), médico-social et social, éducatif et professionnel. Elle peut être rattachée à un établissement notamment un CPO.	Notification d'orientation par la CDAPH puis décision du gestionnaire	ARS	Assurance maladie (AM) (dotation globale)
❖ SAVS	Le service d'accompagnement à la vie sociale accompagne des personnes adultes handicapées (qui peuvent être travailleurs handicapés) nécessitant : - une assistance ou un accompagnement pour tout ou partie des actes essentiels de l'existence ; - un accompagnement social en milieu ouvert et un apprentissage à l'autonomie. Il s'agit de contribuer à la réalisation du projet de vie des personnes et de leurs liens sociaux, scolaires, universitaires ou professionnels.	Notification d'orientation par la CDAPH puis décision du gestionnaire	Président du conseil général (PCG)	Conseil général (CG) (prix de journée ou dotation globale)

⁽⁴⁾ La signature d'un CPOM implique la mise en place d'une dotation globale.

Établissement ou service	Mission	Admission	Autorisation	Financement
❖ SAMSAH	Le service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés accompagne des personnes dont l'état nécessite, en plus des interventions mentionnées pour le SAVS : - des soins réguliers et coordonnés ; - un accompagnement médical et paramédical en milieu ouvert.	Notification d'orientation par la CDAPH puis décision du gestionnaire	ARS et PCG	AM (forfait soins) et CG (tarif journalier)
❖ SSIAD	Le service de soins infirmiers à domicile assure des prestations de soins infirmiers (soins de base ou techniques et relationnels) auprès de personnes adultes handicapées de moins de 60 ans présentant un handicap ou atteintes de pathologies chroniques. Le SSIAD intervient à domicile ou dans des établissements non-médicalisés.	Prescription médicale puis décision du gestionnaire	ARS	AM (dotation globale)
❖ SAAD	Le service d'aide et d'accompagnement à domicile intervient auprès de personnes handicapées avec des prestations d'aide aux activités domestiques ou d'aide pour les activités de la vie quotidienne, concourant ainsi au soutien à domicile, à la préservation de l'autonomie et d'activités sociales.	Décision du gestionnaire et évaluation de la MDPH (si PCH)	PCG	Usager solvabilisé le cas échéant par la PCH (sauf aides aux activités domestiques)
❖ SPASAD	Le service polyvalent d'aide et de soins à domicile assure à la fois les missions d'un SSIAD et d'un SAAD.	Décision du gestionnaire et évaluation de la MDPH (si PCH) et prescription médicale	ARS et PCG	AM pour les soins (forfait) Usager solvabilisé le cas échéant par la PCH
❖ MAS	La maison d'accueil spécialisée reçoit des personnes adultes qu'un handicap intellectuel, moteur ou somatique grave ou une association de handicaps rendent incapables de se suffire à elles-mêmes dans les actes essentiels de la vie et tributaires d'une surveillance médicale et de soins constants. L'accueil peut être limité à la journée, sans hébergement (MAS de jour).	Notification d'orientation par la CDAPH puis décision du gestionnaire	ARS	AM (prix de journée, éventuellement globalisé)
❖ FAM	Le foyer d'accueil médicalisé reçoit des personnes lourdement handicapées et ayant besoin d'une assistance, pour la plupart des actes essentiels de la vie courante, ainsi que d'une médicalisation sans toutefois justifier une prise en charge en complète par l'Assurance maladie. L'accueil peut être limité à la journée, sans hébergement (FAM de jour).	Notification d'orientation par la CDAPH puis décision du gestionnaire	ARS et PCG	Soins : AM Hébergement et accompagnement à la vie sociale : usager ou CG (aide sociale)
❖ Foyers	Le foyer d'hébergement assure l'hébergement et l'entretien des travailleurs handicapés essentiellement accueillis en ESAT, et plus exceptionnellement des personnes handicapées qui exercent une activité en milieu ordinaire ou en EA. Le foyer de vie (ou foyer occupationnel) accueille des personnes adultes dont le handicap ne leur permet plus d'exercer une activité professionnelle, y compris en milieu protégé, mais qui ont une autonomie physique et intellectuelle suffisante pour se livrer à des activités quotidiennes et participer à une animation sociale. L'accueil en FV peut être limité à la journée, sans hébergement (FV de jour).	Notification d'orientation par la CDAPH puis décision du gestionnaire	PCG	Usager ou CG (aide sociale)

Dans un objectif de cohérence, et même s'ils ne relèvent pas du cadre législatif et réglementaire des établissements et services médico-sociaux, sont également abordés les entreprises adaptées, les centres de distribution de travail à domicile et l'accueil familial.

Établissement ou service	Mission	Admission	Autorisation	Financement
❖ EA et CDTD	L'entreprise adaptée est une unité de production employant des personnes handicapées dont la capacité de travail est au moins égale à un tiers de la capacité d'un travailleur « valide » exécutant les mêmes tâches. Elle peut servir de transition vers un emploi en milieu ordinaire de production.	Recrutement de personnes disposant d'une RQTH	DIRECCTE	Recettes d'activité et État (subvention)
❖ AF	L'accueillant familial héberge, à titre onéreux, à son domicile, au maximum 3 personnes et permet la vie dans un cadre familial.	Usager en tant qu'employeur avec décision de la CDAPH	PCG	Usager solvabilisé éventuellement par des prestations ou allocations ou CG (aide sociale)

LES ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES INTERVENANT AUPRÈS DES ENFANTS HANDICAPÉS

Comme le montre le schéma, les établissements et services qui interviennent auprès des enfants handicapés font l'objet d'un financement plus homogène que ceux mobilisés auprès des personnes âgées ou des personnes adultes handicapées. Leurs interventions ont été réparties en trois ensembles : dépistage précoce, accompagnement en milieu ordinaire et prise en charge institutionnelle.

	ENFANTS HANDICAPÉS	PRINCIPAUX PARTENAIRES
DÉPISTAGE PRÉCOCE	CAMSP CMPP Centre de ressources	❖ MDPH ❖ PMI ❖ Maternité ❖ Lieux d'accueil de la petite enfance ❖ Maison des adolescents
ACCOMPAGNEMENT EN MILIEU ORDINAIRE	IME IEM ITEP EEAP ETAB. EDUC. DEF. SENSORIEL SESSAD	❖ Établissements scolaires et de formation ❖ Service public de l'emploi, Cap emploi ❖ Services d'insertion professionnelle et entreprises ❖ Médecine de ville ❖ Intervenants paramédicaux libéraux ❖ Réseaux de santé ❖ Établissements de santé (néonatalité, réa-pédiatrie, SSR pédiatrique...) ❖ Santé mentale (pédopsychiatrie, CATTP...)
PRISE EN CHARGE INSTIT.	CAFS	❖ Services à la personne ❖ Services liés au logement ❖ Services liés aux loisirs, aux sports, à la culture... ❖ Services liés à la Protection de l'enfance (CG-ASE, MECS...)

En termes de volumétrie, les services d'éducation spéciale et de soins à domicile (plus de 1 500 SESSAD) et les instituts médico-éducatifs (plus de 1 200 IME) sont les plus nombreux.

Établissement ou service	Mission	Admission	Autorisation	Financement ⁵
☛ CAMSP	Le centre d'accueil médico-social précoce assure le dépistage précoce et le traitement en cure ambulatoire des enfants de moins de 6 ans présentant un risque de handicap ou atteints d'un handicap sensoriel ou moteur en vue de prévenir ou réduire l'aggravation du handicap : action de conseil et soutien de la famille, liaison avec les lieux d'accueil de la petite enfance et la maternelle et rééducation précoce.	Accès libre avec accord du gestionnaire	ARS et PCG	AM à hauteur de 80 % et CG à hauteur de 20 % (dotation globale avec une tarification conjointe)
☛ CMPP	Le centre médico-psycho-pédagogique assure un diagnostic et un traitement en cure ambulatoire des enfants et jeunes de 3 à 18 ans atteints de troubles neuropsychologiques ou de troubles du comportement.	Accès libre avec accord du gestionnaire	ARS	AM (forfait séance, facturation à l'acte)
☛ Centre de ressources	Le centre de ressources (ou centre d'information et de coordination ou centre prestataire de services de proximité) assure des actions de dépistage, d'aide, d'information et de formation, d'expertise et de coordination au bénéfice d'usagers ou d'autres établissements ou services.	Accès libre avec accord du gestionnaire	ARS	AM (dotation globale)
☛ IME	L'institut médico-éducatif assure, conformément aux plans personnalisés de compensation comprenant le projet personnalisé de scolarisation, des soins et une éducation spéciale aux enfants et adolescents atteints de déficience à prédominance intellectuelle, pouvant s'accompagner de troubles moteurs, sensoriels ou du comportement. L'accueil peut être limité à la journée.	Notification d'orientation par la CDAPH puis décision du gestionnaire	ARS	AM (prix de journée éventuellement globalisé) Éducation nationale (EN) (si enseignants)
☛ IEM	L'institut d'éducation motrice assure la prise en charge des enfants et adolescents présentant une déficience motrice, conformément à leur plan personnalisé de compensation comprenant le projet personnalisé de scolarisation. Il s'agit de favoriser leur intégration familiale, sociale et professionnelle. L'accueil peut être limité à la journée.	Notification d'orientation par la CDAPH puis décision du gestionnaire	ARS	AM (prix de journée éventuellement globalisé) EN (si enseignants)
☛ EEAP	L'établissement ou le service pour enfants et adolescents polyhandicapés assure le suivi médical, l'apprentissage des moyens de communication et le développement de l'éveil sensori-moteur et intellectuel des enfants et adolescents présentant un handicap grave à expression multiple, associant déficience motrice et déficience mentale sévère ou profonde, entraînant une restriction extrême de l'autonomie et des possibilités de perception, d'expression et de relation, conformément à leur plan personnalisé de compensation comprenant le projet personnalisé de scolarisation. Il s'agit de favoriser leur intégration familiale, sociale et professionnelle. L'accueil peut être limité à la journée.	Notification d'orientation par la CDAPH puis décision du gestionnaire	ARS	AM (prix de journée éventuellement globalisé) EN (si enseignants)

⁽⁵⁾ La signature d'un CPOM implique la mise en place d'une dotation globale.

Établissement ou service	Mission	Admission	Autorisation	Financement
❖ Établissement d'éducation pour déficients sensoriels	L'établissement ou le service pour enfants et adolescents déficients auditifs ou déficients visuels assure la prise en charge, conformément à leur plan personnalisé de compensation comprenant le projet personnalisé de scolarisation, des enfants et adolescents présentant soit une déficience auditive entraînant des troubles de la communication, soit une déficience visuelle. Elle recouvre le suivi médical, les apprentissages des moyens de communication, l'acquisition des connaissances scolaires, la formation professionnelle et l'intégration familiale et sociale.	Notification d'orientation par la CDAPH puis décision du gestionnaire	ARS	AM (prix de journée éventuellement globalisé) EN (si enseignants) (Subvention de l'ONDAM sanitaire pour les 5 instituts nationaux)
❖ ITEP	L'institut thérapeutique, éducatif et pédagogique assure la prise en charge d'enfants, d'adolescents ou de jeunes adultes présentant des difficultés psychologiques et des troubles du comportement qui perturbent leur socialisation et l'accès aux apprentissages, malgré des potentialités intellectuelles préservées. Il s'agit de favoriser le retour à un dispositif éducatif ordinaire ou adapté. L'accueil peut être limité à la journée.	Notification d'orientation par la CDAPH puis décision du gestionnaire	ARS	AM (prix de journée éventuellement globalisé) EN (si enseignants)
❖ SESSAD	Le service d'éducation spécialisée et de soins à domicile apporte aux jeunes de 0 à 20 ans et aux familles un accompagnement, un soutien éducatif, pédagogique et thérapeutique individualisé dans le cadre d'une intégration scolaire ou dans tout autre lieu de vie (domicile, lieu d'accueil de la petite enfance, centre de loisirs...). Le SESSAD peut être autonome ou rattaché à un établissement d'éducation spéciale. Il peut également être spécialisé pour les déficiences intellectuelles, motrices ou les troubles du comportement, pour déficients auditifs et visuels âgés de moins de 3 ans (Service d'accompagnement familial et d'éducation précoce – SAFEP), pour déficients visuels de plus de 3 ans (Service d'aide à l'acquisition de l'autonomie et à l'intégration scolaire – SAAAIS), pour déficients auditifs de plus de 3 ans (Service de soutien à l'éducation familiale et à l'intégration scolaire – SSEFIS) ou pour polyhandicapés (Service de soins et d'aide à domicile – SSAD).	Notification d'orientation par la CDAPH puis décision du gestionnaire	ARS	AM (dotation globale) EN (si enseignants)
❖ CAFS	Le centre d'accueil familial spécialisé a pour but de mettre à disposition des enfants et adolescents un environnement psychologique, éducatif et affectif qu'ils ne peuvent trouver dans leur propre entourage. Il est rattaché à un IME, un CMPP ou un CAMSP et n'accueille que les enfants qui y sont suivis. Les familles d'accueil sont agréées par le PCG pour l'accueil jusqu'à 21 ans.	Notification d'orientation par la CDAPH puis décision du gestionnaire	ARS	AM (prix de journée) CG si l'enfant relève de l'ASE



2

PERSPECTIVES

DES RAISONS DE S'ADAPTER

Résumé

Les groupes de travail réunis autour de la réflexion sur les perspectives du secteur médico-social ont été principalement constitués de gestionnaires de structures médico-sociales accompagnant des personnes âgées et des personnes handicapées. Les échanges ont été enrichis avec la participation de représentants d'ARS et d'un conseil général.

La mobilisation des participants à ces groupes de réflexion et la richesse des échanges ont permis d'aborder les potentialités et dynamiques qui s'ouvrent à ce secteur au-delà des difficultés auxquelles sont confrontés les gestionnaires. La synthèse de ces travaux est reprise en deux parties et privilégie des actions partagées par le plus grand nombre :

- ❖ Une première partie identifie les axes de simplification et/ou de clarification qu'il conviendrait d'envisager pour réunir les conditions d'une adaptation de l'offre de services.
- ❖ Une seconde partie reprend, sous la forme d'un plan d'action « type », les initiatives que les opérateurs peuvent engager.

Les réunions ont mis en évidence des différences sensibles concernant les deux domaines d'activité –personnes âgées et personnes handicapées–, liées à la genèse des structures d'accueil : dans le cas des personnes âgées, la structuration du secteur s'est faite autour d'institutions identifiées et repérées –hôpitaux et congrégations religieuses. La nomenclature des établissements et services est relativement restreinte et standardisée dans le mode de prise en charge ; plus récemment, le secteur privé commercial a investi le champ de l'hébergement des personnes âgées, même si la gestion publique reste prédominante. En ce qui concerne les personnes handicapées, de nombreux établissements et services sont nés d'initiatives de parents ; même si des fédérations existent au plan national, les structures sont plus nombreuses, plus petites et plus diversifiées dans leurs objectifs, tendant vers du « sur mesure ». La gestion associative y prédomine. Le secteur privé commercial y est très peu présent.

Les problématiques relatives à l'accompagnement des personnes diffèrent également. Elles sont fortement connotées « sanitaire » pour les personnes âgées du fait des risques de morbidité liés à l'âge. La tendance récente en faveur du choix du domicile, due à la volonté des personnes de vivre à domicile et, parfois, pour des raisons économiques, génère des besoins nouveaux de connexion avec des services de proximité capables d'entrer dans un projet de vie où la dimension « soins » n'est jamais totalement absente. Ces tensions entre projet de vie et projet de soins s'accroissent pour l'accompagnement en EHPAD dans lesquels la durée de séjour diminue⁶. Pour les personnes handicapées, la question du projet de vie est au cœur des projets d'établissement, d'où un panel d'offres beaucoup plus diversifié et personnalisé (cf. : nomenclature). C'est la stabilité du cadre de vie qui structure l'organisation du secteur même si, aujourd'hui, la problématique de l'accès aux soins des personnes handicapées se fait jour.

⁽⁶⁾ En 2007, la durée moyenne de séjour était de 2 ans et 6 mois contre 2 ans et 8 mois en 2003, en sachant que la plupart des durées de séjour se situent en dessous de cette moyenne puisque la moitié n'excède pas 1 an et 1 mois. Ces données recouvrent les EHPAD, les maisons de retraite non-EHPAD, les logements-foyers non-EHPAD, et les USLD non-EHPAD (Source : Études et Résultats de la DREES, n° 699, août 2009).

À cet égard, on peut repérer aujourd'hui deux angles de rencontre avec la sphère sanitaire :

❖ La prise en compte de la spécificité du handicap par les acteurs du champ sanitaire (accueil aux urgences, organisation de consultations...) notamment pour les personnes polyhandicapées ou handicapées psychiques ;

❖ L'intensification de la problématique « soins » avec l'augmentation de l'espérance de vie des personnes handicapées.

Cette différence de perspective a donné lieu à des modalités de financement nettement différenciées⁷ : pour les personnes âgées, le financement Assurance maladie organise une offre de soins qui peut être perçue comme « absorbant » la dimension lieu de vie, avec un reste à charge pour les personnes ; pour les personnes handicapées, il s'agit de compenser une inégalité dans le parcours de vie, d'où un financement quasi-intégral ; cette approche en termes de compensation a été consacrée par la loi de 2005⁸, avec la création des Commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) et l'enrichissement des missions de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Les deux populations semblent aujourd'hui se rejoindre sur le plan de la perte d'autonomie qui caractérise une part croissante des personnes âgées (phénomène de dépendance souvent associée ou liée à un accident de santé).

Les récentes évolutions évoquées ci-dessus aboutissent à un tableau paradoxal pour le périmètre de la réflexion réduit aux seuls secteurs des personnes âgées et des personnes handicapées :

❖ D'une part, on note une convergence progressive dans certains enjeux de prise en charge des personnes âgées et des personnes handicapées :

- La montée en puissance requise des services à domicile pour organiser le cadre de vie de la personne âgée pointe désormais une préoccupation qui se rapproche de l'optique « projet de vie » déjà à l'œuvre auprès des personnes handicapées.

- Une logique de parcours liée à une prise en charge au long cours : malades âgés chroniques ; personnes handicapées nécessitant des soins qui mettent en exergue des difficultés similaires face aux soins comme des situations de « danger » ou de maltraitance potentielle lors de certains épisodes tels que les passages aux urgences, ou consultations spécialisées.

- Une quasi-similitude de situation dans les âges avancés.

❖ D'autre part, et même si certains gestionnaires sont présents dans les deux secteurs des personnes âgées et des personnes handicapées et que des partenariats voient le jour, la réalité de deux mondes opérateurs qui se sont historiquement développés sur des bases propres du fait de leur champ de préoccupation d'origine respectif. De ce point de vue, le secteur médico-social n'existe pas : on se trouve face à un espace extrêmement hétérogène où l'intérêt des acteurs à coagir ne peut être mobilisé aisément en première intention, car encore souvent mal perçu.

La mobilisation des participants aux groupes de réflexion et la richesse des échanges ont néanmoins permis d'aborder les potentialités et dynamiques qui s'ouvrent à ce secteur au-delà des difficultés auxquelles sont confrontés les gestionnaires de structures médico-sociales. La synthèse de ces travaux est donc reprise en deux parties et privilégie des actions partagées par le plus grand nombre :

❖ Une première partie identifie les axes de simplification et/ou de clarification qu'il conviendrait d'envisager pour réunir les conditions d'une adaptation de l'offre de services.

❖ Une seconde partie reprend, sous la forme d'un plan d'action « type », les initiatives que les opérateurs peuvent engager.

⁽⁷⁾ Les modalités de financement sont présentées en détails dans les fiches présentant chacun des établissements et services.

⁽⁸⁾ Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

DES PISTES DE SIMPLIFICATION

Résumé

De nombreux axes d'évolution ont été abordés lors des travaux notamment sur des enjeux relevant d'orientations nationales (financement de la dépendance, articulation entre les services à la personne et les services médico-sociaux...). L'adaptation du cadre général dans lequel sont amenés à évoluer les établissements et services médico-sociaux a été envisagée d'un point de vue opérationnel pour amplifier la logique de recomposition. Quatre niveaux sont identifiés :

- ❖ La simplification des procédures ;
- ❖ La définition d'orientations sur l'adaptation de l'offre de services elle-même relayée par la contractualisation ;
- ❖ L'objectivation des besoins ;
- ❖ L'attractivité qui reste à renforcer auprès des professionnels.

Parmi les nombreux axes de travail et de simplification qui ont été développés par les groupes de professionnels, seuls quatre sont repris pour leur caractère opérationnel. La réflexion n'avait pas pour objet de définir un nouveau cadre d'intervention des établissements et services médico-sociaux.

UNE SIMPLIFICATION DES PROCÉDURES

Le besoin d'accompagnement des personnes âgées et handicapées évolue continuellement. Le vieillissement des personnes handicapées, l'accroissement de la charge en soins des personnes âgées et les besoins d'accompagnement mobilisant des expertises multiples (soins, hébergement, dépendance, accompagnement social, formation, orientation professionnelle...) imposent d'envisager :

- ❖ D'une part, de nouvelles offres de service sous forme de plates-formes réunissant plusieurs types d'accompagnements.
- ❖ D'autre part, la mobilisation de financements multiples pour tenir compte de la répartition des compétences entre les différents acteurs institutionnels et de la contrainte pesant sur la dépense publique.

Dans ce cadre, les échanges avec les responsables d'établissements et services médico-sociaux mettent en évidence la nécessité de simplifier certaines procédures, conditions de l'adaptation de l'offre de service. Celles-ci concernent plus particulièrement :

❖ la tarification des établissements et services, adaptée aux besoins des usagers, aux modes de fonctionnement des structures et contribuant à prévenir des blocages dans les parcours ;

❖ les modalités de pilotage, tant au niveau régional que départemental, en particulier l'articulation entre les conseils généraux et les ARS et leurs délégations territoriales, afin notamment de favoriser la cohérence de la planification (schémas régionaux d'organisation médico-sociale et schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale), de la programmation (PRIAC) et des autorisations (appels à projets).

Ces évolutions sont de nature à favoriser la mise en place d'accompagnements coordonnés voire intégrés et à permettre une logique de parcours de l'utilisateur.



Focus : Politiques publiques, un enjeu fort d'articulation

Le Schéma régional d'organisation médico-sociale (SROMS), outil de planification médico-sociale, a des répercussions significatives en termes de méthode :

- ❖ Le SROMS prévoit l'organisation d'une réponse à des besoins complémentaires. Il implique des actions à fortes transversalités (besoins sociaux pour les schémas départementaux, besoins de prévention et d'accompagnement et de prise en charge médico-sociaux pour le SROMS) et privilégie le recours au droit commun (soins, scolarité, logement, insertion sociale et professionnelle, transports...);
- ❖ L'exigence d'accessibilité territoriale suppose de fortes complémentarités entre les schémas régionaux et départementaux en vue d'une continuité territoriale : de besoins spécifiquement régionaux (des besoins dont la prévalence est moindre, une offre territorialement pertinente au niveau régional, une technicité supplémentaire...) jusqu'à l'offre de service de proximité (y compris en matière d'accueil, d'information, d'orientation, d'évaluation, de prévention);
- ❖ Les leviers peuvent être partagés avec les autres politiques (État, conseil régional) pour répondre aux besoins de développement, rendre efficiente l'offre existante, dans une logique de coordination et de continuité des parcours de vie et qui nécessitent une programmation commune.

LA DÉFINITION D'ORIENTATIONS SUR L'ADAPTATION DE L'OFFRE DE SERVICE ET RELAYÉES PAR LA CONTRACTUALISATION

Plusieurs outils permettent aux gestionnaires de structures médico-sociales de disposer d'orientations sur l'évolution des établissements et services. Les schémas départementaux, les PRS et les PRIAC en particulier fixent par exemple des projections de capacités au regard des besoins identifiés. De même, les appels à projets posent un cadre précis pour le développement de l'offre ou son adaptation (ex. : mise en place d'un nouveau service par redéploiement). Des outils fiables de recensement des besoins restent cependant à mettre en place.

Toutefois, et en lien avec la nécessité de développer des outils transversaux de connaissance de l'offre, **des axes précis d'évolution pourraient être approfondis principalement au niveau des capacités**. L'identification de tailles critiques pour les EHPAD, les SSIAD, les foyers... pourrait, sous réserve d'intégrer les principaux facteurs discriminants (ex. : existence de subventions, prix de l'immobilier...), être de nature à renforcer les coopérations et permettre d'améliorer le service rendu, par exemple, en accroissant les compétences pour de l'ingénierie qualité.

Les acteurs impliqués dans la réflexion s'accordent sur le fait que le Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) apparaît comme un outil adapté et utile pour la recomposition de l'offre de service médico-sociale puisqu'il permet au gestionnaire de disposer d'une certaine souplesse et de marges de manœuvre au sein d'enveloppes globalisées tout en garantissant une lisibilité sur la dépense publique. Il doit également être précisé que la signature d'un CPOM sur la base d'un diagnostic partagé, de projections concertées et d'un « gagnant-gagnant », avec une contractualisation impliquant l'ARS, le conseil général et le gestionnaire, et des suivis communs avec la possibilité de procéder à certaines adaptations sans appels à projets dans le cadre d'un CPOM constitueraient des facteurs facilitants supplémentaires.



Focus: Bilan des appels à projets¹⁹

Au 31 décembre 2012, la CNSA a recensé 116 appels à projets pour les deux années 2011 (49 appels à projets) et 2012 (67 appels à projets) :

- ❖ 38 dans le champ des personnes âgées (dont 9 spécifiques pour l'accompagnement de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer) ;
- ❖ 34 dans le champ des personnes handicapées adultes ;
- ❖ 25 dans le champ des enfants handicapés ;
- ❖ 19 pour des personnes en difficulté spécifique.

Plusieurs éléments ont limité la diffusion de cette procédure, notamment le contexte budgétaire très contraint pour les collectivités publiques, la possibilité de recourir dans un premier temps aux projets inscrits sur les listes issues des anciens passages en CROSMS ou les contraintes calendaires de la CNSA et des ARS, par exemple pour l'élaboration des schémas régionaux.

Ils ont néanmoins conduit à l'autorisation de 6 514 places (52 % en 2011) dont les deux tiers qui concernent le secteur des personnes âgées.

La finalisation récente des travaux conduits par les ARS sur le PRS et ses composantes, notamment le SROMS et le PRIAC, est un enjeu important dans l'évolution du nombre d'appels à projets lancés sur leur champ de compétence exclusive et/ou conjointe avec les conseils généraux. Cette situation contribue à un engagement de plusieurs ARS de manière renforcée dans la mise en œuvre de ce processus et explique en partie le caractère pluriannuel d'un certain nombre de calendriers prévisionnels des appels à projets, pouvant couvrir 2013 à 2015. Ainsi, les données recueillies au cours des récents dialogues de gestion entre les ARS, la DGCS et la CNSA confirment cette tendance sur le secteur des personnes handicapées et des personnes âgées avec un total de 71 appels à projets prévus (dont 53 en 2013 et 14 en 2014). La moitié concerne le secteur enfance handicapée et plus d'un quart le secteur des adultes handicapés.

¹⁹ Source : CNSA, Bilan des appels à projets lancés sur le champ ONDAM médico-social.

UNE OBJECTIVATION DES BESOINS

La difficulté à disposer d'une connaissance partagée des besoins d'accompagnement et de leur évolution rend complexe le positionnement de l'ensemble des acteurs du champ médico-social. Aussi, plusieurs chantiers pourraient être envisagés :

- ❖ La mise en place d'un référentiel commun pour les activités des établissements et services.

- ❖ L'adaptation du cadre opérationnel d'accompagnement, en particulier avec des orientations souples pour les personnes handicapées permettant d'adapter les prestations aux évolutions de la situation.

- ❖ Des autorisations de fonctionnement plus souples, évolutives et favorisant l'adaptation des dispositifs aux parcours des personnes.

- ❖ Une réflexion sur la responsabilité des gestionnaires de structures médico-sociales permettant de prendre en compte des modes d'accompagnement plus ouverts et partagés.

- ❖ La montée en charge de systèmes d'information homogènes en vue de disposer de données objectives et partagées d'observation.

Plusieurs questionnements peuvent être évoqués plus spécifiquement pour le secteur du handicap. En premier lieu, quelles priorités retenir par grandes catégories de handicaps (autisme, traumatisme crânien, polyhandicap, handicap psychique, troubles du comportement, personnes handicapées vieillissantes...) en complément d'une étude sur les accueils inadéquats (notamment au travers des amendements CRETON⁽¹¹⁾) ? Pour chacune de ces catégories précitées, plusieurs niveaux :

- ❖ Quelles lignes de partage entre les accompagnements sanitaires et les accompagnements sociaux et médico-sociaux ?

- ❖ Au sein du champ social et médico-social, quelles proportions entre les accompagnements en milieu ordinaire, au sein d'établissements, en formules intermédiaires ou mixtes et quelles réponses à apporter, sous la forme de créations nettes de places, ou par reconversion des capacités existantes ?

- ❖ Quels territoires privilégier avec une logique à favoriser d'abord une approche régionale, ensuite une approche départementale et, enfin, des aires infradépartementales pour organiser la desserte des services mobiles ?

Pour les personnes âgées en perte d'autonomie, l'approche diffère en partie avec la nécessité d'identifier :

- ❖ les lignes de partage entre les secteurs sanitaire (gériatrie dans et hors les murs), médico-social et social (gérontologie dans et hors les murs) ;

- ❖ les proportions dans les accompagnements à domicile, au sein d'établissements, en formules intermédiaires et ce, selon la nature de la perte d'autonomie (physique, intellectuelle) ;

- ❖ au sein de chacun des trois types d'accompagnements, la proportion à adopter entre médicalisation et non-médicalisation ;

- ❖ les territoires à privilégier pour organiser les parcours avec, à l'inverse de ce qui est évoqué pour le champ du handicap, un territoire gérontologique de proximité à privilégier dans un premier temps, puis le département, puis la région (notamment au titre de l'articulation du sanitaire et du médico-social).



Focus : Enseignements issus des projets innovants ou expérimentaux¹⁰

L'analyse des appels à projets publiés en 2011 et 2012 met en exergue plusieurs tendances, notamment :

- ❖ Plus de 80 % d'entre eux concernent des structures juridiques classiques du secteur médico-social et relèvent de l'article L.312-1 du CASF.

- ❖ Les appels à projets sur le champ des personnes âgées recouvrent majoritairement des services avec l'émergence de plates-formes.

- ❖ Pour le secteur de l'enfance handicapée, il s'agit dans la majorité des cas de services.

18 % des appels à projets sont qualifiés d'innovants ou expérimentaux et recouvrent des modalités nouvelles d'accompagnement et d'organisation des services. Globalement, ils s'appuient sur plusieurs dimensions communes :

- ❖ Des modalités d'organisation visant à adapter la réponse à des besoins spécifiques de la population, à des moments clés du parcours, sur un territoire donné, soit sous la forme de plates-formes de services pour la continuité des parcours de vie et de soins, soit dans le cadre d'une équipe mobile avec l'objectif de mutualiser des moyens.

- ❖ Le soutien d'une offre de service diversifiée et adaptée aux besoins.

- ❖ Des modalités de financement plus souples sous la forme de dotation globale de financement.

- ❖ Une logique d'activité sous la forme de file active.

- ❖ Un ancrage territorial des projets largement développé, impliquant pour les futurs porteurs de projet une connaissance fine de l'environnement et le développement de modalités de coopération.

- ❖ Un accent mis sur la coordination et la coopération très large des acteurs du territoire, notamment pour impliquer le secteur de la psychiatrie.

⁽¹⁰⁾ Source : CNSA, Les Appels à projets expérimentaux ou innovants, 10 juillet 2012.

⁽¹¹⁾ L'amendement CRETON est un dispositif législatif permettant le maintien temporaire de jeunes adultes de plus de 20 ans dans des établissements pour enfants handicapés.

UNE ATTRACTIVITÉ À RENFORCER AUPRÈS DES PROFESSIONNELS

Certains établissements et services souffrent d'un déficit d'attractivité auprès des professionnels malgré des besoins conséquents. C'est le cas par exemple des EHPAD, des ITEP ou des établissements accueillant des personnes très lourdement handicapées. Ces difficultés de recrutement peuvent concerner de nombreux métiers : aides-soignants, aides médico-psychologiques, moniteurs-éducateurs, professions paramédicales, psychologues voire cadres.

S'ajoutent à ces problématiques générales, des difficultés spécifiques à certaines zones géographiques. Des salariés qualifiés font le choix de travailler à l'étranger, pour avoir accès à un marché du travail plus rémunérateur. C'est plus particulièrement le cas dans les zones frontalières du Luxembourg, de l'Allemagne et de la Suisse pour les régions Alsace et Rhône-Alpes. Dans d'autres régions et particulièrement en région parisienne, les temps de transport et les contraintes liées au logement sont également de nature à décourager les professionnels. La localisation de certains établissements et services en zone rurale est également de nature à freiner les recrutements.

Si les gestionnaires ont la possibilité d'agir sur leur territoire, des actions de sensibilisation et d'information auprès du grand public, et en lien avec les lieux de formation (ex. : lycée, IFAS, IFSI, IRTS...) seraient de nature à renforcer cette attractivité, de même qu'une adaptation du cadre conventionnel ou statutaire.

DES DYNAMIQUES D'ADAPTATION À PORTER PAR LES GESTIONNAIRES

Résumé

Les groupes de travail ont permis d'évoquer de très nombreuses pistes potentiellement portées par les gestionnaires d'établissements et services médico-sociaux pour adapter l'offre de prestations aux évolutions des besoins de la population dans un contexte de contraction générale de la dépense publique. Celles-ci s'organisent en un triple mouvement :

1. Mettre en place une dynamique collective :

- Action 1 : Connaître son territoire et positionner ses prestations
- Action 2 : Investir les instances de démocratie de santé

2. Coopérer avec les partenaires de son territoire :

- Action 1 : Développer les coopérations « efficience »
- Action 2 : Développer les coopérations « parcours »

3. Outiller les établissements et services :

- Action 1 : Outiller la fonction « ressources humaines »
- Action 2 : Améliorer la performance des organisations

L'ensemble est décliné ci-dessous sous forme de plan d'action avec un prisme d'adaptation de l'offre de service médico-sociale qu'elle concerne les établissements pour personnes âgées ou pour personnes handicapées, qu'ils soient privés à but non lucratif, privés commerciaux ou publics.

METTRE EN PLACE UNE DYNAMIQUE COLLECTIVE

Action 1 : Connaître son territoire et positionner ses prestations

Contexte :

- Un secteur médico-social historiquement développé à partir d'une importante créativité des gestionnaires.
- Un développement continu des capacités d'accompagnement depuis la structuration du secteur par les lois de 1975.
- Une évolution des besoins avec notamment un vieillissement de la population, un accroissement des polypathologies, un besoin prégnant d'accompagnement au long cours et une ouverture vers la cité.
- Une réforme des modalités d'implication des gestionnaires dans les instances de démocratie liées à la santé avec, par exemple, la mise en place par la loi HPST des conférences de territoire.
- La mise en place des appels à projets.
- Un développement des initiatives dans le champ concurrentiel (développement du secteur commercial et de gestionnaires étrangers dans le secteur du handicap, initiatives collectives du secteur public, logique de groupe développée par des acteurs associatifs...).

Objectif : Positionner ses établissements et services dans une dynamique d'ajustement et/ou de spécialisation sur leur territoire

		Délai	Indicateurs
Étape 1	Recenser les partenaires situés sur l'aire de rayonnement de ses établissements et services (principalement ESMS et ES) et intervenant effectivement séparer ou potentiellement dans l'accompagnement de publics similaires.	4 mois	Liste des partenaires et de leurs activités principales
Étape 2	Mettre en évidence les contributions de ses établissements et services au regard des partenaires du territoire (ex. : spécialisation d'un EHPAD dans les séjours de courte durée en sortie d'hospitalisation, télé médecine...).	1 mois	Projet actualisé
Étape 3	Identifier les supports de communication les plus adaptés pour informer sur le projet.	6 mois	Supports de communication
Pilote	Direction générale		
Acteurs	ESMS et ES du territoire		

Action 2 : Investir les instances de démocratie de santé**Contexte :**

→ Un secteur médico-social historiquement développé à partir d'une importante implication des gestionnaires.

→ Une réforme des modalités d'implication des gestionnaires dans les instances de démocratie liées à la santé avec, par exemple, la mise en place par la loi HPST des conférences de territoire.

→ La mise en place des appels à projets.

Objectif: Conserver une dynamique de participation, d'innovation et d'initiative		Délai	Indicateurs
Étape 1	Identifier les instances de démocratie de santé les plus pertinentes sur le territoire au regard des modes d'intervention (ex. : conférence de territoire, schéma départemental, groupement de coopération sanitaire e-santé, contrat local de santé, communauté hospitalière de territoire, CRSA et ses commissions spécialisées...).	1 mois	Liste des instances
Étape 2	Investir les instances pertinentes : → a minima, la CHT si elle existe ; → à partir d'actions collectives (ex. : collectif de gestionnaires ou de directeurs généraux au sein d'une instance départementale).	12 mois	Relais auprès des directions des productions issues de ces instances (compte-rendu, schémas...)
Pilote	Direction générale		
Acteurs	Gestionnaires d'ESMS, ES, ARS, conseils généraux		

COOPÉRER AVEC LES PARTENAIRES DE SON TERRITOIRE

Action 1 : Développer les coopérations « efficacité »

Contexte :

❖ Les coopérations « efficacité » sont fondées sur une recherche d'efficacité, s'appuyant sur une mutualisation de moyens¹¹.

❖ Une contrainte pesant sur la dépense publique en général et qui génère une approche plus collective des enjeux liés à la répartition des moyens.

❖ Des potentialités d'innovation et d'efficacité économique dans la mise en place de coopérations entre gestionnaires ou entre établissements et services sur un même territoire.

Objectif: Dégager des marges d'efficacité économique		Délai	Indicateurs
Étape 1	Identifier les coopérations – et partenariats – susceptibles de générer le plus d'impact qualitatif et/ou économique : ❖ Mutualisation d'équipes et de ressources rares entre gestionnaires ❖ Mutualisation des achats et de la restauration ❖ Mutualisation des équipes ou fonctions supports (services administratifs, services techniques, transports...)	6 mois	Thèmes prioritaires Contacts partenaires
Étape 2	Mettre en place la mutualisation : ❖ sur la base d'une gestion de projet rigoureuse : diagnostic -> orientations stratégiques -> orientations opérationnelles -> structure juridique -> mise en œuvre opérationnelle; ❖ en anticipant dès le début les impacts attendus de la mutualisation à partir d'indicateurs régulièrement mesurés	12 mois	Indicateurs d'impacts
Pilote	Direction générale		
Acteurs	Directions générales		

⁽¹¹⁾ Guide des coopérations dans le secteur médico-social – Guide méthodologique – ANAP 2012.

Action 2 : Développer les coopérations « parcours »**Contexte :**

- ❖ Les coopérations « parcours » visent à mieux répondre à l'évolution des besoins et attentes des usagers¹².
- ❖ Un vieillissement global de la population et des personnes accompagnées.
- ❖ Un accroissement des maladies chroniques et des polypathologies.

- ❖ Un accroissement des besoins d'accompagnement au long cours.
- ❖ Une augmentation des charges en soins et de la mise en lien entre sanitaire et médico-social.
- ❖ La nécessité de proposer un tronc commun de formation initiale aux professionnels collaborant dans les secteurs sanitaire, social et médico-social.
- ❖ L'exigence du citoyen fragile, qu'il soit âgé ou handicapé, de vivre au maximum de son autonomie et hors d'un établissement.

Objectif : Mettre en place des coopérations à visée intégrative facilitant le parcours de l'usager

		Délai	Indicateurs
Étape 1	Identifier les partenaires les plus pertinents pour répondre aux besoins des personnes accompagnées : ❖ au sein des partenaires sanitaires (ES et secteur de psychiatrie) ; ❖ avec les autres gestionnaires médico-sociaux ; ❖ avec les autres établissements et services médico-sociaux ; ❖ avec les organisations de droit commun (écoles, formation professionnelle, loisirs, sports...).	6 mois	Thèmes prioritaires Contacts partenaires
Étape 2	Recenser les prestations potentiellement en doublon	1 mois	Prestations en doublon
Étape 3	Mettre en place les coopérations : ❖ en privilégiant les logiques de plates-formes communes à plusieurs gestionnaires et en intégrant le maximum de modes d'accompagnement pour un public donné ; ❖ en privilégiant les solutions sans accroissement de capacité ; ❖ en anticipant dès le début les impacts attendus de la coopération à partir d'indicateurs régulièrement mesurés.	12 mois	Indicateurs d'impact
Étape 4	Pérenniser les coopérations avec une structure juridique adaptée	12 mois	Convention constitutive, convention
Pilote	Direction générale		
Acteurs	Directions générales		
Focus	Les coopérations « parcours »		

Plusieurs types de coopérations ont été cités :

- ❖ Les plates-formes d'accompagnement
- ❖ La médicalisation d'un foyer de vie par mobilisation d'un foyer d'accueil médicalisé ou d'un SSIAD
- ❖ La mise en place de formations communes entre des professionnels sanitaires et médico-sociaux
- ❖ La mise à disposition de compétences spécifiques ou rares

⁽¹²⁾ Guide des coopérations dans le secteur médico-social – Guide méthodologique – ANAP 2012.

OUTILLER LES ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES

Action 1 : Outiller la fonction «ressources humaines»

Contexte :

- ❖ Un poste de dépense majoritaire dans les établissements et services médico-sociaux.
- ❖ Un défaut d'attractivité pour certains métiers.
- ❖ Des départs en retraite à anticiper.
- ❖ Des facteurs de risque à anticiper (ex. : responsabilités pénale et civile, contentieux prud'homaux...) notamment en raison de leur impact financier potentiel.

Objectif: Professionnaliser les fonctions «ressources humaines»

		Délai	Indicateurs
Étape 1	Poursuivre la montée en compétence des directions d'ESMS (ex. : EHPAD, SSIAD...) afin d'intégrer : ❖ les pratiques de gestion et de management; ❖ mais également les fonctions de régulation (ex. : impact du profil des résidents sur le budget) et de communication.	12 mois	Formations Profils des nouveaux recrutés
Étape 2	Mettre en place : ❖ une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences adaptée aux volumes et aux besoins et permettant d'anticiper les évolutions, en particulier au niveau des départs en retraite; ❖ des outils de gestion de planning basés sur les besoins d'accompagnement.	12 mois	Plan de GPEC, outils de planification basés sur les besoins d'accompagnement
Étape 3	Favoriser l'attractivité et l'ouverture des établissements et services : ❖ en les positionnant comme lieu de stage; ❖ en se constituant un vivier de « recrutés » potentiels.	12 mois	Nombre de stages et de tuteurs
Étape 4	Identifier les pratiques mutualisables : ❖ Plans de formation ❖ Équipes volantes	12 mois	Actions RH mutualisées et indicateurs d'impact
Pilote	Direction générale		
Acteurs	Directions		

Action 2 : Améliorer la performance organisationnelle**Contexte :**

- ❖ Des contraintes légales et réglementaires nécessitant une expertise de plus en plus fine.
- ❖ Une stratégie des gestionnaires à se positionner de manière globale au niveau des ARS et conseils généraux.
- ❖ Des CPOM permettant d'objectiver la valeur ajoutée des sièges sociaux.

Objectifs : Promouvoir la fonction structurante des sièges sociaux et la mutualisation des fonctions support, et anticiper les évolutions liées aux modes de financement

		Délai	Indicateurs
Étape 1	Développer des outils de mesure et de pilotage de l'activité en s'appuyant sur les trois axes de la performance en santé : ❖ Qualité et sécurité de l'accompagnement ❖ Égalité et accessibilité aux services ❖ Efficience opérationnelle et budgétaire ... en conservant la capacité à faire évoluer les organisations à partir du recueil de la parole collective des usagers	12 mois	Outils mis en place
Étape 2	Structurer et renforcer les sièges notamment sur les fonctions stratégiques	12 mois	Siège, fonctions supports mutualisées
Pilote	Direction générale		
Acteurs	Directions		

DES EXPÉRIMENTATIONS QUI ANTICIPENT L'AVENIR

Résumé

Au regard des critères définissant la performance en santé selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) :

- ❖ améliorer l'état de santé de la population,
- ❖ répondre aux attentes des personnes et des clients du système,
- ❖ assurer un financement équitable

... et en articulation avec les travaux du comité national sur le parcours de santé des Personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA), notamment le projet de cahier des charges des projets pilotes, plusieurs expérimentations ou réflexions illustrent les développements des parties précédentes.

Au regard des trois principaux critères définissant la performance en santé selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) :

- ❖ améliorer l'état de santé de la population ;
- ❖ répondre aux attentes des personnes et des clients du système ;
- ❖ assurer un financement équitable.

et en articulation avec les travaux du comité national sur le parcours de santé des Personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA), notamment le projet de cahier des charges des projets pilotes, plusieurs expérimentations ou réflexions permettent d'illustrer les développements des parties précédentes :

❖ **L'expérimentation d'un dispositif d'« EHPAD à la maison » intitulé M@do** par la Fondation Caisse d'épargne pour la Solidarité (FCES) est autorisée depuis le 1^{er} septembre 2012 sur le bassin de Tulle, en Corrèze. Le projet, dont le fil conducteur est de préserver l'autonomie, vise une prise en charge globale à domicile sur le long terme, ce qui la distingue de l'hospitalisation à domicile, avec un interlocuteur unique, un gestionnaire de cas.

Ce nouveau concept est né de l'analyse des appels reçus par la plate-forme de téléassistance de la Fondation déjà présente en Limousin où il avait été constaté un degré d'angoisse important des personnes âgées accompagnées à domicile, une absence de garde itinérante la nuit, un maintien à domicile complexe d'un point de vue administratif et certaines entrées brutales en établissement.

Opérationnelle depuis janvier 2013, l'expérimentation est autorisée par l'ARS Limousin et le conseil général de Corrèze dans le cadre de l'alinéa 12 du L.312-1 du CASF pour une durée de 3 ans et pour 40 personnes. Dans ce dispositif qui inverse les logiques, les services de l'EHPAD sont transposés à domicile et il n'est plus question de projet d'établissement mais de projet de vie. La plate-forme de téléassistance aura un rôle central et coordinateur dans ce programme, qui fait intervenir la domotique avec une gamme de capteurs liés aux pathologies des patients et à leur environnement. En outre, une équipe de 22 professionnels (soignants, aides-soignants, aides médico-psychologiques pour moitié) œuvre au service des personnes âgées, qui disposent dans ce cadre d'une garde itinérante 24h/24 et 7j/7. Un partenariat avec les associations locales contribue enfin à l'animation du projet.

M@do est non seulement un concept innovant mais il ambitionne aussi de faire émerger un nouveau modèle économique. Le projet affiche en effet un coût journalier de 50 € (hors soins). La dotation soins est allouée par l'ARS à hauteur de 500 000 € annuels et le conseil général de Corrèze soutient le projet via l'APA à domicile.

❖ **L'appel à candidatures de l'ARS Pays-de-la-Loire pour un dispositif expérimental d'astreinte d'infirmier(ère) de nuit mutualisée entre plusieurs EHPAD.** Outre l'optimisation de l'organisation du système de santé, il s'agit d'améliorer la pertinence des hospitalisations non programmées la nuit et la qualité et la sécurité de prise en charge la nuit. Le projet a vocation à impliquer plus particulièrement un EHPAD « tête de pont » (en GCSMS ou non) qui organise la mutualisation entre plusieurs autres EHPAD sur un territoire de santé de proximité et un établissement de santé mettant à disposition son personnel d'infirmiers(ères) diplômé(e)s d'État pour assurer l'astreinte de nuit, sur plusieurs EHPAD.

Plusieurs prérequis ont été identifiés, notamment un périmètre géographique devant respecter les 30 minutes d'intervention de l'astreinte, une réelle dynamique de coopération et de mutualisation organisée entre plusieurs EHPAD, une analyse sur les besoins en soins des résidents bénéficiant de l'astreinte et une procédure de recours médical de nuit.

❖ **L'appel à candidatures du conseil général de l'Oise pour la création, à titre expérimental, d'un EHPAD hors les murs ou pôle de services** avec pour objectif d'assurer une prise en charge complète, continue et coordonnée à domicile.

Ce nouveau concept doit permettre d'introduire une solution alternative à l'hospitalisation par défaut tout en respectant le choix de la personne de vivre dans sa sphère sociale, de trouver le lieu de vie préféré et permettre de reculer l'entrée en établissement. Il doit permettre aux personnes âgées dépendantes de rester à domicile par le biais d'une prise en charge complète autour d'un projet de vie individualisé, reposant sur des prestations coordonnées (HAD, SSIAD, SAAD, EHPAD, réseau, portage de repas, etc.), avec une attention particulière à l'aménagement du logement et à l'adaptation du lieu de vie. Il s'agit aussi d'apporter un soutien et des services aux familles naturelles pour la recherche de solutions de remplacement pendant leur absence.

Ce dispositif a vocation à être adossé à une structure ou un service existant pour ne pas alourdir les frais d'encadrement, et prendre la forme d'un pôle de services associant des offres d'accueil graduées et diversifiées : l'accueil de jour, les soins, l'accueil de proximité, balluchonnage, les temps de répit pour les aidants, l'animation... Ce pôle peut aussi mettre en réseau plusieurs EHPAD traditionnels susceptibles d'accueillir de manière séquentielle la personne âgée en cas d'aggravation de son état de santé, ainsi que les accueillants familiaux d'adultes.

❖ **Les réflexions menées par le conseil général du Pas-de-Calais. L'une concerne des unités d'EHPAD dédiées aux personnes âgées en situation de handicap** : celle-ci prévoit notamment des modalités de fonctionnement et de financement spécifiques. L'autre concerne **des résidences adaptées aux personnes en situation de handicap, logements de droit commun adaptés au handicap** de la personne avec quatre caractéristiques principales : le projet ne relève pas du code de l'action sociale et des familles, il est porté par plusieurs partenaires aux compétences distinctes mais avec un porteur identifié, les logements visent des publics divers mais ayant une volonté et une capacité de vivre à domicile et une viabilisation par la mobilisation souple des dispositifs de droit commun.

3

FICHES PAR ÉTABLISSEMENT ET SERVICE

Cette partie permet d'entrer dans le détail des établissements et services médico-sociaux sous forme de fiches descriptives. Celles-ci sont organisées en quatre ensembles : les projets innovants ou expérimentaux, les établissements et services intervenant auprès des personnes âgées, les établissements et services accompagnant les personnes adultes handicapées, les établissements et services accompagnant des enfants handicapés.

LES PROJETS INNOVANTS OU EXPÉRIMENTAUX

Résumé

Les fiches par établissement et service permettent d'appréhender le secteur médico-social au travers d'une lecture statique car liée aux autorisations. Les nouveaux modes d'accompagnement qui émergent dans le cadre des projets innovants ou expérimentaux autorisés illustrent cependant mieux ce que le secteur médico-social sera en mesure de proposer dans les années à venir pour répondre aux besoins des personnes âgées et des personnes handicapées.

Les fiches de cette partie s'appuient sur une description synthétique de six appels à projets analysés par le groupe de travail DGCS/CNSA en distinguant :

- ❖ les appels à projets à caractère innovant ;
- ❖ les appels à projets à caractère expérimental.

Les fiches par établissement et service de cette troisième partie permettent de mieux appréhender le secteur médico-social au travers d'une lecture statique car liée aux autorisations. Les nouveaux modes d'accompagnement qui émergent dans le cadre des projets innovants ou expérimentaux autorisés illustrent mieux ce que le secteur médico-social sera en mesure de proposer dans les années à venir pour répondre aux besoins des personnes âgées et des personnes handicapées¹³.

Rappelons que le cahier des charges des appels à projets expérimentaux ou innovants peut être allégé. De plus, il convient de distinguer les deux concepts :

❖ L'innovation peut s'exprimer au travers de modalités nouvelles d'accompagnement qui s'inscrivent dans le cadre réglementaire des établissements et services médico-sociaux.

❖ L'expérimentation concerne les projets qui sortent du cadre réglementaire s'agissant du contenu de l'accompagnement, du public (âge ou catégorie), du mode de financement ou de tarification. L'autorisation est alors accordée pour 5 ans renouvelables (contre 15 ans pour les autres établissements et services).

Les fiches ci-dessous s'appuient sur une description synthétique de six appels à projets analysés par le groupe de travail DGCS/CNSA :

- ❖ les appels à projets à caractère innovant ;
- ❖ les appels à projets à caractère expérimental.

⁽¹³⁾ Source : CNSA : Les Appels à projets expérimentaux et innovants, Juillet 2012.

LES APPELS À PROJETS À CARACTÈRE INNOVANT

a. Équipe mobile innovante et pluridisciplinaire d'accompagnement de jeunes adultes autistes

Le dispositif, qui relève de la compétence de l'ARS Rhône-Alpes, est constitué d'une équipe mobile innovante et pluridisciplinaire d'accompagnement pour 20 jeunes adultes autistes et/ou présentant des troubles envahissants du développement dans le cadre de l'article L312-1-7 du CASF. L'équipe intervient sur le département de l'Ain.

L'équipe mobile accompagne de jeunes adultes des deux sexes selon deux types d'interventions :

- ✦ En milieu ordinaire dans un objectif d'inclusion dans la cité et en complémentarité des autres partenaires concernés (santé, socialisation, insertion sociale, logement) ;

- ✦ En soutien des équipes des établissements et services médico-sociaux pour les cas complexes afin d'adapter les prises en charge aux besoins de soins spécifiques des jeunes, pour prévenir les risques importants de troubles du comportement et permettre d'évaluer les mesures thérapeutiques, éducatives et pédagogiques destinées à éviter les ruptures.

Il s'agit d'assurer une prise en charge ou un accompagnement transitoire, dans une logique de dispositif et de parcours pour de jeunes adultes autistes en complémentarité des autres interventions. L'équipe est accessible et insérée dans la cité, fonctionne en file active sur la base de 5 jours par semaine avec une équipe pluridisciplinaire. Elle s'inscrit dans une organisation structurée et négociée avec les établissements de santé du territoire et avec l'antenne du Centre de ressources autisme (CRA) implantée sur le département.

L'autorisation est délivrée pour quinze ans et le financement est assuré sous forme de dotation globale de financement. Ce projet est issu de la mesure 29 du Plan autisme 2008/2010 visant à « Promouvoir une expérimentation encadrée et évaluée de nouveaux modèles de prise en charge ». Le choix a été motivé par l'existence d'un service permettant à la fois des interventions en établissement et à domicile, dans une logique parcours de vie et de soins, et tenant compte de l'importance de la continuité des soins pour ces publics.

b. Structure innovante d'hébergement de type EHPAD

Le dispositif, qui relève d'une compétence conjointe de l'ARS Rhône-Alpes et du conseil général de la Drôme, a été conçu comme une « Plate-forme de services pour personnes âgées et personnes handicapées vieillissantes » sur le canton de Donzère. Celle-ci est composée :

- ✦ d'un EHPAD de 60 places dont 12 places réservées à des personnes handicapées vieillissantes et 12 places destinées à des personnes atteintes de la maladie Alzheimer ou maladies apparentées ;

- ✦ d'un mode d'accueil et d'accompagnement innovant pour personnes handicapées vieillissantes comprenant un Service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) de 10 places et 10 logements adaptés ;

- ✦ d'un espace d'accueil et de relais d'aide aux aidants au sein de l'EHPAD.

La plate-forme propose, au titre de son activité principale et dans une logique plurivalente, un hébergement en faveur des personnes handicapées vieillissantes et des personnes âgées, et des activités annexes participant au maintien à domicile de ces publics et au soutien de leurs aidants. Le projet vise une insertion dans la cité et la continuité des parcours à partir d'une offre sociale et médico-sociale intégrée et diversifiée de type plate-forme de services adossée à un EHPAD en termes de solutions pour la population vieillissante et de son entourage sur le territoire concerné. Il constitue à cet égard une offre en pôle « ressources » qui vise à favoriser en priorité le maintien à domicile, y compris le soutien aux aidants. En outre, le projet répond à des enjeux de mutualisation sur les fonctions supports avec les autres établissements et services du territoire.

Une étude menée en 2005 par le conseil général et la DDASS sur les besoins des personnes âgées complétée par une étude menée en 2007 sur les personnes handicapées vieillissantes, notamment sur les situations repérées comme « inadéquates » en hospitalisation psychiatrique, ont étayé ce projet. Le choix a été motivé par la mise à disposition d'une plate-forme de services ancrée sur un territoire de proximité permettant des interventions à la fois en établissement et à domicile, pour pouvoir constituer un pôle ressources à destination de la population.

LES APPELS À PROJETS À CARACTÈRE EXPÉRIMENTAL

a. Équipe soignante mobile expérimentale pour répondre à des besoins de soins des personnes handicapées vieillissantes suivies en foyer de vie

L'équipe soignante mobile, qui relève d'une compétence conjointe de l'ARS Alsace et du Conseil Général du Haut-Rhin, permet de répondre aux besoins en soins des personnes handicapées psychiques hébergées en foyer de vie sur le territoire 4 et nécessitant des soins réguliers du fait de la dégradation de leur état de santé (zone de proximité sur laquelle sont implantés 4 foyers de vie). Les besoins identifiés impliquent une file active de 25 à 30 personnes.

Cette réponse, souple, doit permettre aux résidents de rester au sein de leur établissement d'accueil. Le fonctionnement s'apparente à un SAMSAH/SSIAD pour personnes handicapées avec deux axes d'intervention, dans une logique de continuité des parcours pour élaborer et mettre en œuvre un projet de soins :

- ✦ Assurer les soins ;

- ✦ Conduire les équipes en place à mieux prendre en compte la dimension soins pour les résidents.

Il s'agit également d'assurer la continuité de la prise en charge et de s'inscrire dans le projet de vie individualisé, d'être intégré et décliné dans le projet d'établissement de chacun des quatre foyers et d'organiser la coordination des soins avec les intervenants libéraux.

Plusieurs éléments ont permis d'objectiver les besoins :

- ❖ Une étude sur la charge en soins dans les maisons de retraite spécialisées et foyers du Haut-Rhin, réalisée conjointement par le conseil général et l'ARS ayant confirmé les besoins en soins croissants des personnes handicapées du fait de leur vieillissement.
- ❖ Un repérage des besoins en médicalisation par zone de proximité.
- ❖ Une réflexion sur les modalités d'amélioration de la couverture soignante dans ces structures avec comme objectif de garantir le maintien des personnes handicapées sur leur lieu de vie.

Le projet a été autorisé pour une durée limitée dans le temps (3 ans) pour permettre à l'ARS et au conseil général de procéder à une évaluation plus rapide de ce projet. Le financement est assuré via une Dotation globale de financement (DGF).

b. Dispositif expérimental pour enfants et adolescents présentant des troubles de la conduite et du comportement et nécessitant une mesure d'Aide sociale à l'enfance (ASE)

Ce dispositif expérimental (territoire de santé Est de la Haute-Savoie), qui relève d'une compétence conjointe de l'ARS Rhône-Alpes et du conseil général de Haute-Savoie, comprend :

- ❖ un établissement (fonctionnement proche de celui d'un ITEP avec 12 places en internat, réparties en deux unités de 6), 6 places de semi-internat, des activités de jour et 3 places d'accueil temporaire réparties au sein des deux unités d'internat ;
- ❖ un service de type équipe mobile, fonctionnant en file active correspondant à 30 places.

L'ensemble est destiné à des enfants et des adolescents des deux sexes, handicapés psychiques et/ou présentant des troubles de la conduite et du comportement, en difficultés multiples et sous mesure de protection de l'enfance du président du conseil général. Il s'agit d'assurer une prise en charge ou un accompagnement transitoire, dans une logique de dispositif et de parcours pour des jeunes en rupture et sans solution de prise en charge. L'accueil en internat peut être permanent, séquentiel, temporaire selon les besoins du jeune mais la première période de trois mois (éventuellement renouvelable une fois) correspond toujours à un accueil permanent, permettant une évaluation de la situation. Si l'accueil se poursuit, un bilan a lieu à 6 mois, et de manière régulière selon un calendrier prédéfini dans le cadre du projet personnalisé.

Le projet est issu de la réflexion menée dans le cadre du schéma départemental pour l'enfance handicapée en Haute-Savoie avec une enquête, un groupe de travail dont les propositions ont servi de base à la rédaction du cahier des charges de l'appel à projets et une enquête interne au service de protection de l'enfance du conseil général avec les conclusions similaires.

Il n'y a pas d'équivalent de cette structure, offrant un accompagnement multiforme associant les dimensions éducatives, thérapeutiques et pédagogiques, au sein des 15 catégories faisant l'objet de l'article L 312-1 du CASF.

c. Dispositif innovant ou expérimental pour les jeunes relevant de l'amendement CRETON

Sur la base d'une enquête menée en 2010 et identifiant un besoin pour 421 jeunes de plus de 20 ans accueillis dans les établissements pour enfants de la région des Pays-de-la-Loire, l'ARS a élaboré un cahier des charges court (2 pages avec des annexes) et précis sur les besoins médico-sociaux à satisfaire, le public concerné et les objectifs du projet d'accompagnement médico-social très ouverts sur les modalités de mise en œuvre du projet d'accompagnement médico-social et sur le type de service (innovant ou expérimental). L'objectif recherché étant l'adaptation du parcours des jeunes en situation d'amendement CRETON à leurs besoins d'accompagnement médico-social dans une logique de prévention des ruptures d'accompagnement, de soutien de l'autonomie, de construction du projet d'insertion sociale et professionnelle et de pérennisation du projet de soins.

Dans ce cadre :

- ❖ Deux projets ont été autorisés dans le cadre juridique existant avec transformation de places enfants en places de MAS (35 places) ;
- ❖ Six dispositifs expérimentaux d'insertion socioprofessionnelle ont été autorisés en faveur des jeunes orientés en ESAT avec une file active de 274 jeunes.

d. Dispositif expérimental pour jeunes adultes autistes

Le dispositif expérimental, qui relève d'une compétence conjointe de l'ARS Rhône-Alpes et du département du Rhône, concerne 30 jeunes adultes autistes (20 à 30 ans) et/ou présentant des troubles envahissants du développement. Il rayonne sur l'agglomération de Lyon et les communes environnantes.

La structure expérimentale est destinée à accompagner des jeunes adultes des deux sexes en jouant un rôle :

- ❖ de sas entre l'adolescence et l'âge adulte avec un objectif d'acquisition de l'autonomie ;
- ❖ de rôle de pivot dans les projets de vie/de soins des usagers ;
- ❖ d'offre de prise en charge coordonnée permettant la prise en charge du projet de vie dans 4 dimensions : insertion sociale (accès la vie citoyenne, loisirs, culture), insertion professionnelle, accès au logement et suivi des soins ;
- ❖ d'hébergement avec 10 logements adaptés à proximité des locaux de la structure.

L'équipe, qui est accessible et insérée dans la cité, fonctionne en file active sur la base de 5 jours par semaine. Elle s'inscrit dans une organisation structurée et négociée avec les autres partenaires concernés et avec le centre de ressources autisme dans un objectif de prise en charge globale. La prise en charge ou l'accompagnement sont temporaires avec une durée fixée dans le projet individualisé.

Ce projet est issu de la mesure 29 du Plan autisme 2008/2010 visant à « Promouvoir une expérimentation encadrée et évaluée de nouveaux modèles de prise en charge ». L'autorisation est limitée à 5 ans dans l'objectif d'évaluer la pertinence de ce type d'accompagnement.

LES ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES INTERVENANT AUPRÈS DES PERSONNES ÂGÉES

Résumé

Les établissements et services intervenant auprès des personnes âgées recouvrent :

- pour les services, les Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), les Services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) et les Services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) ;

- pour les modes « alternatifs », les hébergements temporaires et les accueils de jour ;

- pour l'hébergement, les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et les établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA).

Dans un souci de cohérence, et même s'il ne relève pas du cadre législatif et réglementaire médico-social, l'accueil familial est également présenté.

	PERSONNES ÂGÉES
SERVICES	SSIAD (dont ESA)
	SAAD
	SPASAD
ALTERNATIVES	HÉBERGEMENTS TEMPORAIRES
	ACCUEILS DE JOUR
HÉBERGEMENT	Établissements « médicalisés »
	EHPAD (dont PASA, UHR et certaines PUV)
	Établissements non « médicalisés »
	EHPA (dont PUV, Logements-Foyer)

Financement AM

Financement CG

Co-financement AM-CG





Focus : les grandes catégories d'interventions à domicile auprès des personnes âgées et handicapées

En complément des services médico-sociaux qui interviennent à domicile et qui font l'objet de développements spécifiques dans les pages qui suivent (SAAD, SSIAD, SPA-SAD, SAVS, SAMSAH), peuvent intervenir auprès des personnes âgées et des personnes handicapées :

- ❖ Les entreprises et services de distribution à domicile de matériels : les distributeurs à domicile de matériels et de services pour les personnes malades ou présentant une incapacité ou un handicap délivrent notamment des véhicules pour personnes handicapées physiques, l'oxygénothérapie, des lits médicaux, des aides techniques pour personnes déficientes visuelles ou auditives.
- ❖ Les services de proximité : ces services présentent un caractère facultatif et sont développés selon les initiatives locales ou associatives. Les Centres communaux ou intercommunaux d'action sociale (CCAS et CIAS) en particulier, animent une action générale de prévention et de développement social dans la commune. Ils constituent un lieu privilégié d'information de proximité sur les services offerts dans leur aire de rayonnement. Les CCAS et CIAS peuvent gérer des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Ils peuvent également intervenir sous forme de prestations remboursables ou non, ou d'aides financières. Les communes, CCAS ou CIAS peuvent créer ou soutenir la création de foyers-restaurants en vue de fournir aux personnes âgées des repas à des prix modérés et des salles d'accueil.
- ❖ Les résidences-services : il s'agit de copropriétés au sein desquelles des services sont proposés (restauration, surveillance, aide, loisirs) aux occupants de l'immeuble, souvent des personnes âgées.

Interviennent également à domicile :

- ❖ L'Hospitalisation à domicile (HAD) : l'HAD recouvre l'ensemble des soins médicaux délivrés au domicile du patient dont l'état ne justifie pas le maintien au sein d'une structure hospitalière. Elle s'adresse à tous les malades à l'exception des malades mentaux, est prescrite par un médecin hospitalier ou exerçant à titre libéral et permet de dispenser au domicile des soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés. Ceux-ci se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par la complexité et la fréquence des actes (pathologies graves, aiguës ou chroniques, évolutives et/ou instables). Par conséquent, ne sont pas admis en hospitalisation à domicile, notamment les malades qui relèvent uniquement de soins à l'acte, non-coordonnés ou de soins infirmiers à domicile. Les services d'HAD peuvent intervenir au sein d'établissements sociaux et médico-sociaux avec hébergement. Ces services sont autorisés par l'ARS dans les conditions prévues par le code de la santé publique ;
- ❖ le traitement de la douleur et les soins palliatifs : il s'agit d'asseoir et développer les soins palliatifs dans tous les établissements, les services, de même qu'à domicile, en facilitant la prise en charge des patients en fin de vie et de l'accompagnement de leurs proches. Dans les faits, plusieurs niveaux de prise en charge sont possibles : lits identifiés, équipes mobiles de soins palliatifs, unités de soins palliatifs, hospitalisation à domicile. En outre, les structures intervenant au domicile (HAD, SSIAD...) peuvent être partenaires ou membres d'un réseau de soins palliatifs.

LES SERVICES DE SOINS INFIRMIERS À DOMICILE (SSIAD)

	PERSONNES ÂGÉES
SERVICES	SSIAD (dont ESA)
	SAAD
	SPASAD
ALTERNATIVES	HÉBERGEMENTS TEMPORAIRES
	ACCUEILS DE JOUR
HÉBERGEMENT	Établissements « médicalisés »
	EHPAD (dont PASA, UHR et certaines PUV)
	Établissements non « médicalisés »
	EHPA (dont PUV, Logements-Foyer)

a. Type d'ESMS

SSIAD : Service de soins infirmiers à domicile pour personnes âgées et/ou personnes handicapées adultes

b. Public et activités

Missions

Les Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) assurent des prestations de soins infirmiers sous la forme de soins techniques ou de soins de base et relationnels. Ils visent à éviter l'hospitalisation lors de la phase aiguë d'une affection pouvant être traitée à domicile, à faciliter les retours au domicile à la suite d'une hospitalisation ou prévenir ou retarder la dégradation progressive de l'état des personnes et de leur admission dans les établissements médicalisés.

Personnes accueillies

Les SSIAD interviennent auprès :

- ✦ de personnes âgées de 60 ans ou plus, malades ou dépendantes ;
- ✦ de personnes adultes de moins de 60 ans présentant un handicap ;
- ✦ de personnes adultes de moins de 60 ans atteintes de pathologies chroniques invalidantes ou présentant une affection comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse.

Modalités d'accès

Les prestations sont assurées sur prescription médicale.

Modes d'accompagnement et de prise en charge

Les personnels des SSIAD dispensent deux types d'actes :

✦ Les soins techniques correspondent aux actes infirmiers cotés en Actes médico-infirmiers (AMI) ; il s'agit par exemple de pansements, d'injections ou de prélèvements. Ces soins ne peuvent être effectués que par des infirmiers (salariés ou libéraux, ayant passé convention avec le service).

✦ Les soins de base et relationnels correspondent aux actes infirmiers cotés en Actes infirmiers de soins (AIS) ; il s'agit des soins d'entretien et de continuité de la vie, par exemple des soins de *nursing* et de prévention des escarres.

Ces services peuvent également intervenir dans les établissements non-médicalisés pour personnes âgées et pour adultes handicapés, dans les logements-foyers accueillant des personnes âgées et dans les établissements pour personnes âgées dépendantes de moins de 25 places ou ayant un Groupe Iso-ressources moyen pondéré (GMP) inférieur à 300.

Dans tous les cas, les Services de soins infirmiers à domicile doivent être en mesure d'assurer ou de faire assurer les soins quel que soit le moment où ceux-ci s'avèrent nécessaires. Cette obligation leur impose de s'assurer qu'une réponse peut être apportée aux demandes des personnes prises en charge par le service. Il convient donc que les services mettent en place un dispositif permettant de renvoyer les demandes soit vers un salarié d'astreinte soit vers un intervenant libéral avec lequel le service aura conventionné, soit vers tout autre dispositif permettant d'assurer la continuité des soins.



Focus : Les Équipes spécialisées Alzheimer (ESA)

Des équipes spécialisées sont par ailleurs formées à la prise en charge des malades d'Alzheimer. Celles-ci peuvent intervenir dans le cadre de SSIAD, de SPASAD ou de coopérations formalisées. Elles prennent en charge à domicile des malades grâce à une prestation de soins d'accompagnement et de réhabilitation, en vue d'améliorer l'autonomie dans les activités de la vie quotidienne. La durée de ces soins est limitée à 3 mois ; cette prestation peut être renouvelée chaque année.

Ces équipes sont composées d'un ergothérapeute et/ou d'un psychomotricien et d'assistants de soins en gérontologie. Le fonctionnement d'une ESA et ses prestations sont financés par un forfait annuel de 150 000 € pour 10 équivalents/place avec l'objectif de disposer à l'horizon fin 2012 de 500 ESA.

c. Structuration et fonctionnement

Statut

À ce jour, 62 % des SSIAD sont gérés par un organisme privé à but non lucratif, 36 % par une structure publique et moins de 2 % par un organisme privé commercial¹⁴.

Financement

Pour les demandes de création ou d'extension de SSIAD, la densité de l'offre de soins infirmiers existante, en établissement et en libéral, est prise en compte. Ainsi, pour la programmation de ces services, l'ARS établit un diagnostic des besoins et de l'offre en SSIAD.

Une réforme des règles d'allocation des ressources à ces services est en cours d'étude. Son objectif est de mieux répartir les dotations entre services et de favoriser l'accompagnement des bénéficiaires requérant une importante charge en soins.

Solvabilité du dispositif

Les SSIAD sont tarifés au travers d'une dotation globale de soins prise en charge par l'Assurance maladie. Les usagers du SSIAD sont dispensés de toute avance de frais.

d. Professionnels intervenant

Les interventions sont assurées par :

✦ des infirmiers pour les actes relevant de leur compétence mais également pour organiser le travail des aides-soignants

et des aides médico-psychologiques. Ils assurent, si besoin, la liaison avec les autres auxiliaires médicaux ;

✦ des aides-soignants qui réalisent, sous la responsabilité des infirmiers, les soins de base et relationnels, et concourent à l'accomplissement des actes essentiels de la vie. Les aides-soignants représentent la grande majorité des personnels soignants et des visites aux patients ;

✦ des aides médico-psychologiques ;

✦ des pédicures-podologues, des ergothérapeutes et des psychologues, si nécessaire ;

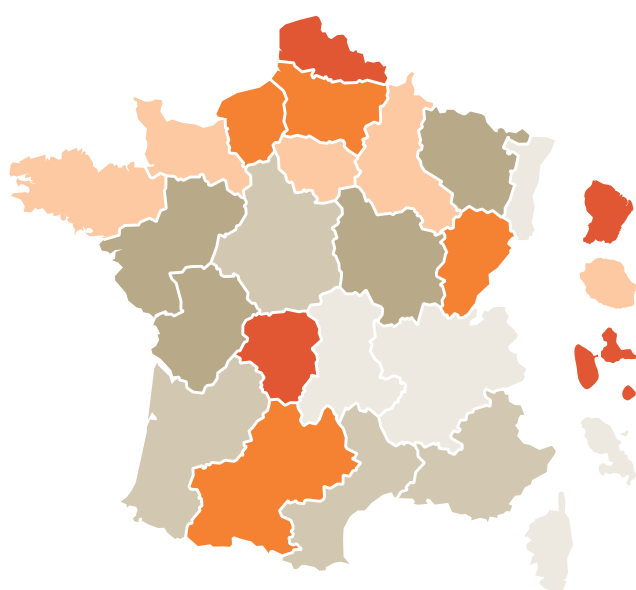
✦ un infirmier coordinateur : il est chargé de coordonner le fonctionnement interne du service, de tâches administratives et de gestion, et de coordination avec les partenaires externes.

De plus, les SSIAD peuvent recourir à des infirmiers et pédicures-podologues libéraux. Les psychologues et les ergothérapeutes doivent être salariés par le SSIAD pour que leurs interventions puissent être prises en charge dans le cadre du forfait du service.

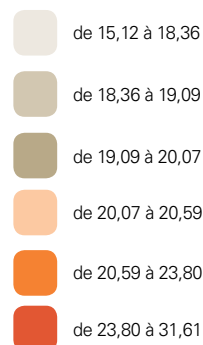
e. Représentation sur le territoire

Selon le FINESS, 2 075 SSIAD représentent une capacité de 117 038 places dont une très grande partie sont destinés aux personnes âgées de plus de 60 ans.

Répartition des taux d'équipement des SSIAD-SPASAD par région



Taux d'équipement en SSIAD-SPASAD
(en nombre de places pour 1000 personnes
de plus de 75 ans)



(source : STATISS 2011 : estimations INSEE
au 1^{er} janvier 2009 pour les données de population
et DREES-ARS-FINESS pour les capacités
installées au 1^{er} janvier 2011)

⁽¹⁴⁾ Source : FINESS

LES SERVICES D'AIDE ET D'ACCOMPAGNEMENT À DOMICILE (SAAD)

	PERSONNES ÂGÉES
SERVICES	SSIAD (dont ESA)
	SAAD
	SPASAD
ALTERNATIVES	HÉBERGEMENTS TEMPORAIRES
	ACCUEILS DE JOUR
HÉBERGEMENT	Établissements « médicalisés »
	EHPAD (dont PASA, UHR et certaines PUV)
	Établissements non « médicalisés »
	EHPA (dont PUV, Logements-Foyer)

a. Type d'ESMS

SAAD : Service d'aide et d'accompagnement à domicile

b. Public et activités

Missions

Les SAAD assurent au domicile des personnes ou à partir de leur domicile des prestations d'aide à la vie quotidienne, d'aide aux actes essentiels et d'accompagnement à la vie sociale.

En fonction des besoins, les SAAD concourent notamment :

- à la préservation ou la restauration de l'autonomie dans l'exercice des activités de la vie quotidienne (entretien du lieu de vie et du linge, course, alimentation et préparation des repas, aide au lever, au coucher, à la toilette, à l'habillage de la personne...);
- au maintien et au développement des activités sociales et des liens avec l'entourage (accompagnement aux démarches, aux sorties, aux activités à l'extérieur du domicile...).

Personnes accueillies

Toutes les personnes âgées et adultes handicapées peuvent avoir recours aux SAAD.

Modalités d'accès

Les services sont sollicités à la demande de l'utilisateur en fonction de sa situation. L'accès aux SAAD est libre pour les publics éligibles à ces services. Pour les personnes âgées, les prises en charge des SAAD sont accessibles en fonction de leur degré de perte d'autonomie. Les personnes évaluées en GIR 1 à 4 bénéficient de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) relevant du conseil général. Pour les personnes évaluées en GIR 5 et 6, les caisses de retraite permettent l'accès au service.

Pour les personnes handicapées, l'accès au service est le plus souvent déterminé par la CDAPH. À ce titre, elles peuvent bénéficier de la Prestation de compensation du handicap (PCH). Selon leur situation, elles peuvent également percevoir une majoration tierce personne si elles sont titulaires d'une pension d'invalidité.

Modes d'accompagnement et de prise en charge

Les SAAD peuvent intervenir tout au long de l'année ou temporairement (après une hospitalisation par exemple), quelques heures par semaine ou par jour, la nuit, le week-end ou en continu 24h/24.

c. Structuration et fonctionnement

Statut

La gestion de l'aide à domicile s'effectue :

- par le biais d'un établissement public (Centre communal ou intercommunal d'action sociale – CCAS ou CIAS) ou
- dans le cadre d'une association relevant de la loi de 1901 ou
- dans le cadre d'une structure privée commerciale ou
- dans le cadre d'un organisme mutualiste.

Financement

Les structures qui interviennent auprès des personnes âgées et handicapées relèvent de la catégorie des établissements et services sociaux et médico-sociaux. À ce titre, elles sont en principe soumises aux procédures spécifiques d'autorisation et de tarification issues de la loi du 2 janvier 2002. Cependant, depuis 2005, les gestionnaires des services prestataires d'aide et d'accompagnement à domicile ont la possibilité de relever soit du régime de l'autorisation soit du régime de l'agrément (articles L. 7232-1 et suivants du code du travail). Ce droit d'option ne s'applique pas aux services mandataires ou intérimaires qui doivent demander l'agrément lorsqu'ils interviennent auprès de publics fragiles. Il convient de noter que l'autorisation vaut agrément⁽¹⁵⁾. Les conséquences de ce choix sont principalement liées aux procédures d'évaluation (ex. : dispense d'évaluation interne pour les services ayant opté pour l'agrément) et aux modes de tarification du service.

⁽¹⁵⁾ La structure titulaire d'une autorisation qui souhaite obtenir l'agrément par équivalence doit en faire la demande auprès de la DIRECCTE en y joignant son arrêté d'autorisation.

Les Services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) sont tarifiés par le président du conseil général dès lors qu'ils ont opté pour l'autorisation de création relevant de la loi du 2 janvier 2002 et non pour l'agrément. Chaque service se voit fixer des tarifs qui lui sont propres. De plus, ces tarifs ne sont pas fonction du niveau de dépendance des personnes accompagnées à la différence de la logique retenue pour les Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). La tarification est fondée sur les différentes catégories d'intervenants au domicile des personnes âgées et handicapées (un tarif horaire pour les agents ou employés à domicile, un tarif horaire pour les auxiliaires de vie sociale et les Aides médico-psychologiques –AMP– et un tarif horaire pour les Techniciens d'intervention sociale et familiale –TISF).

Les SAAD ayant opté pour l'agrément disposent d'une liberté de fixation de leurs tarifs. Toutefois, l'augmentation des tarifs de leurs activités relevant du droit d'option est soumise à un taux maximum annuel fixé par arrêté.

Il convient de noter la mise en place de l'expérimentation d'une réforme de l'organisation et de la tarification des SAAD pour une période pouvant aller jusqu'au 31 décembre 2016.

Solvabilité du dispositif

Comme évoqué ci-dessus, en fonction du niveau d'autonomie et des ressources de la personne, un soutien financier est possible, notamment :

- Réduction et crédits d'impôt;
- Allocation personnalisée d'autonomie (APA) pour les personnes âgées en perte d'autonomie (GIR 1 à 4) et Prestation de compensation du handicap (PCH) pour les personnes handicapées;
- Prestations des assurances et mutuelles;
- Prestations d'aide à domicile de l'action sociale des caisses de retraite pour les personnes âgées en perte d'autonomie (GIR 5 et 6);
- Aide sociale du département pour les personnes sans ressources, dès lors que le service est habilité.

d. Professionnels intervenant

Le statut de l'organisme gestionnaire a des conséquences sur le cadre d'intervention des professionnels :

- Si certaines **associations** ne conçoivent leur activité qu'au

travers de personnel salarié, d'autres tiennent à laisser une place aux interventions des bénévoles dans la mise en œuvre des services.

Les associations dont l'activité principale est l'aide à domicile appliquent la Convention collective de branche (CCB) du 21 mars 2010.

→ Dans le **secteur public**, notamment les Centres communaux d'action sociale (CCAS), plusieurs cas de figure se présentent du point de vue du statut du personnel. Dans certains CCAS, le personnel relève exclusivement de la fonction publique territoriale; d'autres emploient des titulaires de la fonction publique territoriale et des salariés contractuels.

→ Pour les **services commerciaux**, aucune convention collective n'est obligatoire mais les employeurs peuvent appliquer la convention collective de branche ou, plus récemment, la convention collective des entreprises de services à la personne.

On recense plusieurs métiers qui interviennent au domicile des personnes âgées et handicapées, notamment :

- l'agent à domicile et l'employé à domicile;
- l'auxiliaire de vie sociale (AVS);
- le Technicien de l'intervention sociale et familiale (TISF);
- l'Aide médico-psychologique (AMP).

Ces intervenants sont encadrés notamment par :

- des assistants de secteur;
- des responsables de secteur;
- des chefs de service.

e. Représentation sur le territoire

Pour les SAAD, les trois catégories du FINESS, Services d'aide ménagère à domicile (catégorie 208), Services d'aide aux personnes âgées (catégorie 450) et Services prestataires d'aide à domicile (catégorie 460) représentent un total de plus de 6 500 services.

LES SERVICES POLYVALENTS D'AIDE ET DE SOINS À DOMICILE (SPASAD)

	PERSONNES ÂGÉES
SERVICES	SSIAD (dont ESA)
	SAAD
	SPASAD
ALTERNATIVES	HÉBERGEMENTS TEMPORAIRES
	ACCUEILS DE JOUR
HÉBERGEMENT	Établissements « médicalisés »
	EHPAD (dont PASA, UHR et certaines PUV)
	Établissements non « médicalisés »
	EHPA (dont PUV, Logements-Foyer)

a. Type d'ESMS

SPASAD : Service polyvalent d'aide et de soins à domicile pour personnes âgées et/ou handicapées adultes

Pour être reconnu juridiquement, un SPASAD est soumis à une autorisation de création délivrée par le président du conseil général et l'ARS. Bien qu'il existe peu de SPASAD, de nombreux organismes gestionnaires gèrent à la fois un SAAD et un SSIAD. Il existe donc un nombre de SPASAD de fait plus important que le nombre répertorié.

b. Public et activités

Missions

Les Services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) assurent à la fois les missions d'un Service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et les missions d'un Service d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD). Leur création a eu pour objectif de renforcer la coordination des interventions auprès des personnes et de mutualiser les interventions visant à élaborer le projet individuel d'aide, d'accompagnement et de soins.

Personnes accueillies

Les SPASAD accompagnent les personnes âgées et adultes handicapés.

Modalités d'accès

Cf. SAAD et SSIAD

Modes d'accompagnement et de prise en charge

Cf. SAAD et SSIAD

c. Structuration et fonctionnement

Statut

Cf. SAAD et SSIAD

Financement

Les SPASAD ne bénéficient pas d'un budget global malgré leur autorisation conjointe du président du conseil général et de l'ARS. Ils fonctionnent donc avec deux budgets différents et deux modes de financement et de tarification déterminés selon les règles applicables à chacun des services concernés : une tarification horaire ou une dotation globale pour l'activité d'aide et d'accompagnement à domicile du service, et une dotation globale pour son activité de soins.

Sa tarification et son financement sont, à ce titre, identiques à ceux d'un SAAD et d'un SSIAD gérés par les mêmes organismes gestionnaires.

Solvabilité du dispositif

Cf. SAAD et SSIAD

d. Professionnels intervenant

Cf. SAAD et SSIAD

e. Représentation sur le territoire

Le développement des SPASAD est resté limité puisque moins de 100 SPASAD sont recensés (84).



Focus: Les Services à la personne (SAP)¹⁶

La loi du 26 juillet 2005, dite « Loi Borloo », a souhaité favoriser les Services à la personne considérés comme un gisement d'emplois. Le régime juridique de ces services a évolué. Lors de l'entrée en vigueur de cette loi, pour une activité exercée auprès d'un public non-fragile, la structure pouvait être agréée; pour une activité exercée auprès d'un public dit fragile (enfants de moins de 3 ans, personnes de plus de 60 ans, personnes handicapées) la structure devait être agréée « qualité ». L'agrément (qualité ou non) permettait à la structure de bénéficier d'avantages sociaux et fiscaux.

Ce dispositif a été modifié en 2010: la liste des activités relevant des services à la personne, sans être modifiée quant à la nature des activités, se voit répartie entre les activités nécessitant un agrément pour être exercées (ex.: assistance aux personnes âgées ou aux personnes qui ont besoin d'une aide personnelle à leur domicile, à l'exclusion d'actes de soins relevant d'actes médicaux, d'assistance aux personnes handicapées...) et celles n'en nécessitant pas (ex.: entretien de la maison et travaux ménagers, livraison de repas à domicile...).

Les services de portage de repas, par exemple, s'adressent plus particulièrement aux personnes âgées et sont souvent organisés à partir de logements-foyers, de structures de restauration collective municipales ou scolaires, de maisons de retraite ou d'hôpitaux.

Les services de téléassistance et de téléalarme permettent la transmission d'appels téléphoniques, par appui sur une télécommande, vers des centres de réception (des proches, les pompiers, des permanences associatives...) qui mettent en place l'intervention adéquate. Ces services proposent un service 24h/24 aux personnes âgées ou handicapées. Ils sont généralement soutenus par les collectivités locales.

Il n'existe plus qu'un seul agrément, qui se substitue à l'agrément qualité, et qui reste nécessaire pour pouvoir intervenir auprès des publics dits fragiles, pour les activités énumérées au I. de l'article D. 7231-1 du code du travail mais ne procure plus aucun avantage social ou fiscal. Désormais, pour pouvoir bénéficier des avantages sociaux et fiscaux au titre des activités de service à la personne telles qu'énumérées, une structure doit déclarer ses activités de service à la personne (aussi bien celles relevant de l'agrément que celles n'en relevant pas) auprès de la DIRECCTE. C'est cette déclaration qui permet aux structures de bénéficier des aides sociales (exonérations de cotisations patronales) et fiscales (réduction d'impôt pour les usagers) applicables pour toutes les activités de services à la personne.



Focus: Le lien juridique entre l'usager et le service

Deux principales possibilités sont ouvertes à la personne âgée ou la personne handicapée qui souhaite être accompagnée à domicile :

→ L'emploi direct comme particulier employeur. Il est possible dans ce cas de recourir à un service mandataire qui prendra en charge certaines formalités administratives (ex.: élaboration des bulletins de paie, déclarations sociales et fiscales...).

→ Le recours à une prestation de service fournie par un service médico-social ou un service relevant des services à la personne.

⁽¹⁶⁾ Source : UNA: Fiche pratique juridique, les services à la personne.

LES HÉBERGEMENTS TEMPORAIRES

	PERSONNES ÂGÉES
SERVICES	SSIAD (dont ESA)
	SAAD
	SPASAD
ALTERNATIVES	HÉBERGEMENTS TEMPORAIRES
	ACCUEILS DE JOUR
HÉBERGEMENT	Établissements « médicalisés »
	EHPAD (dont PASA, UHR et certaines PUV)
	Établissements non « médicalisés »
	EHPA (dont PUV, Logements-Foyer)

L'hébergement temporaire vise à développer ou maintenir les acquis et l'autonomie de la personne, et à faciliter ou préserver son intégration sociale. Il est limité dans le temps pour des personnes âgées dont le maintien à domicile n'est plus possible momentanément ou peut constituer une transition après une hospitalisation et avant le retour à domicile. Il est généralement rattaché à un EHPAD.

Le FINESS recense plus de 1 500 places en hébergement temporaire. L'hébergement temporaire est développé dans la fiche EHPAD.

LES ACCUEILS DE JOUR

	PERSONNES ÂGÉES
SERVICES	SSIAD (dont ESA)
	SAAD
	SPASAD
ALTERNATIVES	HÉBERGEMENTS TEMPORAIRES
	ACCUEILS DE JOUR
HÉBERGEMENT	Établissements « médicalisés »
	EHPAD (dont PASA, UHR et certaines PUV)
	Établissements non « médicalisés »
	EHPA (dont PUV, Logements-Foyer)

L'accueil de jour vise à développer ou maintenir les acquis et l'autonomie de la personne, et à faciliter ou préserver son intégration sociale.

Il accueille des personnes âgées vivant à leur domicile, une ou plusieurs journées par semaine. Il est généralement rattaché à un EHPAD mais peut être autonome.

L'accueil de jour est développé dans la fiche EHPAD.

LES ÉTABLISSEMENTS D'HÉBERGEMENT POUR PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES (EHPAD)

	PERSONNES ÂGÉES
SERVICES	SSIAD (dont ESA)
	SAAD
	SPASAD
ALTERNATIVES	HÉBERGEMENTS TEMPORAIRES
	ACCUEILS DE JOUR
HÉBERGEMENT	Établissements « médicalisés »
	EHPAD (dont PASA, UHR et certaines PUV)
	Établissements non « médicalisés »
	EHPA (dont PUV, Logements-Foyer)

a. Type d'ESMS

EHPAD : Établissement d'hébergement pour personnes âgées Dépendantes.

Sont appelés « EHPAD » les établissements médico-sociaux d'hébergement ayant signé une convention tripartite – conseil général, ARS et gestionnaire de l'établissement.



Focus: Logements-foyers, maisons de retraite, EHPA, EHPAD et USLD

Les établissements d'hébergement pour personnes âgées regroupent plusieurs types d'établissements médico-sociaux ou de santé qui accueillent des personnes âgées. On peut distinguer trois grands types :

- ❖ Les logements-foyers qui sont des groupes de logements autonomes assortis d'équipements ou de services collectifs dont l'usage est facultatif ;
- ❖ Les Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), parfois encore appelés maisons de retraite, lieux d'hébergement collectif, qui assurent une prise en charge globale de la personne âgée ;
- ❖ Les Unités de soins de longue durée (USLD) qui sont des établissements de santé : ce sont les structures les plus médicalisées destinées à l'accueil des personnes les plus dépendantes.

Les établissements qui accueillent des personnes âgées accueillent de plus en plus de personnes âgées dépendantes et donc des personnes ayant besoin d'une surveillance médicale et paramédicale. Depuis 2001, en application de la réforme de la tarification des établissements accueillant des personnes âgées dépendantes, une nouvelle catégorie d'établissements est apparue, les Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). En outre, le Plan vieillissement et solidarités adopté en 2003, qui prévoit notamment le renforcement des dispositions permettant le maintien à domicile des personnes âgées, avait également pour objectif d'accroître la médicalisation des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes âgées dépendantes. Progressivement, tous les établissements accueillant des personnes âgées dépendantes signent des conventions tripartites avec leur conseil général et l'Assurance maladie, devenant ainsi des EHPAD, et s'engagent sur les conditions de fonctionnement de l'établissement sur le plan financier de même que sur la qualité de la prise en charge des personnes et des soins qui leur sont prodigués. Les EHPAD sont issus de la médicalisation de « maisons de retraite », ou de logements-foyers mais peuvent aussi être issus d'établissements sanitaires.

b. Public et activités

Missions

Cinq modes d'accompagnement peuvent être proposés par les EHPAD :

❖ **Hébergement collectif permanent** : les EHPAD permettent à titre principal l'hébergement collectif et permanent de personnes âgées semi-dépendantes, dépendantes et/ou désorientées. Ils assurent une prise en charge globale de la personne : hébergement en chambre, repas, soins, animation. L'EHPAD est considéré comme étant le domicile de la personne âgée.

❖ **Hébergement temporaire** de personnes âgées pour 1 semaine à 3 mois par an.

❖ **Accueil de jour** de personnes présentant des troubles cognitifs.

❖ Hébergement collectif permanent, soins et activités adaptés pour des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée ayant des troubles du comportement sévères au sein d'**Unités d'hébergement renforcé (UHR)**.

❖ Accueil dans la journée de résidents de l'EHPAD ayant des troubles du comportement modérés au sein de **Pôles d'activités et de soins adaptés (PASA)**.

Tous les EHPAD ne proposent pas l'intégralité de ces types d'accompagnement.

Personnes accueillies

Les personnes âgées de plus de 60 ans (sauf dérogation) dont le maintien à domicile n'est plus possible pour des raisons sociales et/ou médicales :

❖ En 2007, l'âge moyen d'entrée en EHPAD, qui augmente, est de 83 ans et 10 mois¹⁷.

❖ Au 31 décembre 2007, près de 495 000 personnes résident en EHPAD.

Modalités d'accès

Les personnes âgées sont prises en charge en EHPAD à leur demande ou à celle de leur entourage, à partir de leur domicile ou d'un établissement hospitalier. Cette orientation est souvent effectuée sur la base d'un avis médical (médecin traitant, médecin spécialiste, médecin hospitalier) et d'un bilan gériatrique (diagnostic médical de préadmission) permettant d'évaluer le niveau de dépendance (sur la base de la grille AGGIR). Les EHPAD refusent l'admission de personnes âgées présentant une pathologie nécessitant un plateau technique hospitalier.

Modes d'accompagnement et de prise en charge

Pour l'hébergement permanent collectif « classique », l'accompagnement au sein des EHPAD est fortement orienté vers l'accompagnement de la fin de vie dans la mesure où 64 % des sorties sont le fait d'un décès (48 % au sein de l'établissement et 16 % lors d'une hospitalisation). À cet égard, les équipes soignantes doivent en théorie être formées à l'accompagnement de fin de vie par les Équipes mobiles de soins palliatifs ou les réseaux de santé en soins palliatifs.¹⁸

La durée moyenne de séjour diffère selon le statut des EHPAD : 1 an et 8 mois en moyenne pour les EHPAD privés commerciaux, 2 ans et 8 mois dans les EHPAD privés à but non lucratif et 2 ans et 6 mois dans les EHPAD publics. Ces données doivent être rapprochées du niveau de dépendance des personnes accompagnées puisque les EHPAD privés commerciaux accueillent davantage de personnes très dépendantes (55 % de GIR 1 et 2) que les EHPAD privés non lucratifs (47 %) et publics (51 %). En moyenne, sur l'ensemble des EHPAD, le GMP s'élève à 663, c'est-à-dire proche du nombre de points attribués à un GIR 3. Il connaît une croissance continue. À titre de comparaison, il est de 845 dans les USLD.



Focus : La grille AGGIR (Autonomie, Gérontologie, Groupe Iso-Ressources)

La grille AGGIR classe les personnes âgées en six niveaux de perte d'autonomie à partir d'une évaluation de leurs capacités à effectuer ou non les gestes de la vie quotidienne. Ces six niveaux, les Groupes Iso-Ressources (GIR), permettant de classer les personnes des plus dépendantes (GIR 1) aux moins dépendantes, voire non-dépendantes (GIR 6). À chaque niveau de GIR correspond un certain nombre de points (GIR 1 : 1000, GIR 2 : 840, GIR 3 : 660, GIR 4 : 420, GIR 5 : 250 et GIR 6 : 70).

Le GIR moyen pondéré (GMP) pour un établissement est égal au total des points GIR de ses résidents rapporté au nombre total de ses résidents. Plus le niveau de dépendance des résidents est important, plus le GMP de l'établissement est élevé.

⁽¹⁷⁾ Les données statistiques sont issues des fascicules Études et Résultats de la DREES, n° 689, mai 2009 et n° 699, août 2009.

⁽¹⁸⁾ Décret n° 2006-122 du 6 février 2006 relatif au contenu du projet d'établissement ou de service social ou médico-social en matière de soins palliatifs.

Focus: Le modèle PATHOS, outil pour évaluer les niveaux de soins nécessaires

Le modèle PATHOS évalue, à partir des situations cliniques observées, les soins médico-techniques requis pour assurer la prise en charge de toutes les pathologies d'une population de personnes âgées, en établissement ou à domicile.

Outil de « coupe transversale », il donne la « photographie » d'une population à un moment donné.

Pour les prises en charge spécifiques, on recense tout d'abord l'hébergement temporaire : il permet d'offrir un accueil et un soutien pour une durée déterminée (d'1 semaine à 3 mois maximum par an) à des personnes âgées confrontées à des difficultés momentanées, privées de l'aide familiale ou contraintes de quitter leur domicile. Dispositif de répit pour les aidants familiaux, l'hébergement temporaire peut être mobilisé pendant des vacances, week-ends, indisponibilités temporaires, comme mode de répit régulier, permettre la préparation d'une entrée en établissement sans qu'elle soit vécue comme une rupture et apporter une réponse au problème de l'isolement en milieu rural avec un hébergement saisonnier.

Focus: L'hébergement temporaire

Les logements-foyers, EHPAD, Petites unités de vie (PUV), quel que soit leur statut, peuvent pratiquer l'hébergement temporaire. Le plus souvent les lits d'hébergement temporaire sont rattachés à un EHPAD et portent sur un nombre limité de 1 à 5 places. Il existe cependant des structures autonomes entièrement dédiées à l'hébergement temporaire des personnes âgées. Ces hébergements ont souvent adopté le dispositif de Petite unité de vie (PUV) pour porter cette offre de prise en charge.

Le gestionnaire est autorisé à moduler le tarif hébergement proposé afin de tenir compte de la spécificité de l'hébergement temporaire qui se caractérise généralement par un taux d'occupation moindre. Pour les structures habilitées à l'aide sociale, le tarif fixé par le conseil général ne varie pas, en général, de celui fixé pour l'hébergement permanent classique.

Ensuite, l'accueil de jour, qui a vocation à accueillir à la journée des personnes présentant des troubles cognitifs. Il vise à préserver l'autonomie des personnes en offrant par ailleurs des moments de répit à leurs aidants naturels. Ce type de structure peut fonctionner de manière autonome ou être rattaché à un EHPAD.

Focus: L'accueil de nuit

L'accueil de nuit existe dans certains EHPAD. Il est proposé pour une ou plusieurs nuits. L'accueil intègre généralement le dîner et le petit déjeuner.

Enfin, la prise en charge et les soins spécifiques des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer : la mesure 16 du plan Alzheimer¹⁹ permet de renforcer les prestations à destination des personnes âgées souffrant de la maladie d'Alzheimer et de maladies apparentées en proposant au sein des EHPAD :

- des Unités d'hébergement renforcé (UHR) : hébergement permanent collectif, les UHR accueillent des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et de maladies apparentées ayant des troubles du comportement sévères (dans la très grande majorité des cas, les UHR sont situées au sein d'USLD et non d'EHPAD) ;

- des Pôles d'accompagnement et de soins adaptés (PASA) : prévus pour l'accueil de personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées à un stade précoce ou modéré de la maladie, ils permettent de prendre en charge dans la journée certains résidents ayant des troubles du comportement modérés. Des activités sociales et thérapeutiques ayant pour objectif de ralentir voire restaurer la perte d'autonomie psychique sont proposées.

- Il existe également des unités de vie sécurisées (qui peuvent parfois encore être identifiées sous le nom de CANTOU) qui accueillent des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées.

c. Structuration et fonctionnement

Statut

Les gestionnaires d'EHPAD peuvent être des structures :

- **publiques** (plus de 44 % des structures²⁰ et plus de 51 % de l'offre) : les EHPAD publics sont soit des établissements publics autonomes (la moitié de l'offre publique) soit des structures annexes rattachées à des établissements hospitaliers publics et ayant passé une convention tripartite. Certains EHPAD peuvent être également gérés par un Centre communal d'action sociale (CCAS).

- **privées à but non lucratif** (32 %) ;

- **privées commerciales** (24 %).

Financement

Le financement des investissements, et plus spécifiquement de l'immobilier des EHPAD, présente de grandes disparités. On distingue majoritairement trois types de financeurs :

- Parmi **les financeurs publics**, on recense la CNSA qui peut allouer des subventions, les CRAM qui peuvent accorder des prêts à taux zéro, les conseils généraux dont la participation est très variable, voire les conseils régionaux.

- **Les institutions de retraite complémentaire** peuvent octroyer une participation financière en contrepartie de droits réservataires.

⁽¹⁹⁾ Circulaire DGAS/DSS/DHOS n° 2009-195 du 6 juillet 2009 relative à la mise en œuvre du volet médico-social du plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012.

⁽²⁰⁾ Source : catégorie 200 « maison de retraite » FINESS.

❖ Au niveau **des organismes bancaires**, plusieurs gammes de prêts financent les établissements d'hébergement à destination des personnes âgées dépendantes selon le statut public, privé associatif ou privé commercial de l'emprunteur. Les organismes privés commerciaux ne peuvent souscrire que des prêts bancaires. Ces prêts ne permettent pas le conventionnement APL. Ils sont le plus souvent délivrés aux structures privées commerciales. Ils peuvent intervenir toutefois en complément d'un prêt conventionné pour les structures privées associatives.

Les organismes publics (établissements publics autonomes, Centres communaux d'action sociale, organismes HLM) peuvent bénéficier des prêts destinés à financer le logement locatif social (Prêt à usage locatif social – PLUS, Prêt locatif social – PLS). Ces prêts sont indexés sur le taux du livret A. Ils accordent un conventionnement APL qui permet de solvabiliser une partie du prix de journée hébergement acquitté par les personnes âgées (composante en partie du prix de journée liée au loyer et charges locatives).

Solvabilité du dispositif

L'EHPAD signe une convention tripartite. Cette convention est fixée sur la base d'un cahier des charges, l'établissement devant s'engager dans une démarche qualité (ex. : référentiel ANGLIQUE, Application nationale pour guider une évaluation labellisée interne de la qualité pour les usagers des établissements). Elle est conclue pour une durée de 5 ans. Les avenants annuels sont le plus souvent liés aux projets d'établissement et aux investissements devant être réalisés.

La convention est la base d'une tarification ternaire de l'établissement :

❖ **Tarif hébergement** : ce tarif est libre sauf dans l'hypothèse d'une habilitation à l'aide sociale; ce tarif ne peut alors pas dépasser un certain montant. Il comprend notamment les salaires des personnels administratifs, les charges de gestion courantes, les prestations d'hôtellerie, la restauration et les dotations aux amortissements liés au bâti et à l'équipement et/ou le montant de la location immobilière. L'usager acquitte le tarif hébergement sauf prise en charge, partielle ou totale, par l'aide sociale départementale. Le tarif hébergement peut, le cas échéant, être solvabilisé par l'obtention de l'allocation de logement (APL ou AL). Ce tarif représente en moyenne 60 % des charges totales en EHPAD.

❖ **Trois tarifs dépendance** (GIR 1-2, 3-4 et 5-6) : ces tarifs sont fonction du niveau de dépendance des résidents, évaluée sur la base de la grille AGGIR, et leur montant est arrêté par le président du conseil général. Ils sont financés par l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) pour les personnes dites dépendantes, c'est-à-dire celles classées des GIR 1 à 4. Le ticket modérateur (tarif des GIR 5-6) reste à la charge de l'usager ou,

le cas échéant, de l'aide sociale départementale. Le tarif dépendance comprend notamment les prestations d'aide et de surveillance : personnel assurant l'aide et le soutien aux personnes âgées (30 % du salaire des aides-soignants et des aides médico-psychologiques), les protections pour l'incontinence, les dotations aux amortissements des matériels et mobiliers permettant la prise en charge de la dépendance, et le salaire des psychologues. Le tarif dépendance représente en moyenne 15 % des charges totales de l'établissement.

❖ **Tarif soins** : ce tarif recouvre les prestations de soins techniques. Il concerne l'ensemble des salaires du médecin coordonnateur, des infirmiers et des auxiliaires médicaux (ergothérapeutes, psychomotriciens, kinésithérapeutes). Il concerne également les soins de base (soit 70 % des charges de personnel relatives aux aides-soignantes et aides médico-psychologiques), l'amortissement du matériel médical et les fournitures médicales. Ce tarif est modulé en fonction du GMPS (GIR moyen pondéré soins) basé sur les deux outils d'évaluation AGGIR et PATHOS.

L'EHPAD fait le choix entre un tarif « soins » partiel ou global : le tarif partiel comprend le salaire du médecin coordonnateur, des infirmiers et 70 % du salaire des aides-soignants et aides médico-psychologiques ainsi que les dispositifs médicaux. Le tarif global intègre, en plus, la rémunération des médecins généralistes libéraux ou des auxiliaires médicaux (ergothérapeutes, kinésithérapeutes...) salariés ou libéraux et les examens de biologie et de radiologie.

En outre, l'EHPAD peut opter pour une Pharmacie à usage intérieur (PUI); les médicaments sont alors inclus.

Ce tarif est versé directement par l'Assurance maladie à l'établissement qui dispose ainsi d'une dotation globale annuelle. Le reste des dépenses est remboursé directement aux personnes âgées par l'Assurance maladie comme tout assuré social (ex. : honoraires des médecins traitants et intervenants libéraux...). Le tarif soins représente environ 25 % des charges globales de l'établissement.

d. Professionnels

Interviennent au sein des EHPAD, des personnels administratifs, des agents de service, des aides médico-psychologiques (AMP), des aides-soignants, des personnels d'animation, des infirmiers et un médecin coordonnateur. Contrairement aux Unités de soins de longue durée (USLD), les EHPAD, dans leur grande majorité, ne bénéficient pas de présence infirmière la nuit. De plus, des médecins traitants rémunérés à l'acte y interviennent; aussi, la personne âgée garde son médecin traitant. En moyenne, le ratio d'encadrement total des EHPAD est de 0,57 ETP par place ; celui-ci a connu une croissance continue²¹.

⁽²¹⁾ Etudes et Résultats, DREES, n° 689, mai 2009.

Près de 6 900 établissements ont signé une convention tripartite au 31 décembre 2007 soit une capacité totale représentant 514 635 places installées (7 665 structures dans la catégorie « Maison de retraite » du FINESS pour 588 203 places installées). À cette même date, le taux d'équipement moyen national s'élève à 95 lits pour 1 000 habitants de 75 ans. Ce taux diminue dans la mesure où la population âgée de plus de 75 ans a augmenté plus rapidement que le nombre de places. Ces évolutions doivent cependant être appréhendées avec précaution dans la mesure où l'âge d'entrée dans la dépendance recule et où l'accompagnement à domicile se développe.

La carte ci-dessous illustre les disparités régionales qui peuvent exister pour les EHPAD. Ces données doivent être appréhendées avec précaution : à titre d'exemple, si le taux d'équipement en EHPAD de la région Nord-Pas-de-Calais est le moins élevé, il doit être lu à la lumière des taux d'équipement en SSIAD-SPASAD et logements-foyers pour lesquels les taux sont parmi les plus élevés.

- de 21 à 69
- de 69 à 84
- de 84 à 97
- de 97 à 102
- de 102 à 113
- de 113 à 133

(source : STATISS 2011 : estimations INSEE
au 1^{er} janvier 2009 pour les données de population
et DREES-ARS-FINESS pour les capacités
installées au 1^{er} janvier 2011)

(23) STATISS 2011 : estimations INSEE au 1^{er} janvier 2009 pour les données de population et DREES-ARS-FINESS pour les capacités installées au 1^{er} janvier 2011.

LES LOGEMENTS-FOYERS

	PERSONNES ÂGÉES
SERVICES	SSIAD (dont ESA)
	SAAD
	SPASAD
ALTERNATIVES	HÉBERGEMENTS TEMPORAIRES
	ACCUEILS DE JOUR
HÉBERGEMENT	Établissements « médicalisés »
	EHPAD (dont PASA, UHR et certaines PUV)
	Établissements non « médicalisés »
	EHPA (dont PUV, Logements-Foyer)

a. Type d'ESMS

LF : Logement-foyer (parfois appelés EHPA : Établissement d'hébergement pour personnes âgées)

b. Public et activités

Missions

Les logements-foyers sont des groupes de studios et de deux pièces assortis de services collectifs dont l'usage est facultatif (restauration, blanchissage, etc.); il s'agit d'une formule intermédiaire entre le domicile et l'hébergement collectif qui permet généralement :

- l'accessibilité sociale grâce à des tarifs d'hébergement avantageux ;
- une réponse au besoin de sécurisation de jour et de nuit des personnes âgées ;
- la valorisation de l'autonomie et une prévention de la perte d'autonomie ;
- un ancrage territorial dû à la proximité des services en ville ;
- l'optionnalité des services proposés.

Les logements-foyers ont un GMP inférieur à 300 et ne peuvent pas accueillir plus de 10 % de personnes âgées classées en GIR 1 et 2. Dans le cas contraire, ils sont conduits à signer une convention tripartite et à être transformés en EHPAD.

Personnes accueillies

Ces structures sont destinées à des personnes âgées de plus de 60 ans, valides, encore capables de vivre dans un logement indépendant, mais qui souhaitent trouver dans cette structure groupée une certaine sécurité, la possibilité de rompre leur isolement, des opportunités d'aides occasionnelles et éventuellement des prestations de services collectifs.

Ces structures sont confrontées au vieillissement de leurs occupants et à l'entrée de plus en plus tardive de nouveaux résidents. Les besoins évoluent avec un besoin croissant d'aides dans la vie quotidienne, de soins médicaux et paramédicaux.

L'évolution de ces besoins et attentes des personnes âgées et le renforcement des services de maintien à domicile peuvent affecter le taux d'occupation de ces structures, notamment en milieu rural. Aussi, très peu de logements-foyers neufs sont créés.

Modalités d'accès

En général, les personnes sont orientées vers un logements-foyers par un professionnel de santé ou d'un service social.

Modes d'accompagnement et de prise en charge

Le logement-foyer étant assimilé à un domicile, les résidents peuvent faire appel à des Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), des Services d'aide à domicile (SAAD), des médecins et des infirmiers libéraux de leur choix. Depuis le décret du 22 février 2007, les services d'Hospitalisation à domicile (HAD) peuvent intervenir en logement-foyer, pour assurer un plus haut niveau de médicalisation et éviter le transfert voire l'hospitalisation de la personne âgée.

Les logements-foyers ne sont pas adaptés à la prise en charge de la dépendance. Certains logements-foyers disposaient de lits de Section de cure médicale (SCM) et/ou d'un Forfait de soins courants (FSC). La réforme de la tarification (décrets d'avril 1999) a supprimé ces dispositifs pour les logements-foyers dont le GMP ne dépassait pas 300 (ceux qui disposaient d'un FSC ont pu le conserver). Les occupants sont orientés vers un EHPAD lorsque leur dépendance augmente et que le besoin de médicalisation est plus fort.



Focus: Le seuil des 300 pour le GIR moyen pondéré (GMP)

Plus le niveau de dépendance des résidents est important, plus le GMP de l'établissement est élevé; il atteindrait 1 000 dans un établissement où tous les résidents seraient en GIR 1.

Le niveau de dépendance des occupants n'est pas neutre dans la mesure où des règles incendie spécifiques et contraignantes sont imposées aux établissements hébergeant des personnes âgées. La ligne de partage entre la réglementation de type « habitation » (EHPA) et la réglementation « Établissement recevant du public (ERP) de type J » (EHPAD) dépend du nombre et degré de dépendance des résidents (GMP inférieur à 300 et pas plus de 10 % de personnes âgées classées en GIR 1 et 2). De plus, les parties privatives du logement-foyer doivent appliquer les normes de sécurité incendie propres aux bâtiments d'habitation en vigueur à leur date de création. Seules les parties collectives relèvent de la catégorie « Établissement recevant du public » (ERP), mais ne sont pas de « type J ».



Focus: Les Petites unités de vie (PUV)

Les Petites unités de vie (PUV) sont des établissements offrant une capacité d'accueil inférieure à 25 places avec la possibilité pour les résidents de percevoir l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) selon les mêmes dispositions que s'ils résidaient à domicile. L'objectif est d'offrir aux personnes qui ne peuvent plus se maintenir chez elles, un domicile inséré dans le territoire au sein duquel elles ont toujours vécu. Elles sont sécurisées par la présence d'un personnel de jour comme de nuit. Leur fonctionnement repose sur un mode de vie familial, avec la participation individuelle de chacun à l'ensemble des activités proposées.

Elles ont le statut d'EHPAD dès lors qu'elles atteignent un GMP de 300. En dessous, elles ont le statut d'EHPA. Dans la majorité des cas, elles sont portées par des associations ou des collectivités locales. La Mutualité sociale agricole (MSA) a créé un label spécifique (concept social et architectural) intitulé MARPA: Maison d'accueil rurale pour personnes âgées.

De plus, une fédération nationale regroupe l'ensemble des maisons d'accueil labellisées MARPA ainsi que les caisses de MSA, parties prenantes du programme. Elle fédère aussi les petites unités de vie qui répondent aux valeurs et principes du label MARPA.

Trois options tarifaires :

❖ Le conventionnement tripartite en EHPAD classique impliquant la définition des tarifs soins, dépendance et hébergement. Si des places sont habilitées à l'aide sociale, le tarif est fixé par le conseil général, sinon la détermination du tarif revient au gestionnaire.

❖ Le forfait journalier soins dérogatoire spécial petites unités avec un tarif soins basé sur un forfait journalier de soins pour rémunérer des infirmiers (demande d'autorisation de dispenser des soins) fixé par l'ARS, des tarifs dépendance et hébergement.

❖ Le recours aux SSIAD : en l'absence de personnel soignant salarié, la structure peut avoir recours à un SSIAD (dotation allouée au SSIAD pour les prestations assurées auprès des résidents de la structure) et ne fixe pas de tarif soins. En revanche, sont fixés les tarifs dépendance et hébergement.

❖ Les aides-soignants salariés de la PUV peuvent être pris en charge à 100 % par l'APA, et cela au titre du statut dérogatoire de l'APA dans ces unités. Le plan d'aide de ces bénéficiaires de l'APA est élaboré par l'équipe médico-sociale compétente. Il doit prendre en compte les charges afférentes à la dépendance de l'établissement (soit 100 % des rémunérations et des charges sociales et fiscales des auxiliaires de vie, des auxiliaires de gériatrie, des psychologues, des aides-soignants et des aides médico-psychologiques et 30% des rémunérations et des charges sociales et fiscales des agents de service et des veilleurs de nuit).

La majorité des petites unités de vie (taux d'encadrement d'environ 0,5 ETP par place⁽²⁴⁾) disposent d'un directeur, d'un responsable ou d'un coordonnateur. Même si les configurations sont variables, les différents personnels salariés intervenant peuvent être des Aides médico-psychologiques (AMP), Aides-soignants (AS), auxiliaires de vie, agents de service, infirmiers, animateurs et psychologues. Pour autant, la quasi-totalité de ces structures ne disposent pas de personnel soignant en interne; la personne âgée conserve la possibilité de garder son médecin traitant comme en logements-foyers et en EHPAD.

⁽²⁴⁾ La Lettre de l'Observatoire des dispositifs de prise en charge et d'accompagnement de la maladie d'Alzheimer, Fondation Médéric-Alzheimer, numéro 10, juillet 2009.

c. Structuration et fonctionnement

Statut

Comme pour les EHPAD, les gestionnaires de logements-foyers peuvent être des structures publiques, privées commerciales ou privées à but non lucratif. Néanmoins, ils sont essentiellement publics (environ 70 % des places non-EHPAD installées²⁵) avec une très grande majorité de Centres communaux d'action sociale (CCAS) ou Centres intercommunaux d'action sociale (CIAS). Environ 25 % sont gérés par un organisme à but non lucratif.

Financement

Le financement des investissements, et plus spécifiquement de l'immobilier, présente de grandes disparités. Certains éléments sont identiques aux EHPAD ; néanmoins, la CNSA n'alloue pas de financement.

Solvabilité du dispositif

Pour les logements-foyers qui accueillent des personnes âgées dépendantes, il est possible de signer un conventionnement partiel (convention tripartite) sur la capacité d'accueil correspondant au nombre de résidents classés en GIR 1 à 4. Cette possibilité s'accompagne de conditions architecturales puisque ces résidents devront être installés dans un bâtiment distinct ou dans un corps de bâtiment de l'immeuble ou dans des locaux constitués en unités de vie autonomes ; cette partie de l'établissement devient EHPAD et doit respecter les obligations liées à la sécurité incendie (type J).

Pour les logements-foyers classiques :

❖ **Tarif hébergement** : le tarif acquitté par l'usager en logements-foyer correspond au loyer auquel s'ajoutent les charges locatives. Le résident est libre d'avoir recours à des prestations facultatives facturées en sus (ex. : restauration, blanchissage...). Dans la majorité des cas, les logements-foyers sont conventionnés à l'Aide personnalisée au logement (APL). Dans ce cas, le loyer et les charges locatives ne peuvent excéder un certain plafond mensuel déterminé par la convention APL. De plus, il peut être habilité à l'aide sociale.

❖ **Les charges liées à la dépendance de la personne** font l'objet d'une solvabilisation via l'APA.

❖ **Les charges liées aux soins** ne donnent pas lieu à la fixation d'un tarif, le logements-foyers étant assimilé au domicile. Comme évoqué ci-dessus, certains logements-foyers ont pu conserver un FSC.

d. Professionnels

Plusieurs professionnels peuvent intervenir au sein d'un logement-foyer : des professionnels des services généraux (50 %), du personnel de direction (17 %) du personnel paramédical ou soignant (12 %), du personnel éducatif, social et d'animation²⁶ (10 %) et des agents de service (10 %). Il n'y a pas de médecin salarié dans les logements-foyers. Le ratio d'encadrement global est d'environ 0,14 ETP par place²⁷. Comme au domicile, des services peuvent intervenir au sein des logements (SAAD ou SSIAD par exemple).

⁽²⁵⁾ Études et Résultats, DREES, n° 689, mai 2009.

⁽²⁶⁾ Si l'enquête mentionne la catégorie générique « personnel éducatif, social et d'animation », dans les faits, les logements-foyers n'ont pas de personnel éducatif.

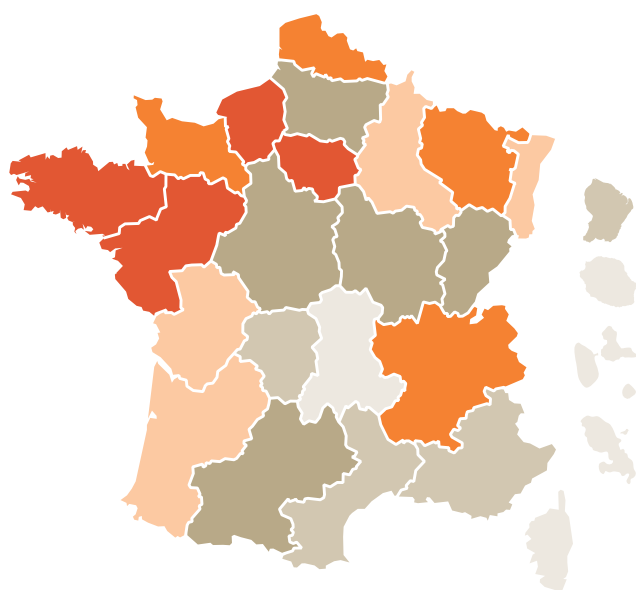
⁽²⁷⁾ Études et Résultats, DREES, n° 689, mai 2009.

e. Représentation sur le territoire

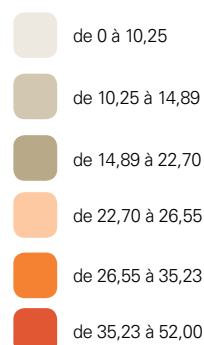
Les évolutions réglementaires et les divergences dans le périmètre des enquêtes ne permettent pas de disposer de données concordantes. Néanmoins, selon le FINESS, 2 353 structures relèvent de la catégorie logements-foyers pour 114 924 places installées. Le taux d'équipement moyen national pour la France métropolitaine s'élève à 26 logements pour 1 000 habitants de 75 ans²⁸. La diminution de la capacité peut en partie être expliquée par la transformation de logements-foyers en EHPAD.

La carte ci-dessous illustre les disparités régionales qui peuvent exister pour les logements-foyers.

Répartition des taux d'équipement des logements-foyers par région



Taux d'équipement en Logement-Foyer
(en nombre de places pour 1000 personnes
de plus de 75 ans)



(source : STATISS 2011 : estimations INSEE
au 1^{er} janvier 2009 pour les données de population
et DREES-ARS-FINESS pour les capacités
installées au 1^{er} janvier 2011)

⁽²⁸⁾ Études et Résultats, DREES, n° 689, mai 2009.

L'ACCUEIL FAMILIAL

a. Type de service

Dans un souci de cohérence, l'accueil familial est présenté même s'il ne relève pas du cadre réglementaire et législatif propre aux établissements et services médico-sociaux.

b. Public et activités

Missions

L'accueil familial vise à offrir aux personnes accueillies, au-delà du seul hébergement, un cadre de vie familial et sécurisant afin de lutter contre l'isolement.

Personnes accueillies

L'accueil familial est un mode de prise en charge s'adressant à des personnes adultes : adultes handicapés, personnes âgées, malades, convalescents.

Modalités d'accès

Comme pour l'EHPAD ou le logement-foyer, l'accueil familial relève d'une décision de la personne et de son entourage sur la base d'une orientation de la CDAPH pour les personnes handicapées.

Modes d'accompagnement et de prise en charge

La famille d'accueil peut être une personne seule ou un couple avec ou sans enfant et doit être agréée. On distingue deux catégories d'accueil familial :

❖ L'accueil familial social à titre onéreux, qui fait l'objet d'un agrément par le président du conseil général, est un dispositif « répondant à des besoins d'hébergement et d'aide sociale de personnes âgées ou de personnes handicapées ». Un contrat est signé entre la personne accueillie et la personne agréée. L'indemnité journalière, qui doit être conforme à un plafond fixé par le conseil général, est assimilée à un salaire mais est exonérée de charges patronales. Le loyer, la nourriture, les dépenses courantes... donnent lieu à un versement d'indemnités complémentaires. Peuvent être accueillies trois personnes maximum.

❖ L'accueil familial thérapeutique désigne « un mode de traitement, sous la responsabilité d'un établissement ou d'un service de soins, offert à des malades mentaux susceptibles de bénéficier d'une prise en charge en famille d'accueil ». Dans ce cas, l'accueil est placé sous la responsabilité d'un établissement ou d'un service de soins agréé conjointement par le président du conseil général et le directeur général de l'Agence régionale de santé (ARS). La personne est salariée de l'établissement ou du service. Il peut alors s'agir d'une famille, d'une famille dite thérapeutique constituée avec des professionnels ou d'une communauté d'accueil thérapeutique regroupant plusieurs accueillants.

L'accueil doit présenter un caractère permanent ou temporaire, permettre un suivi social et médico-social, garantir la protection de la santé et la sécurité de la personne âgée accueillie.

c. Structuration et fonctionnement

Statut

Cette formule d'accueil a connu un essor important pour trois raisons principales : un coût modeste pour la collectivité, un accueil individuel et une réelle insertion sociale. Néanmoins, elle connaît une diminution dans certains départements compte tenu des contraintes liées à cette profession et l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) a mis en exergue dans un rapport de 1998 la nécessité de faire évoluer ce dispositif.

Trois formules coexistent :

❖ Une personne physique propriétaire ou locataire de droit commun de son logement exerçant l'activité d'accueillant familial de gré à gré ;

❖ Une personne locataire d'un logement adapté préalablement (propriété d'investisseurs publics ou privés) exerçant l'activité d'accueillant familial de gré à gré ou par l'intermédiaire d'un mandataire ;

❖ Une personne salariée d'un établissement médico-social (article 57 de la loi DALO).

Financement

Ce type de prise en charge n'ouvre pas de possibilités d'aide à l'investissement ou au fonctionnement. Néanmoins, la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires a rendu possible le financement par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) de la formation des accueillants familiaux.

Solvabilité du dispositif

Selon ses ressources et sous certaines conditions, la personne âgée et/ou handicapée peut bénéficier de l'Allocation logement à caractère social (ALS), de l'Aide personnalisée au logement (APL) et d'une prise en charge par l'aide sociale. De plus, selon son niveau de dépendance, la personne âgée peut être bénéficiaire de l'APA.

d. Professionnels

Pour l'accueil familial social, il doit faire l'objet d'un agrément par le conseil général et faire l'objet d'une convention d'habilitation au titre de l'aide sociale. La collectivité départementale doit effectuer un contrôle régulier ; en outre, un suivi social et médico-social est généralement assuré. Les personnes agréées doivent bénéficier d'une formation organisée par le conseil général.

Pour l'accueil familial thérapeutique, l'accueil bénéficie du soutien de l'établissement ou service auquel il est rattaché.

e. Représentation sur le territoire

Environ 9 000 accueillants familiaux sont recensés, la majorité étant des femmes, ce qui représente plus de 13 000 personnes âgées (47 %) ou handicapées (53 %) accueillies.

LES ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES ACCOMPAGNANT DES PERSONNES ADULTES HANDICAPÉES

Résumé

Les établissements et services accompagnant des personnes adultes handicapées recouvrent :

→ Pour l'insertion professionnelle : l'établissement et service d'aide par le travail (ESAT), le Centre de rééducation professionnelle (CRP), le Centre de préorientation professionnelle (CPO) et l'Unité d'évaluation, de réentraînement et d'orientation sociale et socioprofessionnelle (UEROS).

→ Pour les services : le Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH) et le Service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS), les Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), les Services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) et les Services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD).

→ Pour les établissements : le Foyer d'hébergement (FH), le Foyer de vie (FV), la Maison d'accueil spécialisée (MAS) et le Foyer d'accueil médicalisé (FAM).

Dans un souci de cohérence et même s'ils ne relèvent pas du cadre législatif et réglementaire médico-social, sont également présentés :

→ L'accueil familial.

→ L'Entreprise adaptée (EA).

→ Le Centre de distribution de travail à domicile (CDTD).

	PERSONNES ADULTES HANDICAPÉES
INSERTION PROFESSIONNELLE	ESAT*
	CRP-CPO-UEROS
SERVICES	SAVS
	SAMSAH
	SSIAD
	SAAD
ÉTABLISSEMENTS	SPASAD
	Établissements « médicalisés »
	MAS MAS DE JOUR MAS HT
	FAM FAM DE JOUR FAM HT
	Établissements non « médicalisés »
	FH-FV FV DE JOUR FV HT

Financement AM	Financement CG
Co-financement AM-CG	* Aide sociale de l'État



LES ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES D'AIDE PAR LE TRAVAIL (ESAT)

PERSONNES ADULTES HANDICAPÉES	
INSER. PRO.	ESAT*
	CRP-CPO-UEOS
SERVICES	SAVS
	SAMSAH
	SSIAD
	SAAD
ÉTABLISSEMENTS	SPASAD
	Établissements « médicalisés »
	MAS
	MAS DE JOUR
	MAS HT
	FAM
	FAM DE JOUR
	FAM HT
	Établissements non « médicalisés »
	FH-FV
	FV DE JOUR
	FV HT

a. Type d'ESMS

ESAT : Établissement et service d'aide par le travail (anciennement CAT : Centre d'aide par le travail)

b. Public et activités

Missions

Les Établissements et services d'aide par le travail (ESAT) accueillent des personnes handicapées (quelle que soit la nature de leur handicap) à temps plein ou à temps partiel, dont les capacités de travail ne leur permettent pas de travailler dans une entreprise ordinaire ou une entreprise adaptée. Ils ont une double vocation :

→ Une mise au travail, par des possibilités d'activités diverses à caractère professionnel. Cette dimension économique est déclinée avec des activités de production impliquant la création d'une valeur ajoutée et qui est redistribuée aux travailleurs handicapés sous forme de rémunération (rémunération garantie).

→ Un soutien médico-social et éducatif, en vue de favoriser leur épanouissement personnel et social. Cette dimension vise, au travers d'accompagnements individualisés ou collectifs (ex. : entretien des connaissances, maintien des acquis scolaires et de formation professionnelle, actions éducatives d'accès à

l'autonomie et d'implication dans la vie sociale) à favoriser l'autonomie, la responsabilité des personnes handicapées en vue d'assurer une activité professionnelle.

Les ESAT relèvent du milieu « protégé », par opposition au milieu « ordinaire » de travail.

Personnes accueillies

Les Établissements et services d'aide par le travail (ESAT) accueillent des personnes handicapées âgées de plus de 20 ans (dérogation possible à partir de 16 ans) dont les capacités de travail ne leur permettent, momentanément ou durablement, ni de travailler dans une entreprise ordinaire ni dans une entreprise adaptée ou un centre de distribution de travail à domicile, ni d'exercer une activité indépendante. Les personnes accueillies en ESAT ont une capacité de travail inférieure au tiers de la capacité normale mais justifient d'une aptitude potentielle à travailler suffisante.

Des personnes peuvent être orientées exceptionnellement vers un ESAT avec une capacité de travail supérieure à ce seuil si leur besoin de soutiens médicaux, éducatifs, sociaux, psychologiques le justifie et ne peut être satisfait par une orientation vers le marché du travail.

Modalités d'accès

L'orientation en ESAT relève de la CDAPH. Cette orientation vaut Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH). La personne handicapée qui souhaite bénéficier d'une orientation professionnelle doit en faire la demande à la CDAPH. La décision d'orientation en ESAT par la CDAPH peut prévoir une période d'essai de 6 mois maximum. La CDAPH a la possibilité, sur proposition du directeur de l'ESAT, de prolonger cette période d'essai pour une nouvelle période de 6 mois au plus. La CDAPH peut également décider de son interruption anticipée à la demande de la personne handicapée ou du directeur de l'ESAT. Une nouvelle décision d'orientation est prononcée par la CDAPH lorsque le maintien de la personne handicapée dans l'ESAT d'accueil cesse, en cours, à l'issue de ou postérieurement à la période d'essai et que l'admission dans un autre ESAT n'est pas souhaitable.

Modes d'accompagnement et de prise en charge

Lors de l'**admission** dans un ESAT il n'y a ni contrat de travail, ni embauche. Un contrat de soutien et d'aide par le travail doit être signé par le directeur de l'établissement et la personne dans le mois suivant son admission, et transmis à la MDPH. Le médecin du travail donne son avis sur les aptitudes des travailleurs handicapés, et l'aménagement des postes est effectué par l'ESAT.

Pour **l'accompagnement**, le contrat de soutien et d'aide par le travail définissant les droits et les obligations réciproques de l'ESAT et de la personne accueillie est élaboré en collaboration avec la personne accueillie, accompagnée le cas échéant de son représentant légal en prenant en compte l'expression de ses besoins et de ses attentes ainsi que des conditions d'organisation et de fonctionnement propres à l'ESAT. Ce contrat permet d'encadrer l'exercice des activités à caractère professionnel et la mise en œuvre du soutien médico-social et éducatif afférent à ces activités. Un projet individuel est également établi précisant les objectifs personnalisés, les prestations particulières, les organisations particulières, les engagements personnalisés... Le projet intègre donc les modalités d'accompagnement professionnel et d'accompagnements social et médico-social propres à chaque personne.

Le travail effectué par les personnes handicapées en ESAT est un travail adapté selon les handicaps, sous forme de prestations de service ou de sous-traitance. Les ESAT peuvent également être centrés sur la production. L'activité des ESAT est ainsi très diversifiée et souvent liée à l'économie locale : routage, conditionnement, saisie informatique, emballage, imprimerie, reprographie, espaces verts, restauration, petite soudure, petit montage, mailing, apiculture, blanchisserie, couture, correction de copies, etc. Le personnel d'encadrement doit permettre aux usagers de mener à bien les activités professionnelles organisées dans le cadre des ateliers, en faisant respecter les normes de qualité des produits à réaliser, les délais de livraison, l'amélioration des conditions de travail (organisation des tâches et ergonomie).

Les ESAT mettent également en place des activités de soutien (activités intellectuelles, cognitives et de formation professionnelle, activités liées aux droits et devoirs de la personne accueillie, à des actions à visées sociale et socio-professionnelle, à des activités physiques, corporelles, d'expression, artistiques...). Les personnes peuvent également, selon leurs besoins, bénéficier d'un accompagnement médical et/ou psychologique.

Les personnes accueillies peuvent exercer leur activité à temps plein ou à temps partiel :

- ✚ au sein même de l'établissement ;
- ✚ à l'extérieur, sous forme de sections « hors les murs » permettant le détachement dans une entreprise d'équipes de travailleurs handicapés encadrés par les moniteurs de l'ESAT ;
- ✚ à l'extérieur, sous forme de mise à disposition individuelle ou collective de personnel pour de la production ou la réalisation de prestations de services au sein d'une entreprise, d'une collectivité territoriale, d'un établissement public, d'une association ou de toute autre personne morale de droit public ou de droit privé ainsi qu'auprès d'une personne physique. Les personnes sont ici encadrées par l'entreprise d'accueil au même titre que les salariés.

Dans cette hypothèse, les travailleurs handicapés continuent à bénéficier d'un accompagnement médico-social et professionnel assuré par l'établissement ou le service d'aide par le travail auquel ils demeurent rattachés. Un contrat écrit doit obligatoirement être passé entre l'ESAT et l'entreprise pour une durée maximum de 2 ans (accord de la CDAPH nécessaire pour la prolongation au-delà de 2 ans). En cas de rupture de ce contrat ou lorsque la personne n'est pas définitivement recrutée par l'employeur au terme du contrat, elle est réintégrée de plein droit dans l'ESAT d'origine ou, à défaut, dans un autre ESAT avec lequel un accord a été conclu à cet effet.

Les départs de l'ESAT peuvent s'effectuer dans le cadre de l'insertion professionnelle en milieu ordinaire de travail, de demandes d'affectation dans un autre établissement, de recrutement (entreprise adaptée), de départ en retraite ou volontaire. Une réorientation vers un foyer peut également être envisagée, notamment pour des personnes vieillissantes.

c. Structuration et fonctionnement

Statut

Les Établissements et services d'aide par le travail (ESAT) peuvent être gérés par une personne morale de statut privé ou public ; dans la très grande majorité des cas (près de 94 % des ESAT), ils sont gérés par un organisme privé à but non lucratif ; les autres ESAT sont gérés par une structure publique (plus de 6 %)²⁹.

Financement

La création des ESAT est autorisée par arrêté du directeur général de l'Agence régionale de santé (ARS), qui fixe le nombre de places. Les ESAT sont financés par une dotation globale de fonctionnement de l'État (aide sociale de l'État) et leur budget est scindé en deux :

- ✚ Un budget social : Budget principal de l'activité sociale de l'établissement (BPAS), sous la forme d'une dotation globale de fonctionnement versée par l'État et qui couvre les dépenses à caractère social : rémunération du personnel éducatif.
- ✚ Un budget commercial : Budget annexe de l'activité de production et de commercialisation (BAPC), qui finance la rémunération des travailleurs handicapés et les charges liées à la production : achat de matières premières, de machines...

⁽²⁹⁾ Source : FINESS

Solvabilité du dispositif

Les travailleurs handicapés en ESAT perçoivent une rémunération garantie. Celle-ci est composée :

- ❖ d'une partie financée directement par l'ESAT ;
- ❖ d'une partie compensée par l'État au titre de l'aide au poste.

En complément de cette rémunération garantie, la personne reçoit une Allocation aux adultes handicapés (AAH) à taux différentiel.

d. Professionnels

Plusieurs types de professionnels interviennent au sein des Établissements et services d'aide par le travail (ESAT) :

- ❖ Du personnel de direction, de gestion et d'administration (près de 18 % des effectifs⁽³⁰⁾ ;

- ❖ Du personnel des services généraux (plus de 13 %) ;

❖ Le personnel éducatif, pédagogique et social, le personnel d'encadrement sanitaire et social (hors personnel de direction, de gestion et d'administration) et les candidats-élèves sélectionnés aux emplois éducatifs, qui représentent 66 % des effectifs des ESAT dont une grande partie de moniteurs d'atelier ;

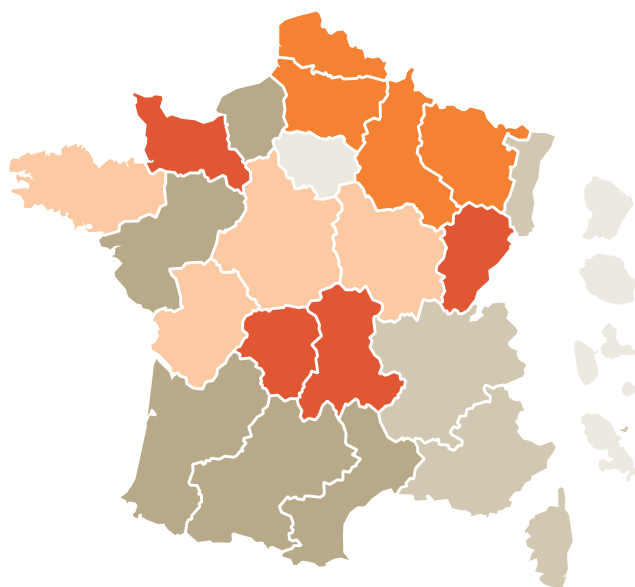
❖ Le personnel médical, paramédical et psychologue représente moins de 3 % des effectifs avec une grande partie de psychologues.

Le ratio moyen d'encadrement observé au niveau national est de l'ordre de 0,22 ETP par personne accueillie⁽³¹⁾.

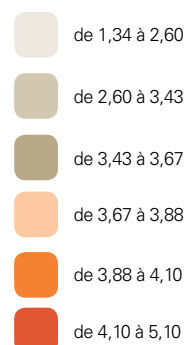
e. Représentation sur le territoire

Selon le FINESS, 1 491 ESAT sont recensés pour une capacité de 117 016 places installées. Le taux d'équipement est de 3,4 places pour 1 000 adultes de 20 à 59 ans⁽³²⁾.

Répartition des taux d'équipement des ESAT par région



Taux d'équipement en ESAT
(en nombre de places pour 1000 personnes
de 20 À 59 ans)



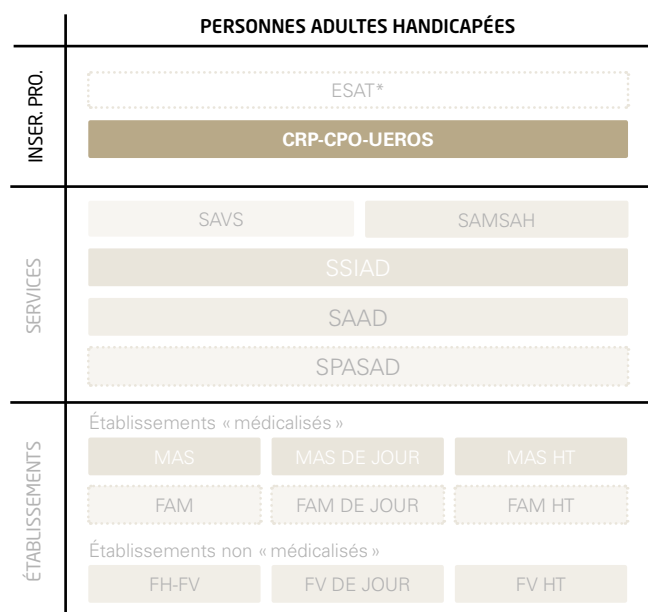
(source : STATISS 2011 : estimations INSEE
au 1^{er} janvier 2009 pour les données de population
et DREES-ARS-FINESS pour les capacités
installées au 1^{er} janvier 2011)

⁽³⁰⁾ Source : Enquête DREES ES2006

⁽³¹⁾ Source : Enquête DREES ES2006

⁽³²⁾ Source : STATISS

LES CENTRES DE RÉÉDUCATION PROFESSIONNELLE (CRP)



a. Type d'ESMS

CRP : Centre de rééducation professionnelle (ou Centre de réadaptation professionnelle)

Unités spécifiques : **UIEROS** : Unité d'évaluation, de réentraînement et d'orientation sociale et professionnelle

b. Public et activités

Missions

Les Centres de rééducation professionnelle ont pour mission :

- ❖ de faciliter la réinsertion sociale et professionnelle des travailleurs handicapés ;
- ❖ d'assurer, au moyen de techniques d'apprentissage et de formation, une réadaptation, une rééducation ou une formation aux travailleurs handicapés en vue de l'exercice d'une profession ;
- ❖ d'assurer, à travers l'intervention de professionnels, un accès à l'emploi durable pour les personnes accueillies.

Les CRP assurent une formation qualifiante de longue durée, permettant l'acquisition de nouvelles compétences professionnelles, en alliant suivis médical, psychologique et social de la personne, selon les besoins et déficiences des stagiaires. Les formations dispensées (pouvant être précédées, si besoin, de phases préparatoires ou de remises à niveau) débouchent sur des diplômes homologués par l'État.

Le CRP vise ainsi l'accès ou le retour à l'emploi par l'acquisition de ces nouvelles compétences professionnelles, et contribue à la requalification et à la réadaptation à un nouveau milieu de travail et/ou à la mobilité professionnelle.

Le centre de rééducation professionnelle permet d'offrir un environnement médico-social adapté afin d'organiser le stage de rééducation professionnelle permettant à la personne handicapée de suivre une formation qualifiante de longue durée avec la possibilité d'être rémunérée. À l'issue du stage, le travailleur handicapé peut bénéficier d'une prime de reclassement destinée à lui faciliter la reprise d'une activité.

Les Unité d'évaluation, de réentraînement et d'orientation sociale et professionnelle (UIEROS) sont des structures spécifiques destinées à favoriser la réinsertion sociale et/ou professionnelle de personnes cérébro-lésées. La prise en charge individualisée du stagiaire se décline par :

- ❖ l'évaluation des séquelles et des ressources dans les domaines physique, psychique, relationnel et cognitif ;
- ❖ l'élaboration d'un programme transitionnel de réassurance personnelle et de réentraînement à la vie active (stimulation cognitive, revalorisation du blessé, réintégration au tissu social et/ou professionnel) ;
- ❖ l'information de la famille et des partenaires de réinsertion sur l'évolution du stagiaire, de son projet et du suivi individualisé.

Personnes accueillies

Les Centres de rééducation professionnelle (CRP) accueillent des personnes reconnues « travailleurs handicapés » par la CDAPH, en situation de handicap professionnel et dont les possibilités d'obtenir ou de conserver un emploi sont effectivement réduites par suite de l'altération d'une ou plusieurs fonctions physique, sensorielle, mentale ou psychique.

Modalités d'accès

L'accès se fait sur avis favorable pour une formation en CRP par la CDAPH et avec une Reconnaissance de qualité travailleur handicapé (RQTH) obtenue auprès de la CDAPH. C'est la CDAPH qui désigne les établissements adaptés. Sa décision s'impose à l'établissement qui ne peut mettre fin unilatéralement à un stage de rééducation.

Modes d'accompagnement et de prise en charge

Les CRP sont des établissements médico-sociaux proposant, dans le cadre d'une programmation régionale, une palette d'actions allant de la préorientation à la qualification.

Les formations en CRP peuvent être³³ :

- ❖ des formations de préorientation (dont l'objectif est d'aider à élaborer le projet professionnel de la personne) ;
- ❖ des formations préparatoires (dont le suivi est préalable à l'acquisition de nouvelles compétences) ;

⁽³³⁾ Source : Handipole (www.handipole.org)

❖ des formations qualifiantes (du niveau BEP/CAP au niveau bac+2 proposées dans divers secteurs d'activité).

D'une durée de 10 à 30 mois, les formations proposées peuvent préparer aux métiers des secteurs de l'agriculture, de l'industrie et du commerce. Les formations proposées couvrent alors de nombreux secteurs d'activité, même si certains secteurs sont particulièrement représentés : services aux collectivités, entretien, informatique, électronique, secrétariat, artisanat, vente, accueil, tourisme...

Les CRP mettent en place un accompagnement personnalisé par une équipe pluridisciplinaire permettant d'appréhender dans sa globalité la situation de handicap.

Le processus de réadaptation professionnelle intègre les missions d'accueil et d'information, d'orientation, de formation et d'accompagnement à l'emploi, et comporte en fonction des besoins diagnostiqués :

- ❖ des actions visant l'accueil et l'information des bénéficiaires ;
- ❖ des actions d'expertise pour définir, en accord avec les bénéficiaires, une orientation dont la finalité est l'insertion ou la réinsertion sociale et professionnelle ;
- ❖ des actions visant la prévention, l'accompagnement psychologique, le dépistage, le suivi des soins et l'adaptation ergonomique ;
- ❖ des actions visant l'acquisition et la validation de nouvelles compétences professionnelles ;
- ❖ des actions visant à développer l'autonomie sociale ;
- ❖ des actions visant l'accompagnement vers une insertion ou réinsertion, sociale et professionnelle ;
- ❖ la prise en compte (voire l'accompagnement) de la famille et/ou de l'entourage habituel de l'utilisateur.

Les CRP peuvent accueillir les stagiaires en internat (avec hébergement) ou en externat (sans hébergement).

À la fin de la formation (de longue durée, souvent supérieure à 1 an), les stagiaires passent un examen qui leur permet d'obtenir soit un diplôme de l'Éducation nationale, soit un titre professionnel du ministère du Travail. Enfin, tout au long du parcours, les personnes sont accompagnées dans une démarche dyna-

mique de recherche d'emploi pour qu'elles puissent intégrer, à l'issue de la formation, un emploi compatible avec leur état de santé en milieu ordinaire de travail ou en milieu protégé.

c. Structuration et fonctionnement

Statut

Les CRP peuvent être gérés par une personne morale de statut privé ou public ; dans la très grande majorité des cas (plus de 85 % des CRP), ils sont gérés par un organisme privé à but non lucratif ; les autres CRP sont gérés par une structure publique (près de 13 %) ou plus rarement privée commerciale (2 %)³⁴.

Financement

L'autorisation du CRP est donnée par le préfet de région (Direction régionale de l'entreprise, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi – DIRECCTE).

Le prix de journée des CRP, qui recouvre les frais de fonctionnement, est établi par le directeur général de l'ARS ; il est à la charge de l'Assurance maladie. Les frais de formation professionnelle sont la charge de l'État (DIRECCTE) ou, plus rarement, de la Région.

Les frais pris en charge par les organismes d'assurance maladie à l'occasion du séjour d'un travailleur handicapé dans un centre agréé de rééducation professionnelle comprennent les frais de toute nature entraînés par son stage, y compris les frais d'entretien et d'hébergement. Par conséquent, le droit à remboursement des frais d'hébergement n'est ouvert qu'au profit d'un centre agréé et à condition que le travailleur y ait été effectivement hébergé.

Solvabilité du dispositif

Les travailleurs handicapés bénéficient des aides financières accordées aux stagiaires de la formation professionnelle. Ils ont, du fait de leur admission au CRP, le statut d'assuré social.

⁽³⁴⁾ Source : FINESS

d. Professionnels

Plusieurs types de professionnels interviennent au sein des CRP :

→ Du personnel de direction, de gestion et d'administration (plus de 22 % des effectifs³⁵) ;

→ Du personnel des services généraux (plus de 28 %) ;

→ Le personnel éducatif, pédagogique et social, le personnel d'encadrement sanitaire et social (hors personnel de direction, de gestion et d'administration) et les candidats-élèves sélectionnés aux emplois éducatifs, qui représentent 43 % des effectifs des CRP dont près d'une moitié d'enseignants ;

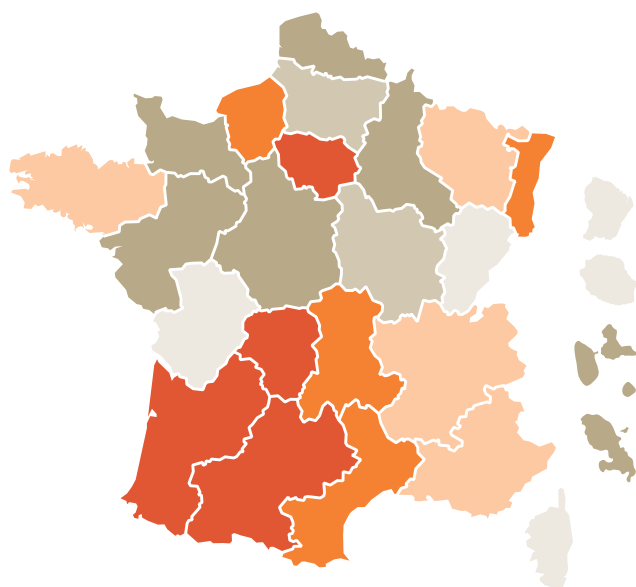
→ Le personnel médical, paramédical et psychologue, qui représente plus de 6 % des effectifs avec notamment des psychologues et des infirmiers.

Le ratio moyen d'encadrement observé au niveau national est de l'ordre de 0,37 ETP par personne accueillie³⁶.

e. Représentation sur le territoire

Selon le FINESS, 88 CRP sont recensés pour la France métropolitaine, ceux-ci représentant 9 561 places installées. De plus, 32 UEROS sont recensées pour 676 places.

Répartition des taux d'équipement des CRP par région



Taux d'équipement en CRP
(en nombre de places pour 1000 personnes
de 20 à 59 ans)



(source : STATISS 2011 : estimations INSEE
au 1^{er} janvier 2009 pour les données de population
et DREES-ARS-FINESS pour les capacités
installées au 1^{er} janvier 2011)

LES CENTRES DE PRÉORIENTATION PROFESSIONNELLE (CPO)

PERSONNES ADULTES HANDICAPÉES	
INSERT. PRO.	ESAT*
	CRP-CPO-UEOS
SERVICES	SAVS
	SAMSAH
	SSIAD
	SAAD
ÉTABLISSEMENTS	SPASAD
	Établissements « médicalisés »
	MAS
	MAS DE JOUR
	MAS HT
	FAM
	FAM DE JOUR
	Établissements non « médicalisés »
	FH-FV
	FV DE JOUR
	FV HT

a. Type d'ESMS

CPO : Centre de préorientation professionnelle

b. Public et activités

Missions

Les centres de préorientation contribuent à l'orientation professionnelle des travailleurs handicapés. Ils sont destinés aux travailleurs handicapés qui rencontrent des difficultés particulières quant à leur orientation. La CDAPH estime qu'il est souhaitable de permettre à ces personnes d'être accompagnées de manière plus longue et personnalisée dans la construction de leur projet professionnel.

Cette démarche de bilan professionnel a pour objectif d'identifier l'expérience de la personne, ses aptitudes et d'établir un projet d'insertion personnalisé. Elle se base notamment sur des mises en situation professionnelle concrètes, par exemple sous forme d'ateliers.

Les CPO accueillent sur une période de 8 à 12 semaines les travailleurs handicapés dont l'orientation présente des difficultés particulières qui n'ont pu être résolues par la CDAPH. Il s'agit alors d'élaborer ou de confirmer un projet professionnel personnalisé à partir d'un bilan dynamique incluant l'évaluation d'aptitudes et de capacités, et une mise à l'épreuve d'un projet en situation professionnelle.

Les objectifs de la préorientation :

- ❖ Réaliser un bilan des aptitudes et des capacités : entretiens médicaux et psychologiques, évaluations professionnelles, tests de connaissance générale.

- ❖ Vérifier et approfondir les centres d'intérêt, ainsi que les aptitudes intellectuelles et physiques.

- ❖ Élaborer un projet professionnel s'appuyant sur des stages d'observation en entreprises, dans des centres de formation et lors de rencontres avec des professionnels.

Il s'agit donc d'étudier avec la personne bénéficiaire une orientation professionnelle adaptée à son état de santé, en tenant compte des restrictions médicales liées à son handicap, de ses centres d'intérêt, de son potentiel intellectuel, des opportunités professionnelles et de ses contraintes personnelles, familiales.

Les personnes qui ne peuvent être admises directement dans un CRP peuvent bénéficier d'une orientation préalable vers un CPO afin de clarifier leur projet professionnel.

Personnes accueillies

Les centres de préorientation professionnelle accueillent des personnes reconnues « travailleurs handicapés » par la CDAPH et dont l'orientation professionnelle présente des difficultés particulières n'ayant pu être résolues par l'équipe technique de la CDAPH.

Modalités d'accès

La condition d'admission est double :

- ❖ Une orientation en CPO obtenue auprès de la CDAPH.

- ❖ Une Reconnaissance de qualité travailleur handicapé (RQTH) obtenue auprès de la CDAPH.

Modes d'accompagnement et de prise en charge

La durée d'accompagnement est indiquée sur la notification de décision de la CDAPH ; à défaut, le stage ne pourra pas excéder 12 semaines :

- ❖ La personne handicapée est mise dans des situations de travail caractéristiques de catégories de métiers nettement différentes les unes des autres. Elle est informée des perspectives professionnelles que lui offrent ces métiers et mise en état de pouvoir élaborer un projet professionnel en liaison avec les services de Pôle emploi.

- ❖ À l'issue de la période de préorientation, le centre adresse à la commission un rapport détaillé sur les souhaits et sur les capacités d'adaptation intellectuelles et physiques de la personne observée, à l'exercice ou à l'apprentissage d'un métier.

- ❖ La commission se prononce au vu de ce rapport.

L'accompagnement se décompose généralement en plusieurs phases :

- ❖ Une phase de bilan des connaissances et d'évaluation des aptitudes physiques et intellectuelles.

- ❖ Une phase d'identification des potentialités et de remobilisation.

... Une phase d'élaboration et d'exploration du projet avec des mises en situation dans des entreprises, ou au sein d'ateliers professionnels, des remises à niveau de connaissances scolaires si nécessaire, l'apprentissage de techniques de recherche d'emploi.

... Une phase de validation du projet : bilan professionnel et médical envoyé à la MDPH.

Les CPO accueillent les stagiaires au sein de leurs locaux en journée. Ils peuvent proposer un service de restauration et d'hébergement aux personnes les plus éloignées.

Un bilan professionnel et médical est envoyé à la MDPH, ainsi qu'à l'intéressé. Un relais est réalisé au besoin auprès de partenaires extérieurs (Cap Emploi...). Le CPO est chargé d'évaluer l'aptitude au travail de la personne handicapée qui, à l'issue du stage, peut être orientée vers :

... l'emploi (milieu ordinaire, via le réseau Cap emploi, ou milieu protégé : ESAT, entreprise adaptée) ;

... la formation.

c. Structuration et fonctionnement

Statut

La quasi-totalité des CPO sont gérés par des organismes privés à but non lucratif ; quelques CPO sont gérés par un organisme public³⁸.

Les CPO ont une vocation interdépartementale ou régionale et peuvent être rattachés à des établissements de réadaptation fonctionnelle ou de rééducation professionnelle (CRP). Dans ce cas, ils ont une gestion autonome et une comptabilité distincte.

Financement

Les frais de séjour en CPO sont pris en charge par l'organisme de Sécurité sociale dont relève la personne accueillie, dans le cadre d'un prix de journée arrêté par le directeur général de

l'Agence régionale de santé (ARS).

Solvabilité du dispositif

La personne perçoit une aide financière calculée comme les rémunérations des stagiaires de formation professionnelle.

Les frais pris en charge par les organismes d'assurance maladie recouvrent l'ensemble des frais d'entretien et d'hébergement. Le droit à remboursement des frais d'hébergement n'est donc ouvert qu'au profit d'un centre agréé et à condition que le travailleur handicapé y ait été effectivement hébergé.

d. Professionnels

Plusieurs types de professionnels interviennent au sein des CPO :

... Du personnel de direction, de gestion et d'administration (plus de 22 % des effectifs³⁹) ;

... Du personnel des services généraux (près de 14 %) ;

... Le personnel éducatif, pédagogique et social, le personnel d'encadrement sanitaire et social (hors personnel de direction, de gestion et d'administration), qui représentent plus de 47 % des effectifs des CPO ;

... Le personnel médical, paramédical et psychologue, qui représente plus de 16 % des effectifs avec notamment des psychologues.

Le ratio moyen d'encadrement observé au niveau national est de l'ordre de 0,40 ETP par personne accueillie⁴⁰.

e. Représentation sur le territoire

Selon le FINESS, 32 CPO sont recensés pour 557 places installées.

⁽³⁸⁾ Source : FINESS

⁽³⁹⁾ Source : Enquête DREES ES2006

⁽⁴⁰⁾ Source : Enquête DREES ES2006

LES SERVICES D'ACCOMPAGNEMENT MÉDICO-SOCIAL POUR ADULTES HANDICAPÉS (SAMSAH) ET LES SERVICES D'ACCOMPAGNEMENT À LA VIE SOCIALE (SAVS)

PERSONNES ADULTES HANDICAPÉES			
INSER. PRO.	ESAT *		
	CRP-CPO-UEOS		
SERVICES	SAVS	SAMSAH	
	SSIAD		
	SAAD		
	SPASAD		
ÉTABLISSEMENTS	Établissements « médicalisés »		
	MAS	MAS DE JOUR	MAS HT
	FAM	FAM DE JOUR	FAM HT
	Établissements non « médicalisés »		
	FH-FV	FV DE JOUR	FV HT

a. Type d'ESMS

SAMSAH : Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés

SAVS : Service d'accompagnement à la vie sociale

b. Public et activités

Missions

Les SAVS ont pour vocation d'apporter un accompagnement adapté en favorisant le maintien ou la restauration des liens sociaux, dans le milieu familial, scolaire, universitaire ou professionnel et en facilitant l'accès des personnes handicapées à l'ensemble des services offerts par la collectivité. Leurs missions consistent en l'assistance et l'accompagnement dans tout ou partie des actes essentiels de l'existence ainsi qu'en un accompagnement social en milieu ouvert.

Les SAMSAH ont pour vocation, dans le cadre d'un accompagnement médico-social adapté comportant des prestations de soins, de réaliser les missions d'intégration sociale et professionnelle également dévolues aux SAVS. Ces services s'adressent à des personnes plus lourdement handicapées afin de leur apporter une réponse pluridimensionnelle intégrant une dimension thérapeutique.

Personnes accueillies

Ces services accompagnent des personnes adultes handicapées de façon plus ou moins lourde (SAVS/SAMSAH) dont les déficiences et incapacités nécessitent, dans des proportions adaptées aux besoins de chaque usager, une assistance, un accompagnement et/ou des soins.

Modalités d'accès

L'accompagnement réalisé par un SAVS ou un SAMSAH est conditionné à une orientation de la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH).

Modes d'accompagnement et de prise en charge

Les interventions de ces services doivent s'inscrire dans le cadre de la réalisation d'un projet de vie et d'un plan d'aide préalablement élaboré avec la personne intéressée, sa famille et l'équipe pluridisciplinaire, pour une mise en œuvre sur une ou plusieurs années, voire tout au long de la vie.

Les prises en charge sont possibles de façon permanente ou temporaire. Les prestations sont délivrées :

- ✚ au domicile de la personne ;
- ✚ dans tous les lieux où s'exercent des activités sociales, de formation (y compris scolaires et universitaires) et professionnelles ;
- ✚ en milieu de travail ordinaire ou protégé ;
- ✚ ainsi que, le cas échéant, dans les locaux du service.

Si nécessaire, ces services doivent s'articuler avec les instances ayant une mission d'insertion professionnelle (services de Pôle emploi ; réseau Cap emploi, AGEFIPH).

Les SAVS organisent et mettent en œuvre tout ou partie des prestations suivantes :

- ✚ L'évaluation des besoins et des capacités d'autonomie ;
- ✚ L'identification de l'aide à mettre en œuvre et la délivrance à cet effet d'informations et de conseils personnalisés ;
- ✚ Le suivi et la coordination des actions des différents intervenants ;
- ✚ Une assistance, un accompagnement ou une aide dans la réalisation des actes quotidiens de la vie et dans l'accomplissement des activités de la vie domestique et sociale ;
- ✚ Le soutien des relations avec l'environnement familial et social ;
- ✚ Un appui et un accompagnement contribuant à l'insertion scolaire, universitaire et professionnelle ou favorisant le maintien de cette insertion ;
- ✚ Le suivi éducatif et psychologique.

Et, pour les SAMSAH, en sus :

→ La dispensation et la coordination de soins médicaux et paramédicaux à domicile ou un accompagnement favorisant l'accès aux soins et l'effectivité de leur mise en œuvre ;

→ Un accompagnement et un suivi médical et paramédical en milieu ordinaire de vie, y compris scolaire, universitaire et professionnel.

c. Structuration et fonctionnement

Statut

Les SAVS, autorisés par le président du conseil général, peuvent être gérés par une personne morale de statut privé ou public ; dans la très grande majorité des cas (plus de 92 % des SAVS), ils sont gérés par un organisme privé à but non lucratif ; les autres SAVS sont gérés par une structure publique (près de 8 %) ou très rarement privée commerciale⁴².

La quasi-totalité des SAMSAH, qui sont conjointement autorisés par le président du conseil général et le directeur général de l'Agence régionale de santé (ARS), sont gérés par des organismes privés à but non lucratif (près de 93 %) ; quelques SAMSAH sont gérés par un organisme public⁴³.

Financement

Les SAVS sont financés par le conseil général (aide sociale départementale) sur la base d'un prix de journée.

Les SAMSAH, pour la partie accompagnement à la vie sociale, sont financés sur la même base que les SAVS. Pour la partie soins, ils sont financés par l'Assurance maladie (forfait global annuel – le plus souvent – ou forfait journalier de soins).

Solvabilité du dispositif

Malgré la fixation d'un forfait annuel global pour les SAMSAH, un prix de journée est calculé pour permettre les compensations entre les régimes d'assurance maladie et le paiement des sommes dues par les non-assurés sociaux.

d. Professionnels

Pour les SAVS, les prestations sont assurées par une équipe pluridisciplinaire comprenant ou associant, selon les cas, des assistants de service social, des auxiliaires de vie sociale, des aides médico-psychologiques, des psychologues, des conseillers en économie sociale et familiale, des éducateurs spécialisés, des moniteurs éducateurs ou des chargés d'insertion.

Ces professionnels qui interviennent au sein des SAVS recouvrent ainsi :

→ Du personnel de direction, de gestion et d'administration (près de 15 % des effectifs⁴⁴) ;

→ Du personnel des services généraux (plus de 3 %) ;

→ Le personnel éducatif, pédagogique et social, le personnel d'encadrement sanitaire et social (hors personnel de direction, de gestion et d'administration), qui représentent environ 70 % des effectifs des SAVS ;

→ Le personnel médical, paramédical et psychologue, qui représente environ 4 % des effectifs.

Le ratio moyen d'encadrement observé au niveau national est de l'ordre de 0,11 ETP par personne accueillie⁴⁵.

Pour les SAMSAH, les prestations sont assurées par une équipe qui intègre en plus des professionnels mentionnés pour les SAVS, des auxiliaires médicaux et des aides-soignants. L'équipe comprend également ou associe un médecin.

Ces professionnels qui interviennent au sein des SAMSAH recouvrent ainsi :

→ Du personnel de direction, de gestion et d'administration (près de 15 % des effectifs⁴⁶) ;

→ Du personnel des services généraux (moins de 2 %) ;

→ Le personnel éducatif, pédagogique et social, le personnel d'encadrement sanitaire et social (hors personnel de direction, de gestion et d'administration), qui représentent moins de 34 % des effectifs des SAVS ;

→ Le personnel médical, paramédical et psychologue, qui représente environ 43 % des effectifs.

Le ratio moyen d'encadrement observé au niveau national est de l'ordre de 0,22 ETP par personne accueillie⁴⁷.

⁽⁴²⁾ Source : FINESS

⁽⁴³⁾ Source : FINESS

⁽⁴⁴⁾ Source : Enquête DREES ES2006

⁽⁴⁵⁾ Source : Enquête DREES ES2006

⁽⁴⁶⁾ Source : Enquête DREES ES2006

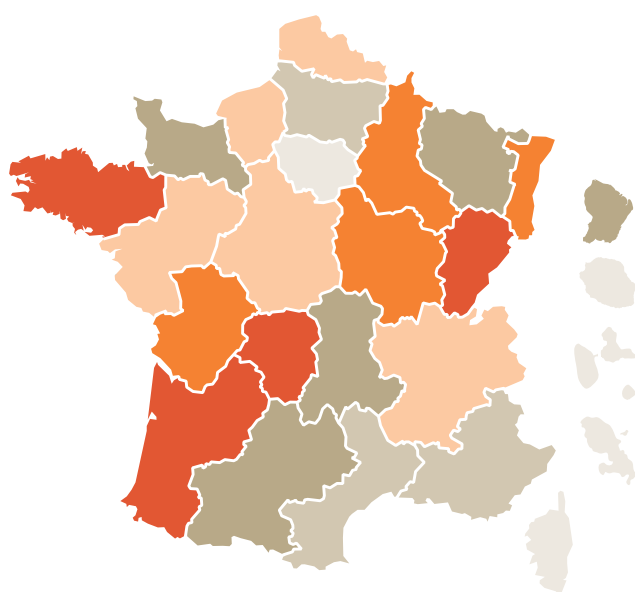
⁽⁴⁷⁾ Source : Enquête DREES ES2006

e. Représentation sur le territoire

Selon le FINESS, sont recensés :

- 312 SAMSAH pour 7 886 places installées
- 955 SAVS pour 35 425 places installées⁴⁸

Répartition des taux d'équipement des SAVS-SAMSAH par région



Taux d'équipement en SAVS-SAMSAH
(en nombre de places pour 1000 personnes
de 20 à 59 ans)



(source : STATISS 2011 : estimations INSEE
au 1^{er} janvier 2009 pour les données de population
et DREES-ARS-FINESS pour les capacités
installées au 1^{er} janvier 2011)

⁽⁴⁸⁾ Source : STATISS

SSIAD, SAAD ET SPASAD

	PERSONNES ADULTES HANDICAPÉES		
INSER. PRO.	ESAT*		
	CRP-CPO-UEROS		
SERVICES	SAVS	SAMSAH	
	SSIAD		
	SAAD		
	SPASAD		
ÉTABLISSEMENTS	Établissements « médicalisés »		
	MAS	MAS DE JOUR	MAS HT
	FAM	FAM DE JOUR	FAM HT
	Établissements non « médicalisés »		
	FH-FV	FV DE JOUR	FV HT

SSIAD : Service de soins infirmiers à domicile pour personnes âgées et/ou personnes handicapées adultes.

SAAD : Service d'aide et d'accompagnement à domicile.

SPASAD : Service polyvalent d'aide et de soins à domicile pour personnes âgées et/ou handicapées adultes. Les SPASAD cumulent les missions d'un SSIAD et celles d'un SAAD. Pour être reconnu juridiquement, un SPASAD est soumis à une autorisation de création délivrée par le président du conseil général et l'ARS. Bien qu'il existe peu de SPASAD, de nombreux organismes gestionnaires gèrent à la fois un SAAD et un SSIAD. Il existe donc un nombre de SPASAD de fait plus important que le nombre répertorié.

Pour ces trois services, voir les fiches correspondantes dans la partie consacrée aux établissements et services intervenant auprès des personnes âgées (p. 50)

LES MAISONS D'ACCUEIL SPÉCIALISÉES (MAS)

	PERSONNES ADULTES HANDICAPÉES		
INSERTION PRO-FESSIONNELLE	ESAT*		
	CRP-CPO-UEROS		
SERVICES	SAVS	SAMSAH	
	SSIAD		
	SAAD		
	SPASAD		
ÉTABLISSEMENTS	Établissements « médicalisés »		
	MAS	MAS DE JOUR	MAS HT
	FAM	FAM DE JOUR	FAM HT
	Établissements non « médicalisés »		
	FH-FV	FV DE JOUR	FV HT

a. Type d'ESMS

MAS : Maison d'accueil spécialisée

b. Public et activités

Missions

Les Maisons d'accueil spécialisées (MAS) sont des établissements d'accueil accompagnant des adultes handicapés :

- présentant un handicap intellectuel, moteur ou somatique grave ou une association de handicaps intellectuels, moteurs ou sensoriels les rendant incapables d'effectuer seuls les actes essentiels de la vie ;
- nécessitant une surveillance médicale et des soins constants, notamment avec la poursuite de traitements et de rééducation d'entretien.

Les MAS constituent des unités de vie permettant :

- d'apporter l'aide constante due à l'absence d'autonomie des résidents et d'acquiescer chaque fois que possible de l'autonomie et un minimum de vie sociale ;
- de proposer des activités, ainsi qu'une ouverture sur la vie sociale et culturelle, destinées notamment à préserver et à améliorer les acquis des patients, et à prévenir leur régression.

Ces structures assurent de manière permanente (sauf dans l'hypothèse d'un accueil de jour) aux personnes qu'elles accueillent :

- un hébergement et une prestation hôtelière (hébergement, restauration, cadre de vie...);

- ❖ une surveillance médicale ainsi qu'une prise en charge thérapeutique médicale et paramédicale, afin de maintenir et stimuler les capacités existantes. Les MAS ne disposent cependant pas d'équipement technique et sanitaire lourd ou d'équipement de soins intensifs ;

- ❖ des aides à la vie courante et aux soins d'entretien nécessités par l'état de dépendance ;

- ❖ des activités permettant de maintenir et développer les capacités physiques, temporo-spatiales, l'expression verbale et corporelle ;

- ❖ des activités de vie sociale variées, en particulier d'occupation et d'animation, visant à préserver et développer les acquis et les potentialités intellectuelles et physiques, et de prévenir les régressions ;

- ❖ une aide psychologique en fonction des besoins exprimés ou manifestés.

En principe, les MAS accueillent des personnes présentant un degré de handicap plus élevé que les personnes accueillies en FAM. Dans la pratique, les publics sont sensiblement les mêmes.

Personnes accueillies

Les Maisons d'accueil spécialisées (MAS) accueillent des personnes adultes lourdement handicapées n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie, ou ayant perdu leur autonomie à la suite d'une maladie ou d'un accident, et dont l'état nécessite une surveillance médicale et des soins constants :

- ❖ Les personnes adultes qui sortent des établissements pour enfants du fait de leur âge. Parallèlement, aucune limite d'âge supérieure n'existe pour l'entrée en MAS ;

- ❖ Les personnes handicapées et non-malades ; il s'agit de personnes qui ne nécessitent pas de traitements actifs permanents ;

- ❖ Les personnes n'ayant pas d'autonomie ;

- ❖ Les personnes nécessitant une surveillance médicale régulière et des soins constants.

Modalités d'accès

L'entrée en Maison d'accueil spécialisée (MAS) est soumise à une orientation relevant de la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) du département avec un dossier à constituer auprès de la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH). Le décret précisant les catégories de bénéficiaires des MAS souligne la nécessité de donner la primauté à d'autres formes d'accueil avant d'envisager une orientation en MAS.

Modes d'accompagnement et de prise en charge

Outre l'orientation de la CDAPH, l'admission nécessite un accord de prise en charge de la Sécurité sociale. Les admissions sont prononcées par le directeur de l'établissement, après avoir reçu la personne et sa famille au préalable, et dans la mesure des places disponibles. Les personnes accueillies sont originaires de structures pour enfants et adolescents handicapés, du domicile, d'autres structures pour adultes handicapés ou de structures sanitaires.

Pour l'**accompagnement**, il fait l'objet d'un projet personnalisé. Il recouvre des activités, un soutien pour les actes de la vie quotidienne (toilette, soins personnalisés, aide aux repas...), des soins médicaux, paramédicaux et de rééducation, la coordination des démarches administratives de nature médicale, l'organisation des rendez-vous et la coordination avec les services extérieurs de soins. Les MAS peuvent mettre à disposition plusieurs équipements comme piscine, balnéothérapie, équipements de rééducation, snoezelen...

Concernant les notions de surveillance médicale et de soins constants, les MAS assurent essentiellement des soins d'hygiène, de maternage et de *nursing*, la poursuite de traitements ou d'activités occupationnelles ou d'éveil, tendant au maintien ou à l'amélioration des acquis, ou la prévention d'une régression. Aussi, les personnes souffrant de troubles mentaux et les personnes âgées atteintes de handicap(s) résultant du vieillissement peuvent relever du secteur psychiatrique ou de structures pour personnes âgées. De même, pour les besoins liés à des thérapeutiques actives ou des soins intensifs, les personnes, même lourdement handicapées, relèvent des établissements de soins (notamment des services spécialisés des hôpitaux ou des établissements psychiatriques).

En outre, les MAS peuvent proposer des activités (loisirs, simulation...), ainsi qu'une ouverture sur la vie sociale et culturelle :

- ❖ Activités d'intégration sociale : courses en ville, vie urbaine, participation aux fêtes et aux manifestations locales ;
- ❖ Activités extérieures et organisation de sorties en groupe ou individuelles (achats, promenades, visites...) ;
- ❖ Activités culturelles et de loisirs : concert, théâtre, musée, cinéma, bibliothèque... ;
- ❖ Ateliers d'éveil ou d'expression et activités manuelles : cuisine, broderie, poterie, peinture, musique, relaxation... ;
- ❖ Activités physiques adaptées aux possibilités : piscine, équitation, vélo, marche... ;
- ❖ Activités faisant appel à la réflexion et à l'imagination : informatique, jeux de société, musique, chant...

Plusieurs **modalités d'accueil** sont possibles en MAS :

- ❖ L'accueil permanent (internat, externat ou semi-internat) ;
- ❖ L'accueil de jour dans un objectif de soutien des aidants ;
- ❖ L'accueil temporaire.

Les accompagnements en MAS sont généralement longs avec une durée moyenne de séjour de l'ordre de 10 ans⁴⁹, mais cette durée peut être très variable (de quelques jours à plusieurs dizaines d'années).

Les sorties ou réorientations vers d'autres structures pour personnes handicapées peuvent être réalisées à tout moment de l'année après saisine de la CDAPH – par la personne handicapée ou son représentant légal, ou l'établissement – et décision. Les sorties de MAS vers d'autres structures restent cependant peu nombreuses, en raison notamment du degré de dépendance des personnes prises en charge.

c. Structuration et fonctionnement

Statut

Les Maisons d'accueil spécialisées (MAS), autorisées par l'Agence régionale de santé (ARS), peuvent être gérées par une personne morale de statut privé ou public ; dans la grande majorité des cas (plus de 78 % des MAS), elles sont gérées par un organisme privé à but non lucratif ; les autres foyers sont gérés par une structure publique (21 %) ou, très marginalement, par une structure privée commerciale⁵⁰.

Financement

Les Maisons d'accueil spécialisées (MAS) sont financées en totalité par l'Assurance maladie.

Solvabilité du dispositif

Un prix de journée est fixé par le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé (ARS). Celui-ci est pris en charge, qu'il s'agisse d'accueils permanent ou de jour, intégralement par l'Assurance Maladie.

Les dépenses de transports entre le domicile et l'établissement pour les personnes accueillies de jour sont intégrées dans les dépenses d'exploitation et sont également financées par l'Assurance maladie. Seuls les trajets du matin et du soir sont concernés ; les autres déplacements (ex. : déplacement pour des activités liées au projet de vie de la personne) sont financés par la Prestation de compensation du handicap (PCH).

Les frais de journée sont principalement à la charge de l'Assurance maladie. Une participation financière aux frais d'hébergement et d'entretien (forfait journalier) reste cependant à la charge du résident ; celle-ci peut être prise en charge par les assurances complémentaires santé ou par la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C).

Afin de neutraliser les augmentations du forfait journalier et garantir aux personnes accueillies un minimum de ressources, le paiement du forfait journalier ne peut pas conduire à faire descendre les ressources de la personne au-dessous d'un seuil minimum égal à 30 % de l'AAH à taux plein. Si la personne (ou son représentant légal) refuse de communiquer le montant de ses ressources, elle est réputée renoncer au bénéfice de la garantie du minimum de ressources ; elle doit alors acquitter la totalité du forfait journalier.

⁽⁴⁹⁾ Source : Enquête DREES, ES 2006.

⁽⁵⁰⁾ Source : FINESS

d. Professionnels

Plusieurs types de professionnels interviennent au sein des Maisons d'accueil spécialisées (MAS) :

❖ Du personnel de direction, de gestion et d'administration (près de 6 % des effectifs⁵⁰) ;

❖ Du personnel des services généraux (près de 16 %) ;

❖ Le personnel éducatif, pédagogique et social, le personnel d'encadrement sanitaire et social (hors personnel de direction, de gestion et d'administration) et les candidats-élèves sélectionnés aux emplois éducatifs, qui représentent plus de 44 % des effectifs des Maisons d'accueil spécialisées (MAS) dont une grande partie d'Aides médico-psychologiques (AMP) ;

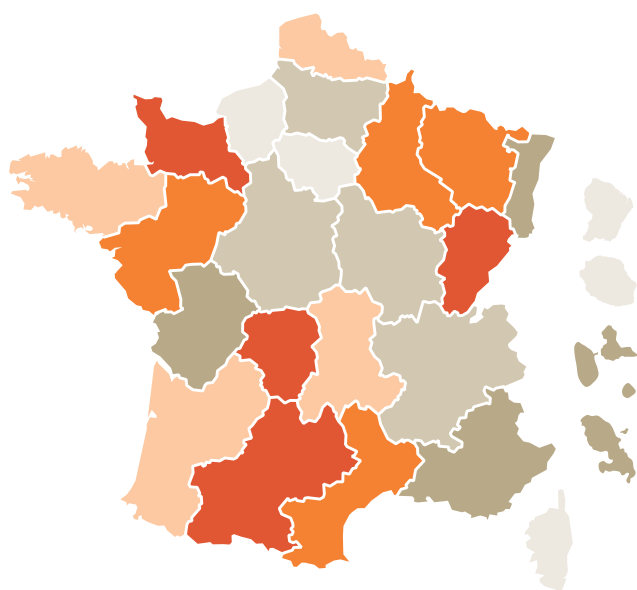
❖ Le personnel médical, paramédical et psychologue, qui représente plus de 34 % des effectifs avec une grande partie d'aides-soignants et, dans une moindre mesure, d'infirmiers DE.

Le ratio moyen d'encadrement observé au niveau national est de l'ordre de 1,2 ETP par personne accueillie⁵¹.

e. Représentation sur le territoire

Selon le FINESS, 639 MAS sont recensées pour 25 852 places installées.

Répartition des taux d'équipement des MAS par région



Taux d'équipement en MAS
(en nombre de places pour 1000 personnes
de 20 à 59 ans)



(source : STATISS 2011 : estimations INSEE
au 1^{er} janvier 2009 pour les données de population
et DREES-ARS-FINESS pour les capacités
installées au 1^{er} janvier 2011)

⁽⁵⁰⁾ Source : Enquête DREES ES2006

⁽⁵¹⁾ Source : Enquête DREES ES2006

LES FOYERS D'ACCUEIL MÉDICALISÉS (FAM)

PERSONNES ADULTES HANDICAPÉES			
INSER. PRO.	ESAT*		
	CRP-CPO-UEOS		
SERVICES	SAVS	SAMSAH	
	SSIAD		
	SAAD		
	SPASAD		
ÉTABLISSEMENTS	Établissements « médicalisés »		
	MAS	MAS DE JOUR	MAS HT
	FAM	FAM DE JOUR	FAM HT
	Établissements non « médicalisés »		
	FH-FV	FV DE JOUR	FV HT

a. Type d'ESMS

FAM : Foyer d'accueil médicalisé (anciennement FDT: Foyer à double tarification)

b. Public et activités

Missions

Le Foyer d'accueil médicalisé (FAM) répond aux missions essentielles suivantes :

- ✚ Développer les apprentissages de la vie quotidienne afin de créer les conditions d'une meilleure autonomie ;
- ✚ Accompagner dans tous les actes essentiels de la vie ;
- ✚ Fournir un lieu de vie et des conditions permettant de s'extérioriser et de favoriser la vie relationnelle et culturelle ;
- ✚ Assurer un suivi médical et des soins constants, nécessaires à la santé physique et psychique ;
- ✚ Dépister et suivre les troubles somatiques que la personne n'est pas en mesure de nommer ;
- ✚ Promouvoir et maintenir l'autonomie ;
- ✚ Insérer dans la vie relationnelle et sociale ;
- ✚ Mettre en œuvre un projet individualisé qui permet de développer les potentialités des personnes accueillies.

Personnes accueillies

Les Foyers d'accueil médicalisés accueillent des personnes adultes lourdement handicapées, intellectuellement ou physiquement (déficiences intellectuelles, handicapées psychiques...) ,ou atteintes de handicaps associés dont la dépendance totale ou partielle les rend inaptes à toute activité professionnelle et rend nécessaire l'assistance d'une tierce personne pour la plupart des actes essentiels de l'existence ainsi qu'une surveillance médicale et des soins constants.

En principe, les Foyers d'accueil médicalisés (FAM) accueillent des personnes un peu moins dépendantes que la population hébergée en Maison d'accueil spécialisée (MAS). Dans la pratique, les publics sont sensiblement les mêmes.

Modalités d'accès

L'entrée en Foyer d'accueil médicalisé (FAM) est soumise à une orientation relevant de la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) du département avec un dossier à constituer auprès de la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH).

Modes d'accompagnement et de prise en charge

Les personnes accueillies sont originaires de structures pour jeunes ou adultes handicapés, du domicile, ou de structures sanitaires (psychiatriques notamment).

L'accompagnement proposé au sein d'un Foyer d'accueil médicalisé (FAM) s'effectue sur la base d'un projet individualisé avec notamment plusieurs types d'accompagnements :

- ❖ Relatifs aux actes de la vie quotidienne (lever, toilette, habillement, repas, coucher...);
- ❖ Médical, paramédical (soins infirmiers...) et de rééducation (kinésithérapie, ergothérapie...);
- ❖ Psychosocial: suivi psychologique des résidents, soutien aux familles;
- ❖ Éducatif.

Plusieurs activités peuvent être proposées aux résidents suivant leur projet individualisé :

- ❖ Activités cognitives;
- ❖ Activités à but éducatif et de socialisation (cours, organisation de sorties...);
- ❖ Activités culturelles (cinéma, visites de musées...);
- ❖ Activités physiques (promenades, sport...);
- ❖ Activités manuelles, arts plastiques;
- ❖ Activités d'expression;
- ❖ Activités à but thérapeutique (art thérapie, psychomotricité, balnéothérapie...).

Ces activités peuvent se dérouler dans l'enceinte des foyers ou à l'extérieur.

Les Foyers d'accueil médicalisés (FAM) offrent des **modes d'accueil** diversifiés :

- ❖ Accueil permanent (externat et semi-internat);
- ❖ Accueil de jour dans un objectif de soutien des aidants;
- ❖ Accueil temporaire.

L'accompagnement en FAM est généralement long avec une

durée moyenne de séjour de l'ordre de 7 années⁵³. **Les sorties ou réorientations** vers d'autres structures pour personnes handicapées peuvent être réalisées à tout moment de l'année après étude du dossier par la CDAPH.

c. Structuration et fonctionnement

Statut

Les Foyers d'accueil médicalisés (FAM), autorisés conjointement par le président du conseil général et le directeur général de l'Agence régionale de santé (ARS), peuvent être gérés par une personne morale de statut privé ou public; dans la grande majorité des cas (plus de 85 % des FAM), ils sont gérés par un organisme privé à but non lucratif; les autres foyers sont gérés par une structure publique (près de 14 %) ou, très marginalement, par une structure privée commerciale (source : FINESS).

Financement

Le budget des Foyers d'accueil médicalisés (FAM) distingue :

❖ Le forfait soins versé par l'assurance maladie. Le directeur général de l'Agence régionale de santé (ARS) fixe par arrêté le forfait annuel global de soins, en retenant un forfait journalier afférent aux soins et ce, dans la limite du forfait plafond fixé par arrêté ministériel. Ce forfait recouvre les frais occasionnés par les soins médicaux (médicaments, protections, consultations médicales), les charges afférentes au personnel médical et paramédical (aide-soignant, médecin psychiatre, psychologue, infirmier, kinésithérapeute), l'achat du matériel médical et paramédical.

❖ Le tarif hébergement et accompagnement à la vie sociale fixé par le président du conseil général et à la charge principale du résident, sans que la contribution réclamée puisse faire descendre ses ressources en dessous du minimum garanti (30 % de l'AAH à taux plein). En cas de ressources insuffisantes, l'aide sociale peut intervenir. Le prix de journée comprend la prise en charge des frais de fonctionnement de l'établissement (location et frais concernant le bâtiment) et des frais de personnel éducatif (salaires des AMP et éducateurs) ainsi que l'entretien intégral des personnes accueillies (nourriture, entretien du linge, mobilier, matériel d'activité...).

Solvabilité du dispositif

Le forfait soins est versé par l'Assurance maladie mais la personne handicapée participe aux frais d'hébergement et d'entretien en fonction de ses revenus dans les limites évoquées ci-dessus et avec prise en charge par l'aide sociale départementale si besoin.

Les frais de transport entre le domicile et l'établissement pour les personnes en accueil de jour sont pris en charge par le foyer dans le cadre du forfait annuel global de soins financé par l'Assurance maladie.

⁵³ Source : Enquête DREES ES2006

d. Professionnels

Plusieurs types de professionnels interviennent au sein des Foyers d'accueil médicalisés (FAM) :

→ Du personnel de direction, de gestion et d'administration (près de 6 % des effectifs⁵⁴) ;

→ Du personnel des services généraux (plus de 16 %) ;

→ Le personnel éducatif, pédagogique et social, le personnel d'encadrement sanitaire et social (hors personnel de direction, de gestion et d'administration) et les candidats-élèves sélectionnés aux emplois éducatifs, qui représentent plus de 44 % des effectifs des Foyers d'accueil médicalisés (FAM) dont une grande partie d'Aides médico-psychologiques (AMP) ;

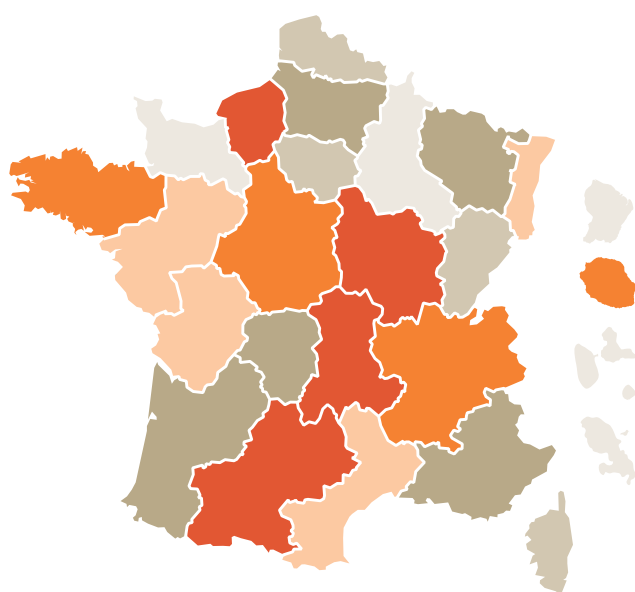
→ Le personnel médical, paramédical et psychologue représente plus de 32 % des effectifs avec une grande partie d'aides-soignants et, dans une moindre mesure, d'infirmiers DE.

Le ratio moyen d'encadrement observé au niveau national est de l'ordre de 1,06 ETP par personne accueillie⁵⁵.

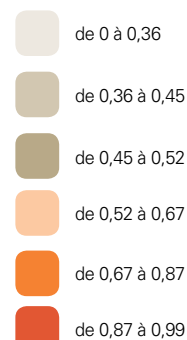
e. Représentation sur le territoire

Selon le FINESS, 834 FAM sont recensées pour 24 724 places installées.

Répartition des taux d'équipement des FAM par région



Taux d'équipement en FAM
(en nombre de places pour 1000 personnes
de 20 à 59 ans)

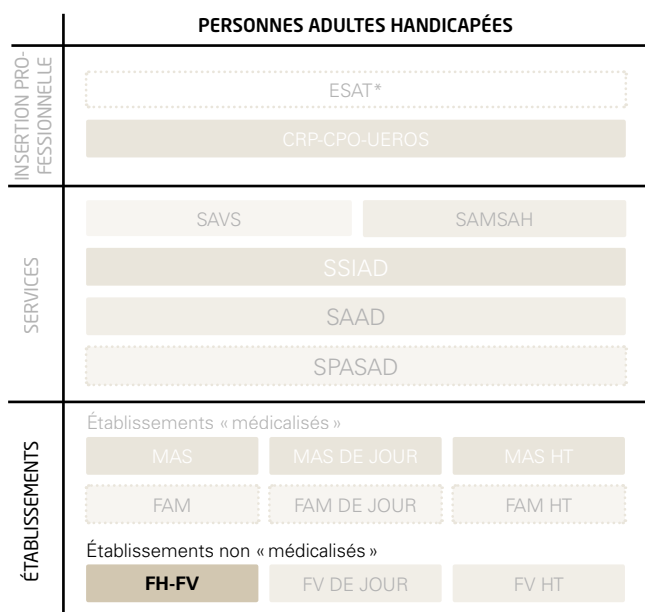


(source : STATISS 2011 : estimations INSEE
au 1^{er} janvier 2009 pour les données de population
et DREES-ARS-FINESS pour les capacités
installées au 1^{er} janvier 2011)

⁽⁵⁴⁾ Source : Enquête DREES ES2006

⁽⁵⁵⁾ Source : Enquête DREES ES2006

LES FOYERS D'HÉBERGEMENT



a. Type d'ESMS

FH: Foyer d'hébergement

b. Public et activités

Missions

Le foyer d'hébergement est un lieu de vie indépendant du lieu de travail, qui accueille des travailleurs handicapés. L'organisation mise en place doit permettre à chacun d'accéder à un maximum d'autonomie dans la vie quotidienne et les loisirs. Ces établissements assurent, en début et fin de journée et/ou en fin de semaine, l'hébergement et l'entretien des personnes adultes handicapées qui exercent une activité professionnelle pendant la journée.

Les foyers d'hébergement ont pour missions d'offrir :

- ✚ une résidence adaptée et évolutive (du foyer collectif au studio individuel) ;
- ✚ un accompagnement personnalisé notamment pour les travailleurs d'Établissements ou de services d'aide par le travail (ESAT) ;
- ✚ des activités de loisirs (ateliers, activités manuelles, culturelles, sportives...).

Ils mettent en place un certain nombre de prestations permettant notamment :

- ✚ de proposer un hébergement, un service de restauration, de blanchisserie... ;
- ✚ d'assurer une vigilance et des informations en matière d'hygiène (soins, alimentation, diététique...).

✚ d'accompagner les résidents dans les situations de la vie quotidienne en fonction des limites d'autonomie (conseil, soutien, assistance pour la toilette, les repas...);

✚ d'assurer une aide psychologique, une aide à la vie sociale et relationnelle ;

✚ de promouvoir et d'organiser l'accès aux loisirs ;

✚ de fournir une aide à la décision pour la réalisation de divers projets (gestion financière, démarches administratives, choix de consommation).

Personnes accueillies

Les Foyers d'Hébergement (FH) accueillent des personnes adultes travailleurs handicapés qui exercent une activité pendant la journée dans un milieu protégé (Établissement ou service d'aide par le travail –ESAT), en milieu ordinaire (Entreprise adaptée –EA ou entreprise ordinaire) ou qui suivent un stage de rééducation professionnelle ayant suffisamment d'autonomie pour accomplir les actes courants de la vie quotidienne.

Modalités d'accès

L'entrée en Foyer d'hébergement (FH) est soumise à une orientation relevant de la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) du département avec un dossier à constituer auprès de la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH).

Modes d'accompagnement et de prise en charge

L'admission dans ce type de foyer se fait sur orientation de la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) qui peut, éventuellement, prendre simultanément une décision d'orientation vers une structure de travail protégée. Le choix de l'établissement appartient à la personne handicapée ou à sa famille mais doit également tenir compte des places disponibles. Les personnes accueillies pouvaient être antérieurement accueillies au sein d'une structure pour jeunes handicapés ou du milieu ordinaire.

En ce qui concerne l'accompagnement, les personnes handicapées bénéficient d'un hébergement, et peuvent également disposer selon leurs besoins :

- ✚ d'un accompagnement social ;
- ✚ d'un soutien médico-psychologique ;
- ✚ d'activités socio-éducatives.

Les accompagnements peuvent être apportés par une équipe socio-éducative. Ces foyers n'emploient pas de personnel soignant.

Les propositions d'accompagnement éducatif se déclinent en fonction des besoins des personnes accueillies. Elles tiennent compte des niveaux d'autonomie de chacun et répondent, dans la mesure du possible, à la demande du résident. Une large place est dédiée à l'accompagnement du quotidien, à l'apprentissage des premières démarches administratives et à l'organisation des loisirs (sport, culture, vacances...). Les activités proposées sont déterminées en collaboration avec l'adulte accueilli dans le cadre des dispositions législatives et réglementaires avec, notamment, un projet personnalisé et un contrat de séjour, eux-mêmes inscrits dans le cadre d'un projet d'établissement.

Pour l'accueil, ces foyers proposent des formes diversifiées d'hébergement :

✚ Hébergement en foyers collectifs organisés en unités de vie, disposant de locaux communs et de chambres individuelles ;

✚ Hébergement en maisons ou appartements individuels ou communautaires ;

✚ Hébergement en « foyers éclatés » et « appartements satellites » offrant des logements situés dans un ensemble d'habitations ordinaires, dans lesquels les résidents, accompagnés par une équipe, peuvent vivre en groupe, en couple ou seuls. Ce type de logements permettent de favoriser l'insertion des résidents dans le tissu social.

Les foyers d'hébergement proposent généralement un accueil et hébergement permanents. Certains peuvent cependant recevoir des personnes en accueil temporaire d'une durée de quelques jours à quelques semaines.

Les projets et le fonctionnement de ces établissements peuvent donc varier au niveau de la formule d'hébergement (pouvant aller du bâtiment spécifique et autonome, aux petits groupes de logements diffus dans l'habitat ordinaire) et de l'encadrement, qui peut laisser une part plus ou moins importante à l'autonomie sociale (participation à la vie du foyer : courses, préparation des repas, par exemple).

Les sorties ou réorientations sont étudiées et validées par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH). Les personnes peuvent quitter le foyer pour rejoindre un domicile ordinaire (ex. : logement personnel, famille...), des établissements d'accueil pour personnes âgées, ou d'autres structures pour adultes handicapés (ex. : foyer de vie).

c. Structuration et fonctionnement

Statut

Ces foyers peuvent être gérés par une personne morale de statut privé ou public ; dans la très grande majorité des cas (95 % des foyers d'hébergement), ils sont gérés par un organisme privé à but non lucratif ; les autres foyers sont gérés par une structure publique (4,6 %) ou, très marginalement, par une structure privée commerciale⁵⁸.

Financement

Les foyers d'hébergement relèvent de la compétence du conseil général notamment pour leurs autorisation, capacité et financement via l'aide sociale départementale. Le président du conseil général fixe le prix de journée du foyer d'hébergement, acquitte ce prix de journée et demande ensuite aux résidents une participation aux frais d'hébergement, compte tenu d'un minimum de revenus qui doit être laissé aux personnes accueillies. La participation de la personne handicapée peut être recouvrée par l'établissement et déduite du prix de journée facturé au département.

Solvabilité du dispositif

Sous réserve de dispositions plus favorables du règlement départemental d'aide sociale du conseil général, les frais d'hébergement et d'entretien des personnes handicapées accueillies, au titre de l'aide sociale, sont à la charge :

✚ à titre principal, de l'intéressé lui-même sans que la contribution qui lui est réclamée puisse faire descendre ses ressources au-dessous d'un minimum (sont intégrées dans ces ressources, l'allocation aux adultes handicapés). Ce minimum varie si la personne handicapée travaille ou non, si l'hébergement est complet ou partiel... À titre d'exemple, pour un entretien partiel pour un travailleur en internat de semaine ou 5 repas pris à l'extérieur (soit hébergement et totalité des repas pendant la semaine – hors week-end –, soit hébergement pendant la semaine et le week-end avec 5 repas pris à l'extérieur), les ressources laissées doivent correspondre à 70 % de l'AAH à taux plein ;

✚ pour le surplus éventuel, de l'aide sociale sans que puisse être demandée une participation aux personnes tenues à l'obligation alimentaire.

⁽⁵⁸⁾ Source : FINESS

d. Professionnels

Plusieurs types de professionnels interviennent au sein des foyers d'hébergement :

❖ Du personnel de direction, de gestion et d'administration (environ 10 % des effectifs⁵⁷) ;

❖ Du personnel des services généraux (près de 26 %) ;

❖ Une équipe d'éducateurs et de travailleurs sociaux qui assure notamment l'encadrement au foyer le soir et le week-end (éducateurs spécialisés, moniteurs-éducateurs, aides médico-psychologiques, animateurs socio-éducatif...). Si l'on intègre le personnel éducatif, pédagogique et social, le personnel d'encadrement sanitaire et social (hors personnel de direction, de gestion et d'administration) et les candidats-élèves sélectionnés aux emplois éducatifs, cette catégorie de professionnels représente plus de 60 % des effectifs des foyers d'hébergement.

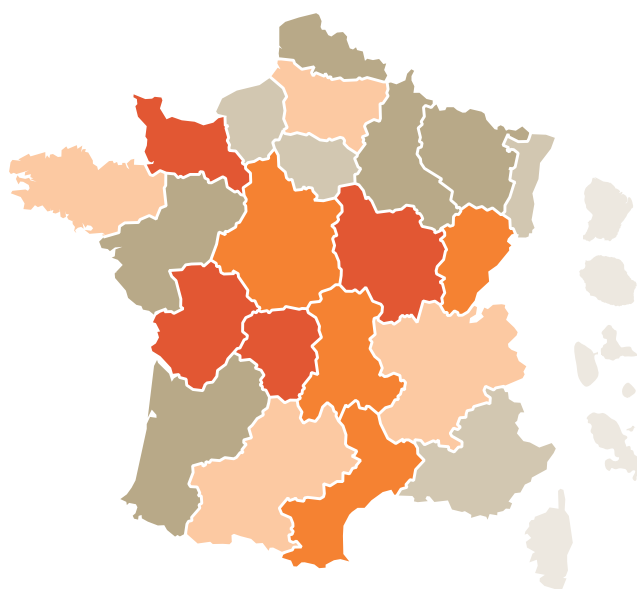
Ces foyers n'étant pas médicalisés (sauf exception avec des foyers d'hébergement disposant de professionnels médicaux et/ou paramédicaux et/ou de psychologues), la surveillance médicale, la rééducation, les prestations médicales et paramédicales sont réalisées en cas de besoin par des professionnels libéraux extérieurs rémunérés à l'acte, et choisis librement par chaque résident et leur famille.

Le ratio moyen d'encadrement observé au niveau national est de l'ordre de 0,45 ETP par personne accueillie⁵⁸.

e. Représentation sur le territoire

Selon le FINESS, 1 291 FH sont recensés pour 39 482 places installées.

Répartition des taux d'équipement des foyers d'hébergement par région



Taux d'équipement en Foyer d'Hébergement
(en nombre de places pour 1000 personnes
de 20 à 59 ans)



(source : STATISS 2011 : estimations INSEE
au 1^{er} janvier 2009 pour les données de population
et DREES-ARS-FINESS pour les capacités
installées au 1^{er} janvier 2011)

⁽⁵⁷⁾ Source : Enquête DREES ES2006

⁽⁵⁸⁾ Source : Enquête DREES ES2006

LES FOYERS DE VIE

	PERSONNES ADULTES HANDICAPÉES
INSERTION PROFESSIONNELLE	ESAT* CRP-CPO-UEROS
SERVICES	SAVS SAMSAH SSIAD SAAD SPASAD
ÉTABLISSEMENTS	Établissements « médicalisés » MAS MAS DE JOUR MAS HT FAM FAM DE JOUR FAM HT Établissements non « médicalisés » FH-FV FV DE JOUR FV HT

a. Type d'ESMS

FV : Foyer de vie (ou FO : Foyer occupationnel) dont la dénomination peut varier selon les départements

b. Public et activités

Missions

Ces deux types d'établissements relèvent des dispositions réglementaires relatives aux établissements sociaux et médico-sociaux. Ils ont la particularité d'accueillir des personnes adultes dont le handicap ne permet pas ou plus d'exercer une activité professionnelle, y compris en milieu protégé (ESAT). Ces foyers mettent en œuvre des soutiens médico-sociaux adaptés à l'état des personnes accueillies avec notamment des activités quotidiennes (ex. : activités ludiques, éducatives...) et des animations sociales. Dans les faits, ils constituent des structures intermédiaires entre, d'un côté, les Foyers d'hébergement (FH) et, de l'autre, les Foyers d'accueil médicalisés (FAM) et les Maisons d'accueil spécialisées (MAS).

Personnes accueillies

Les foyers de vie accueillent des personnes qui ne disposent pas d'une capacité suffisante pour travailler mais qui néanmoins dispose d'une autonomie physique et intellectuelle suffisante ne justifiant pas leur accueil en Maison d'accueil spécialisée (MAS). Certains d'entre eux accueillent des personnes handicapées précédemment travailleurs en Établissement et service d'aide par le travail (ESAT) mais dont l'avancée en âge et les problèmes physiques qui en résultent ne leur permettent plus d'y être maintenus.

Modalités d'accès

L'entrée en Foyer de vie (FV) est soumise à une orientation relevant de la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) du département avec un dossier à constituer auprès de la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH).

Modes d'accompagnement et de prise en charge

En général, les foyers de vie ou foyers occupationnels sont ouverts toute l'année. Certains proposent des accueils de jour.

Les propositions d'accompagnement éducatif se déclinent en fonction des besoins des résidents. Elles tiennent compte des niveaux d'autonomie de chacun et sont axées sur l'accompagnement du quotidien, l'hygiène, l'alimentation, les déplacements... Des activités sportives, culturelles et de vacances sont proposées.

Ces foyers accompagnent la personne dans son projet de vie en prenant en compte ses besoins et ses attentes, en dispensant des activités concourant à son épanouissement, au maintien de ses acquis, à sa bonne santé physique (activités physiques d'entretien du corps, de détente). Il favorise le maintien des relations familiales et amicales.

L'accompagnement et les activités proposées sont déterminés en collaboration avec l'adulte accueilli dans le cadre des dispositions législatives et réglementaires avec, notamment, un projet personnalisé, un contrat de séjour, eux-mêmes inscrits dans le cadre d'un projet d'établissement.

c. Structuration et fonctionnement

Statut

Les Foyers de vie (FV) ou Foyers occupationnels (FO) peuvent être gérés par une personne morale de statut privé ou public ; dans la très grande majorité des cas (près de 90 % des foyers de vie), ils sont gérés par un organisme privé à but non lucratif ; les autres foyers sont gérés par une structure publique (10 %) ou, très marginalement, par une structure privée commerciale (source : FINESS).

Financement

Les foyers de vie ou occupationnels relèvent de la compétence du conseil général, notamment pour leurs autorisation, capacité et financement via l'aide sociale départementale. Le président du conseil général fixe le prix de journée du foyer, acquitte ce prix de journée et demande ensuite aux résidents une participation aux frais d'hébergement, compte tenu d'un minimum de revenus qui doit être laissé aux personnes accueillies. La participation de la personne handicapée peut être recouvrée par l'établissement et déduite du prix de journée facturé au département.

Solvabilité du dispositif

Sous réserve de dispositions plus favorables du conseil général, les frais d'hébergement et d'entretien des personnes handicapées accueillies, au titre de l'aide sociale, sont à la charge :

- ❖ à titre principal, de l'intéressé lui-même sans que la contribution qui lui est réclamée puisse faire descendre ses ressources au-dessous d'un minimum (est intégrée dans ces ressources l'allocation aux adultes handicapés). Ce minimum varie selon la situation de la personne. À titre d'exemple, pour un entretien complet (hébergement et totalité des repas pendant la semaine et le week-end), les ressources laissées doivent correspondre à 10 % des ressources (ou 30 % de l'AAH à taux plein) ;

- ❖ pour le surplus éventuel, de l'aide sociale sans que puisse être demandée une participation aux personnes tenues à l'obligation alimentaire.

d. Professionnels

Plusieurs types de professionnels interviennent au sein des foyers de vie :

- ❖ Du personnel de direction, de gestion et d'administration (environ 8 % des effectifs⁶⁰) ;

- ❖ Du personnel des services généraux (près de 22 %) ;

- ❖ Une équipe d'éducateurs et de travailleurs sociaux qui assure l'encadrement au foyer (éducateurs spécialisés, moniteurs-éducateurs, aides médico-psychologiques, animateurs socio-éducatifs...). Si l'on intègre le personnel éducatif, pédagogique et social, le personnel d'encadrement sanitaire et social (hors personnel de direction, de gestion et d'administration) et les candidats-élèves sélectionnés aux emplois éducatifs, cette catégorie de professionnels représente plus de 60 % des effectifs des Foyers de vie (FV).

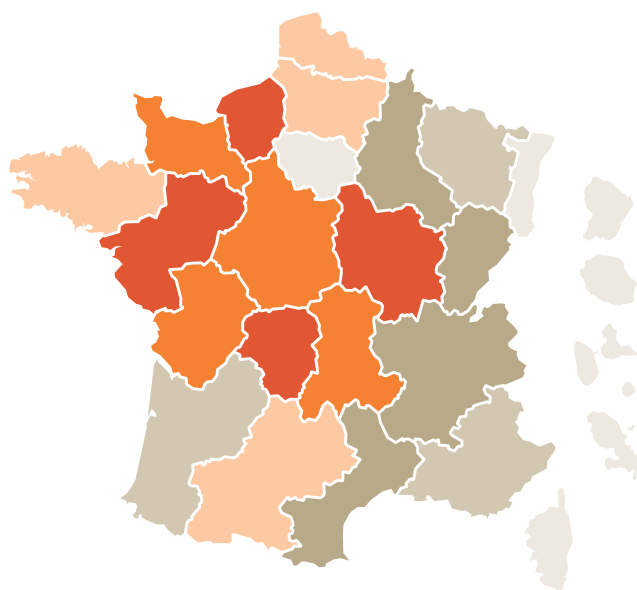
Ces foyers n'étant pas médicalisés, la surveillance médicale, la rééducation, les prestations médicales et paramédicales sont réalisées en cas de besoin par des professionnels libéraux extérieurs rémunérés à l'acte, et choisis librement par chaque résident et sa famille. On constate cependant qu'environ 9 % des effectifs sont constitués de professionnels médicaux, paramédicaux ou psychologues (en particulier des aides-soignants).

Le ratio moyen d'encadrement observé au niveau national est de l'ordre de 0,67 ETP par personne accueillie⁶¹.

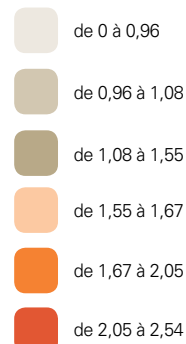
e. Représentation sur le territoire

Selon le FINESS, 1 615 FV sont recensés pour 47 200 places installées.

Répartition des taux d'équipement des foyers de vie par région



Taux d'équipement en Foyer de Vie
(en nombre de places pour 1000 personnes
de 20 à 59 ans)



(source : STATISS 2011 : estimations INSEE
au 1^{er} janvier 2009 pour les données de population
et DREES-ARS-FINESS pour les capacités
installées au 1^{er} janvier 2011)

⁽⁶⁰⁾ Source : Enquête DREES ES2006

⁽⁶¹⁾ Source : Enquête DREES ES2006

L'ACCUEIL FAMILIAL

Cf. la fiche « accueil familial » dans la partie « Établissements et services intervenant auprès des personnes âgées ».

LES ENTREPRISES ADAPTÉES (EA) ET CENTRES DE DISTRIBUTION DE TRAVAIL À DOMICILE (CDTD)

a. Type de service

EA : Entreprise adaptée (anciennement AP : Atelier protégé)

CDTD : Centre de distribution de travail à domicile

Dans un souci de cohérence, l'EA et le CDTD sont présentés, même s'ils ne relèvent pas du cadre réglementaire et législatif propre aux établissements et services médico-sociaux.

b. Public et activités

Missions

Une Entreprise adaptée (EA) est une entreprise du milieu ordinaire du travail employant au moins 80 % de travailleurs handicapés dans son effectif de production et qui a conclu avec l'État un contrat d'objectif triennal. Les travailleurs handicapés peuvent ainsi exercer une activité professionnelle dans des conditions adaptées à leurs possibilités.

En fonction des nécessités de leur production, les entreprises adaptées peuvent embaucher des salariés valides dans la limite de 20 % de leurs effectifs concourant à la production.

L'objectif des EA et CDTD est :

- ❖ de permettre à des travailleurs handicapés d'exercer une activité professionnelle salariée dans des conditions adaptées à leurs possibilités ;

- ❖ de favoriser leur projet professionnel en vue de leur valorisation, de leur promotion et de leur mobilité au sein de la structure elle-même ou vers d'autres entreprises.

Elles ont ainsi pour objet de permettre une insertion et une promotion professionnelle tenant compte du handicap du travailleur, et peuvent servir de tremplin vers des emplois dans des entreprises classiques du marché du travail.

Un Centre de distribution de travail à domicile (CDTD) est une Entreprise adaptée (EA) dont la spécificité est de procurer aux

travailleurs handicapés des travaux à effectuer à domicile.

Personnes recrutées et modalités d'accès

Les entreprises adaptées et centres de distribution de travail à domicile recrutent des personnes adultes travailleurs handicapés orientées vers le marché du travail par la CDAPH et titulaires de la RQTH, qui peuvent être recrutées sur proposition du service public de l'emploi ou par un organisme de placement spécialisé (réseau Cap emploi, Prométhée, Pôle emploi).

Les entreprises adaptées peuvent recruter directement des personnes handicapées titulaires de la RQTH et orientées vers le marché du travail par la CDAPH, notamment en sortie d'un accompagnement médico-social ou d'un établissement de santé.

Modes d'accompagnement et de prise en charge

Les EA exercent généralement des activités de production ou de sous-traitance et des prestations de service. De nombreux pôles d'activités peuvent ainsi être développés par les EA : électronique et électrotechnique, mécanique, communication, artisanat (ex. : maçonnerie), environnement, espaces verts, services administratifs, logistique...

Les travailleurs handicapés salariés peuvent ainsi exercer une activité professionnelle dans des conditions adaptées à leurs possibilités, tout en prenant en compte les exigences économiques de l'environnement.

Plusieurs dispositions sont prévues afin de faciliter le passage de l'entreprise adaptée ou du centre de distribution de travail à domicile vers une entreprise non-adaptée du marché du travail :

- ❖ **Priorité d'embauche :** le salarié handicapé qui a démissionné d'une EA ou d'un CDTD pour travailler dans une entreprise non-adaptée bénéficie, dans un délai d'1 an à compter de la rupture de son contrat, d'une priorité d'embauche s'il manifeste le souhait de réintégrer l'EA ou le CDTD.

- ❖ **Mise à disposition :** les travailleurs handicapés employés dans une EA peuvent, avec leur accord et en vue d'une embauche éventuelle (et uniquement dans ce but), être mis à la disposition d'un autre employeur. Ils continuent à ouvrir droit, pour l'EA, à l'aide au poste et à la subvention spécifique.

c. Structuration et fonctionnement

Statut

Les EA peuvent être gérées par une personne morale de statut privé ou public ; dans la grande majorité des cas (75 % des EA), elles sont gérées par un organisme privé à but non lucratif ; les autres EA sont gérées par une structure privée commerciale (plus de 21 %) ou publique (plus de 3 %⁽⁶³⁾).

Il convient de noter qu'une section d'entreprise adaptée annexée à un ESAT est une EA à part entière adossée à un ESAT.

Financement

Ces structures doivent passer, avec le préfet de région, un contrat d'objectifs triennal valant agrément. Au moins chaque année, un avenant financier, faisant état de l'avancement de la réalisation des objectifs du contrat triennal, actualise les données relatives à la situation de l'entreprise adaptée ou du centre de distribution de travail à domicile et fixe le nombre et le montant des aides au poste versées par l'État.

Solvabilité du dispositif

Les entreprises adaptées qui ont conclu un contrat d'objectifs triennal avec le préfet de région peuvent alors bénéficier, sous certaines conditions, d'aides de l'État :

❖ Une aide au poste (ex-garantie de ressources des travailleurs handicapés) : les personnes handicapées recrutées ouvrent droit à cette aide, sur proposition du service public de l'emploi ou d'un organisme de placement spécialisé, par les EA et CDTD. Le montant de l'aide au poste est égal à 80 % du salaire minimum de croissance brut.

❖ Une subvention spécifique (ex-subvention d'accompagnement et de développement) : cette subvention est versée compte tenu des surcoûts générés par l'emploi très majoritaire de personnes handicapées, et est également destinée à permettre un suivi social ainsi qu'une formation spécifique de la personne handicapée à son poste de travail.

Dans le cadre de la loi concernant l'obligation d'emploi de personnes handicapées, les prestations de services de l'entreprise adaptée sont prises en compte pour le calcul des équivalences d'emploi.

d. Professionnels

Plusieurs types de professionnels peuvent intervenir, par exemple des techniciens, agents de maîtrise ou moniteurs d'ateliers.

e. Représentation sur le territoire

Selon le FINESS, les EA (hors CDTD) sont au nombre de 538 pour une capacité de 18 070 places. Le taux d'équipement moyen national est de 0,56 place pour 1 000 habitants de 20 à 59 ans⁽⁶⁴⁾.

⁽⁶³⁾ Source : FINESS

⁽⁶⁴⁾ Source : STATISS 2007

LES ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES ACCOMPAGNANT DES ENFANTS HANDICAPÉS

Résumé

Les établissements et services accompagnant des enfants handicapés recouvrent :

→ Pour le dépistage précoce : le Centre d'action médico-sociale précoce (CAMSP), le Centre médico-psycho-pédagogique (CMPP) et le centre de ressources.

→ Pour l'accompagnement en milieu ordinaire : l'Institut médico-éducatif (IME), l'Institut d'éducation motrice (IEM), l'Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique (ITEP), l'Établissement pour enfants ou adolescents polyhandicapés (EEAP), l'établissement d'éducation pour déficients sensoriels et le Service d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD).

→ Pour la prise en charge « institutionnelle », le Centre d'accueil familial spécialisé (CAFS).

	ENFANTS HANDICAPÉS
DÉPISTAGE PRÉCOCE	CAMSP
	CMPP
	Centre de ressources
ACCOMPAGNEMENT EN MILIEU ORDINAIRE	IME
	IEM
	ITEP
	EEAP
	ETAB. EDUC. DEF. SENSORIEL
	SESSAD
PRISE EN CHARGE INSTIT.	CAFS

■ Financement AM



■ Co-financement AM-CG



LES CENTRES D'ACTION MÉDICO-SOCIALE PRÉCOCE (CAMSP)

	ENFANTS HANDICAPÉS	
	DÉPISTAGE PRÉCOCE	ACCOMPAGNEMENT EN MILIEU ORDINAIRE
	CAMSP	
	CMPP	
	Centre de ressources	
		IME
		IEM
		ITEP
		EEAP
		ETAB. EDUC. DEF. SENSORIEL
		SESSAD
PRISE EN CHARGE INSTIT.		CAFS

a. Type d'ESMS

CAMSP : Centre d'action médico-sociale précoce

b. Public et activités

Missions

Les CAMSP ont pour objet le dépistage, la cure ambulatoire et la rééducation, en collaboration avec les parents, d'enfants de moins de 6 ans présentant des déficits sensoriels, moteurs ou mentaux en vue d'une adaptation sociale et éducative dans leur milieu naturel. Ils exercent des actions préventives spécialisées.

Les missions des CAMSP sont :

- le dépistage et le diagnostic précoce des déficits ou handicaps ;
- la prévention ou la réduction de l'aggravation de ces handicaps ;
- la cure ambulatoire et la rééducation précoce des enfants présentant ces déficits ou handicaps ;
- l'accompagnement des familles, soit au cours des consultations, soit à domicile, dans les soins et l'éducation spécialisée requis par l'état de l'enfant ;
- le soutien et l'aide à l'adaptation sociale et éducative ;
- les démarches d'inclusion en milieu ordinaire du jeune enfant (lieu d'accueil de la petite enfance, école maternelle).

Personnes accueillies

Les CAMSP sont destinés à des enfants de moins de 6 ans présentant des déficiences motrices, sensorielles ou mentales ou présentant un handicap ou un risque de handicap. Leur vocation est d'être polyvalents, c'est-à-dire de s'adresser à tous les types de handicaps, mais certains ont un public plus délimité, par exemple les enfants sourds. Les CAMSP peuvent ainsi être spécialisés ou polyvalents avec des sections spécialisées. Ils peuvent fonctionner dans des locaux propres ou les locaux d'une consultation hospitalière, d'une consultation de PMI, d'un CMPP ou d'un établissement habilité à recevoir des enfants d'âge préscolaire atteints d'un handicap sensoriel, moteur ou mental.

Modalités d'accès

Les parents sollicitent librement ces centres. Néanmoins, les enfants sont généralement orientés vers le CAMSP par l'hôpital, le médecin, la Protection maternelle et infantile (PMI), l'école, les services de promotion de la santé en faveur des élèves ou une structure d'accueil de la petite enfance. Les secteurs sanitaire, hospitalier ou libéral, jouent donc un rôle majeur dans l'orientation initiale vers le CAMSP, ou l'indication du CAMSP.

Modes d'accompagnement et de prise en charge

La prise en charge des enfants s'effectue au cours de consultations ambulatoires réalisées par les professionnels dans les locaux du CAMSP ou à domicile. Les CAMSP assurent une action préventive. Une fois le diagnostic établi, ils assurent la rééducation de l'enfant et un accompagnement parental dans les soins et l'éducation spécialisée requis par l'enfant. Selon la nature du handicap, ils peuvent également orienter la famille vers d'autres services et équipes spécialisés compétents. Chaque enfant doit faire l'objet d'un projet individualisé de prise en charge, et du suivi de son évolution.

L'équipe pluridisciplinaire du CAMSP reçoit ainsi les enfants et les familles au cours de contacts ponctuels, de séances de dépistage, de bilans ou de suivi thérapeutique. Elle assure ainsi des séances individuelles et des séances de groupe.

La durée moyenne des prises en charge thérapeutiques est comprise entre 1 et 3 ans pour les trois-quarts des CAMSP ayant répondu à l'enquête de la CNSA en 2008. La durée est le plus fréquemment comprise entre 12 et 24 mois⁶⁵.

À leur sortie du CAMSP, la majeure partie des enfants sont suivis en milieu ordinaire (CMPP, SESSAD, suivi en libéral ou autre CAMSP). Environ un quart des enfants ne nécessitent pas de suivi particulier ou vont dans leur famille, les autres enfants sont orientés en établissement médico-social ou sanitaire.

⁽⁶⁵⁾ Source : CNSA « Les CAMSP - résultats de l'étude quantitative menée en 2008 »

c. Structuration et fonctionnement

Statut

Les CAMSP peuvent être des structures publiques ou privées à but non lucratif. Ils sont essentiellement privés non lucratifs (70 %⁶⁶). Les 30 % restants sont intégrés à des établissements publics, CCAS...

Financement

La double activité des CAMSP (activité de dépistage et activité de soins/traitement) induit un financement conjoint en dotation globale réparti entre l'Assurance maladie et le département :

→ 80 % au titre de l'Assurance maladie ;

→ 20 % au titre de l'aide sociale départementale (PMI).

Solvabilité du dispositif

Le financement du CAMSP est assuré par le versement du douzième de la dotation globale de fonctionnement versé mensuellement.

d. Professionnels

Les CAMSP disposent d'une équipe pluridisciplinaire médicale, paramédicale et éducative composée généralement de médecins spécialisés, rééducateurs, auxiliaires médicaux, psychologues, ergothérapeutes et assistants sociaux.

Le personnel des centres est réparti comme suit : personnel de direction, de gestion et d'administration (24,9 %), personnel d'encadrement sanitaire et social (1,6 %), personnel médical, paramédical et psychologue (55,8 %), personnel éducatif, pédagogique et social (17 %⁶⁷).

Le nombre moyen d'équivalents temps plein est de 9,9 ETP par structure. D'importantes disparités sont constatées avec un ETP minimal de 2,4 et un maximum de 51 ETP pour une structure dotée d'antennes⁶⁸.

e. Représentation sur le territoire

Selon le FINESS, 316 CAMSP sont répertoriés en France.

LES CENTRES MÉDICO-PSYCHO-PÉDAGOGIQUES (CMPP)

DÉPISTAGE PRÉCOCE	ENFANTS HANDICAPÉS
	CAMSP
	CMPP
ACCOMPAGNEMENT EN MILIEU ORDINAIRE	Centre de ressources
	IME
	IEM
	ITEP
	EEAP
	ETAB. EDUC. DEF SENSORIEL
PRISE EN CHARGE INSTIT.	SESSAD
	CAFS

a. Type d'ESMS

CMPP : Centre médico-psycho-pédagogique

b. Public et activités

Missions

Les CMPP sont des centres de consultation qui assurent le diagnostic et le traitement d'enfants et adolescents en âge scolaire présentant des :

→ troubles neuropsychologiques (difficultés psychomotrices, orthophoniques, troubles de l'apprentissage) ou

→ troubles du comportement susceptibles d'une thérapie médicale, d'une rééducation médico-psychologique ou d'une rééducation psychothérapique ou psychopédagogique sous autorité médicale.

Ces structures se situent aux frontières du médico-social et de la psychiatrie ; elles proposent des consultations/séances proches des centres de consultation de psychiatrie infanto-juvénile.

Personnes accueillies

Les CMPP s'adressent notamment aux enfants et adolescents âgés de 3 à 20 ans (suivant l'agrément) et en particulier à ceux présentant :

⁶⁶ Source : FINESS

⁶⁷ Source : DREES - Série statistique n°148, septembre 2010 « Établissements et services pour enfants et adolescents handicapés - résultats de l'enquête ES 2066 et séries chronologiques 1995 à 2006 »

⁶⁸ Source : CNSA « Les CAMSP - résultats de l'étude quantitative menée en 2008 »

❖ un retard scolaire spécifique (lecture, orthographe, calcul, écriture) ou global ;

❖ des troubles du langage entraînant des difficultés d'acquisition au niveau scolaire (retard du langage, défaut de prononciation, bégaiement) ;

❖ des troubles psychomoteurs ;

❖ des troubles du comportement (agression, opposition, attitude d'isolement...).

Modalités d'accès

La demande de consultation au CMPP relève d'une démarche volontaire des intéressés (parents, enfants, tuteurs légaux) même si un tiers (médecin, organisme, enseignant...) a pu la conseiller.

Modes d'accompagnement et de prise en charge

Les actions des CMPP, de nature ambulatoire comme les CAMSP, se situent sur le plan éducatif et thérapeutique ; leur objectif est le maintien de l'enfant dans sa famille et dans le milieu scolaire ordinaire.

Suite à un premier entretien avec un professionnel de l'équipe du centre, diverses formes d'aide peuvent être envisagées et faire l'objet d'un contrat entre l'intervenant, l'enfant et sa famille :

❖ Psychothérapie individuelle avec l'enfant ou l'adolescent, associée éventuellement à des entretiens avec le ou les parents, psychothérapie de groupe ;

❖ Psychothérapie familiale ;

❖ Psychothérapie analytique ;

❖ Orthophonie ;

❖ Psychomotricité ;

❖ Aide psychopédagogique...

Un projet éducatif et thérapeutique est ensuite mis en place, et les modalités de prise en charge sont définies en accord avec l'enfant et sa famille. La prise en charge se déroule à domicile ou dans les locaux du CMPP, sous forme de séances généralement hebdomadaires. Les durées globales de prise en charge par les CMPP peuvent être très variables selon les enfants suivis.

c. Structuration et fonctionnement

Statut

Les CMPP peuvent être des structures publiques ou privées à but non lucratif (96 %⁷⁰).

Financement

L'autorisation et la tarification relèvent de l'Agence régionale de santé (ARS). Le financement des séances est assuré par l'Assurance maladie dans le cadre d'un prix de séance fixé par arrêté du directeur général de l'Agence régionale de santé (ARS).

Solvabilité du dispositif

La facturation est établie par le système du forfait journalier. Le coût est supporté par les organismes de sécurité sociale (CPAM, mutuelles), éventuellement par l'Aide sociale à l'enfance (ASE). La dépense est prise en charge à 100 %.

d. Professionnels

Les séances en CMPP sont assurées par une équipe pluridisciplinaire, sous la responsabilité technique d'un médecin psychiatre, composée généralement de médecin psychiatre, pédiatre, pédopsychiatre, psychologue, psychothérapeute, orthophoniste, psychomotricien, assistante sociale, éducateur et psychopédagogue.

Le personnel des centres est réparti comme suit : personnel de direction, de gestion et d'administration (31,9 %), personnel d'encadrement sanitaire et social (0,7 %), personnel médical, paramédical et psychologue (54,5 %), personnel éducatif, pédagogique et social (12,5 %⁷¹).

e. Représentation sur le territoire

Selon le FINESS, 480 CMPP sont répertoriés en France.

⁽⁷⁰⁾ Source : FINESS

⁽⁷¹⁾ Source : DREES - Série statistique n°148, septembre 2010 « Établissements et services pour enfants et adolescents handicapés - résultats de l'enquête ES 2066 et séries chronologiques 1995 à 2006 »

LES CENTRES DE RESSOURCES

	ENFANTS HANDICAPÉS
DÉPISTAGE PRÉCOCE	CAMSP
	CMPP
	Centre de ressources
ACCOMPAGNEMENT EN MILIEU ORDINAIRE	IME
	IEM
	ITEP
	EEAP
	ETAB. EDUC. DEF. SENSORIEL
	SESSAD
PRISE EN CHARGE INSTIT.	CAFS

Le centre de ressources (ou centre d'information et de coordination ou centre prestataire de services de proximité) assure des actions de dépistage, d'aide, d'information et de formation, d'expertise et de coordination au bénéfice d'usagers ou d'autres établissements ou services.

Ils assurent une mission d'observatoires de l'évolution de la prise en charge.

Ces centres concernent essentiellement des personnes autistes ou personnes traumatisées crâniennes.

Les centres de ressources pour les personnes autistes ou atteintes d'un handicap rare relèvent pour le soin d'une dotation globale de financement à la charge de l'Assurance maladie et d'une tarification par le directeur général de l'ARS.

Selon le FINESS, 47 centres de ressources sont recensés en France.

LES INSTITUTS MÉDICO-ÉDUCATIFS (IME)

	ENFANTS HANDICAPÉS
DÉPISTAGE PRÉCOCE	CAMSP
	CMPP
	Centre de ressources
ACCOMPAGNEMENT EN MILIEU ORDINAIRE	IME
	IEM
	ITEP
	EEAP
	ETAB. EDUC. DEF. SENSORIEL
	SESSAD
PRISE EN CHARGE INSTIT.	CAFS

a. Type d'ESMS

IME : Institut médico-éducatif

Les IME regroupent généralement les Instituts médico-pédagogiques (IMP) et les Instituts médico-professionnels (IMPRO).

b. Public et activités

Missions

Les IME sont des établissements d'accueil assurant une éducation adaptée et un accompagnement médico-social aux enfants et adolescents atteints de déficience à prédominance intellectuelle liée à des troubles neuropsychiques (déficiences intellectuelles profondes, moyennes, légères avec ou sans troubles associés). L'IME assure un accompagnement global tendant à favoriser l'intégration dans les différents domaines de la vie de la formation générale et professionnelle. Certains IME sont spécialisés dans l'accueil d'enfants ou adolescents présentant des déficiences particulières. C'est le cas d'IME (ou de sections spécifiques au sein de l'IME) pour enfants autistes ou pour enfants polyhandicapés.

Les IME ont pour objectif d'apporter une réponse individualisée afin de :

- favoriser, en lien avec la famille, l'épanouissement des enfants et adolescents accueillis ;
- promouvoir les compétences et améliorer la réalisation des potentialités intellectuelles, affectives et corporelles des enfants et adolescents ;
- développer l'autonomie quotidienne, pour une plus grande intégration sociale et professionnelle.

Ils apportent ainsi un accompagnement thérapeutique, pédagogique, éducatif et professionnel aux enfants et adolescents accueillis.

Personnes accueillies

Les IME accueillent des enfants et adolescents âgés de 3 à 20 ans présentant un déficit intellectuel. Ils regroupent :

- les IMP qui accueillent les enfants de 3 à 16 ans présentant des déficiences intellectuelles légères, moyennes ou profondes. Un enseignement général adapté y est pratiqué, ainsi qu'une formation gestuelle développant l'habileté manuelle dans le cadre d'une unité d'enseignement ;

- les IMPRO, qui accueillent les adolescents de 16 à 20 ans, apportent un complément de connaissance générale et une formation professionnelle adaptée au handicap.

Modalités d'accès

L'entrée en IME est soumise à une orientation relevant de la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) du département avec un dossier à constituer auprès de la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH).

Modes d'accompagnement et de prise en charge

Chaque enfant admis en IME dispose d'un emploi du temps personnalisé. Les activités sont mises en place suivant les besoins évalués au cours de l'élaboration de son Projet d'accompagnement individualisé (PAI) réalisé en collaboration avec la famille.

L'IME représente ainsi un espace protégé et socialisé, ouvert sur l'extérieur, apportant diverses prestations et proposant un éventail large d'activités. Il constitue à la fois :

- un lieu de vie et d'éducation : activités qui structurent la personnalité (lever, hygiène, repas, activités ludiques culturelles et sportives, apprentissage de l'autonomie de transport...) ;

- un lieu d'enseignement scolaire et professionnel : formations pédagogiques adaptées, ateliers professionnels, apprentissages professionnels de métiers manuels...

- un lieu de soins : rééducation, prises en charge psychothérapeutiques, suivis médicaux réguliers ;

- un lieu de conseil et d'accompagnement des familles : informations et associations des familles autour du projet individuel du jeune, soutien des familles, groupe de parole de parents...

Les activités suivantes peuvent être proposées en IME :

- Activités éducatives et pédagogiques à caractère ludique, artistique et culturel : activités manuelles, ateliers (informatique, cuisine, modelage, musique, peinture), ateliers d'expression et de langage, théâtre, sorties découvertes (piscine, bibliothèque...), éducation physique, éducation et activités préscolaires.

- Activités thérapeutiques : psychomotricité, kinésithérapie, orthophonie, soutien psychologique, suivi des soins et des traitements, soins de première nécessité.

- Activités techniques à caractère professionnel : horticulture, jardins et espaces verts, cuisine, couture, repassage, entretien des locaux, atelier bois, mécanique, menuiserie, visite et stages en entreprise (milieu ordinaire ou protégé).

- Temps de vie sociale : apprentissage des conduites sociales, éveil à la curiosité...

Ces activités peuvent être réalisées :

- à l'intérieur de l'établissement par l'équipe pluridisciplinaire y compris au sein d'unités d'enseignement ;

- en faisant appel à des compétences extérieures ;

- en sollicitant d'autres acteurs (associations, clubs locaux...) ;

- pour les apprentissages scolaires, au sein de l'IME ou à l'extérieur (unité d'enseignement externalisée dans un établissement scolaire) ou de manière partagée entre l'IME et l'école.

Les IME proposent des modes d'accueil diversifiés :

- En internat ;

- En semi-internat avec un placement familial spécialisé si nécessaire ;

- En externat.

Le projet du jeune est réévalué régulièrement, afin de le réadapter si nécessaire, et d'envisager une réorientation éventuelle ou une sortie de l'IME (vers le milieu ordinaire ou protégé). Les sorties peuvent ainsi être réalisées à tout moment de l'année après étude du dossier par la CDAPH à la demande des parents, du jeune adulte ou de l'établissement. L'orientation du jeune vers une structure d'adultes est dans tous les cas étudiée avant sa sortie, en partenariat avec la famille naturelle ou les services qui en ont la responsabilité (aide sociale à l'enfance par exemple), afin de trouver le lieu le plus adapté à ses potentialités et à son projet de vie. Les jeunes ayant atteint l'âge limite d'agrément (20 ans), peuvent être maintenus dans l'institution en attente d'une place disponible en établissement pour adultes (amendement Creton).

c. Structuration et fonctionnement

Statut

Les gestionnaires d'IME peuvent être des structures publiques ou privées à but non lucratif. Elles sont majoritairement privées à but non lucratif (90 %).

Financement

L'IME est financé par :

- l'Assurance maladie ;
- l'Éducation nationale pour les enseignants mis à disposition.

Solvabilité du dispositif

Le financement est assuré par un prix de journée (éventuellement globalisé) pris en charge par l'Assurance maladie.

d. Professionnels

Les IME proposent des accompagnements individuels et collectifs par une équipe pluridisciplinaire faisant intervenir :

- du personnel éducatif, pédagogique et social : éducateurs spécialisés, éducateurs techniques, moniteurs éducateurs, aides médico-psychologiques, instituteurs spécialisés, professeurs d'activités physiques adaptées, assistantes sociales ;
- du personnel médical et paramédical : psychiatres, psychologues, infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, psychomotriciens, ergothérapeutes ;
- des enseignants.

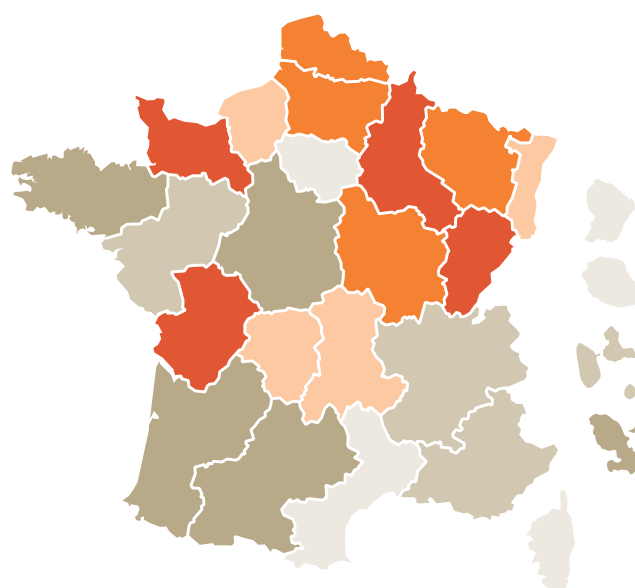
Le personnel est réparti comme suit : personnel de direction, de gestion et d'administration (9 %), personnel des services généraux (20,7 %), personnel d'encadrement sanitaire et social (3,6 %), personnel éducatif, pédagogique et social (52,8 %), personnel médical (1 %), psychologues et personnel paramédical (10,1 %) et candidats-élèves aux emplois éducatifs (2,9 %⁷³)

Le taux moyen d'encadrement observé au niveau national est de 0,62 ETP par personne accueillie⁷⁴ (personnel de direction et d'encadrement, personnel éducatif, pédagogique, social, médical, paramédical, personnel administratif et services généraux).

e. Représentation sur le territoire

Selon le FINESS, 1 250 IME sont répertoriés pour 68 651 places installées. Les places en IME sont à 66 % réservées pour l'accueil de jour et comptent également 32 % de places en internat.

Répartition des taux d'équipement des IME par région



Taux d'équipement en IME
(en nombre de places pour 1000 jeunes
de moins de 20 ans)



(source : STATISS 2011 : estimations INSEE
au 1^{er} janvier 2009 pour les données de population
et DREES-ARS-FINESS pour les capacités
installées au 1^{er} janvier 2011)

⁽⁷³⁾ Source : DREES — Série statistique n°148, septembre 2010 « Établissements et services pour enfants et adolescents handicapés - résultats de l'enquête ES 2066 et séries chronologiques 1995 à 2006 ».

⁽⁷⁴⁾ Source : DREES - Série statistique n°148, septembre 2010 « Établissements et services pour enfants et adolescents handicapés - résultats de l'enquête ES 2066 et séries chronologiques 1995 à 2006 ».

LES INSTITUTS D'ÉDUCATION MOTRICE (IEM)

	ENFANTS HANDICAPÉS
DÉPISTAGE PRÉCOCE	CAMSP
	CMPP
	Centre de ressources
ACCOMPAGNEMENT EN MILIEU ORDINAIRE	IME
	IEM
	ITEP
	EEAP
	ETAB. EDUC. DEF. SENSORIEL
	SESSAD
PRISE EN CHARGE INSTITUT	CAFS

a. Type d'ESMS

IEM : Institut d'éducation motrice

b. Public et activités

Missions

Les Instituts d'éducation motrice (IEM) accueillent des enfants et adolescents atteints d'infirmité motrice à l'exclusion des malades atteints simultanément de troubles moteurs et de troubles psychiques caractérisés. L'accueil en IEM peut faire suite à un séjour dans un centre de traumatologie ou de réadaptation fonctionnelle.

Certains établissements sont spécialisés dans l'accueil des enfants polyhandicapés. Ils ont ainsi pour mission d'accueillir et prendre en charge ces enfants et adolescents déficients moteurs ou moteurs cérébraux, et d'assurer pour eux :

- ✦ des soins et un suivi médical ;
- ✦ une éducation spécialisée ;
- ✦ une formation générale et professionnelle, afin de réaliser leur intégration familiale, sociale et professionnelle.

Personnes accueillies

Ces structures sont destinées à des enfants et adolescents âgés de 3 à 20 ans, présentant une déficience motrice importante entraînant une restriction extrême de leur autonomie.

Modalités d'accès

L'entrée en IEM est soumise à une orientation relevant de la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) du département avec un dossier à constituer auprès de la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH).

Modes d'accompagnement et de prise en charge

À son arrivée dans l'IEM, l'enfant signe un contrat de séjour, personnalisé suivant l'élaboration du projet individualisé. Ce projet est structuré avec les professionnels, et est suivi par un membre de l'équipe éducative. Chaque enfant est ainsi accompagné selon son projet individualisé, élaboré en concertation avec l'enfant et sa famille. Le projet individuel mis en place est constitué des projets éducatifs, médicaux et paramédicaux, pédagogiques et psycho-sociaux de chacun des enfants ou adolescents accueillis.

L'IEM assure ainsi aux enfants accueillis :

- ✦ Un soutien à la scolarité : il peut être effectué dans des sections spécialisées au sein de l'IEM, ou en milieu ordinaire dans des établissements scolaires. Dans ce cas, les professionnels éducatifs de l'IEM accompagnent l'enfant au sein de l'établissement. Les IEM dispensent également des cours de compensation au handicap : cours de soutien individuels, accompagnement au travail personnel, aide à l'organisation.

- ✦ Des prestations médicales et paramédicales adaptées : l'équipe assure ainsi les soins, le suivi médical et l'appareillage, selon le projet thérapeutique de l'enfant. La prise en charge comprend les rééducations fonctionnelles en kinésithérapie, l'ergothérapie et l'orthophonie, ainsi que l'éducation motrice. L'accompagnement comprend également les aides à la communication et aux déplacements.

- ✦ Un accompagnement psychologique, intégrant l'évaluation et le suivi psychologique du jeune, l'aide aux familles et à l'orientation.

- ✦ Un accompagnement à la vie sociale.

Les IEM peuvent proposer plusieurs modes d'accueil :

- ✦ Accueil en externat/accueil de jour (54 %) ;
- ✦ Accueil en internat ou semi-internat (43 %)⁷⁷.

⁽⁷⁷⁾ Source : DRESS - Série statistique n°148, septembre 2010 « Établissements et services pour enfants et adolescents handicapés – résultats de l'enquête ES 2066 et séries chronologiques 1995 à 2006 ».

c. Structuration et fonctionnement

Statut

Les gestionnaires d'IME peuvent être des structures publiques ou privées à but non lucratif. Elles sont majoritairement privées à but non lucratif (98 %⁷⁹).

Financement

Le financement est assuré par l'Assurance maladie pour ce qui concerne les soins, l'éducation, l'hébergement et les transports organisés par l'établissement. Les dépenses liées à la scolarité sont à la charge de l'Éducation nationale, sous la forme de mise à disposition de personnel enseignant.

Solvabilité du dispositif

Le financement est assuré par un prix de journée fixé par l'Agence régionale de santé (ARS), pris en charge par l'organisme de Sécurité sociale dont relève l'enfant/l'adolescent ou à défaut l'aide sociale départementale pour les jeunes relevant de l'aménagement Creton et orientés vers un établissement relevant de la compétence du conseil général.

d. Professionnels

Les IEM proposent des accompagnements individuels par une équipe pluridisciplinaire faisant intervenir :

→ le personnel éducatif : aides médico-psychologiques, éducateurs de jeunes enfants, éducateurs spécialisés, moniteurs-éducateurs, instituteur et éducateur-chef ;

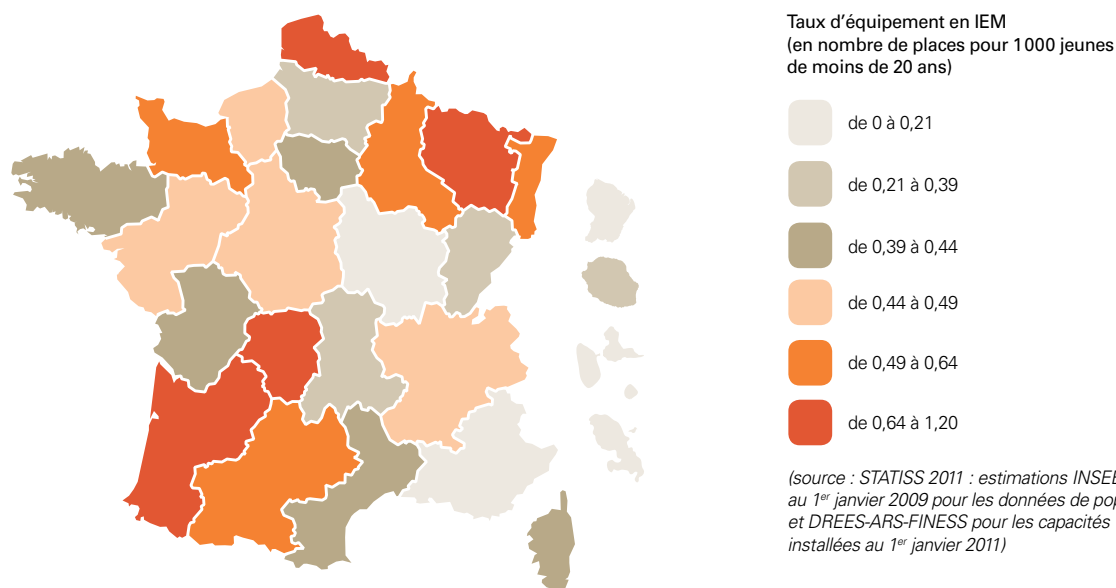
→ le personnel médical et paramédical : médecins (pédopsychiatre, médecin de rééducation fonctionnelle, pédiatre), infirmiers, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, orthophonistes, psychomotriciens, psychologues.

Le personnel des établissements est réparti comme suit : personnel de direction, de gestion et d'administration (8,5 %), personnel des services généraux (17,4 %), personnel d'encadrement sanitaire et social (3,3 %), personnel éducatif, pédagogique et social (39,4 %), personnel médical (1,2 %), psychologue et personnel paramédical (28,3 %) et candidats-élèves aux emplois éducatifs (1,9 %)⁷⁹. Le taux moyen d'encadrement observé au niveau national est de 0,88 ETP par personne accueillie⁸⁰ (personnel de direction et d'encadrement, personnel éducatif, pédagogique, social, médical, paramédical, personnel administratif et services généraux).

e. Représentation sur le territoire

Selon le FINESS, 141 IEM sont répertoriés en France soit 7 320 places installées.

Répartition des taux d'équipement des IEM par région



⁽⁷⁸⁾ Source : FINESS

⁽⁷⁹⁾ Source : DREES - Série statistique n°148, septembre 2010 « Établissements et services pour enfants et adolescents handicapés - résultats de l'enquête ES 2006 et séries chronologiques 1995 à 2006 ».

⁽⁸⁰⁾ Source : DREES - Série statistique n°148, septembre 2010 « Établissements et services pour enfants et adolescents handicapés - résultats de l'enquête ES 2006 et séries chronologiques 1995 à 2006 ».

LES INSTITUTS THÉRAPEUTIQUES, ÉDUCATIFS ET PÉDAGOGIQUES (ITEP)

	ENFANTS HANDICAPÉS
DÉPISTAGE PRÉCOCE	CAMSP
	CMPP
	Centre de ressources
ACCOMPAGNEMENT EN MILIEU ORDINAIRE	IME
	IEM
	ITEP
	EEAP
	ETAB. EDUC. DEF. SENSORIEL
	SESSAD
PRISE EN CHARGE INSTIT.	CAFS

a. Type d'ESMS

ITEP : Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique (anciennement IR : Institut de rééducation)

b. Public et activités

Missions

Les ITEP accueillent des enfants, adolescents et jeunes adultes présentant des difficultés psychologiques dont l'expression, notamment l'intensité des troubles du comportement, perturbe gravement la socialisation et l'accès aux apprentissages. Ces jeunes se trouvent, malgré des potentialités intellectuelles et cognitives préservées, engagés dans un processus handicapant, qui nécessite le recours à des actions conjuguées et à un accompagnement personnalisé.

Les ITEP ont pour missions principales :

- ✦ d'accompagner le développement des personnes au moyen d'une intervention interdisciplinaire : cet accompagnement amène ces personnes à prendre conscience de leurs ressources, de leurs difficultés et à se mobiliser pour aller vers leur autonomie ;
- ✦ de dispenser des soins et des rééducations ;
- ✦ de favoriser le maintien du lien des intéressés avec leur milieu familial et social ;
- ✦ de promouvoir leur intégration dans les différents domaines de la vie, notamment en matière de formation générale et professionnelle. À ce titre, les ITEP favorisent le maintien ou préparent l'accueil des intéressés en école et établissement scolaire, dans des dispositifs ordinaires ou adaptés ;

✦ d'assurer, à l'issue de l'accompagnement, un suivi de ces personnes pendant une période définie et renouvelable dans la limite de trois années ;

✦ de participer, en liaison avec les autres intervenants compétents, à des actions de prévention, de repérage des troubles du comportement et de recherche de solutions adaptées.

Personnes accueillies

Ces établissements accueillent des enfants, adolescents et jeunes adultes âgés de 3 à 20 ans, présentant des troubles du caractère et du comportement et ayant des capacités intellectuelles normales voire quasi normales.

Modalités d'accès

L'entrée en ITEP est soumise à une orientation relevant de la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) du département avec un dossier à constituer auprès de la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH).

Modes d'accompagnement et de prise en charge

L'ITEP conjugue des actions thérapeutiques, éducatives et pédagogiques sous la forme d'une intervention interdisciplinaire. Les trois dimensions doivent se conjuguer pour permettre la réalisation du Projet personnalisé d'accompagnement (PPA) élaboré pour chaque enfant par l'équipe de l'ITEP. Ce projet personnalisé d'accompagnement répond notamment aux préconisations du Projet personnalisé de scolarisation (PPS) élaboré en amont par l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH. Les établissements accueillant des adolescents et des jeunes adultes doivent également construire avec chacun un projet préprofessionnel. Les ITEP mettent ainsi en place un accompagnement basé sur plusieurs dimensions :

✦ La dimension thérapeutique de l'intervention : l'ITEP propose des prestations de soins adaptées, et doit pouvoir offrir des propositions thérapeutiques diversifiées adaptées à chaque jeune, articulées avec les soins.

✦ La dimension institutionnelle du soin : le cadre institutionnel lui-même doit revêtir une dimension soignante qui s'appuie sur des activités éducatives et pédagogiques de qualité.

✦ Les soins spécifiques. À côté de la dimension institutionnelle, d'autres modalités d'interventions psychothérapiques pourront être proposées : entretiens individuels réguliers, psychothérapies de groupe ou psychodrame, en particulier pour les adolescents. Dans certains cas, notamment pour les psychothérapies, le projet personnalisé peut préconiser des suivis par des professionnels au-dehors de l'établissement ou du service. Dans ce cas, les soins seront assurés dans le cadre de conventions passées entre l'ITEP et la structure ou le professionnel en mesure d'exercer la prestation.

✦ Les prescriptions médicamenteuses : pour aider à l'apaisement de certains symptômes envahissants ou invalidants (manifestations dépressives majeures, agitation incontrôlable, envahissement émotionnel, etc.) des prescriptions médicamenteuses peuvent être envisagées.

Les soins somatiques : outre le suivi de l'état de santé des enfants et adolescents accueillis (examens réguliers, suivi des vaccinations, etc.), réalisé en coordination avec le médecin traitant de chacun, l'infirmier(ère), et le médecin assurent en complémentarité l'écoute des inquiétudes et plaintes des jeunes qui souhaitent s'adresser à eux, ainsi que l'accompagnement des éducateurs dans leur fonction de vigilance et d'éducation pour la santé.

La dimension éducative de l'intervention : les propositions éducatives recherchent à la fois l'instauration d'une dynamique collective et un travail « au cas par cas ». Les actions éducatives sont diversifiées et concernent notamment :

- la socialisation et les relations à autrui ;
- l'apprentissage et la prise en charge de soi-même ;
- l'ouverture au monde par le biais d'activités sportives, culturelles, de découverte, de travaux manuels, de jeux... ;
- le soutien des potentialités intellectuelles et la réconciliation avec les savoirs par l'éveil à la culture, l'accompagnement à la scolarité ;
- l'accès à la découverte du milieu professionnel dans la perspective d'élaboration d'un projet de formation ;
- le soutien à la scolarité ;
- le soutien à la dimension thérapeutique.

La dimension pédagogique : l'ITEP favorise le maintien ou prépare le retour des jeunes qu'il reçoit dans les écoles ou les établissements scolaires. Ainsi, l'équipe pédagogique de l'ITEP met en œuvre des actions pédagogiques adaptées, en fonction des modalités de scolarisation et des objectifs prévus par le projet personnalisé de chaque enfant :

- Scolarité en milieu ordinaire à temps partiel, voire à temps plein.
- Scolarisation intra-ITEP, pouvant être une étape transitoire pour créer les conditions d'un changement dans les dynamiques de résistance et d'opposition mises en place par un jeune, notamment à l'égard de la scolarité.

Dans tous les cas, les modalités d'accueil se déterminent au cas par cas en fonction de la dynamique évolutive du jeune, selon le projet de vie et le projet de scolarisation, le programme de scolarité dans l'ITEP ou à l'extérieur, ou les indications des suivis psychothérapeutiques externes (prise en charge conjointe avec un service de pédopsychiatrie par exemple).

Les ITEP peuvent proposer des modalités diversifiées de prise en charge :

- SESSAD ;
- Accueil de jour séquentiel ;
- Semi-internat (arrivée le matin et retour le soir) ;
- Internat modulé (soirée et nuitée à l'institut de 1 à 3 soirs par semaine) ;
- Accueil familial spécialisé ;
- Internat (de semaine ou ponctuellement à temps complet).

S'il n'est pas dans l'obligation de mettre en œuvre l'ensemble des modalités précitées, l'établissement, conformément aux orientations définies dans son projet d'établissement, doit tendre à proposer des modalités variées et évolutives d'intervention, afin de répondre aux besoins de chaque enfant.

La sortie est prononcée par le directeur après intervention de la décision de la CDAPH. Un projet de formation scolaire et professionnelle est élaboré, qui prévoit notamment les conditions dans lesquelles la personne peut fréquenter l'école ou l'établissement scolaire dont elle dépend, à temps partiel ou à temps plein. Avec l'accord des parents et du jeune, l'école ou l'établissement scolaire d'origine est informé de son devenir.

c. Structuration et fonctionnement

Statut

Les gestionnaires d'ITEP peuvent être des structures publiques ou privées à but non lucratif. Elles sont majoritairement privées à but non lucratif (92 %⁽⁸²⁾).

Financement

Le financement est assuré par l'Assurance maladie pour ce qui concerne les soins, l'éducation, l'hébergement et les transports organisés par l'établissement. Les dépenses liées à la scolarité sont à la charge de l'éducation nationale, sous la forme de mise à disposition de personnel enseignant.

Solvabilité du dispositif

Le financement est assuré par un prix de journée fixé par l'Agence régionale de santé (ARS), pris en charge par l'organisme de Sécurité sociale dont relève l'enfant.

⁽⁸²⁾ Source : FINESS

d. Professionnels

Les ITEP font intervenir une équipe interdisciplinaire comportant :

❖ Une équipe médicale, paramédicale et psychologique, animée par un médecin psychiatre. Aucun traitement n'est entrepris s'il n'a été prescrit par un médecin. Elle comprend un psychiatre (formation dans le domaine de l'enfance et de l'adolescence, le cas échéant exerçant dans un secteur de psychiatrie infanto-juvénile), un pédiatre ou un médecin généraliste et un psychologue clinicien.

En fonction du projet d'établissement, elle peut associer les professionnels suivants : orthophonistes, psychomotriciens ou auxiliaires médicaux.

❖ Une équipe éducative qui veille au développement de la personnalité et à la socialisation des enfants, des adolescents et des jeunes adultes, les suit dans leur vie quotidienne et dans la réalisation de leur projet personnalisé d'accompagnement, à l'intérieur comme à l'extérieur de l'établissement. Elle comprend des éducateurs spécialisés ou de jeunes enfants et moniteurs-éducateurs, des éducateurs techniques spécialisés et des agents appelés à prendre en charge certains aspects matériels de la vie quotidienne (fonction de maître ou maîtresse de maison).

❖ Une équipe pédagogique comprenant :

- des enseignants : formation scolaire ou professionnelle par des actions pédagogiques adaptées ;
- des instituteurs ou professeurs des écoles spécialisés ;
- des enseignants du second degré dispensant un enseignement général ou une première formation professionnelle ;
- des professeurs d'éducation physique et sportive ou des éducateurs sportifs ;
- les compétences d'un service social.

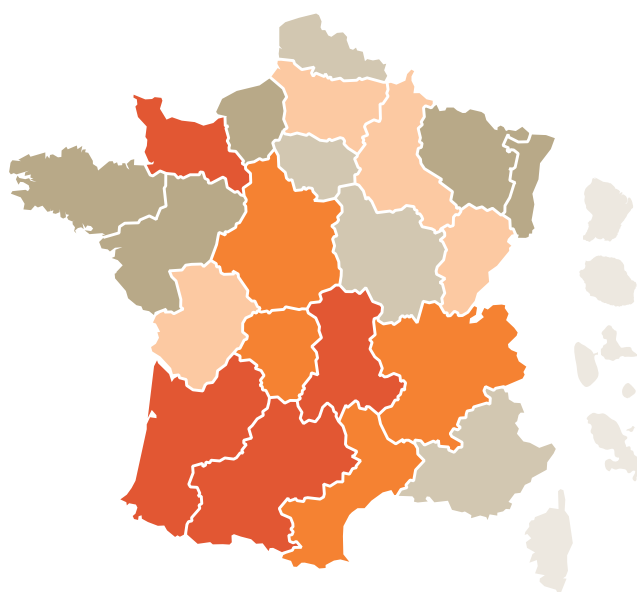
Le personnel des établissements est réparti comme suit : personnel de direction, de gestion et d'administration (9,9 %), personnel des services généraux (23,2 %), personnel d'encadrement sanitaire et social (3,8 %), personnel éducatif, pédagogique et social (52,2 %), personnel médical (1,1 %), psychologues et personnel paramédical (7,2 %) et candidats-élèves aux emplois éducatifs (2,6 %)⁸³.

Le ratio moyen d'encadrement observé au niveau national est de 0,79 ETP par personne accueillie⁸⁴ (personnel de direction et d'encadrement, personnel éducatif, pédagogique, social, médical, paramédical, personnel administratif et services généraux).

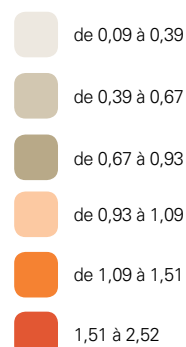
e. Représentation sur le territoire

Selon le FINESS, 432 ITEP sont répertoriés en France métropolitaine pour 15 039 places installées.

Répartition des taux d'équipement des ITEP par région



Taux d'équipement en ITEP
(en nombre de places pour 1000 jeunes
de moins de 20 ans)



(source : STATISS 2011 : estimations INSEE
au 1^{er} janvier 2009 pour les données de population
et DREES-ARS-FINESS pour les capacités
installées au 1^{er} janvier 2011)

⁽⁸³⁾ Source : DREES - Série statistique n°148, septembre 2010 « Établissements et services pour enfants et adolescents handicapés - résultats de l'enquête ES 2066 et séries chronologiques 1995 à 2006 ».

⁽⁸⁴⁾ Source : DREES - Série statistique n°148, septembre 2010 « Établissements et services pour enfants et adolescents handicapés - résultats de l'enquête ES 2066 et séries chronologiques 1995 à 2006 ».

LES ÉTABLISSEMENTS POUR ENFANTS OU ADOLESCENTS POLYHANDICAPÉS (EEAP)

	ENFANTS HANDICAPÉS
DÉPISTAGE PRÉCOCE	CAMSP
	CMPP
	Centre de ressources
ACCOMPAGNEMENT EN MILIEU ORDINAIRE	IME
	IEM
	ITEP
	EEAP
	ETAB. EDUC. DEF. SENSORIEL
	SESSAD
PRISE EN CHARGE INSTIT.	CAFS

a. Type d'ESMS

EEAP : Établissement pour enfants ou adolescents polyhandicapés

b. Public et activités

Missions

Les EEAP dispensent des soins et une éducation adaptés aux enfants et adolescents atteints de handicaps graves à expressions multiples, avec restriction forte de l'autonomie. Ils ont ainsi pour objectif d'apporter aux enfants et adolescents polyhandicapés un suivi spécialisé visant à leur développement global et à la réduction de leur dépendance. Ce polyhandicap, éventuellement aggravé d'autres déficiences ou troubles, nécessite le recours à des techniques spécialisées pour :

- ✦ le suivi médical ;
- ✦ l'apprentissage des moyens de relation et de communication ;
- ✦ le développement des capacités d'éveil sensori-moteur et intellectuel.

Les EEAP ont pour mission de dispenser à l'enfant ou l'adolescent accueilli un accompagnement thérapeutique, un accompagnement éducatif et un accompagnement pédagogique.

Personnes accueillies

Ces établissements accueillent des enfants et adolescents âgés de 3 à 20 ans souffrant d'un polyhandicap, c'est-à-dire associant une déficience mentale grave à une déficience motrice importante, entraînant une restriction de l'autonomie et des possibilités de perception, d'expression et de relations.

Modalités d'accès

L'entrée en EEAP est soumise à une orientation relevant de la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) du département avec un dossier à constituer auprès de la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH).

Modes d'accompagnement et de prise en charge

Chaque résident bénéficie d'une prise en charge personnalisée, selon un projet individuel pédagogique, éducatif et thérapeutique. La famille doit être associée autant que possible à son élaboration, sa mise en œuvre et à son suivi. L'organisation générale de l'établissement doit permettre de prendre en charge l'enfant dans sa globalité de manière continue tout au long de l'année. Les enfants sont répartis en petits groupes de vie au sein de l'établissement. La vie dans l'établissement se rapproche au plus près d'une organisation familiale. Le rythme de l'enfant/adolescent est respecté au maximum, en fonction du planning des prises en charge médicales, paramédicales et éducatives.

Les EEAP mettent en place diverses activités visant à assurer l'éducation et le développement des enfants et adolescents⁸⁶ :

- ✦ Mise en place de méthodes éducatives adaptées à chacun (besoins, potentialités...), éducation préscolaire et parascolaire, programmes d'éducation (notamment assistés par ordinateur) ;
- ✦ Dans le champ de l'éducation, activités visant la construction de la personnalité, le développement des autonomies de vie quotidienne, de la communication, la socialisation, l'éducation cognitive, polysensorielle, temporo-spatiale.

Les EEAP peuvent :

- ✦ fonctionner en externat, en semi-internat ou en internat. Dans ce dernier cas, l'EEAP peut assurer l'hébergement dans ses propres locaux, dans des internats qu'il gère, dans des internats gérés par d'autres organismes (dans la limite du nombre total de lits autorisés) ou dans des centres d'accueil familial spécialisé ;
- ✦ accueillir temporairement des enfants qui ne peuvent être continuellement gardés par leur famille (accueil temporaire ou accueil d'urgence).

Les séjours en EEAP sont généralement des séjours longs, avec cependant des durées variables selon les situations et les projets individuels des enfants pris en charge. Le projet du jeune est réévalué régulièrement, afin de le réadapter si nécessaire, et d'envisager une réorientation éventuelle (IME notamment) ou une sortie d'établissement.

⁸⁶ Circulaire n°89-19 du 30 octobre 1989 relative à la modification des conditions de la prise en charge des enfants et adolescents polyhandicapés par les établissements et services d'éducation spéciale.

c. Structuration et fonctionnement

Statut

Les gestionnaires d'EEAP peuvent être des structures publiques ou privées à but non lucratif. Elles sont majoritairement privées à but non lucratif (94 %⁽⁸⁷⁾).

Financement

L'EEAP est financé par :

- ❖ l'Assurance maladie pour ce qui concerne les soins, l'éducation, l'hébergement et les transports organisés par l'établissement ;
- ❖ l'Éducation nationale pour les dépenses liées à la scolarité sous la forme de mise à disposition de personnel enseignant.

Solvabilité du dispositif

Le financement est assuré par un prix de journée fixé par l'Agence régionale de santé (ARS).

d. Professionnels

Une équipe médicale, paramédicale, psycho-sociale et éducative comprenant au moins :

- ❖ un médecin de rééducation et réadaptation fonctionnelles ;
- ❖ un pédiatre.

L'un de ces deux médecins veille à la mise en œuvre et à l'adaptation du projet thérapeutique et rééducatif des enfants ou adolescents, assure, en liaison avec les autres médecins attachés à l'établissement, la surveillance de la santé des enfants ou adolescents en coordination avec les médecins habituels de la famille, et assure, en coordination avec le directeur, la surveillance générale de l'établissement en ce qui concerne l'hygiène de vie des enfants, leur alimentation et l'hygiène des locaux.

- ❖ un psychiatre ;

❖ ainsi que des membres des professions suivantes : kinésithérapeute, ergothérapeute, psychomotricien, orthophoniste, orthoptiste, infirmier, auxiliaire de puériculture, aide-soignant, éducateur spécialisé, moniteur-éducateur, éducateur de jeunes enfants et éducateur technique, éventuellement instituteur spécialisé, aide médico-psychologique, assistant de service social et psychologue.

En fonction des besoins des enfants et des équipes de l'établissement, d'autres médecins qualifiés spécialistes ou compétents, un diététicien, d'autres auxiliaires médicaux et des rééducateurs divers.

Les traitements sont prescrits par un des médecins attachés à l'établissement ou par un médecin appelé en consultation. Le concours demandé à ces médecins spécialistes doit permettre l'examen complet de tous les enfants une fois par semestre et une surveillance médicale régulière. Des accords sont passés avec un ORL, un dentiste ou un stomatologiste afin qu'ils puissent prodiguer leurs soins aux enfants accueillis dans l'établissement.

Des conventions peuvent être passées pour certaines des prestations nécessaires avec des établissements hospitaliers, le secteur de psychiatrie infanto-juvénile, des services de dépistage et de diagnostic, des CAMSP, des CMPP, d'autres établissements ou SESSAD, ou des intervenants spécialisés proches du domicile des parents. En particulier, une convention est passée avec un établissement hospitalier possédant un service de réanimation susceptible d'intervenir dans des délais rapprochés.

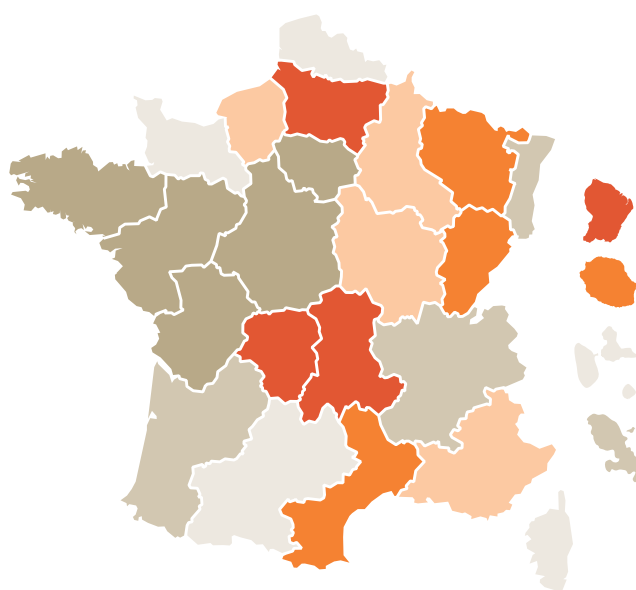
Le personnel des établissements est réparti comme suit : personnel de direction, de gestion et d'administration (6,7 %), personnel des services généraux (17,2 %), personnel d'encadrement sanitaire et social (2,3 %), personnel éducatif, pédagogique et social (40,2 %), personnel médical (1,1 %), psychologue et personnel paramédical (27,1 %) et candidats-élèves aux emplois éducatifs (5,4 %⁸⁸).

Le ratio moyen d'encadrement observé en EEAP au niveau national est de 1,19 ETP par personne accueillie⁸⁹ (personnel de direction et d'encadrement, personnel éducatif, pédagogique, social, médical, paramédical, personnel administratif et services généraux).

e. Représentation sur le territoire

Selon le FINESS, 208 EEAP sont répertoriés en France pour 5 750 places.

Répartition des taux d'équipement des EEAP par région



Taux d'équipement en EEAP
(en nombre de places pour 1000 jeunes
de moins de 20 ans)



(source : STATISS 2011 : estimations INSEE
au 1^{er} janvier 2009 pour les données de population
et DREES-ARS-FINESS pour les capacités
installées au 1^{er} janvier 2011)

⁸⁸ Source : DREES - Série statistique n°148, septembre 2010 « Établissements et services pour enfants et adolescents handicapés - résultats de l'enquête ES 2066 et séries chronologiques 1995 à 2006 ».

⁸⁹ Source : DREES - Série statistique n°148, septembre 2010 « Établissements et services pour enfants et adolescents handicapés - résultats de l'enquête ES 2066 et séries chronologiques 1995 à 2006 ».

LES INSTITUTS D'ÉDUCATION SENSORIELLE

ENFANTS HANDICAPÉS	
DÉPISTAGE PRÉCOCE	CAMSP
	CMPP
	Centre de ressources
ACCOMPAGNEMENT EN MILIEU ORDINAIRE	IME
	IEM
	ITEP
	EEAP
	ETAB. EDUC. DEF. SENSORIEL
	SESSAD
PRISE EN CHARGE INSTITUT	CAFS

a. Type d'ESMS

Les instituts d'éducation sensorielle s'adressent aux enfants ou adolescents présentant une déficience sensorielle (sourds ou malentendants, aveugles ou malvoyants). Ils comprennent :

- les instituts d'éducation sensorielle pour enfants atteints de déficiences auditives ;
- les instituts d'éducation sensorielle pour enfants atteints de déficiences visuelles ;
- les instituts d'éducation sensorielle pour sourds et aveugles.

b. Public et activités

Missions

Institut d'éducation sensorielle pour enfants atteints de déficiences auditives : ces établissements prennent en charge des enfants et adolescents dont la déficience auditive entraîne des troubles de la communication. Ces troubles nécessitent le recours à des techniques spécialisées pour le suivi médical, l'apprentissage des moyens de communication, l'acquisition des connaissances scolaires, la formation professionnelle et l'accès à l'autonomie sociale.

Institut d'éducation sensorielle pour enfants atteints de déficiences visuelles : ces établissements prennent en charge des enfants et adolescents dont la déficience visuelle nécessite le recours à des moyens spécifiques pour le suivi médical, la compensation du handicap, l'acquisition de connaissances scolaires et d'une formation professionnelle, afin de réaliser leur intégration familiale, sociale et professionnelle.

Institut d'éducation sensorielle pour enfants sourds et aveugles : ces établissements dispensent des soins et une éducation spécialisée aux enfants, adolescents et jeunes adultes déficients sensoriels. Il peut s'agir :

- soit d'un établissement comprenant deux sections distinctes ;
- soit d'un établissement de soins et d'éducation spéciale pour sourds et aveugles.

Personnes accueillies

Ces établissements accueillent des enfants et adolescents de 3 à 20 ans souffrant de déficiences auditives ou visuelles, et pouvant présenter des troubles et handicaps associés.

Modalités d'accès

L'entrée en institut d'éducation sensorielle est soumise à une orientation relevant de la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) du département avec un dossier à constituer auprès de la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH).

Modes d'accompagnement et de prise en charge

La prise en charge peut concerner les enfants et adolescents déficients auditifs/visuels aux stades de l'éducation précoce, préélémentaire, élémentaire, secondaire et technique. Cette prise en charge comporte, pour les instituts pour déficients auditifs :

- la surveillance médicale régulière, générale et du handicap ;
- la surveillance médicale et technique de l'adaptation prothétique ;
- l'éveil et le développement de la communication entre le déficient auditif et son entourage selon des stratégies individualisées faisant appel à l'éducation auditive, à la lecture labiale et ses aides, à l'apprentissage et à la correction de la parole ainsi qu'éventuellement à la langue des signes française.

Pour les instituts pour déficients visuels, cette prise en charge comprend : une surveillance médicale, notamment de l'état visuel (nature, importance, évolutivité, correction s'il y a lieu), et de ses conséquences sur le développement de l'enfant ou de l'adolescent, et des déficiences associées éventuelles ;

- l'éveil et le développement de la relation ;
- le développement des moyens sensoriels et psychomoteurs de compensation du handicap visuel ;
- La stimulation et le développement de la vision fonctionnelle, incluant l'utilisation éventuelle d'aides optiques ou non-optiques lorsque des possibilités visuelles existent,
- l'acquisition de techniques palliatives, notamment dans les domaines de la locomotion, de la communication écrite (braille, dactylographie, écriture manuscrite), des activités de la vie journalière, ainsi que l'initiation, adaptée au cas de chaque enfant, aux différents matériels techniques, électroniques ou autres.

Dans tous les instituts, la prise en charge comporte également :

- l'accompagnement de la famille et de l'entourage habituel de l'enfant ;
- des actions tendant à développer la personnalité et faciliter l'insertion sociale ;
- l'enseignement et le soutien pour l'acquisition des connaissances et d'un niveau culturel optimal.

Plusieurs types d'accueil sont possibles :

- externat ;
- semi-internat ;
- internat.

L'établissement peut comprendre les sections suivantes :

- Une section d'éducation et d'enseignement spécialisés prenant en charge l'enfant dans sa globalité et qui assure, en liaison avec la famille, une éducation et un enseignement adaptés à des enfants qui ne peuvent momentanément ou durablement être pris en charge par le service d'aide à l'acquisition de l'autonomie et à l'intégration scolaire ;
- Une section d'éducation pour les jeunes déficients visuels/auditifs avec handicaps associés importants, tels les troubles de la personnalité et du comportement, les déficiences intellectuelles, déficiences motrices, déficiences auditives ou autres, et qui intègre des actions thérapeutiques, éducatives et pédagogiques particulières en fonction des handicaps considérés, éventuellement en liaison avec d'autres services ou établissements spécialisés si nécessaire ;
- Une section de première formation professionnelle théorique et pratique des adolescents déficients visuels, suivant les programmes de l'enseignement technique, selon une progression au besoin adaptée, en particulier pour les enseignements technologiques.

Les établissements peuvent assurer l'hébergement dans leurs propres locaux, dans des foyers qu'ils gèrent, dans des foyers gérés par d'autres organismes ou dans des centres de placement familiaux spécialisés. À chaque fois que cela est possible, les enfants demeurent hébergés dans leur famille.

Les sorties peuvent être réalisées après réévaluation du projet du jeune, et après étude du dossier par la CDAPH ceci à la demande des parents, du jeune adulte ou de l'établissement. Le travail d'orientation du jeune est mené en amont en lien avec le jeune, sa famille et les partenaires (MDPH, établissements extérieurs, services d'aide à l'intégration...).

À l'issue du parcours éducatif réalisé au sein de la structure, le jeune peut bénéficier de différentes orientations : intégration en milieu ordinaire (scolaire/professionnel), CLIS (Classe pour l'inclusion scolaire), ULIS (Unité localisée pour l'inclusion scolaire, ex-UPI), milieu spécialisé...

En cas de fragilités particulières, des réorientations spécifiques peuvent également être proposées :

- Orientation en CFA (Centre de formation d'apprentis (16/18 ans), en CRFP (Centre de reclassement et formation professionnelle) (18 ans et plus) ;
- Entrée en structure pour adultes handicapés (ESAT...);
- Orientation en structure pour jeunes handicapés (IMPRO...).

c. Structuration et fonctionnement

Statut

Les gestionnaires des instituts d'éducation sensorielle peuvent être des structures publiques ou privées à but non lucratif. Elles sont majoritairement privées à but non lucratif (87 %⁽⁹¹⁾).

Financement

La tarification relève de l'Agence régionale de santé (ARS) :

- Un prix de journée est fixé par l'ARS pour ce qui concerne les soins, l'éducation, l'hébergement et les transports organisés par l'établissement.
- S'agissant de la scolarité des enfants et adolescents, l'Éducation nationale met à disposition des personnels enseignants dans le cadre d'une unité d'enseignement.

Solvabilité du dispositif

Le financement est assuré par un prix de journée fixé par l'ARS, pris en charge par l'organisme de Sécurité sociale dont relève l'enfant.

⁽⁹¹⁾ Source : FINESS

d. Professionnels

Institut d'éducation sensorielle pour enfants atteints de déficiences auditives.

L'établissement doit assurer :

- les services d'une équipe médicale, paramédicale et psychosociale, comprenant notamment un médecin qualifié en oto-rhino-laryngologie, compétent en phoniatry, un pédiatre, un psychologue, un assistant de service social. Et, en fonction des besoins de l'établissement, un psychiatre et des rééducateurs divers ; Les traitements sont entrepris après avoir été prescrits par un des médecins attachés à l'établissement ou par un médecin appelé en consultation.

- le concours d'un ou plusieurs audioprothésistes chargés de la surveillance technique de l'adaptation prothétique ;

- le concours d'une équipe de professionnels prenant en charge l'ensemble des actions concernant la communication, la parole et le langage, l'enseignement et son soutien. Cette équipe peut être composée de professeurs de sourds, d'instituteurs titulaires de certificat d'aptitude spécifique (enseignement des inadaptés, actions pédagogiques spécialisées d'adaptation et d'intégration scolaires), d'orthophonistes, d'interprètes en langue des signes française (L.S.F.), de codeurs en langage parlé complété (L.P.C.) ;

- le concours d'éducateurs spécialisés, d'éducateurs de jeunes enfants ou de moniteurs-éducateurs, pour permettre le développement personnel des enfants et leur insertion sociale.

Institut d'éducation sensorielle pour enfant atteint de déficiences visuelles

L'établissement doit assurer l'intervention :

- d'une équipe médicale, paramédicale et psychosociale travaillant en liaison avec les enseignants et les éducateurs et compre-

nant au moins un pédiatre, un ophtalmologiste, des rééducateurs intervenant dans les différents domaines de la compensation du handicap visuel et dans le développement de la vision fonctionnelle, un psychologue et un assistant social ;

- d'enseignants prenant en charge, en liaison avec l'équipe médicale, paramédicale et psychosociale, la formation scolaire des enfants et adolescents par des actions pédagogiques adaptées (professeurs titulaires des certificats d'aptitude exigés, instituteurs titulaires de certificats d'aptitude spécifiques) ;

- d'éducateurs spécialisés, d'éducateurs de jeunes enfants ou de moniteurs-éducateurs.

Le personnel des établissements est réparti comme suit : personnel de direction, de gestion et d'administration (8,4 à 10,5), personnel des services généraux (15,5 à 20,4 %), personnel d'encadrement sanitaire et social (2,6 à 4,3 %), personnel éducatif, pédagogique et social (53,5 à 58,1 %), personnel médical (0,7 à 0,9 %), psychologues et personnel paramédical (9,6 à 15,7 %) et candidats-élèves aux emplois éducatifs (1 à 2,2 %⁹²).

Le ratio moyen d'encadrement observé au niveau national :

- pour les instituts d'éducation sensorielle pour enfants atteints de déficiences auditives est de 0,68 ETP par personne accueillie⁹³ (personnel de direction et d'encadrement, personnel éducatif, pédagogique, social, médical, paramédical, personnel administratif et services généraux) ;

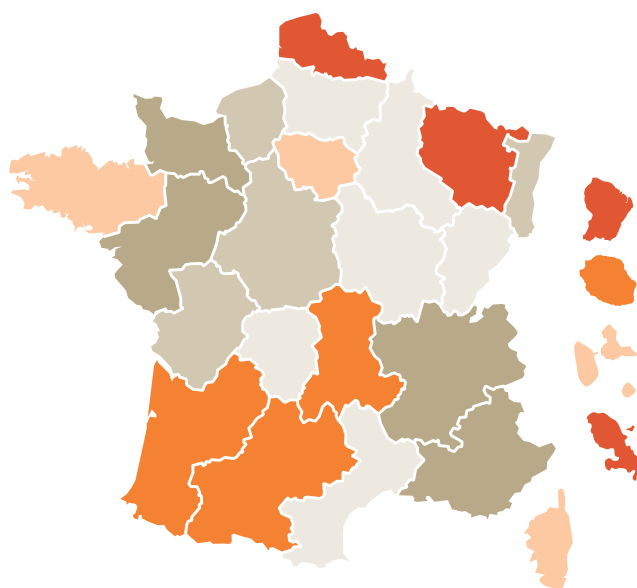
- pour les instituts d'éducation sensorielle pour enfants atteints de déficiences visuelles est de 0,84 ETP par personne accueillie ;

- pour les instituts d'éducation sensorielle pour enfants sourds et aveugles est de 0,84 ETP par personne accueillie.

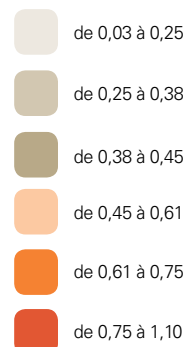
e. Représentation sur le territoire

Selon le FINESS, 127 instituts d'éducation sensorielle sont répertoriés en France pour 7 631 places installées.

Répartition des taux d'équipement des IES par région



Taux d'équipement en IES
(en nombre de places pour 1000 jeunes
de moins de 20 ans)



(source : STATISS 2011 : estimations INSEE
au 1^{er} janvier 2009 pour les données de population
et DREES-ARS-FINESS pour les capacités
installées au 1^{er} janvier 2011)

⁽⁹²⁾ Source : DREES - Série statistique n°148, septembre 2010 « Établissements et services pour enfants et adolescents handicapés - résultats de l'enquête ES 2066 et séries chronologiques 1995 à 2006 ».

⁽⁹³⁾ Source : DREES - Série statistique n°148, septembre 2010 « Établissements et services pour enfants et adolescents handicapés - résultats de l'enquête ES 2066 et séries chronologiques 1995 à 2006 ».

LES SERVICES D'ÉDUCATION SPÉCIALE ET DE SOINS À DOMICILE (SESSAD)

	ENFANTS HANDICAPÉS
DÉPISTAGE PRÉCOCE	CAMSP
	CMPP
	Centre de ressources
ACCOMPAGNEMENT EN MILIEU ORDINAIRE	IME
	IEM
	ITEP
	EEAP
	ETAB. EDUC. DEF. SENSORIEL
	SESSAD
PRISE EN CHARGE INSTIT.	CAFS

a. Type d'ESMS

SESSAD : Service d'éducation spéciale et de soins à domicile

Les SESSAD suivent les enfants handicapés au plus près de leur lieu de vie : domicile, crèche, école... La notion de SESSAD couvre une notion de service plus large qui varie selon la nature du handicap ou de l'âge de l'enfant et de l'agrément obtenu.

Le terme SESSAD couvre :

- les SESSAD ;
- les Services de soins et d'aide à domicile (SSAD) ;
- les Services d'accompagnement familial et d'éducation précoce (SAFEP) ;
- Les Services de soutien à l'éducation familiale et à l'intégration scolaire (SSEFIS) ;
- Les Services d'aide à l'autonomie et à l'intégration scolaire (SAAAIS).

b. Public et activités

Missions

Les SESSAD assurent une prise en charge globale avec un soutien à l'intégration scolaire ou à l'acquisition de l'autonomie des enfants et adolescents de moins de 20 ans. Les services proposés diffèrent selon l'âge des enfants :

- Pour les enfants de moins de 6 ans : il s'agit d'une prise en charge précoce qui intègre l'accompagnement de la famille et de l'entourage familial, l'accompagnement du diagnostic, l'aide au développement psychomoteur et la préparation anticipée aux orientations ultérieures.

→ Pour les enfants de plus de 6 ans, leur mission est plus centrée sur le soutien à la scolarisation ou à l'acquisition de l'autonomie. Une mission d'accompagnement à la vie sociale leur est également confiée.

L'action du SSAD est orientée vers :

- d'une part, la prise en charge précoce pour les enfants de la naissance à 6 ans, comportant le conseil et l'accompagnement des familles et de l'entourage familial de l'enfant, l'approfondissement du diagnostic et le développement psychomoteur initial de l'enfant ainsi que le développement de la communication ;
- d'autre part, pour l'ensemble des enfants et adolescents, le soutien aux acquisitions de l'autonomie comportant l'ensemble des moyens médicaux, paramédicaux et psychosociaux adaptés.

Dans le cadre d'un établissement prenant en charge des enfants ou adolescents atteints de déficience visuelle ou de déficience auditive, le SAFEP assure pour les enfants de la naissance à 3 ans :

- la prise en charge des enfants déficients visuels ou auditifs au stade de l'éducation précoce ;
- le conseil et l'accompagnement des familles et de l'entourage familial de l'enfant, l'approfondissement du diagnostic, de l'adaptation prothétique, l'éveil et le développement de la communication de l'enfant (déficient auditif) et le développement psychomoteur initial de l'enfant (déficient visuel).

Pour les enfants atteints de déficience auditive qui suivent par ailleurs une scolarité à l'école ordinaire ainsi que pour les enfants de 3 à 6 ans qui ne peuvent bénéficier d'une telle scolarité, le SSEFIS assure la prise en charge des enfants et adolescents déficients auditifs aux stades de l'éducation préélémentaire, élémentaire, secondaire et technique.

Pour les enfants atteints de déficience visuelle grave ou de cécité, le SAAAIS :

- apporte l'ensemble des moyens de compensation du handicap, de développement de la vision fonctionnelle, d'apprentissage des techniques palliatives ;
- apporte les soutiens pédagogiques adaptés ;
- assure la mise à disposition des matériels et équipements spécialisés.

Ces services répondent ainsi aux mêmes missions que les établissements d'accueil médico-sociaux, en assurant également une prise en charge globale.

Le SESSAD PRO a plus particulièrement pour mission d'accompagner et de soutenir aux plans éducatif et thérapeutique tout jeune handicapé au début de la construction de son parcours professionnel jusqu'à la pérennisation de son insertion professionnelle.

Personnes accueillies

Les SESSAD s'adressent à des enfants et adolescents âgés de 0 à 20 ans, atteints d'une déficience intellectuelle, motrice ou sensorielle. Dans les faits, l'âge d'accueil dépend des agréments :

❖ SESSAD : enfants et adolescents âgés de 0 à 20 ans atteints d'une déficience intellectuelle ou motrice, et/ou pouvant présenter des troubles du comportement.

❖ SSAD : enfants et adolescents polyhandicapés âgés de 0 à 20 ans.

❖ SAFEP : enfants de 0 à 3 ans atteints de déficience auditive grave ou de déficience visuelle grave ou de cécité.

❖ SEFIS : enfants de plus de 3 ans atteints de déficience auditive grave et suivant par ailleurs une scolarité à l'école ordinaire, et enfants de 3 à 6 ans atteints de déficience auditive grave ne pouvant bénéficier d'une telle scolarité.

❖ SAAIS : enfants de plus de 3 ans atteints de déficience visuelle grave ou de cécité.

Modalités d'accès

L'accompagnement par un SESSAD est soumis à une orientation relevant de la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) du département avec un dossier à constituer auprès de la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH).

Modes d'accompagnement et de prise en charge

Suite à l'admission en SESSAD, un Projet d'accompagnement individualisé (PAI) est élaboré avec les enfants et leurs familles. L'intervention des professionnels de ces services, reposant sur des équipes pluridisciplinaires, s'accomplit dans les locaux du SESSAD ou dans les différents lieux de vie et d'activité de l'enfant ou adolescent (domicile, crèche, école, lieux de loisirs...). Un SESSAD représente ainsi une structure d'accompagnement « mobile » intervenant là où l'enfant vit et où il exerce ordinairement ses activités.

L'action des professionnels se compose ainsi :

❖ d'interventions « directes » auprès des jeunes suivis et de leurs familles (activités éducatives, de rééducation, suivis médicaux et psychologiques individuels, entretiens, visites à domicile, observations et bilans...);

❖ d'interventions « indirectes » composées de temps de travail en équipe, temps de coordination (réunion de coordination, réunion de synthèse, analyse de pratiques...), temps auprès des partenaires...

Les SESSAD sont ainsi devenus, dans le secteur médico-éducatif, une structure privilégiée de l'aide à l'intégration scolaire. L'équipe du SESSAD peut ainsi être amenée à intervenir aux différents stades de scolarisation de l'enfant : en crèche, en école maternelle, en école primaire (en CLIS, en classe ordinaire), au collège (en SEGPA, en ULIS), au lycée professionnel en UPI. Le SESSAD est un partenaire de soins dans le projet personnalisé de scolarisation de l'enfant.

Les professionnels participent aux réunions avec les familles, les équipes enseignantes, la santé scolaire et l'équipe de suivi de scolarisation. Tant que l'enfant n'est pas scolarisé, le SESSAD le rencontre le plus souvent au domicile familial et/ou dans ses propres locaux. À partir du moment où l'enfant est scolarisé, le SESSAD intervient de préférence à l'école mais il peut aussi accompagner l'enfant dans certaines activités telles que le sport, les loisirs, etc. Chaque prise en charge doit être modulée en fonction de l'enfant et en fonction de l'environnement. Il s'agit de soutenir l'enfant dans sa scolarité et dans ses apprentissages : les interventions des personnels du SESSAD doivent être ajustées à ses besoins mais également aux conditions et aux exigences de la vie scolaire.

Selon les cas, ces services peuvent œuvrer en liaison étroite avec :

- ❖ les services hospitaliers ;
- ❖ le secteur de psychiatrie infanto-juvénile ;
- ❖ la Protection maternelle et infantile (PMI) ;
- ❖ les services de dépistage et de diagnostic (ORL pour SAFEP et SSEFIS) ;
- ❖ les centres d'audiophonologie (pour SAFEP et SSEFIS) ;
- ❖ les centres d'ophtalmologie (pour SAAIS) ;
- ❖ les Centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) ;
- ❖ les Centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) ;
- ❖ les autres établissements ou services d'éducation spéciale ;
- ❖ des intervenants spécialisés proches du domicile des parents.

Lorsque le SESSAD concourt à l'intégration scolaire, une convention passée avec l'établissement scolaire précise les conditions d'intervention du service dans le cadre du projet pédagogique, éducatif et thérapeutique d'ensemble. Elle précise notamment les modalités d'intervention des personnels spécialisés (lieux, durée, fréquence, réunions de synthèse...).

Les enfants sont ainsi suivis par une équipe pluridisciplinaire au cours de séances pouvant avoir lieu dans les locaux du SESSAD en journée ou sur leurs lieux de vie (école, domicile, lieux de loisirs...). Le SESSAD ne propose pas d'hébergement.

Le nombre et la fréquence des interventions sont déterminés en fonction des besoins et du projet individuel du jeune.

c. Structuration et fonctionnement

Statut

Les SESSAD peuvent être autonomes ou rattachés à un établissement médico-social. Ils sont gérés majoritairement par des associations et, dans une proportion moindre, par des établissements publics ou des hôpitaux. 92% des SESSAD sont privés à but non lucratif, les autres sont publics.

Ainsi :

❖ Le SSAD peut être rattaché à un établissement prenant en charge des enfants et adolescents polyhandicapés.

❖ Le SSEFIS peut être créé par un établissement prenant en charge des enfants ou adolescents atteints de déficience auditive grave.

❖ Le SAAAIS peut être créé par un établissement prenant en charge des enfants ou adolescents atteints de déficience visuelle grave ou de cécité.

❖ Le SAFEP peut être créé soit par un établissement prenant en charge des enfants ou adolescents atteints de déficience auditive grave, soit par un établissement prenant en charge des enfants ou adolescents atteints de déficience visuelle grave ou de cécité.

De fait, la plupart des SESSAD sont en liaison organique avec un établissement ou avec une association gérant aussi d'autres services ou d'autres établissements.

Financement

Le financement des SESSAD est pris en charge par l'Assurance maladie avec la possibilité de mise à disposition d'enseignants par l'Éducation nationale.

Solvabilité du dispositif

L'Assurance maladie finance le SESSAD sous forme de dotation globale (par arrêté fixant le montant de la dotation globale annuelle) sur la base d'un coût moyen estimé à 16 152 € la place⁹⁵.

d. Professionnels

Les interventions des SESSAD reposent sur une équipe pluridisciplinaire composée notamment de⁹⁶ :

❖ personnel éducatif, pédagogique et social ;

❖ personnel médical et paramédical ;

❖ psychologues.

Les équipes des SESSAD se composent généralement des professionnels suivants : médecin, kinésithérapeute, orthophoniste, psychomotricien, ergothérapeute, psychologue, éducateur spécialisé, enseignant spécialisé et assistante sociale.

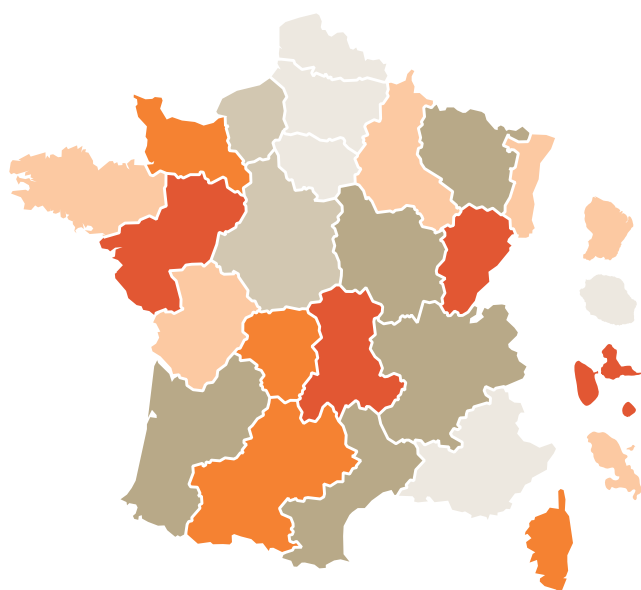
Le personnel est réparti comme suit : personnel de direction, de gestion et d'administration (14,1 %), personnel des services généraux (3,7 %), personnel d'encadrement sanitaire et social (5,2 %), personnel éducatif, pédagogique et social (42,9 %), personnel médical (2,3 %), psychologues et personnel paramédical (0 %) et candidats-élèves aux emplois éducatifs (0,8 %)⁹⁷.

Le ratio moyen d'encadrement observé au niveau national est de 0,27 ETP par personne accueillie⁹⁸ (personnel de direction et d'encadrement, personnel éducatif, pédagogique, social, médical, paramédical, personnel administratif et services généraux).

e. Représentation sur le territoire

Selon le FINESS, 1 580 SESSAD sont répertoriés en France pour 216 126 places installées, représentant 2,6 places de SASSAD pour 1 000 jeunes de moins de 20 ans⁹⁹.

Répartition des taux d'équipement des SESSAD par région



Taux d'équipement en SESSAD
(en nombre de places pour 1000 jeunes
de moins de 20 ans)

de 1,68 à 2,43

de 2,43 à 2,50

de 2,50 à 2,80

de 2,80 à 3,06

de 3,06 à 3,53

de 3,53 à 4,54

(source : STATISS 2011 : estimations INSEE
au 1^{er} janvier 2009 pour les données de population
et DREES-ARS-FINESS pour les capacités
installées au 1^{er} janvier 2011)

⁽⁹⁵⁾ Source : FEHAP 2011 - Étude approfondie sur les services à domicile médico-sociaux et sanitaires dans les 26 régions de France métropolitaine et d'Outre-Mer, réalisée avec le concours du professeur Emmanuel VIGNERON, géographe de la santé et Sandrine HAAS, directrice générale de la Nouvelle Fabrique des Territoires.

⁽⁹⁶⁾ Source : Études et Résultats DREES : « Les SESSAD : public et modalités d'intervention », n°574, mai 2007

⁽⁹⁷⁾ Source : DREES - Série statistique n°148, septembre 2010 « Établissements et services pour enfants et adolescents handicapés - résultats de l'enquête ES 2066 et séries chronologiques 1995 à 2006 ».

⁽⁹⁸⁾ Source : STATISS

LES CENTRES D'ACCUEIL FAMILIAL SPÉCIALISÉS (CAFS)

	ENFANTS HANDICAPÉS
DÉPISTAGE PRÉCOCE	CAMSP
	CMPP
	Centre de ressources
ACCOMPAGNEMENT EN MILIEU ORDINAIRE	IME
	IEM
	ITEP
	EEAP
	ETAB. EDUC. DEF. SENSORIEL
	SESSAD
PRISE EN CHARGE INSTIT.	CAFS

CAFS : Centre d'accueil familial spécialisé

Il a pour but de mettre à disposition des enfants et adolescents un environnement psychologique, éducatif et affectif qu'ils ne peuvent trouver dans leur propre entourage.

Il est rattaché à un IME, un CMPP ou un CAMSP et n'accueille que les enfants qui y sont suivis.

Les familles d'accueil sont agréées par le président du conseil général pour l'accueil jusqu'à 21 ans.

Selon le FINESS, 78 CAFS sont recensés pour 1 032 places installées en France.

4

DOCUMENTS UTILES

❖ Code de l'Action Sociale et des Familles

❖ CNSA, 2012, *Les chiffres clés de l'aide à l'autonomie*

❖ IGF-IGAS, octobre 2012, *Établissements et services pour personnes handicapées, offre et besoins, modalités de financement*

❖ Fédération des Établissements hospitaliers et d'Aide à la personne privés non lucratifs (FEHAP), 2012, *Étude approfondie sur les services à domicile médico-sociaux et sanitaires dans les 26 régions de France métropolitaine et d'Outre-Mer*, réalisée avec le concours du professeur Emmanuel VIGNERON, géographe de la santé, et Sandrine HAAS, directrice générale de la Nouvelle Fabrique des Territoires.

❖ Éditions législatives, *Dictionnaire permanent Action sociale*

❖ DGCS, CNSA, mai 2011, *Guide méthodologique pour l'élaboration du Schéma régional d'organisation médico-sociale (SROMS)*

❖ ARS, septembre 2012, *Parcours de soins, parcours de santé, parcours de vie. Pour une prise en charge adaptée des patients et usagers. Lexique de A à Z*

❖ Pascal Jacob, avril 2013, *Un droit citoyen pour la personne handicapée, Un parcours de soins et de santé sans rupture d'accompagnement*



5

GLOSSAIRE

AAH : Allocation adultes handicapés

ACT : Appartement de coordination thérapeutique

ACTP : Allocation compensatrice pour tierce personne

AEEH : Allocation d'éducation de l'enfant handicapé

AEMO : Action éducative en milieu ouvert

AGEFIPH : Association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées

AGGIR : Autonomie, Gérontologie, Groupe Iso-Ressources

AIS : Actes infirmiers de soins

AJ : Accueil de jour

ALS : Allocation logement sociale

AM : Assurance maladie

AMI : Acte médico-infirmier

AMP : Aide médico-psychologique

ANESM : Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux

APA : Allocation personnalisée d'autonomie

APL : Allocation personnalisée au logement

ARS : Agence régionale de santé

AS : Aide-soignant

ASE : Aide sociale à l'enfance

ASPA : Allocation de solidarité aux personnes âgées

AVS : Auxiliaire de vie sociale

CAARUD : Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues

CADA : Centre d'accueil pour demandeurs d'asile

CAE : Contrat d'accompagnement dans l'emploi

CAMSP : Centre d'accueil médico-social précoce

CARSAT : Caisse d'assurance retraite et de santé au travail

CAFS : Centre d'accueil familial spécialisé

CASF : Code de l'action sociale et des familles

CATTP : Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel

CCAS : Centre communal d'action sociale

CDAPH : Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées

CEF : Centre éducatif fermé

CER : Centre éducatif renforcé

CFA : Centre de formation d'apprentis

CG : Conseil général

CHRS : Centre d'hébergement et de réinsertion sociale

CHT : Communauté hospitalière de territoire

CIAS : Centre intercommunal d'action sociale

CLIC : Comité local d'information et de coordination

CLIS : Classe pour l'inclusion scolaire

CMP : Centre médico-psychologique

CMPP : Centre médico-psycho-pédagogique

CMU : Couverture maladie universelle

CMU-C : Couverture maladie universelle complémentaire

CNSA : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

CPO : Centre de préorientation

CPOM : Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

CRA : Centre de ressources pour personnes autistes

CRFP : Centre de reclassement et formation professionnelle

CRP : Centre de rééducation professionnelle

CRSA : Conférence régionale de la santé et de l'autonomie

CSAPA : Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie

DGCS : Direction générale de la cohésion sociale

DGOS : Direction générale de l'offre de soins

DIRECCTE : Direction régionale des entreprises de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi

DLA : Dispositif local d'accompagnement

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

EA : Entreprise adaptée

EEAP : Établissement pour enfants et adolescents polyhandicapés

EEDS : Établissement et service pour enfants et adolescents déficients sensoriels

EHPA : Établissement d'hébergement pour personnes âgées

EHPAD : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

EPCI : Établissement public de coopération intercommunale

ERP : Établissement recevant du public

ES : Éducateur spécialisé

ES : Établissement de santé

ESA : Équipe spécialisée Alzheimer

ESAT : Établissement et service d'aide par le travail

ESMS : Établissement et service médico-social

ESPIC : Établissement de santé privé d'intérêt collectif

ETP : Équivalent temps plein

FAM : Foyer d'accueil médicalisé

FEGAPEI : Fédération nationale des associations gestionnaires au service des personnes handicapées

FEHAP : Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne, à but non lucratif

FEP : Fédération d'entraide protestante

FH : Foyer d'hébergement

FHF : Fédération hospitalière de France

FINESS : Fichier national des établissements sanitaires et sociaux

FJT : Foyer de jeunes travailleurs

FSC : Forfait de soins courants

FSE : Fonds social européen

FV : Foyer de vie

GCS : Groupement de coopération sanitaire

GCSMS : Groupement de coopération sociale et médico-Sociale

GEM : Groupement d'entraide mutuelle

GIE : Groupement d'intérêt économique

GIP : Groupement d'intérêt public

GIR : Groupe ISO-ressources

GMP : Groupe ISO-ressources moyen pondéré

GMPS : Groupe ISO-ressources moyen pondéré soins

GPEC : Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences

GRTH : Garantie de ressources pour les personnes handicapées

HAD : Hospitalisation à domicile

HPST : Hôpital, Patients, Santé et Territoires

HT : Hébergement temporaire

IDE : Infirmier diplômé d'État

IEM : Institut d'éducation motrice

IES : Institut d'éducation sensorielle

IGAS : Inspection générale des affaires sociales

IME : Institut médico-éducatif

IMP : Institut médico-pédagogique

IMPRO : Institut médico-professionnel

ITEP : Institut thérapeutique éducatif et pédagogique

LFSS : Loi de financement de la Sécurité sociale

MAIA : Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer

MARPA : Maison d'accueil rurale pour personnes âgées

MAS : Maison d'accueil spécialisée

MCO : Médecine, Chirurgie, Obstétrique

MDPH : Maison départementale des personnes handicapées

ME : Moniteur-éducateur

MECS : Maison d'enfants à caractère social

MJPM : Mandataire judiciaire à la protection des majeurs

MSA : Mutualité sociale agricole

MVA : Majoration pour la vie autonome

OMS : Organisation mondiale de la Santé

ONDAM : Objectif national des dépenses d'Assurance maladie

PAERPA : Parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie

PASA : Pôle d'activités et de soins adaptés

PCH : Prestation de compensation du handicap

PJJ : Protection judiciaire de la jeunesse

PLUS : Prêt à usage locatif social

PLS : Prêt locatif social

PMI : Protection maternelle et infantile

PMP : Pathos moyen pondéré

PRIAC : Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie

PRS : Programme régional de santé

PSRS : Projet stratégique régional de santé

PUI : Pharmacie à usage intérieur

PUV : Petite unité de vie

RQTH : Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé

SAAAS : Service d'aide à l'acquisition de l'autonomie et à l'intégration scolaire

SAAD : Service d'aide et d'accompagnement à domicile

SAFEP : Service d'accompagnement familial et d'Education Précoce

SAMSAH : Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés

SAP : Service à la personne

SAVS : Service d'accompagnement à la vie sociale

SCM : Section de cure médicale

SEGPA : Section d'enseignement général et professionnel adapté

SESSAD : Service d'éducation spécialisée et de soins à domicile

SIFPRO : Section d'initiation et de formation professionnelle

SPASAD : Service polyvalent d'aide et de soins à domicile

SPE : Service public de l'emploi

SROMS : Schéma régional de l'organisation médico-sociale

SSAD : Services de soins et d'aide à domicile

SSEFIS : Service de soutien à l'éducation familiale et à l'intégration scolaire

SSIAD : Service de soins infirmiers à domicile

SSR : Soins de suite et de réadaptation

SYNERPA : Syndicat national des établissements et résidences privées pour personnes âgées

TISF : Technicien d'intervention sociale et familiale

UEROS : Unité d'évaluation, de réentraînement et d'orientation sociale et professionnelle

UHR : Unité d'hébergement renforcé

ULIS : Unité localisée pour l'inclusion scolaire

UNIOPSS : Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux

UPHV : Unité pour personnes handicapées vieillissantes

USLD : Unité de soins de longue durée

6

VOLUMÉTRIE DES ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES MÉDICO-SOCIAUX (PERSONNES ÂGÉES ET PERSONNES HANDICAPÉES)

Catégories (source : FINESS)	Nb struct.	Capacité autorisée	Capacité installée
4100 Établ. et Serv. Pour l'Enfance et la Jeunesse Handicapée			
4101 Établ. d'Éduc. Spéciale pour Déficiants Mentaux et Hand.	1 458		
183 Institut Médico-Éducatif (IME)	1 250	69 635	68 651
188 Établ. pour Enfants ou Adolescents Polyhand.	208	5 855	5 750
4102 Établ. d'Éduc. Spéciale pour Enfants Troubles Cond. et Comport.	432		
186 Institut Thérapeutique Éducatif et Pédag. (ITEP)	432	15 698	15 039
4103 Établ. d'Éduc. Spéciale pour Handicapés Moteurs	141		
192 Établ. pour Déficiants Moteurs (IEM)	141	7 454	7 301
4104 Établ. d'Éduc. Spéciale pour Déficiants Sensoriels	127		
194 Institut pour Déficiants Visuels	32	1 850	1 830
195 Institut pour Déficiants Auditifs	80	5 217	4 993
196 Institut d'Éducation Sensorielle Sourds/Aveugles	15	811	808
4105 Établ. et Serv. Hébergement Enfants Hand.	118		
238 Centre d'Accueil Familial Spécialisé	78	1 045	1 032
390 Établ. d'Accueil Temporaire d'Enfants Handicapés	17	272	259
396 Foyer Héberg. Enfants et Adolescents Handicapés	23	458	284
4106 Services à Domicile ou Ambulatoires pour Handicapés	2 376		
182 Service d'Éducation Spéciale et de Soins à Domicile	1 580	48 078	46 126
189 Centre Médico-Psycho-Pédagogique (CMPP)	480		
190 Centre Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP)	316		
4107 Établ. Expérimentaux en Faveur de l'Enfance Hand.	75		
377 Établ. Expérimental pour Enfance Handicapée	75	1 378	1 175
4300 Établ. et Serv. pour Adultes Handicapés			
4301 Établ. et Serv. d'Hébergement pour Adultes Hand.	4 510		
252 Foyer Hébergement Adultes Handicapés	1 291	40 742	39 482
253 Foyer d'Accueil Polyvalent pour Adultes Handicapés	86	3 936	3 462
255 Maison d'Accueil Spécialisée (MAS)	639	28 177	25 852
382 Foyer de Vie pour Adultes Handicapés	1 615	49 336	47 200
395 Établ. d'Accueil Temporaire pour Adultes Handicapés	45	646	518
437 Foyer d'Accueil Médicalisé pour Adultes Hand. (FAM)	834	27 639	24 724
4302 Établ. et Serv. de Travail Protégé pour Adultes Hand.	2 029		
246 Établissement et Service d'Aide par le Travail (ESAT)	1 491	118 237	117 016
247 Entreprise adaptée	538	6 510	18 070
4303 Établ. et Serv. de Réinsertion Prof. pour Adultes Hand.	120		
198 Centre de Préorientation pour Handicapés	32	570	557
249 Centre Rééducation Professionnelle	88	8 997	9 567
4304 Établ. Expérimentaux en Faveur des Adultes Hand.	159		
379 Établ. Expérimental pour Adultes Handicapés	159	3 642	3 347
4305 Services de Maintien à Domicile pour Handicapés	1 267		
445 SAMSAH	312	8 818	7 886
446 Serv.d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS)	955	37 286	35 425
4400 Établ. et Serv.pour Personnes Âgées			
4401 Établ. d'Hébergement pour Personnes Âgées	10 098		
200 Maison de Retraite	7 665	625 995	588 203
202 Logement Foyer	2 353	118 180	114 924
394 Établ. d'Accueil Temporaire pour Personnes Âgées	80	1 655	1 544
4402 Services Sanitaires de Maintien à Domicile	257		
207 Centre de Jour pour Personnes Âgées	257	3 756	3 226
4403 Services Sociaux en Faveur des Personnes Âgées	5 607		
208 Service d'Aide Ménagère à Domicile	4 166	30	2 650
450 Service d'Aide aux Personnes Âgées	1 441	6 706	408
4404 Établ. Expérimentaux en Faveur des Personnes Âgées	11		
381 Établ. Expérimental pour Personnes Âgées	11	157	117
4600 Autres Établ. Accueil, Hébergement, Réadaptation et Services			
4605 Établ. et Serv. multi-clientèles	3 809		
209 Service Polyvalent Aide et Soins à Domicile (SPASAD)	84	9 139	8 473
354 Service de Soins Infirmiers à Domicile (S.S.I.A.D)	2 075	119 942	117 038
460 Service Presataire d'Aide à Domicile (S.A.D.)	1 187	1 470	1 761
4606 Centres de ressources	47		
461 Centres de Ressources S.A.I. (Sans Aucune Indication)	47		
4606 Centres prestataires de services pour personnes cérébro-lésées	32		
464 Unités Evaluation Réentraînement et d'Orient. Soc. Et Pro. (UEROS)	32	684	676
Total (nombre d'ESMS FINESS) =	32 673		



7

REMERCIEMENTS

Pilotage de la démarche

Le pilotage de la démarche a privilégié une large concertation avec des relectures critiques des éléments produits :

✚ Le Comité élargi (ANAP, CNSA, DGCS, fédérations : UNA, UNIOSS, FHF, FEHAP, SYNERPA, FEGAPEI, APF, UNAPEI, FNADEPA, PEP et FNAQPA) a veillé à l'exhaustivité des sujets traités dans le périmètre défini et a assuré des relectures critiques.

✚ Les groupes de travail (financeurs et gestionnaires) ont fourni la matière première de la réflexion pour évoquer les perspectives du secteur médico-social.

Groupes de travail

L'ANAP tient à remercier les professionnels qui ont activement participé aux groupes de travail :

M. Didier BACHELEY, Centre d'accueil de Haut-de-Versac

M^{me} Marie-Dominique BENEVENT, ARHM

M. Christian BERTHUY, OVE

M. Pascal BETTI, USSAP

M. Thierry BOSCARIOL, Association Emmanuelle, UNISSS

M. Charles BOUR, ESS UGEF les Hirondelles

M. Jean CARAMAZANA, Abrapa Strasbourg

M^{me} Marjolaine CASSAN, PRO BTB
«Les Fontaines de Monjous»

M^{me} Corinne CHERVIN, PEP 43

M. Christophe DELAS, Colisée Patrimoine Group

M. Patrick ENOT

M. David FRERET, EHPAD Le Bon Pasteur

M. Blaise GBAGUIDI, FG PEP

M. Gilles GOMEZ, Association AFPJR

M^{me} Suzanne JOUFFRAY, APF

M. Philippe JOURDY, ASEI

M. Paul LE CAM, Association COALLIA

M^{me} Marilyn LABROUSSE, Conseil général de l'Allier

M^{me} Élise LAURENT, ARS Rhône-Alpes

M^{me} Annie LELIEVRE, Centre hospitalier des 4 Villes

M^{me} Marie-Laure LEVEQUE, Le Noble Âge

M. Philippe NICOT, AFAPEI du Calaisis

M^{me} Isabelle PAULIN, APF

M^{me} Sylvie PLATON, EHPAD Le Cèdre

M. Éric RAOUF, Association COALLIA

M. Bernard RODRIGUES, UDAPEI du Nord

M. Laurent SANDERS, ARS de Picardie

M. Jean-Philippe SOURIOUX, Union d'Associations Comité commun - Santé et Bien-être

M. Hervé SZLAPKA, Institut Camille-MIRET

M. Jacques VIDAL, Association Soins à domicile Haute-Gironde (ASADHG)

M. Roger WEYL, APEI Ouest 44

Comité élargi

L'ANAP remercie également les membres du comité élargi :

M^{me} Charlotte PENTECOUTEAU, DGCS

M^{me} Amaëlle PENON et **M^{me} Marie SEJON-ONILLON**, APF

M. Jean-Claude CARGNELUTTI, Fédération des PEP

M^{me} Marie ABOUSSA, FEGAPEI

M^{me} Adeline LEBERCHE et

M^{me} Tharshini BANCEL-ARAMPAMOORTHY, FEHAP

M^{me} Murielle JAMOT, **M^{me} Annabelle MALNOU**
et **M^{me} Élodie HEMERY**, FHF

M^{me} Françoise TOURSIÈRE, FNADEPA

M. Didier SAPY, FNAQPA

M^{me} Titina MENDY, SYNERPA

M. Nicolas PAILLOUX et **M. Vincent VINCENTELLI**, UNA

M^{me} Séverine RAGON, UNAPEI

M. Nicolas CLÉMENT et **M. Thierry COUVERT-LEROY**, UNIOPSS

ainsi que les collaborateurs de l'ANAP pour leurs relectures et contributions :

M^{me} Pauline SASSARD

M^{me} Marie-Aude POISSON

L'ANAP tient à remercier également Monsieur Jean-François BAUDURET, directeur honoraire à la CNSA et vice-président du Conseil scientifique et d'orientation de l'ANAP.

Ce projet a été mené en étroite collaboration avec la CNSA représentée par :

M. Xavier DUPONT

M. Hervé LEOST

M^{me} Marie-Claude MARAIS



Mentions légales

Financement : les contenus publiés par l'ANAP sont le résultat du travail de ses salariés et de sociétés de conseil dont les prestations sont exécutées dans le cadre de marchés publics et financées par le budget de l'ANAP. Conflits d'intérêt : les contenus et conclusions de l'ANAP sont indépendants de toute relation commerciale. L'ANAP n'approuve ni ne recommande aucun produit, procédé ou service commercial particulier. Usage : l'ANAP garantit la validité des informations à la date de leur publication. Les contenus sujets à évolution particulière sont susceptibles d'être actualisés. Propriété intellectuelle : les contenus sont la propriété intellectuelle de l'ANAP. Toute utilisation à caractère commercial est formellement interdite. Toute utilisation ou reproduction même partielle doit mentionner impérativement : «Le secteur médico-social - comprendre pour agir mieux © ANAP 2013» et respecter l'intégrité du contenu.



Conception et réalisation : www.pixelis.fr - juillet 2013

Secrétaire de rédaction : Fanny LENTZ

Crédit photos : ANAP

Imprimé par CARACTÈRE, imprimerie certifiée Iso 14001, sur du papier PEFC.

Cette publication de l'ANAP, réalisée avec la participation de la CNSA, présente les principaux éléments de compréhension du secteur médico-social.

À destination des professionnels du secteur sanitaire comme du secteur médico-social, elle détaille notamment les enjeux et les perspectives des établissements et services accompagnant des personnes âgées et des personnes handicapées, enfants et adultes. Des fiches synthétiques pour chaque type d'établissements et services médico-sociaux complètent ce panorama.

