

# Quelle place pour les ESMS dans une société inclusive ?

ENTRAIDE UNIVERSITAIRE

20 février 2019



# Plan

1. Éléments historiques
2. Nouvelles attentes des personnes en situation de handicap
  - Revendication de droits
  - Non discrimination
  - *Empowerment*
  - Accompagnement
  - Désinstitutionnalisation
3. Volonté des pouvoirs publics de mieux réguler le système
  - Planification et rationalisation
  - Contractualisation et évaluation
  - Réforme de la tarification
  - Développement de logiques d'externalisation
4. Conclusion : quels choix politiques ? Quels sous-entendus idéologiques ? Quels modèles de solidarité ?

# 1. Éléments historiques

# L'« acceptation miséricordieuse »

« Une acceptation, parfois maladroite, parfois brutale, parfois miséricordieuse. Une sorte d'intégration indifférente, fatidique, sans idéologie mais sans combat. Telle serait l'ambiance générale de la société moyenâgeuse face à l'infirmité. » (Stiker 2005, p.64)

- Dès le IV<sup>ème</sup> siècle Zoticos inaugure l'institution du principe de la charité envers les pauvres et les infirmes.
- Les pères de l'Église (Saint Augustin) théorisent une intégration de l'anomalie dans le normal (rupture avec l'Antiquité où l'anormal était un *scandale* à expier).
- Inauguration du système de l'aumône (individuelle puis hospitalière) qui survivra jusqu'à la laïcisation complète de l'hôpital au XX<sup>ème</sup> siècle.

- La théologie chrétienne confère à l'infirme un statut élevé d'image de Jésus-Christ (Saint François d'Assise). Stiker parle d'« éthique mystique » : la charité permet la rédemption des pêcheurs.
- De grandes institutions hospitalières se développent à la fin du Moyen-Âge : Hôpital des Quinze-Vingts (1260), Hôtel-Dieu (1165), etc.



# Le « grand renfermement » (M. Foucault)

Au XVII<sup>ème</sup> siècle, les mendiants et vagabonds du Moyen-âge deviennent un danger à la fois moral, social et sanitaire : ils ne doivent plus errer librement. C'est le grand renfermement, la création de grandes institutions civiles, religieuses ou militaires dans lesquelles seront internés les mendiants, les infirmes et les délinquants :

Création de l'Hôpital général par l'édit royal du 27 avril 1656.

On cherche à isoler et à faire travailler ceux qui sont une charge pour la société. L'internement a un but social (disciplinaire) et économique plutôt que médical.



# Une cité dans la cité

- L'architecture de l'hôpital reproduit le monde extérieur en modèle réduit.
- C'est un univers autosuffisant dont on n'a jamais besoin de sortir (asile).
- Sa conception architecturale et les règles qui le régissent ont deux objectifs: l'occupation permanente (socialement utile) et la surveillance, le quadrillage de l'espace et du temps.

*Hôtel des Invalides - 1674*



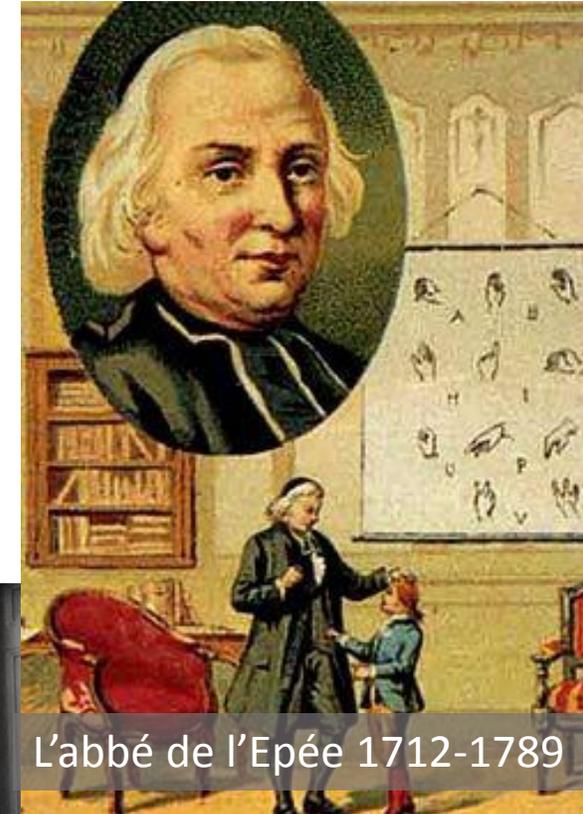
# Au XVIII<sup>ème</sup> siècle : l'effet des Lumières

En 1793, l'aliéniste Pinel délivre les enchaînés de Bicêtre, fondant la psychiatrie moderne et engageant une spécialisation des institutions et des disciplines.

Héritiers des Lumières, des savants, médecins, éducateurs commencent à se préoccuper de l'éducation des arriérés, des sourds-muets, des aveugles ou des « sauvages ».



Valentin Haüy 1745-1822



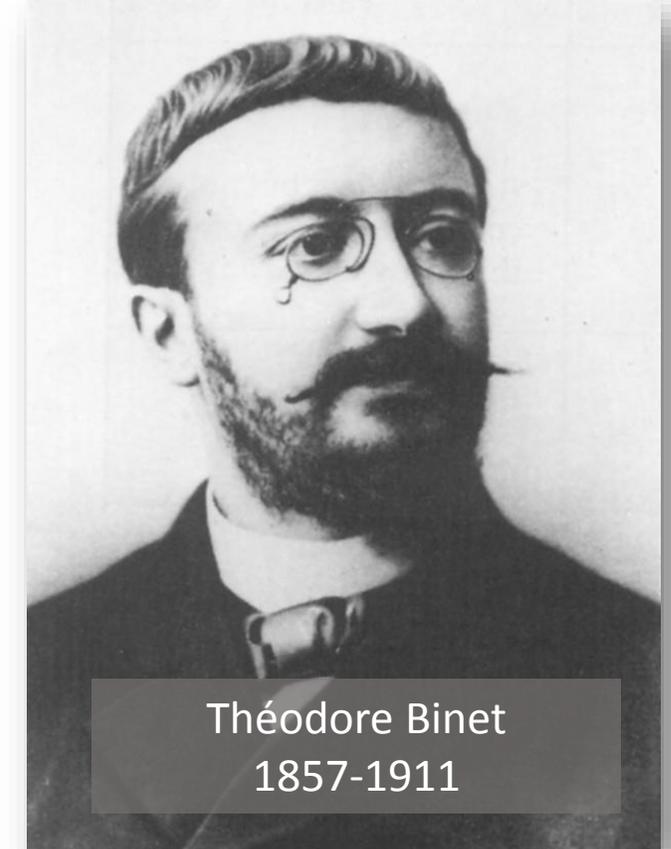
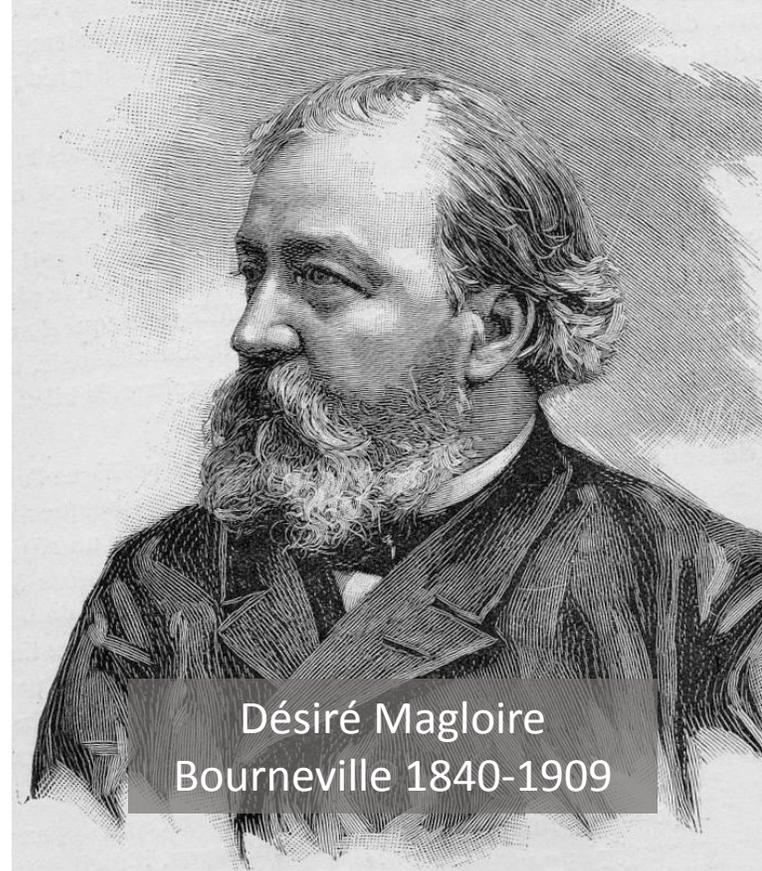
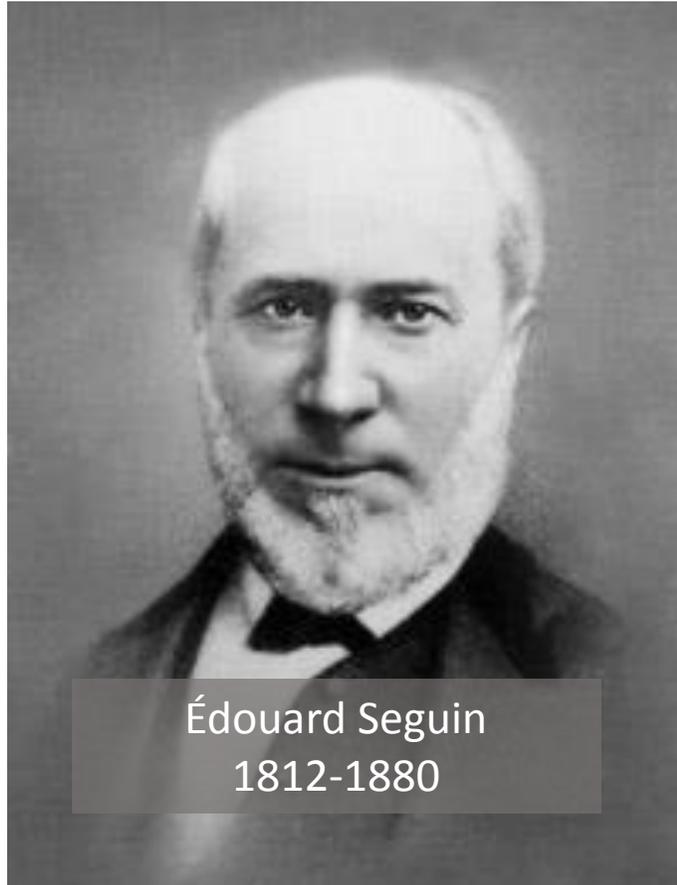
L'abbé de l'Épée 1712-1789



Jean Itard 1774-1838

Au XIX<sup>ème</sup> siècle, sous la III<sup>ème</sup> République, leurs  
continuateurs inspireront la création des premières classes  
spéciales publiques

9



# Pour « placer » les enfants, il faut les classer

Se développent des approches « scientifiques » pour différencier les populations :

- Les « sourds-muets » sont séparés des « arriérés »
- Les arriérés sont différenciés en « arriérés d'asile » et « arriérés d'école »
- Les « ignorants » sont séparés des « anormaux », etc.

*L'instable et l'arriéré (...) incarnent avant tout le limites de l'esprit civilisateur impartit à l'école, le point où la sauvagerie du milieu social s'inscrit dans l'hérédité des individus. (...) Se met alors en place la savante liaison de la pauvreté, de l'anormalité et de la délinquance*

(Michel Chauvière)

# Les classes et écoles de perfectionnement (1909)

- Au terme de longs débats politiques et pédagogiques de la commission Bourgeois, un loi est votée le 15 avril 1909 permettant de créer des classes et écoles de perfectionnement pour les enfants arriérés.
- Elle instaure aussi un « diplôme spécial pour l'enseignement des arriérés ».
- Facultative et votée peu avant la guerre de 14 ans, la loi reste plus ou moins lettre morte jusqu'en 1918.
- Pour des raisons financières, le nombre des classes se développe plus rapidement que le nombre des écoles départementales (avec internat).
- Jusqu'à la fin de la deuxième guerre mondiale, l'école exerce de fait un quasi-monopole de l'enseignement spécial avec ses classes et ses instituteurs spécialisés.

# Le régime de vichy

- C'est le ministère de la santé qui va prendre en charge le dossier en favorisant le développement d'association semi-publiques (ARSEA).
- La question ressortit aux compétences du Commissariat général à la famille et du Conseil technique de l'enfance déficiente et en danger moral.
- La médecine et la psychiatrie se voient confier une place prépondérante dans la « réadaptation » des enfants.
- L'instruction est écarté au profit du juge, du prêtre et du psychiatre (cf. Chauvière).

# La sécurité sociale et le développement des institutions associatives

- En 1945, le Conseil de la résistance reprend le projet de sécurité sociale du Front populaire.
- La création de la sécurité sociale (1945) et le décret de 1956 (Annexe 24) vont favoriser le développement d'institutions médico-sociales gérées par des associations de parents.
- Les établissements médico-sociaux ont le même statut que les établissements de soins privés conventionnés par l'assurance maladie.
- Les éducateurs spécialisés (1967), voire des éducateurs scolaires, deviennent les acteurs professionnels principaux de la prise en charge éducative.
- La loi de 1975 impose la présence d'instituteurs dans ces institutions.

# Un exemple : l'ADAPEI du Rhône

- 1948 : création de l'Association lyonnaise des parents d'enfants retardés et inadaptés, l'**ALPERI**
- Ouvrira son premier établissement en 1965
- Participe en 1960 à la création de l'UNAPEI
- Gère aujourd'hui 59 ESMS accueillant 2500 personnes
- Revendique 1200 adhérents et bénévoles et 1800 salariés



# Après les enfants, les adultes: développement d'une filière institutionnelle

Diversification des institutions pour enfants (réforme annexes 24 en 1989) et prolongement avec création de structures pour adultes:

- À partir de 1956-1960 : IME, IMPro, puis IR (devenus ITEP)
- CAT (devenus ESAT) et Ateliers protégés (devenus EA)
- Foyers (de vie, d'hébergement, occupationnels)
- Foyers d'accueil médicalisé (double tarification)
- MAS (Maisons d'accueil médicalisé)
- Amendement « Creton » : 1989

# AUJOURD'HUI

# Depuis les années 2000, la transformation des ESMS s'inscrit dans une double logique

## Évolution des attentes des personnes en situation de handicap

- Revendication de droits
- Non discrimination
- *Empowerment*
- Demande d'accompagnement
- Désinstitutionnalisation

## Volonté des pouvoirs publics de mieux réguler le système

- Planification et rationalisation
- Contractualisation et évaluation
- Réforme de la tarification
- Développement de logiques d'externalisation

**Mieux répondre à la demande sociale et aux besoins des personnes**

Ces deux logiques d'évolution ne sont pas indépendantes : elles se répondent et/ou se confrontent.

Elles sont l'une et l'autre influencées par des normes et orientations internationales.

**Mieux réguler et mieux contrôler l'offre médicosociale**

## 2. Nouvelles attentes des personnes en situation de handicap

# REVENDEICATIONS DE DROITS

NO DISCRIMINACIÓN + ACCIÓN POSITIVA = INTEGRACIÓN



congreso europeo sobre las  
personas con discapacidad

Madrid del 20 al 23 de Marzo de 2002

NON DISCRIMINATION + POSITIVE ACTION = INTEGRATION  
european congress on  
people with disabilities

NON DISCRIMINATION + ACTION POSITIVE = INTÉGRATION  
congrès européen sur les  
personnes handicapées

**DECLARATION DE MADRID**  
**“NON-DISCRIMINATION plus ACTION POSITIVE font L'INCLUSION SOCIALE”**

Nous, 600 participants et plus au congrès européen concernant le handicap à Madrid, rendons un chaleureux hommage à la proclamation de l'année 2003 « Année européenne des personnes handicapées », année qui se doit d'œuvrer à la sensibilisation de l'opinion aux droits des personnes handicapées, plus de 50 millions en Europe.

# Déclaration de Madrid – mars 2002



- Comme tout citoyen, les personnes handicapées possèdent les mêmes droits humains. L'article premier de la Déclaration universelle des droits de l'Homme stipule que « tous les êtres humains naissent libres et égaux en dignité et en droits ».
- Les communautés n'atteindront ce but que si elles affichent comme une priorité le droit à la diversité et **la pleine jouissance de tous les droits humains pour les personnes handicapées : droits civiques, droits politiques, droits sociaux, droits économiques et culturels**, tels qu'énoncés dans les diverses conventions internationales, dans le Traité de l'Union européenne et dans les différentes constitutions nationales.

# Déclaration de Madrid – mars 2002

1. Le handicap relève des droits humains
2. Les personnes handicapées revendiquent l'égalité des chances, non la charité
3. Les barrières sociales conduisent à la discrimination et à l'exclusion
4. Personnes handicapées : les citoyens invisibles
5. Les personnes handicapées forment un groupe diversifié
6. Non-discrimination + Action positive = Inclusion sociale

***Rien pour les personnes handicapées sans les personnes handicapées***



# CIDPH ONU-2006

Article premier : objet

La présente Convention a pour objet de **promouvoir, protéger et assurer la pleine et égale jouissance de tous les droits de l'homme et de toutes les libertés fondamentales par les personnes handicapées** et de promouvoir le respect de leur dignité intrinsèque.

Par personnes handicapées on entend des personnes qui présentent des incapacités physiques, mentales, intellectuelles ou sensorielles durables dont l'interaction avec diverses barrières peut faire obstacle à leur pleine et effective participation à la société sur la base de l'égalité avec les autres.

# REFUS DES DISCRIMINATIONS

# CHARTRE DES DROITS FONDAMENTAUX DE L'UNION EUROPÉENNE

26

**Est interdite, toute discrimination** fondée notamment sur le sexe, la race, la couleur, les origines ethniques ou sociales, les caractéristiques génétiques, la langue, la religion ou les convictions, les opinions politiques ou toute autre opinion, l'appartenance à une minorité nationale, la fortune, la naissance, **un handicap**, l'âge ou l'orientation sexuelle.

Art. 21(Nice 7-12-2000)





# CIDPH ONU-2006

On entend par **« discrimination fondée sur le handicap »** toute distinction, exclusion ou restriction fondée sur le handicap qui a pour objet ou pour effet de compromettre ou réduire à néant la reconnaissance, la jouissance ou l'exercice, sur la base de l'égalité avec les autres, de tous les droits de l'homme et de toutes les libertés fondamentales dans les domaines politique, économique, social, culturel, civil ou autres. La discrimination fondée sur le handicap comprend toutes les formes de discrimination, y compris le refus d'aménagement raisonnable... *(Article 2)*

# Pénalisation de la discrimination en France

28

Constitue une discrimination toute distinction opérée entre les personnes physiques sur le fondement de leur origine, de leur sexe, de leur situation de famille, de leur grossesse, de leur apparence physique, de la particulière vulnérabilité résultant de leur situation économique, apparente ou connue de son auteur, de leur patronyme, de leur lieu de résidence, de leur état de santé, de leur perte d'autonomie, **de leur handicap**, de leurs caractéristiques génétiques, de leurs mœurs, de leur orientation sexuelle, de leur identité de genre, de leur âge, de leurs opinions politiques, de leurs activités syndicales, de leur capacité à s'exprimer dans une langue autre que le français, de leur appartenance ou de leur non-appartenance, vraie ou supposée, à une ethnie, une Nation, une prétendue race ou une religion déterminée.

Art. 225-1 du Code pénal

## Principaux critères de discrimination selon le

- Age
- Sexe
- Origine
- Appartenance ou non-appartenance, vraie ou supposée à une ethnie, une nation ou une prétendue race
- Grossesse
- Etat de santé
- **Handicap**
- Caractéristiques génétiques
- Orientation sexuelle
- Identité de genre
- Opinions politiques
- Activités syndicales
- Opinions philosophiques
- Croyances ou appartenance ou non-appartenance, vraie ou supposée, à une religion déterminée

**L'état de santé et les situations de handicap constituent le premier critère de saisine du Défenseur des Droits (34% en 2017). Les réclamations portent principalement sur l'emploi et l'accès aux services publics et privés.**

# ***EMPOWERMENT* / POUVOIR D'AGIR**

# ***Empowerment* (pouvoir d'agir)**

- À partir des années 70, émerge en France un courant d'associations de personnes handicapées qui contestent la représentativité des associations gestionnaires par des actions spectaculaires (grèves de la faim, interventions lors de quêtes sur la voie publique, etc.)
- Ces mouvements sont directement reliés aux combats de personnes handicapées pour la défense des droits civiques des années 60 aux États-unis comme des minorités noires, homosexuelles et les courants féministes : *Independant living*, *Disabled People International* militent pour la reconnaissance des droits des personnes handicapés et la vie autonome. C'est par eux que l'ONU s'emparera progressivement de ces thématiques.

Le mot anglais *Empowerment* difficile à traduire en français (pouvoir d'agir) résume leur positionnement parfois jugé communautariste :

- Les personnes handicapées sont les seules légitimes pour orienter les politiques publiques et exprimer les revendications de participation à la vie ordinaire et de citoyenneté.
- En France, elles développeront une réflexion sur la *pairémulation* et la contestation du *validisme* au moyen d'un activisme très politisé, refusant toute forme de minoration et de compassion.
- Ces « experts de l'intérieur » militent également pour une recherche participative dans laquelle ils passeraient d'un statut d'objet de curiosité scientifique à celui de contributeur actif de la connaissance sur la construction sociale du handicap.

# DEMANDE D'ACCOMPAGNEMENT

# Accompagnement

- Dans cette logique d'*empowerment*, les personnes handicapées refusent désormais d'être considérées comme objets de prises en charge.
- Elles exigent d'être *accompagnées* pour vivre librement dans la cité, avec une reconnaissance de citoyens à part entière.
- Cette notion d'accompagnement, très présente dans le vocabulaire depuis la loi 2005-102 évoque à la fois :
  - Une requalification du travail social
  - Un changement des positionnements relatifs des personnes et des professionnels

Mais cette émergence de la figure de l'accompagnement contient des limites et des ambiguïtés :

- Un accompagnement excessif nuit à l'autonomie réelle (ex AESH).
- L'accompagnement peut produire une individualisation excessive des prestations.
- Elle provoque un effet désécialisant sur les professionnels.
- Elle peut engendrer un renforcement des inégalités entre les personnes culturellement, socialement et financièrement à même de se procurer des moyens d'accompagnement nombreux et de qualité et les autres, réduites au minimum de la compensation légale.

# DÉSINSTITUTIONNALISATION

# Communiqué de presse du Conseil de l'Europe pour la désinstitutionnalisation des enfants handicapés

Strasbourg, 04.02.2010 - Le Comité des Ministres vient d'adopter un texte recommandant aux Etats membres de **ne plus placer les enfants handicapés en institution**, en privilégiant la vie au sein de la communauté.

- Le placement en institution soulève de nombreuses inquiétudes quant à sa compatibilité avec l'exercice des droits de l'enfant. Sauf circonstances exceptionnelles, aucun enfant ne devrait être placé en institution. Il convient, par ailleurs, de **remplacer le placement en institution par des services de proximité** dans un délai raisonnable et dans une démarche globale.
- Le Comité des Ministres reconnaît que tous les Etats ne sont pas au même stade en ce domaine et que la désinstitutionnalisation est un **processus continu** s'inscrivant sur le long terme. Le texte souligne donc l'importance de garantir, tout au long du processus de transition, les droits des enfants handicapés et des jeunes adultes vulnérables placés en institution.

## Communiqué de presse du Conseil de l'Europe pour la désinstitutionnalisation des enfants handicapés (suite)

- Des mécanismes visant à associer les enfants handicapés et leur famille au processus de mise en place des services devraient être établis, **les enfants et leurs familles étant des partenaires indispensables.**
- Depuis plusieurs années, le Conseil de l'Europe s'est engagé à défendre les droits de l'enfant et à contribuer à l'éradication de la **violence** à l'encontre de tous les enfants, y compris des enfants handicapés.
- Il a adopté un Plan d'action décennal 2006-2015 visant un changement majeur dans la manière de se représenter les personnes handicapées et dans les pratiques. L'un des axes majeurs est la protection et la promotion des droits et de la dignité des enfants handicapés. Par ailleurs, l'un des volets du programme « Construire une Europe pour et avec les enfants » est la **protection des enfants contre la violence.**
- On estime que plusieurs millions d'enfants et d'adultes handicapés vivent dans des institutions de long séjour dans les 47 pays du Conseil de l'Europe.

# Observations ONU (C. Devandas-Aguilar, octobre 2017) 1

« A mon sens, la France doit revoir et transformer son système en profondeur afin de **fournir des solutions véritablement inclusives pour toutes les personnes handicapées**, assurer une gestion et une répartition plus efficaces des ressources, et permettre un accompagnement et des services spécialisés de proximité sur la base de l'égalité avec les autres. Pour prendre ce virage, la France doit faire siens l'esprit et les principes de la CDPH, en adoptant une politique du handicap fondée sur les droits de l'homme. Cette démarche devrait imprégner tous les programmes, orientations, stratégies et solutions à tous les niveaux, du local au national, de façon à transformer la société dans son ensemble et rendre tous les droits de l'homme inclusifs et accessibles aux personnes handicapées. »

# Observations ONU (C. Devandas-Aguilar, octobre 2017) 2

« Malgré ces mesures, les enfants handicapés inscrits dans des établissements d'enseignement général sont à butte à de multiples **obstacles qui empêchent l'égalité d'accès à l'éducation**. En effet, au manque d'infrastructures accessibles s'ajoute l'absence de formation spécialisée pour les enseignants et les AVS, de programmes scolaires adaptés et d'aménagements en salle de classe. De plus, la multiplication des acteurs et associations fournissant un accompagnement scolaire aux enfants handicapés entraîne des chevauchements et un manque de coordination. Afin de surmonter ces difficultés, j'encourage le Gouvernement à changer de politique: au lieu de cibler l'individu en forçant les enfants handicapés à s'adapter au milieu scolaire, je recommande une politique globale de transformation du système éducatif pour assurer un accueil inclusif des enfants handicapés. »

# Observations ONU (C. Devandas-Aguilar, octobre 2017) 3

41

« Je m'inquiète particulièrement du sort des enfants handicapés placés et isolés dans des établissements médico-sociaux de type résidentiel, où ils ne bénéficient pas d'une égalité d'accès à une éducation de qualité, sans parler des enfants soit disant " sans solution ", qui ne reçoivent aucune éducation. Je constate avec préoccupation l'absence de données officielles sur le nombre d'enfants handicapés exclus du système scolaire. En effet, une fois que l'enfant est envoyé en établissement médico-social, le Ministère de l'Education Nationale n'en assure plus le suivi. **J'encourage vivement les autorités à transformer les instituts médico-éducatifs actuels en centres de ressources non résidentiels pour enfants handicapés.** De plus, il serait important que l'ensemble des moyens humains et financiers actuels soient placés sous la responsabilité du Ministère de l'Education Nationale. »

# Observations ONU (C. Devandas-Aguilar, octobre 2017) 4

« J'aimerais insister sur le fait qu'**il n'existe pas de " bons établissements "** dans la mesure où tous imposent un mode de vie donné, qui entrave la capacité de l'individu à mener une vie décente sur la base de l'égalité avec les autres. Les personnes handicapées, y compris celles nécessitant un fort accompagnement, doivent pouvoir vivre en société et choisir elles-mêmes leur lieu et mode de résidence. »

# 3. Volonté des pouvoirs publics de mieux réguler le système

# Nécessité d'une planification territoriale

- Critique de la carte médico-sociale née des initiatives associatives spontanées des années 70 en raison de son coût public et de son manque de rationalité (inégalités territoriales).
- Effets des décentralisations : départementalisation de l'offre.
- Loi 2002-2: volonté de faire coïncider des besoins évalués et une offre régulée.
- Création des ARS en 2009 (extension au médicosocial).
- Réforme des procédures d'autorisation.
- Élaboration par les ARS de schémas régionaux d'organisation médicosociale (SROMS), à partir des schémas départementaux.

# Le projet régional de santé

Le projet régional de santé est constitué :

1° D'un cadre d'orientation stratégique, qui détermine des objectifs généraux et les résultats attendus à dix ans ;

2° D'un schéma régional de santé établi pour cinq ans sur la base d'une **évaluation des besoins sanitaires, sociaux et médico-sociaux** et qui détermine pour l'ensemble de l'offre de soins et de services de santé **ou compris en matière de prévention, de promotion de la santé et d'accompagnement médico-social**, des prévisions d'évolution et des objectifs opérationnels.

*Code de la santé publique, art. L1434-2.*

Désormais les schémas territoriaux sont opposables et peuvent prévaloir sur les termes du contrat.

# La contractualisation (CPOM) et l'évaluation

- Passage d'une logique d'agrément de principe (sans effet sur les allocations annuelles de moyens) à une logique de **contractualisation** sur la base d'un appel d'offre et pour une durée limitée et avec contrôle de la réalisation des objectifs.
- **Mise en concurrence** des organismes gestionnaires sur des critères de qualité mais aussi d'optimisation des coûts.
- Paradoxes d'une confrontation entre des organisations sans but lucratif (associations 1901) avec des logiques commerciales, entre une culture militante et une demande accrue de professionnalisation managériale.
- L'obligation d'**évaluation**, introduite par la loi 2002-2, conduit à une culture du résultat et de la performance qui est, elle aussi, historiquement étrangère au secteur de l'intervention sociale.
- Spectre de la **privatisation**.

# La tarification : la réforme SERAFIN-PH

- Objectif annoncé : ajuster le financement des ESMS à la réalité des besoins des personnes et des prestations fournies en réponse à ces besoins.
- Élaboration de nomenclatures:
  - Des **besoins** des personnes,
  - Des **prestations** des ESMS,
- En vue de la production d'un **référentiel tarifaire**.

Certains redoutent une sorte de **tarification à l'activité** (T2A), copiée sur le modèle hospitalier (loi HPST 2009) qui serait inadaptée à l'action médico-sociale et pénaliserait les établissements et leurs usagers.

# Nomenclature des prestations: soins et accompagnements

2.3 - Prestations pour la participation sociale			2.1 - Prestations de soins, de maintien et de développement des capacités fonctionnelles
<p>2.3.1 – Accompagnements pour exercer ses droits</p> <p>2.3.1.1 – Accompagnements à l'expression du projet personnalisé</p> <p>2.3.1.2 – Accompagnements à l'exercice des droits et libertés</p>	<p>2.3.2 – Accompagnements au logement</p> <p>2.3.2.1 – Accompagnements pour vivre dans un logement</p> <p>2.3.2.2 – Accompagnements pour accomplir les activités domestiques</p>	<p>2.3.3 – Accompagnements pour exercer ses rôles sociaux</p> <p>2.3.3.1 – Accompagnements pour mener sa vie d'élève, d'étudiant ou d'apprenti</p> <p>2.3.3.2 – Accompagnements pour préparer sa vie professionnelle</p> <p>2.3.3.3 – Accompagnements pour mener sa vie professionnelle</p> <p>2.3.3.4 – Accompagnements pour réaliser des activités de jour spécialisées</p> <p>2.3.3.5 – Accompagnements de la vie familiale, de la parentalité, de la vie affective et sexuelle</p> <p>2.3.3.6 – Accompagnements pour l'exercice des mandats électoraux, la représentation des pairs et la pair-aidance</p>	<p>2.1.1 - Soins somatiques et psychiques</p> <p>2.1.1.1 - Soins médicaux à visée préventive, curative et palliative</p> <p>2.1.1.2 Soins techniques et de surveillance infirmiers délégués</p> <p>2.1.1.3 – Prestations des psychologues</p> <p>2.1.1.4 - Prestations des pharmaciens et préparateurs en pharmacie</p> <p>2.1.2 - Rééducation et réadaptation fonctionnelle</p>
<p>2.3.4 – Accompagnements pour participer à la vie sociale</p> <p>2.3.4.1 – Accompagnements du lien avec les proches et le voisinage</p> <p>2.3.4.2 – Accompagnements pour la participation aux activités sociales et de loisirs</p> <p>2.3.4.3 – Accompagnements pour le développement de l'autonomie pour les déplacements</p>	<p>2.3.5 – Accompagnements en matière de ressources et d'autogestion</p> <p>2.3.5.1 – Accompagnements pour l'ouverture des droits</p> <p>2.3.5.2 – Accompagnements pour l'autonomie de la personne dans la gestion des ressources</p> <p>2.3.5.3 – Informations, conseils et mise en œuvre des mesures de protections des adultes</p>		

Comment isoler des « actes » dans un processus continu d'accompagnement ?

Comment identifier des « actes » d'accompagnement facturables ?

# Externalisation, « plateformes »

- Réponse à la demande de désinstitutionnalisation.
- Développement de prestations ambulatoires dispensées sur les lieux de vie des personnes : SESSAD, SAVS, SAMSAH.
- Externalisations :
  - ESAT hors-les-murs, détachement de TH en entreprise
  - UEE, UEMA, UEEA
- Plateformisation :
  - PCPE
- Personnalisation des réponses médicosociales : RAPT.

# L'exemple de l'éducation inclusive

## Adosser l'offre médico-sociale à l'école de la République (2018 à 2022)

- Accroître significativement l'appui des services médico-sociaux aux établissements scolaires ;
- Tout nouveau service médico-social, intervenant pour les moins de 20 ans, doit être adossé à l'école pour assurer la continuité de parcours de l'élève ;
- Transformer progressivement les établissements médico-sociaux en plateformes de services et de ressources d'accompagnement des élèves handicapés.

*(CP Cluzel-Blanquer du 4-12-2017)*

# La transformation de l'offre

Aux raisons technico-économiques s'ajoutent 3 tendances

- Flexibilité
- Simplification
- Coordination

# 5. Conclusion

## PERSONNES

**PLUS DE DROITS**

**PLUS DE POUVOIR  
D'AGIR**

**MOINS D'INSTITUTION**

**PLUS  
D'ACCOMPAGNEMENT  
PERSONNALISÉ**



**ESMS**

**ASSOCIATIONS  
GESTIONNAIRES  
PROFESSIONNELS**

## POUVOIRS PUBLICS

53

**RATIONALISER**

**PLANIFIER**

**CONTRACTUALISER  
ET ÉVALUER**

**DÉPENSER MIEUX  
(MOINS)**

**EXTERNALISER**

# Changement de modèle?

1. **Modèle providentiel** ignorant les aspirations des personnes
  - Les pouvoirs publics financent les ESMS
  - Les pouvoirs publics placent les personnes
2. **Modèle désinstitutionnalisé** mixte
  - Disparition des ESMS au profit de services d'accompagnement
  - Financement à la prestation
3. **Modèle marchand** sans intervention directe ou obligatoire des pouvoirs publics
  - Les personnes achètent des prestations à des ESMS
  - Elles sont solvabilisées *a minima* par les pouvoirs publics

*Je vous remercie...*

[www.inshea.fr](http://www.inshea.fr)

