



## **MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE**

**– 2019 –**

**LA REQUALIFICATION EN ETABLISSEMENT MEDICO-SOCIAL :  
RISQUE OU LEVIER POUR LA TRANSFORMATION DE L'OFFRE A  
DESTINATION DES PERSONNES AGEES ET DES PERSONNES  
HANDICAPEES ?**

**– Groupe n° 4 –**

- Sarah BODDY**
- Christophe GAY**
- Adeline HOCQUET**
- Mathilde JACQUIER**
- Marine PHILIPPE**
- Catherine SORIN**
- Damien THIBAUT**
- Nadine TOUZOT**
- Anaïs VERDIN**

### *Animatrices*

- Noémie RAPEGNO**
- Cécile ROSENFELDER**



---

# S o m m a i r e

---

<b>Introduction .....</b>	<b>1</b>
<b>Méthodologie.....</b>	<b>3</b>
<b>I. Des solutions alternatives qui se différencient des établissements médico-sociaux par leur financement, leur cadre réglementaire, leur fonctionnement et les valeurs portées.....</b>	<b>5</b>
A. Des solutions alternatives diversifiées, difficiles à intégrer aux outils de financement classique par leur cadre réglementaire et leur fonctionnement.....	5
B. Des valeurs et une philosophie qui mettent la personne au cœur de son projet de vie. ....	11
<b>II. Le positionnement des tutelles face à cette diversité : un enjeu ou une menace pour les solutions alternatives.....</b>	<b>15</b>
A. Des structures alternatives qui questionnent les tutelles, entre besoin de reconnaissance et incertitude de financement.....	15
B. Vers une nouvelle tendance à faire porter les solutions alternatives par des gestionnaires évoluant dans le champ médico-social .....	20
<b>Conclusion .....</b>	<b>25</b>
<b>Bibliographie.....</b>	<b>I</b>
<b>Liste des annexes.....</b>	<b>II</b>



---

## **R e m e r c i e m e n t s**

---

Nous remercions sincèrement Madame Noémie RAPEGNO et Madame Cécile ROSENFELDER, animatrices de notre groupe interprofessionnel pour leur soutien, leur accompagnement, leurs conseils et leur disponibilité pour la réalisation de ce travail de recherche.

Nous tenons également à remercier l'ensemble de nos interlocuteurs, qui ont accepté de partager leur expérience et leur regard sur ce thème, pour la richesse de nos échanges.

Enfin, nous remercions également Madame Emmanuelle DENIEUL et Monsieur Christophe LE RAT pour leur soutien et l'organisation de ce module interprofessionnel.



---

## Liste des sigles utilisés

---

ADMR : Aide à Domicile en Milieu Rural

AMP : Aide médico-psychologique

APF : Association des Paralysés de France

APL : Aide Personnalisée au Logement

ARS : Agence Régionale de Santé

CASF : Code de l'Action Sociale et des familles

CAT : Centre d'Aide par le Travail

CD : Conseil Départemental

CHC : Code de l'Habitat et de la Construction

CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

DGSC : Direction Générale de la Cohésion Sociale

ESAT : Etablissement et Service d'Aide par le Travail

ESMS : Etablissement Social et Médico-Social

ITEP : Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique

IME : Institut Médico Educatif

MDPH : Maison Départemental des Personnes Handicapées

MIP : Module Inter Professionnel de santé publique

PCH : Prestation de Compensation du Handicap

SAVS : Service d'Accompagnement à la Vie Sociale

SAMSAH : Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adulte Handicapé

SDIS : Service Départemental d'Incendie et de Secours

SESVAD : Service Spécialisé pour une Vie Autonome à Domicile

SSIAD : Service de Soins Infirmiers A Domicile



## Introduction

L'Union européenne (UE) s'attache depuis de nombreuses années à promouvoir une politique d'intégration active des personnes handicapées. S'inscrivant dans cette dynamique, la France, signataire de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne, reconnaît le droit des personnes handicapées à l'autonomie, à l'intégration sociale et professionnelle et à la participation à la vie de la communauté (article 26). Pour autant, en octobre 2017, la rapporteuse de l'ONU sur les droits des personnes handicapées, Catalina Devandas-Aguila, rendit un rapport sur le respect de ces derniers dans l'Hexagone. L'ensemble de son discours était construit autour d'une volonté forte d'accorder aux personnes handicapées leur pleine citoyenneté en milieu ordinaire, « au risque d'ébranler un système français bien rodé où la vie en institution est le plus souvent la norme » (Rapport ONU et handicap, « la France en prend pour son grade », mars 2019).

Conscients de ces enjeux, de nombreux porteurs de projet développèrent des solutions alternatives aux structures conventionnelles décrites dans le Code de l'Action Sociale et des Familles. Ces projets portés par des associations ont émergé en réponse au caractère jugé déshumanisant des institutions, en lien avec la revendication des droits des personnes et « à leur capacité à choisir librement leur mode de vie dans une logique d'*empowerment* » (Nowik et Thalineau, 2014). De nombreux dispositifs et expériences différentes sont alors créés, essentiellement dans le champ du handicap, bien souvent à l'initiative de parents d'enfant handicapé. Se revendiquant « d'échapper au modèle institutionnel médico-social, en mettant l'accent sur un lieu de vie librement choisi par les personnes » (Bertillot, Rapegno, 2018), ces solutions dites alternatives craignent l'entrée dans le médico-social à travers la modification de leur statut juridique, que l'on nomme requalification.

Face à cette menace, deux collectifs inter-associatifs qui se sont structurés dans les années 2010, « Habiter Autrement » dans le champ du vieillissement, et « Habitat et Handicap », dans le champ du handicap, évoquent régulièrement au sein de groupes de travail les risques de la requalification. Ces derniers jugent en effet l'entrée dans le médico-social trop contraignante en termes de contrôle, d'évaluation et de normes. Cependant, la non-adhésion à un cadre juridique, pose le problème du financement et de la pérennité du projet. Cette situation s'impose d'ailleurs aujourd'hui aux pouvoirs publics qui la perçoivent à la fois comme une contrainte, mais également comme une opportunité pour répondre à la perte d'autonomie et s'adapter aux besoins des usagers.

Au regard de ce contexte, notre travail de recherche dans le cadre de ce module interprofessionnel de santé publique (MIP), devait nous amener à questionner la procédure de requalification à travers la rencontre des différents acteurs et parties prenantes, tels que des représentants des Agences Régionales de Santé, des Conseils Départementaux et des porteurs de projets. Autant le dire d'emblée, avant, pendant et après les entretiens, il a été difficile autant pour les acteurs que pour nous, les élèves, de donner une définition claire et maîtrisée de la requalification ou de la « qualification » comme l'a indiqué un conseiller d'Etat. De plus, l'absence de documentation, le nombre très limité d'exemples de requalification (nous n'avons pu en trouver qu'un seul) et les propos recueillis lors de nos entretiens et visites sur les enjeux et mécanismes de cette formulation encore incertaine, nous ont amené à redéfinir notre sujet.

En s'inscrivant dans la continuité de la démarche de recherche du rapport 2018 d'H. Bertillot et de N. Rapegno qui propose d'analyser le processus d'émergence de dispositifs innovants dans le contexte de transformation de l'offre actuelle, il nous est rapidement apparu que ce n'est pas tant la question de la requalification des structures qui paraît essentielle. Il s'agit plutôt de la question de la frontière et des tensions entre des structures médico-sociales et des structures qui pourraient se situer en marge de ce secteur mais semblant s'en rapprocher fortement.

Au regard de ces constats et de ces interrogations, nous tenterons ainsi de répondre à la question suivante : **en quoi les structures alternatives qui se développent en marge du secteur médico-social questionnent-elles ce secteur ?**

Dans cette perspective, la requalification est-elle une menace au développement de solutions alternatives innovantes ? Quel est l'intérêt de requalifier ces solutions alternatives ? Pourquoi existe-t-il peu d'exemples de requalification ? La crainte des porteurs de projet est-elle légitime ? Qu'en est-il du droit des usagers ? La question de la requalification se pose-t-elle pour des initiatives anciennes ? Que peut-on faire de toutes ces solutions qui ne rentrent pas dans le cadre juridique de la requalification ? Dans ces conditions, comment sécuriser ces dispositifs ?

Afin de tenter d'apporter un éclairage à cette problématique, notre réflexion portera sur la spécificité des structures alternatives par rapport au champ médico-social (I) puis nous verrons comment les tutelles appréhendent ces dispositifs (II).

## **Méthodologie**

L'objet de ce rapport était, en première intention, d'apporter une réflexion quant au débat de la requalification en établissement médico-social puis, après définition d'une nouvelle problématique, de réfléchir à la manière dont les structures alternatives questionnent le secteur médico-social. Notre enquête de terrain auprès des tutelles et des porteurs de projets, nous a permis d'investiguer un champ de la santé publique et de soumettre à l'issue de ce rapport des préconisations à des professionnels.

Une première étape en amont du module a permis à notre groupe composé de neuf membres issus de filières différentes de se connaître et d'exprimer les idées de chacun sur le sujet.

Le rendez-vous suivant a établi un premier échange avec l'une des animatrices du groupe pour recentrer le sujet de la requalification de solutions alternatives d'habitat en établissements médico-sociaux.

Pour respecter les délais impartis à cette session de moins de trois semaines, nous avons organisé notre travail dans le temps en fonction de la programmation des entretiens, de la rédaction des compte-rendus d'entretien, de leur analyse et de la rédaction du rapport. Nous avons initialement fait le choix de créer trois groupes : le premier a réalisé les entretiens, le deuxième a recherché et synthétisé les éléments de bibliographie et le troisième s'est concentré sur la rédaction du rapport.

Nous avons défini notre méthode de travail en choisissant de regrouper nos données sur un site de partage de fichiers pour consulter et converser en temps réel.

Au départ, notre réflexion s'est adossée aux travaux d'étude de Noémie Rapegno pour comprendre la genèse du questionnement. La problématisation du sujet de recherche s'est construite à l'appui de nos échanges avec les animatrices et du contenu de nos entretiens, du fait d'une bibliographie limitée sur le sujet.

Notre difficulté à définir les contours de la requalification nous a amenés à revoir notre organisation afin que chacun puisse participer à l'enquête et s'appropriier le sujet. Nous avons contacté chaque interlocuteur pour privilégier les rendez-vous en face à face et avoir la possibilité de visiter plusieurs structures. Les entretiens réalisés en binôme, d'une durée d'une à deux heures en moyenne, nous ont permis d'obtenir des données qualitatives à partir de deux guides d'entretiens (Annexe 1 : guide financeur, annexe 2 : guide porteur).

Notre enquête s'appuie sur quinze entretiens au total. En premier lieu, notre échange avec un conseiller d'Etat, auteur d'un rapport dans le champ du handicap, nous a permis de nous éclairer sur le problème que soulève la requalification. Ensuite, nous avons réalisé les rencontres auprès de tutelles et de porteurs de projet auxquelles se sont ajoutés deux entretiens : un responsable d'association au niveau national et un responsable en Belgique d'une structure d'hébergement.

La présentation des personnes interviewées représentant les tutelles est la suivante :

<b>Financier 1</b>	<b>Représentant ARS région 1</b>
<b>Financier 2</b>	<b>Représentant ARS région 2</b>
<b>Financier 3</b>	<b>Chargée de suivi de la planification de l'offre, Conseil Départemental</b>
<b>Financier 4</b>	<b>Direction PA/PH, Conseil Départemental</b>
<b>Financier 5</b>	<b>Directeurs, CNSA</b>

Six porteurs de projets de solutions alternatives ont été interviewés, dont un seul a fait l'objet d'une requalification.

	<b>Porteur 1</b>	<b>Porteur 2</b>	<b>Porteur 3</b>	<b>Porteur 4</b>	<b>Porteur 5</b>	<b>Porteur 6</b>
<b>Lieu de vie</b>	Habitat partagé requalifié : colocation 7 + 7 places	Habitat partagé : colocation 10 places	Habitat partagé : 3 à 5 places et habitat regroupé : T2 individuel	Appartements regroupés (12) +1 appartement ressource	Appartements regroupés (11) « d'insertion »	Appartements regroupés (18)
<b>Type de porteur</b>	Association locale	Association locale	Association locale	Association nationale	Association nationale	Association nationale
<b>Situation</b>	Maison en ville (2 sites)	Maison rurale	Maison ville (5 sites) et appartement ville (4 sites)	Inséré dans complexe de 112 appartements en ville	Résidence en ville	Foyer transformé en studios
<b>Services proposés</b>	Prise en charge 24 heures sur 24	Auxiliaire de vie de 8 heures à 20 heures	Présence 24 heures sur 24	Présence 24 heures sur 24	Pas de présence de nuit	Présence 24 heures sur 24
<b>Public concerné</b>	Handicap mental	Handicap mental	Handicap moteur et mental	Handicap moteur et épilepsie	Handicap moteur avec ou sans troubles associés	Non Renseigné

Un compte-rendu identifiant les points clés a été réalisé pour chaque entretien (annexe 3 : exemples de compte-rendu d'entretien). L'analyse de leur contenu a permis d'identifier, de comprendre le positionnement de chaque partie prenante à propos de la requalification et pourquoi ces structures alternatives interrogent le secteur médico-social. Nos échanges réguliers en vidéoconférences deux fois par semaine, en complément d'un tableau partagé

pour organiser nos idées issues du contenu des entretiens, nous a permis de construire notre plan et de rédiger ce rapport.

## **I. Des solutions alternatives qui se différencient des établissements médico-sociaux par leur financement, leur cadre réglementaire, leur fonctionnement et les valeurs portées**

### **A. Des solutions alternatives diversifiées, difficiles à intégrer aux outils de financement classique par leur cadre réglementaire et leur fonctionnement**

Les solutions alternatives aux établissements et structures médico-sociales sont très variées et peuvent, par exemple, proposer des logements regroupés, des regroupements de logements dans un espace immobilier plus large, ou encore des colocations.

Ces solutions alternatives nécessitent d'élaborer des solutions d'habitat et d'accompagnement permettant aux publics visés (personnes handicapées, personnes âgées) de vivre dans leur logement. Cela nécessite « un agencement de fonctions et de dispositions de droit commun mis en œuvre pour créer les conditions d'un habitat qui favorisent la vie chez soi et dans la cité » (Charlot, 2018).

La réglementation n'apporte pas aujourd'hui de cadre aux solutions alternatives développées pour répondre aux besoins des usagers, mais évolue progressivement pour intégrer des réponses innovantes aux enjeux de la prise en charge des personnes âgées et des personnes handicapées. La loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement dote les résidences autonomie d'un rôle renforcé en tant que solution d'habitat intermédiaire entre le maintien à domicile et l'hébergement dans un établissement social et médico-social. La loi n°2018-1021 du 23 novembre 2018 – art. 129 (loi pour l'Évolution du Logement, de l'Aménagement et du Numérique dite loi ELAN) codifiée dans le Code de l'Action Sociale et des familles (CASF) – art. L.281-1 à L.281-4 – définit l'habitat inclusif, ses règles de fonctionnement au travers d'un cahier des charges et précise les modalités de financement. Pour autant, la réglementation ne couvre pas le champ de toutes les solutions alternatives.

Ces formules d'habitat se distinguent par des services et des commodités apportées aux occupants dans le but de « lutter contre l'isolement, d'apporter l'aide humaine, ou la sécurisation, ou des moments de convivialité nécessaires » (Porteur 4).

Le premier élément retenu pour satisfaire leur inclusion sociale, est de pouvoir bénéficier d'un lieu de vie ordinaire associé à un accompagnement de services individualisés selon leurs besoins. Ce lieu s'inscrit en dehors d'un dispositif social ou médico-social.

Enfin, chaque solution alternative dispose d'un modèle économique qui lui est propre, et accueille les personnes qui s'inscrivent dans projet d'habitat, qu'elles soient, ou non, éligibles à une prestation compensatoire et/ou des allocations. Pour répondre aux besoins des publics hébergés, certains professionnels ou bénévoles apportent ainsi un étayage afin de sécuriser les situations de vie et faciliter le lien social entre les personnes.

Dans le cadre de cette étude, lors de nos rencontres avec des porteurs de projet, nous avons pu observer quelques-uns de ces lieux de vie du point de vue architectural, des commodités fournies et du financement :

### **Des appartements d'insertion pour aller vers un habitat de droit commun**

Certaines formes d'habitat s'inscrivent dans un statut médico-social, tels que des appartements d'insertion (Porteur 5). Dans cet exemple, dix logements sont proposés à des personnes en situation de handicap moteur avec ou sans troubles associé ayant le projet de vivre en appartement ordinaire. En pratique, ces appartements sont loués par une association et mis à disposition pour les personnes qui souhaitent « s'essayer à une vie en appartement » (Porteur 4). Ce dispositif se caractérise par un projet d'accompagnement dans une logique d'apprentissage, dont le but est d'amener la personne vers un habitat de droit commun. L'accompagnement est limité à une durée de deux à trois ans, parfois plus, selon leur facilité à trouver un appartement en sortie.

Les locataires doivent être en mesure de prendre les décisions relatives à la vie sociale et à leur santé. Dans cette structure, les personnes doivent être autonomes la nuit car il n'y a pas de veilleur sur site, mais uniquement un système de téléalarme relié au Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM) de proximité qui intervient en cas de besoin.

Du point de vue financier, le Conseil Départemental (CD) propose un prix de journée qui recouvre les coûts d'hébergement et d'intervention de l'association (équipe pluri-professionnelle structurée par l'agrément foyer de vie, dépenses de fonctionnement), mais aussi le coût des interventions des services de tierces personnes.

### **Foyer d'hébergement et service spécialisé hors les murs pour une vie autonome chez soi**

Un autre modèle proposé prend la forme d'un foyer d'hébergement transformé en Service Spécialisé pour une Vie Autonome à Domicile (SESVAD) (Porteur 6). Il se compose de

dix-huit studios bénéficiant d'un accompagnement par des services. Le service d'aide humaine n'est pas géré par le SESVAD, et l'association fait appel à un service extérieur par le biais d'une convention. La personne règle sa dépense alimentaire ainsi que la location (incluant les charges). Dans ces conditions, elle peut bénéficier d'une Aide Personnalisée pour le Logement (APL). La prestation de compensation du handicap (PCH) individuelle financera les dépenses afférentes à l'aide à domicile. Pour ce projet, une dotation est allouée par le CD et l'ARS pour les services médico-sociaux en dehors de l'habitat. En complément, la ville a accepté de financer une partie du veilleur de nuit.

### **Des logements coordonnés avec les réseaux médico-sociaux du territoire**

Dans les exemples suivants, les habitats sont composés de petites maisons individuelles ou d'une résidence avec des appartements dotés d'une salle commune. La taille maximale de ces habitats est de huit logements sous forme de maison individuelle, et jusqu'à vingt-quatre appartements au sein d'un immeuble. Aucun professionnel de santé n'est présent dans les locaux. Cependant, le cahier des charges précise que les résidences doivent fonctionner en partenariat avec le réseau local, c'est-à-dire avec les Services de Soins A Domicile (SSAD), les Services d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS), les Services d'Accompagnement Médico-Sociaux pour Adultes Handicapés (SAMSAH), les Services de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD), autrement dit avec l'ensemble des services médico-sociaux intervenant sur le territoire. Le CD de ce secteur octroie la qualité d'habitats ordinaires à ces logements uniquement avec la présence d'un professionnel référent. Le rôle de coordination de ce professionnel est en premier lieu de « faire vivre le lieu ».

### **Les locataires peuvent faire appel à un aidant 24 heures sur 24**

D'autres appartements regroupés existent sous forme de « structure expérimentale » sans pour autant relever du secteur médico-social (Porteur 4). Il s'agit de douze appartements et d'un appartement ressource, intégrés dans un complexe de cent douze appartements. Ce format s'adresse aux personnes handicapées moteurs ou souffrant d'épilepsie sévère. Cet habitat est adossé à un SAVS-SAMSAH, toutefois ce schéma organisationnel n'était pas exigé par le CD lors de l'appel à projet. Ce dernier subventionne pour moitié l'habitat partagé, le reliquat est financé par deux associations, permettant la présence d'une Aide Médico-Psychologique (AMP) en semaine. Le locataire verse un loyer dont le montant est conventionné par le Code de la Construction et de l'Habitat (CCH), auquel s'ajoute l'APL. L'association, en collaboration avec l'Aide à Domicile en Milieu Rural (ADMR), assure une prise en charge en continue, à travers la présence d'un aidant. Ce salarié est financé par

la mutualisation de la PCH des habitants. Néanmoins, pour assurer cette organisation, l'association gestionnaire doit assumer la charge financière que représente un professionnel présent en continue. En outre, elle doit aussi faire face à la difficulté de trouver le personnel nécessaire.

### **Des maisons familiales où les colocataires sont accompagnés jour et nuit**

Une des « solutions » (Porteur 1 et 2) que nous avons étudiées regroupe cinq à sept personnes vivant en colocation. Ce dispositif est considéré par les porteurs de projet comme un lieu de vie « à dimension humaine et familiale », permettant un partage d'espace collectif. Le financement de ce type de projet, souvent porté par des associations de parents d'enfant handicapé, est complexe à mettre en place malgré les subventions et les apports des familles. L'expertise des porteurs a permis de « lever les barrières » et d'obtenir un prêt bancaire pour le projet. Pour fonctionner, les petites associations comptent sur les compétences de chacun (administratives, gestionnaires, ...).

Pour les habitants, une période d'essai est organisée afin d'évaluer leur capacité à vivre ensemble et à respecter la vie communautaire. Une autonomie relative est requise afin d'assurer les gestes essentiels du quotidien, la structure ne disposant que d'une à deux auxiliaires de vie mises à disposition par l'ADMR.

L'accompagnement et la gestion de la vie quotidienne sont assurés par une assistante permanente qu'ils nomment « maîtresse de maison ». Il s'agit d'une maison de famille qui se définit comme « une structure intermédiaire entre les parents et le médico-social ».

L'intégralité des locataires ne bénéficie pas de la PCH pour couvrir les heures de travail de l'aide à domicile, le reste à charge est assumé par d'autres biais. Dans d'autres cas (Porteur 1), le budget repose sur près de 30% de dons et le reste est financé par des loyers forfaitaires qui n'excèdent pas plus 70% des revenus des locataires. Ceux-ci bénéficient également d'allocations à des taux variables selon leur situation.

Pour ces formes d'habitat, le financement de certains postes, tels que les aides ménagères et les auxiliaires de vie, est assuré via la mutualisation partielle ou complète des aides individuelles. Toutefois, comme le souligne un responsable d'association, c'est « un peu du bricolage ». La difficulté est de maintenir le même nombre d'heures finançables selon les mouvements des locataires qui auraient des plans d'aide similaires.

L'ARS défend l'idée selon laquelle l'habitat inclusif (au sens de la loi ELAN) n'inclut pas d'offre de soins, à cet égard, elle n'intervient pas dans ce domaine.

Pour accompagner le développement de ces solutions alternatives, les CD lancent des appels à projet. Ce sont des organismes gestionnaires et des associations relevant des champs du handicap et du vieillissement, qui y répondent.

La commission d'information et de sélection des appels à candidatures se réunit et choisit les projets. Une première lecture des dossiers est faite par les services. Les dossiers sont évalués selon une grille des critères adossée à un cahier des charges, puis les candidats sont auditionnés pour expliquer leurs projets. La commission délibère et arrête un ordre de classement des projets et le soumet au président du CD.

Pour les porteurs de projet, « il reste du chemin à faire » pour développer des formes alternatives d'habitat. Conviés par les CD à promouvoir leurs projets, ils n'ont jamais rien obtenu en retour. L'absence de financement pérenne induit des impasses économiques pour les porteurs.

Du point de vue des tutelles (Financier 1), la mutualisation n'est pas toujours un moyen de financement du fonctionnement de ces habitats. La mutualisation de la PCH demeure exceptionnelle et encadrée grâce à un conventionnement avec un service qui reverse la PCH par la suite. Il existe deux situations :

- la mutualisation partielle de la PCH : pour les heures d'aide humaine et les heures de vie sociale ;
- la mutualisation intégrale de la PCH : pour les heures de surveillance

Pour exemple, dans le cadre du financement de l'habitat inclusif, l'aide annuelle est pérenne uniquement pour le poste d'un professionnel référent. Cette aide pouvant aller jusqu'à 20 000 euros par an, vise à créer du lien social et mettre en place des animations. La somme versée est proratisée au temps de travail et est fonction du nombre de locataires. Le conventionnement passé entre le gestionnaire du lieu et le CD prévoit le financement de l'activité car le versement de la subvention est à hauteur des dépenses réalisées détaillées dans le rapport d'activité présenté chaque année par le gestionnaire. Le CD finance tous types de structures jusqu'à la colocation, néanmoins cette dernière n'a pas été un succès au sein de ce département.

La question de la pérennité est un enjeu primordial. Pour poursuivre leur activité, les petites associations se rapprochent généralement d'associations plus conséquentes, tout en veillant à ne pas y « perdre leur âme » (Porteur 1). L'importance du réseau, en participant à plusieurs groupements, est essentielle pour partager leurs compétences. Ces échanges

réguliers avec d'autres porteurs de projet ont permis de constater que « les choix politiques entre les départements étaient différents voir opposés » (Porteur 2).

Depuis 2012, des CD ont lancé des appels d'offres sur des solutions d'habitat inclusif (vu ici plus largement que la définition de la loi ELAN) qui ne relèvent pas du champ médico-social, mais plutôt du droit commun. Chacun traite ces dossiers de manière différente car ces solutions alternatives ne disposent pas d'autorisation médico-sociale. Cela explique peut-être le ressenti de porteurs de projet sur une inégalité de traitement. La relation avec les tutelles est particulièrement complexe au commencement de ces projets. Dans l'une des solutions rencontrées, quelques mois après l'ouverture, la première visite des représentants du CD avait pour but de fermer la structure en lien avec la crainte d'une dérive sectaire.

La requalification en établissement médico-social est rare, mais peut aboutir à un agrément de plusieurs années. Dans ces conditions, la pression est forte pour les gestionnaires de l'association. L'entrée dans le médico-social oblige à des évaluations internes et externes coûteuses pour ces structures. Elles doivent également répondre à des visites de contrôle régulières et établir les procédures (charte, livret d'accueil...) correspondant à leur nouveau statut. Cette démarche s'inscrit aussi sous une forme « de professionnalisation de la structure » (Porteur 1). Pour autant, les exigences de qualité et de sécurité s'apparentent à celles des établissements, sans toutefois bénéficier des financements pour les mettre en place.

Néanmoins, dans certains départements, le CD a reconduit l'appel d'offre en étayant le cahier des charges, notamment en accord avec le Service Départemental d'Incendie et de Secours (SDIS), ou en imposant un conventionnement avec un partenaire au statut médico-social, afin d'éviter que ces établissements ne dépassent leur périmètre de compétences et soient requalifiés en établissements médico-sociaux.

Certains CD ont également souhaité renforcer la notion d'habitat inclusif dans le cahier des charges en étant vigilants sur la formation des professionnels référents du fait de manques qui avaient été constatés. La subvention a été augmentée à hauteur de 30 000 euros pour financer l'accroissement du temps de travail du professionnel référent, sécuriser le dispositif, et ainsi, renforcer le bien-être des locataires.

## **B. Des valeurs et une philosophie qui mettent la personne au cœur de son projet de vie.**

La création des différents habitats rencontrés repose sur des porteurs de projets associatifs nationaux et régionaux de dimensions hétérogènes. Les entretiens effectués avec ces derniers ont mis en exergue un certain nombre de valeurs communes.

### **Un lien personnel avec le handicap**

A la genèse des projets, nous retrouvons chez nos interlocuteurs soit la qualité de parents d'enfant handicapé, soit un engagement affirmé envers les publics vulnérables. Ces associations ont pour point commun d'avoir eu « envie de faire » (Porteur 2), de créer une « structure intermédiaire entre les parents et les structures médico-sociales » (Porteur 1), « de fournir un relai accompagnant-aidant et d'avoir le souci d'un enfant handicapé » (Porteur 1 et 2). Nous retrouvons dans leurs propos un engagement fort, des convictions ancrées et issues d'expériences plus ou moins intimes, qui ont pu les affecter personnellement.

### **L'absence de réponse face à certaines situations de handicap**

L'un des éléments décisifs dans l'élaboration des projets d'habitats a été l'absence de réponse et d'offre pour une population ciblée, avec des besoins spécifiques. La question du devenir des personnes handicapées prises en charge par leur aidant est, pour d'autres, le point de départ de ces projets « que vont-ils devenir après le décès de celui qui les accompagne ? » (Porteur 2). Un appel à candidature d'habitat partagé qui ne précisait pas le type de handicap a ainsi permis à une association nationale et une locale de porter un projet précurseur dans la proposition d'habitat à des personnes souffrant d'épilepsie sévère.

### **L'échec de l'institutionnalisation pour certaines personnes**

Des associations nous relatent que « certains besoins ne peuvent pas être satisfaits » (Porteur 3) dans les structures classiques. Dans un Institut Thérapeutique, Educatif et Pédagogique (ITEP), un enfant ne peut pas être soigné hors de la structure car la prise en charge des frais n'est pas possible (hors dérogation). D'un point de vue national, une association déclare que « les structures médico-sociales ne sont pas forcément en adéquation avec les projets de vie des personnes » (Porteur 1 et 2). Le sujet d'une réponse et d'un accompagnement au plus proche de la personne et de ses besoins apparaît comme un élément crucial dans la construction de leur projet. De surcroît, les porteurs rencontrés attachent une importance particulière à l'individualisation et à la personnalisation de la

prise en charge au sein d'un petit groupe, contrairement à des prises en charge institutionnelles, selon eux, « déshumanisantes » (Porteur 1).

Cette volonté de trouver d'autres solutions s'appuie également sur le constat que certaines personnes vulnérables ne s'adaptent pas à l'institutionnalisation. Ce fut le cas du frère de la porteuse d'un projet, souffrant d'autisme. Celui-ci a été orienté quelques mois vers un Institut Médico-Educatif (IME). Mais cette expérience n'a pas été concluante du fait de l'environnement trop contraignant de la structure : il n'a pas réussi à s'intégrer. Les interlocuteurs d'une de ces structures pointaient, quant à eux, « les problèmes de rythme et de taille trop grande des établissements » (Porteur 2). Un autre exemple promeut l'habitat inclusif comme « une vie simple et sans contrainte ce qui ne correspond pas aux contraintes imposées par le secteur médico-social » selon les porteurs de projet.

Cependant, les porteurs de projet rencontrés sont conscients que la vie dans la cité n'est pas systématiquement une attente de tous les usagers et la lourdeur du handicap peut constituer un frein à celle-ci. Il est nécessaire pour les personnes concernées « d'avoir une autonomie suffisante pour s'intégrer dans la société » (Porteur 3). Un porteur de projet relate ainsi une expérience négative au sein d'un appartement qui s'est soldée par un retour en institution. La rupture avec l'institution antérieure peut s'avérer quelquefois difficile car elle reste, pour certaines personnes vulnérables, une structure contenant et rassurante en lien avec leur handicap.

### **La mise en place d'une logique familiale**

Les porteurs souhaitaient « une structure à taille humaine » de moins de dix personnes. La représentation de « structures déshumanisantes » (Porteur 1) à plus de dix résidents était un contre-modèle pour l'une de ces structures. Pour une autre, le CD lui demandait d'aller au-delà de dix places. La proposition de celui-ci était de soutenir le projet à la condition que l'habitat accueille quarante personnes pour des raisons de viabilité économique. L'association a refusé afin « de ne pas casser l'équilibre dans le groupe de locataires ». Il s'avère de plus que les porteurs de projets étaient conscients de leur manque de compétences dans l'organisation d'un projet plus grand, « ils n'avaient pas les moyens » et « cela ne correspondait pas à ce qu'ils voulaient » (Porteur 2). Pour ces responsables, « ils n'auraient pas su faire », « Le projet est familial, cela permet de bien connaître les personnes pour un accompagnement personnalisé et de mieux répondre à leurs besoins » (Porteur 2).

## **La volonté de « décloisonner » les handicaps**

Beaucoup de porteurs de projet se sont engagés seuls dans les démarches, ou pour certains avec d'autres associations ou familles. Le porteur 1 a souhaité construire son projet avec l'aide de personnes qui ne connaissaient pas le handicap afin d'apporter « un regard neutre et moins affecté » (Porteur 1) par cette problématique. Nous avons pu rencontrer différentes formes d'habitation accueillant des personnes aux vulnérabilités diverses. Des appartements regroupés dans un complexe, des appartements ou des maisons en colocation dans le domaine privé ou social, des appartements d'insertion. L'attention portée au lieu d'implantation de l'habitat est un élément important et réfléchi de la part des porteurs de projets.

## **Le respect d'un projet de vie répondant aux aspirations d'inclusion et d'autonomie des personnes**

En ce qui concerne la personne handicapée, les associations rencontrées ne parlent pas de « résidents » mais de « locataires » ou de « co-locataires » : « Ce n'est pas un résident, il habite chez lui et vit sa vie comme tout le monde » (Porteur 1). Une de ces associations apporte la précision de « personnes autonomes qui cherchent une autre solution de logement alternative car leur logement est inadapté ou qu'elles souffrent d'isolement », « Elles n'ont pas besoin de soins comme celles qui sont dans des structures médico-sociales » (Porteur 5).

Un interlocuteur d'une ARS nous confiait cette même réflexion : « En habitat partagé, les occupants sont des locataires et en ESMS [Etablissement Social et Médico-Social], ils sont des résidents » (Financier 2). A ce titre, les locataires sont libres de demander ou pas les prestations existantes, il n'y a pas d'obligation à faire valoir ce droit. La localisation des habitats rencontrés repose sur une réflexion approfondie des aspirations et du mode de vie des personnes bénéficiaires.

Un représentant d'association nationale, quant à lui, refuse « un modèle normé qui contraindrait les porteurs de projets et amènerait à des solutions reproductibles à l'infini ». Leur volonté est de pouvoir donner le choix à chacun et que toutes les formes de solutions existent, en grand nombre, et qu'elles soient connues. Cette association considère que les attentes sont différentes selon le public : « pour les personnes en situation de handicap il s'agit de tranquillité et pour les personnes âgées d'une recherche de vie sociale ».

Les porteurs ont élaboré leurs recherches d'habitat au plus près de la vie urbaine pour certains. Ceux-ci considéraient qu'il était important de ne pas les « envoyer au fin fond de

la campagne comme il y a 40 ans » (Porteur 1) et pour d'autres, il s'agissait au contraire de proposer des solutions en ruralité, à destination des personnes en situation de handicap ayant toujours connu ce type d'environnement. Pour eux, la construction d'un projet personnalisé, le respect d'un règlement de fonctionnement ou la participation à un Conseil de vie Social (CVS) sont autant d'éléments de contrainte allant à l'encontre du respect de la liberté de la personne. Pour d'autres, « Dans nos appartements si le locataire veut un animal de compagnie, c'est possible ! » (Porteur 2). L'idée des porteurs de projets est celle d'un choix de vie autonome et en contact avec la vie sociale pour les locataires.

### **Encourager le vivre-ensemble**

Lors de nos entretiens, nous avons cherché à comprendre sur quelles valeurs reposent les différents projets associatifs. La création du lien social dans la société et l'exercice de la citoyenneté sont apparues comme essentielles. Les associations s'appuient sur une demande d'autonomie et de liberté les considérant comme restreintes ou altérées dans les institutions. Leur réflexion consiste en une volonté de ne pas contraindre les habitants et de leur permettre une vie sociale prenant en compte leur handicap.

Afin de faciliter l'inclusion dans la société, une des associations rencontrées emploie, à temps complet, un coordinateur Accompagnateur Educatif et Social (AES) dont le rôle principal est de veiller à lutter contre l'isolement social (Porteur 6). Il organise des sorties et des accompagnements divers en lien avec les SAVS et SAMSAH. Les habitants de l'appartement ont la liberté de participer à ces sorties. Ce point est prépondérant pour les porteurs de projets. Il ne s'agit pas d'obliger la personne à participer mais de veiller au respect des droits, à la liberté individuelle et au maintien de l'autonomie des personnes concernées.

Pour d'autres associations, les habitants ont une activité extérieure en journée. Ils travaillent en Etablissement et Service d'Aide par le Travail (ESAT) ou ont d'autres occupations. La participation des personnes handicapées aux fêtes associatives du village est un facteur d'intégration important pour l'interlocuteur du porteur 2 rencontré. « Les locataires n'ont jamais autant participé à des activités que depuis qu'ils sont dans le logement ». Ces rassemblements ont permis également à l'association de se faire connaître auprès de la population du village.

## **Un droit à l'expérimentation**

La possibilité « d'essayer » est également un sujet important pour les porteurs de projet : « On fait un essai avant l'entrée dans la maison » (Porteur 1) afin de voir la cohésion et l'entente possible entre les colocataires. Certains proposent même un appartement d'expérimentation afin d'évaluer la compatibilité du projet de la personne. Pour d'autres « les appartements d'insertion » (Porteur 4) sont une première étape pour des personnes qui ont le projet de vivre en « milieu ordinaire ». Il convient peut-être alors de penser que certaines de ces habitations vont permettre à l'occupant d'expérimenter la vie en appartement dans le droit commun.

## **La crainte du tout inclusif**

Le terme « d'inclusion » demeure toutefois, pour certaines associations, un terme « fourre-tout », galvaudé et « très à la mode » (Porteur 1). Ces porteurs de projets considèrent que « l'inclusion ne peut concerner l'ensemble des personnes handicapées et qu'il faut « faire attention au tout inclusif » selon leurs propos (Porteur 1). Il serait irresponsable selon eux de « faire un déni de handicap ». Les gestionnaires de l'association ressentent l'envie d'une volonté gouvernementale et départementale forte de désinstitutionnaliser car « c'est moins cher ! », « cela devient un dogme de mettre tout le monde dehors ! » (Porteur 1).

Nos différents échanges lors des entretiens nous ont permis de rencontrer des acteurs associatifs fortement engagés, quelquefois de façon militante, dans un défi d'intégration des personnes vulnérables dans la société. Au-delà des modalités administratives et juridiques des structures, ils mettent avant tout en avant cette nécessité de reconnaître la personne handicapée en tant qu'individu sujet de droit et d'attention dans notre société.

## **II. Le positionnement des tutelles face à cette diversité : un enjeu ou une menace pour les solutions alternatives**

### **A. Des structures alternatives qui questionnent les tutelles, entre besoin de reconnaissance et incertitude de financement**

Dans l'accompagnement des personnes âgées et des personnes en situation de handicap, se côtoient des structures aux profils juridiques très hétérogènes alors même qu'elles couvrent des réalités matérielles proches. Certaines de ces structures, médico-sociales, sont encadrées par le Code de l'Action Sociale et des Familles et d'autres

EHESP – Module interprofessionnel de santé publique – 2015

alternatives de droit commun, comme celles développées dans ce présent rapport sont, elles, encadrées par la législation de l'habitat social et des établissements recevant du public développée dans le CCH. Cela semble être une originalité nationale : en se tournant vers d'autres pays ou les solutions alternatives à l'institutionnalisation sont nombreuses, nous nous sommes aperçus qu'ils n'étaient pas confrontés à ce problème. Ainsi, en Belgique, à compter de trois colocataires vulnérables, la structure relève de la même réglementation qu'une institution.

### **La difficile connaissance et reconnaissance des structures alternatives**

Cette coexistence de structures semble aujourd'hui constituer un véritable enjeu pour les pouvoirs publics. Ainsi, si les ARS et les CD encadrent les établissements médico-sociaux décrits à l'article L312-1 du CASF, l'intervention auprès des porteurs de solutions alternatives de droit commun n'est aujourd'hui pas prévue par les textes.

Cela peut questionner l'architecture juridique des solutions d'hébergement du système en place, tant dans son équité que dans sa perspective d'adaptation au virage inclusif. En effet, d'une part, la qualification juridique d'une structure ne relève pas d'un choix mais de critères objectifs, et d'autre part, la part d'incertitude favorable aux doctrines locales n'est pas satisfaisante eu égard à la qualité du service à rendre. Le lieu de vie est un point illustratif de ce sujet dans lequel transparait le conflit sécurité/liberté, historique dans le secteur médico-social et qu'une acculturation s'effectue de la part des porteurs pour construire de nouvelles réponses qui se basent davantage sur les outils du droit commun. Ce type de solutions nouvelles implique donc un changement de paradigme pour tous les acteurs : passer d'une logique historique relativement sécuritaire issue du champ médico-social (loi de 1975) à une logique de liberté individuelle s'appuyant sur la volonté des personnes accompagnées. Cela renvoie au niveau de risque que l'on accepte de prendre dans l'accompagnement des personnes vulnérables ainsi qu'au positionnement du curseur entre les secteurs ordinaire d'un côté et médico-social de l'autre, impliquant que les réponses médico-sociales puissent être apportées par plusieurs types d'acteurs (sanitaires, sociaux, médico-sociaux et de ville).

Dans ce cadre, se pose donc légitimement la question de la nature des relations que doivent entretenir les pouvoirs publics et ces porteurs indépendants, des responsabilités qui incombent aux différents acteurs ou encore de l'organisation du contrôle des structures et de leur financement. De ce point de vue-là, nos entretiens montrent que les réponses apportées par les ARS et CD ne sont souvent pas partagées et non uniformes.

Cela commence dès le recensement des structures alternatives indépendantes. Si les ARS et les CD ont une connaissance fine de l'ensemble des structures et établissements médico-sociaux de par leur arrêté d'autorisation, ce n'est pas le cas des structures alternatives indépendantes. Le plus souvent, ces structures, ces accompagnements, ces habitats alternatifs sont découverts par le biais de signalements venant de la presse locale, de voisins, de mairies, de personnes accueillies. La réponse des tutelles face à cette découverte et leur régulation est très hétérogène. Le Conseiller d'Etat que nous avons rencontré nous fait part de sa réflexion en ces termes : « est-il nécessaire que la puissance publique régule ces structures ? En droit commun par exemple, l'Etat ne régule pas le logement. ». Cette réflexion est partagée par certaines ARS notamment qui se disent passives, considérant qu'il ne leur revient pas de réguler, ni de reconnaître l'existence de ces structures. A contrario, les CD, financeurs des prestations individuelles telles que la PCH ou l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) voient une nécessité d'agir, d'une part, pour garantir la sécurité des biens et des personnes accueillies et d'autre part, pour maîtriser les coûts et les budgets.

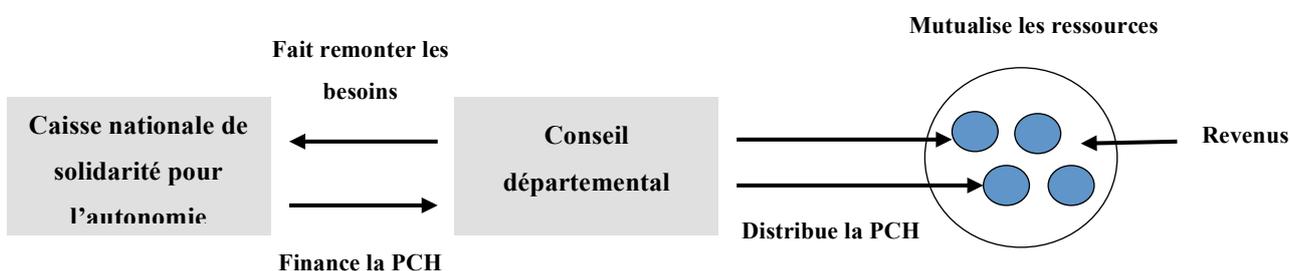
Concernant la qualité de l'accompagnement offert par un habitat regroupé et le respect des droits des habitants, il n'y a pas de garantie dans le sens où les structures alternatives ne sont pas soumises aux dispositifs d'évaluation propres au champ médico-social. Certains acteurs soulignent le manque d'expertise engendrant des fonctionnements non aboutis (par exemple, la désignation d'un interlocuteur à qui le locataire s'adresse en cas de problème lorsque plusieurs acteurs sont possibles : l'AMP coordonnateur, l'association gestionnaire ou l'association de parents), l'absence de formations requises pour les professionnels qui interviennent et émettent des inquiétudes quant à la primauté de l'affect dans la gestion de ce type de solutions lorsque le porteur est directement concerné par un sujet de vulnérabilité.

Sur le volet financier, les CD déclarent ainsi « subir » une situation dans laquelle ils se retrouvent obligés de financer des prestations pour des structures qui naissent sans autorisation, ni cadre contraignant et sur lesquelles aucun pouvoir de contrôle n'est possible.

Si les structures alternatives sont reconnues par tous comme réponses à un besoin de la population, ce flou juridique autour de ces structures et les positionnements d'acteurs complexifient les situations et favorisent le statu quo. Le plus souvent, lors de la découverte d'une structure alternative, les porteurs et les tutelles (CD / ARS / DGCS) se « renvoient la balle » et ainsi rien ne bouge vraiment.

## Le financement des structures alternatives, un enjeu pour les Conseils départementaux

Aujourd'hui, le principal levier de contrôle pour les tutelles est le levier financier. Le financement des structures alternatives indépendantes est assuré par le versement de la PCH ou de l'APA aux personnes accueillies par le CD. En mutualisant partiellement les aides, les structures peuvent alors proposer l'intervention de prestataires de services à domicile en plus d'un accompagnement souvent basé sur le bénévolat. Prenons l'exemple d'une structure d'accompagnement alternative située en Ile de France. Pour cette structure, la PCH couvre deux tiers du coût des prestations de service à domicile, les locataires complétant le reste sur leurs deniers propres.



Modèle de financement de solutions alternatives

La tentation paraît grande pour les CD de réguler par le financement et de donner plus de PCH aux bénéficiaires qui intègrent les structures alternatives au titre de la coordination réalisée, en demandant des contreparties aux porteurs en termes de sécurisation de l'accompagnement des personnes handicapées. Cette position est cependant délicate à tenir car elle interroge l'éthique : «si une augmentation de la PCH était envisagée pour les bénéficiaires de la structure alternative, cela pourrait créer des inégalités avec d'autres bénéficiaires du même profil mais qui resterait à leur domicile » nous dit par exemple une union d'organismes sanitaires et sociaux. Cette position pourrait également venir augmenter très rapidement une enveloppe budgétaire PCH contrainte par la nécessité de maîtrise des dépenses publiques. Pour harmoniser les financements, certaines régions sont proactives. Citons par exemple l'initiative de CD appartenant à la même région et de l'ARS qui se sont réunis pour faire un état des lieux et harmoniser les pratiques de financements des habitats inclusifs. Jusqu'à maintenant certains CD versaient une subvention d'investissement et d'autres versaient une subvention annuelle de fonctionnement.

Pour les porteurs également, il y a un intérêt fort à la recherche de financements complémentaires. Les structures alternatives étant financées majoritairement par des prestations individuelles du type PCH, la pérennité des structures dépend du niveau des aides du CD mais également de la capacité des porteurs à remplacer les personnes handicapées ou âgées qui quittent la structure alternative. Un bénéficiaire qui part, c'est une PCH en moins et donc une mise en péril des prestations proposées, d'autant plus qu'il n'a jamais été mis en avant dans les entretiens de système de « liste d'attente » pour combler les places vacantes. Pour assurer la pérennité des financements, les porteurs se retournent soit vers les CD soit vers d'autres associations. Prenons l'exemple d'une structure alternative indépendante de droit commun en Ile de France : « Il a été question de la remise en question de la pérennité du projet, du logement, c'est un enjeu important. Par conséquent, l'association s'était adossée à une plus grande association qui a un hôpital à 30 Kms et d'autres structures partout en France. C'est une association qui partage les mêmes valeurs que celles du projet. Des liens ont été tissés jusqu'au jour où on a cru comprendre que le Conseil Départemental pourrait financer un poste salarié. Une étude de coût a été faite par l'association et le Conseil Départemental a répondu par la négative. Dernièrement, l'association a accueilli un bénévole, un ancien directeur de CAT à la retraite depuis 6 mois qui est en charge de la gestion administrative et financière (1900 heures par an) pour pérenniser la structure. ». Dans cet exemple, la difficulté du CD à se positionner est mise en exergue, tout comme la nécessité pour les porteurs indépendants de trouver des partenaires pour se développer.

### **Le dialogue entre tutelles et porteurs comme déterminant de la pérennité des dispositifs alternatifs**

En l'absence de cadre réglementaire structurant, le dialogue entre les porteurs et les tutelles est cité par tous comme un facteur de réussite. Cela renvoie à un système très « personne dépendante », ce qui n'est pas satisfaisant sur le plan des politiques publiques de solidarité. Un porteur nous retrace ainsi l'historique de ses relations avec le CD : « Il y avait un manque de relation avec les tutelles mais des relations fortes avec un chef de service du département qui sentait que ça valait le coup de nous accompagner ». Le directeur de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) ainsi que ce chef de service ont rencontré les porteurs du projet. Néanmoins, les porteurs ont eu l'impression de passer pour des « illuminés ». Ils n'ont pas eu l'impression d'avoir été pris au sérieux et ont même ressenti un peu de suspicion sur le but recherché de ce projet (est-ce une activité lucrative ? Un groupe sectaire ?). Le CD a toutefois pu constater le fonctionnement en place, ce qui a

permis de lever certains doutes et les liens entre les CD et l'association se sont renoués. Depuis, il n'y a pas de contrôle mais plutôt des visites régulières, une à deux fois par an, par les médecins psychiatres de la MDPH pour évaluer le degré d'autonomie des résidents. Les porteurs de projet considèrent ces visites comme un accompagnement et non comme un contrôle.

Le dialogue et l'accompagnement entre tutelles et porteurs amène le plus souvent une reconnaissance forte de la qualité du fonctionnement des structures alternatives par l'ensemble des acteurs. L'acculturation des porteurs aux règles et normes de sécurité ou à des bonnes pratiques de fonctionnement et / ou la structuration de processus d'entrée, d'accompagnement, d'animation, de coordination peut parfois brouiller les frontières des structures : est – on dans une structure médico-sociale ? Est-on dans une structure alternative ? La Caisse Nationale pour la Solidarité et l'Autonomie (CNSA) évoque ainsi l'exemple de baux au contenu similaire à des contrats de séjours d'une structure médico-sociale. Si la majorité des porteurs de structures alternatives indépendantes rencontrées décrit un fonctionnement familial (pas de lieu d'échanges formalisés mais discussions et contribution régulière des familles, etc.), certains acteurs jouent donc parfois avec les limites de leur modèle.

### **B. Vers une nouvelle tendance à faire porter les solutions alternatives par des gestionnaires évoluant dans le champ médico-social**

Si les solutions alternatives répondent à un besoin d'aller vers plus de citoyenneté, de liberté, de flexibilité et un accompagnement plus proche des individus, les moyens de régulations pour les tutelles semblent très limités quand il s'agit de travailler avec des porteurs indépendants travaillant dans le champ du droit commun. Pour pouvoir reconnaître, encadrer et valoriser les initiatives des porteurs, les tutelles ont pourtant la possibilité de « requalifier » des structures alternatives de droit commun en structure médico-sociale.

### **La requalification des structures alternatives dans le champ médico-social, une procédure peu utilisée**

Cette solution est privilégiée par rapport à la fermeture de l'établissement ou du service, dans l'intérêt des bénéficiaires d'un tel dispositif, ce qui nous a été confirmée par les ARS rencontrées.

En pratique, cette requalification entraîne la délivrance d'une autorisation d'activité de quinze ans, le versement d'un financement dédié par les autorités de tutelle (dotation globale, forfait soins, prix de journée, ...) et de procédures de contrôle renforcées (inspections, évaluations internes et externes, ...). La contrepartie pour les porteurs de projets consiste au respect des normes médico-sociales (de sécurité, ...) et au respect des droits et libertés des personnes accueillies (espaces de dialogue, outils de la loi 2002-2 comme le livret d'accueil, le projet individualisé, ...).

Au début de cette recherche, le seul cas connu de requalification était le cas d'une solution alternative « familiale » de région parisienne (Solution 1). Cette structure, qui a vu le jour en 2006, s'est créée par le constat qu'il n'y avait pas de solution d'hébergement qui correspondaient aux besoins de leurs enfants et aux valeurs qu'ils portaient. Voulant accompagner leurs enfants handicapés, des parents ont créé une association et structuré un habitat partagé avec l'intervention de bénévoles. Cette initiative, bâtie dans un premier temps dans le droit commun à partir de la location d'une maison, a très rapidement fait l'objet d'une requalification en « Lieu de vie et d'accueil » par le CD après une visite de contrôle. Le CD a réalisé cette visite car il craignait initialement au travers de la création de cette structure, un risque de dérive sectaire. Suite à la visite, le porteur nous décrit ce qu'il a vécu comme un « combat » pour ne pas voir fermer la structure et donc accepter sa requalification dans le champ médico-social.

Aujourd'hui, le lieu de vie répond à l'ensemble des obligations d'une structure médico-sociale et dispose, par exemple, de toutes les instances ad hoc (Conseil de vie sociale, etc...) et de personnel dédié à l'accompagnement. Toutefois, les porteurs de ce projet ne se considèrent toujours pas comme telle et ne s'identifient pas au monde médico-social dont ils font pourtant partie. Ils décrivent ainsi leur structure comme un « intermédiaire entre des parents en quête de solutions » et le secteur médico-social. Le fonctionnement de l'établissement reste selon eux familial : les gens se connaissent, il n'y a pas de grande liste d'attente et la connaissance de la structure se fait par le bouche à oreille. Cela renvoie à l'imaginaire collectif qui existe autour de l'univers médico-social, très marqué par un aspect contraignant et de grande dimension.

Au fil de la recherche, d'autres situations d'orientation vers une requalification (lettre de rappel à l'ordre de la part d'un CD auprès d'une structure accueillant des personnes âgées par exemple), de contentieux ou de requalifications ont été relevées, dans le secteur du handicap comme dans celui du grand âge. Ainsi, même si nous présumons que ce phénomène se retrouverait exclusivement dans le champ du handicap, davantage

hétérogène du fait des nombreuses initiatives locales qui le composent historiquement, nous nous sommes aperçus que le champ du grand âge était également impacté, au regard notamment du développement récent de solutions intermédiaires entre le domicile et l'institutionnalisation en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD).

Si nous voyons bien avec cette expérience que le mouvement de requalification pourrait être structurant pour l'ensemble des acteurs sans perdre le sens même de l'engagement initial, ce mouvement est aujourd'hui cependant décrit par les ARS et les CD comme « marginal ». Un Conseiller d'Etat rencontré nous dira même que « la requalification n'est pas une tendance forte ou un sujet crucial, c'est plutôt le support d'une réflexion sur l'architecture juridique des solutions d'hébergement. ». De même, un directeur d'une caisse nationale a déclaré qu'il ne s'agissait pas d'une « réalité massive ». Mais pourquoi donc ce mouvement ne prend-il pas plus d'ampleur ?

Des éléments de réponses nous ont été rapportés dans nos entretiens par les tutelles et les porteurs eux-mêmes. Pour les CD et les ARS, le problème est principalement financier. Requalifier, c'est reconnaître une structure, lui apporter les moyens humains et financiers concordant avec son activité. Le financement des structures alternatives jusque-là assuré par les prestations individuellement perçues par les bénéficiaires de la PCH et de l'APA notamment se transformerait en enveloppe de fonctionnement global, en prix de journée ou en dotation « soins ». Actuellement, au regard de leurs contraintes budgétaires lourdes, les autorités de tarification, qu'elles soient ARS pour la partie « soins » ou CD pour la partie « hébergement », ne peuvent plus trouver de financements supplémentaires pour requalifier les structures alternatives.

Parallèlement, les structures alternatives ne souhaitent pas non plus se faire « requalifier » en établissement ou structures médico-sociales. La majorité des porteurs indépendants interrogés voient dans notion de requalification une contrainte plus qu'un levier. Ils décrivent ainsi une procédure qui dénaturerait le projet de départ, à l'encontre des aspirations des personnes accueillies, qui implique une refonte trop importante des moyens humains et sécuritaires. Les porteurs indépendants tiennent à rester dans le droit commun notamment pour la flexibilité que cela apporte.

### **Des établissements médico-sociaux souhaitant développer des solutions alternatives**

Mais la montée en charge et la valorisation de solutions alternatives à l'institutionnalisation pourrait venir paradoxalement des acteurs du secteur médico-social eux même.

Aujourd'hui déjà, les établissements médico-sociaux existant cherchent à s'inscrire dans une dynamique d'ouverture en développant des concepts flexibles, « hors les murs » ou des appartements alternatifs comme ceux développés depuis plus de 10 ans par des porteurs indépendants. C'est le cas par exemple d'une association de région parisienne portant plusieurs structures médico-sociales et qui propose dans un de ses FAM une prise en charge « hors les murs » dans des appartements. C'est aussi le cas d'un porteur de projet breton qui dispose d'autorisations médico-sociales pour un SSIAD, un SAAD et un EHPAD, et qui souhaite offrir un logement adapté à ses résidents. Le logement bénéficierait des services médico-sociaux proposés par ce même porteur. L'objectif de ces projets est de développer la citoyenneté, l'intégration dans la cité et de faire en sorte que l'utilisateur devienne acteur de sa prise en charge, tout en gardant un accompagnement éducatif ou soignant fort.

La tentation est grande pour les tutelles d'appuyer les solutions alternatives portées par les structures médico-sociales et entrant donc dans le CASF. Contrairement aux solutions alternatives de droit commun complexes à maîtriser, les tutelles ont, dans ce cadre, la possibilité d'orienter ou de réguler l'offre en fonction de leurs besoins. Depuis 2009 et la loi dite « Hôpital, Patient, Santé, Territoire » (HPST), la création de places ou la mutation de l'offre passe en effet majoritairement par des procédures d'Appel à projet ou des appels à manifestation d'intérêt lancés par les autorités compétentes (CD et / ou ARS) et par le dialogue de gestion qu'ont les tutelles et les structures médico-sociales.

Un CD, à l'origine du premier appel à projet de type « Habitat partagé » en 2014, soutient cette option et fait le constat « qu'aujourd'hui ça se passe plutôt bien avec les porteurs médico-sociaux car ce sont des structures habituées au dialogue institutionnel ». Pour la CNSA, la construction d'une offre différentes/autre/alternative à l'offre existante doit reposer également sur les acteurs médico-sociaux existants : « il faut intervenir auprès des porteurs de projet, notamment les porteurs gestionnaires de service ou d'établissement médico-sociaux pour les « désacculturer » au médico-social. Pour qu'ils construisent d'autres types de réponse. ».

Le portage de solutions alternatives par les structures médico-sociales est d'autant plus soutenu par les tutelles locales et nationales car il permettrait l'inscription de solutions alternatives dans des parcours de vie et de prise en charge structurés, tel qu'ils cherchent aujourd'hui à être développés par les pouvoirs publics. En ce sens, la CNSA, les MDPH, les CD et les ARS ont dans leurs feuilles de route le développement et l'accompagnement de la Réponse Accompagnée Pour Tous (RAPT): « donner le droit aux personnes de

demander l'élaboration d'un Plan d'Accompagnement Global (PAG) dès lors que la décision d'orientation prise en Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) ne peut se concrétiser de manière satisfaisante. » ou encore une réforme de la tarification des services et établissements médico-sociaux qui se dirige vers une tarification au parcours (projet Services et Etablissements : Réforme pour une Adéquation des FINancement au parcours des Personnes Handicapées - SERAFIN PH).

Toutefois, là encore, si le mouvement de restructuration du secteur médico-social vers des solutions innovantes d'hébergement et d'accompagnement semble lancé, des questions restent en suspens. Quelles règles pour ces solutions médico-sociales alternatives ? Quels financements ? Quels types d'accompagnement par les tutelles ? Pour les financements par exemple, la mutation de l'offre médico-sociale vers des solutions alternatives repose quasi exclusivement sur le CD. Il y a donc une augmentation importante de l'enveloppe «hébergement » qui questionne la soutenabilité de la restructuration des établissements médico-sociaux. Par ailleurs, en l'attente de réponses claires, les tutelles n'ont aujourd'hui pas intégré la mutation de l'offre médico-sociale dans les Contrats Pluriannuels d'objectifs et de Moyens (CPOM) des structures concernées.

Une autre réponse est la mise en place de gardes fous visant à garantir que les porteurs de projets financés en droit commun répondent strictement au besoin d'hébergement et demeurent strictement dans leur champ de compétences. Ainsi, un CD qui a réfléchi au risque de requalification au cours de l'élaboration de son cahier des charges a refusé tout projet trop proche de la sphère médico-sociale grâce à la définition de critères objectifs en amont, et a, d'autre part, imposé aux porteurs retenus le conventionnement de leur structure avec des acteurs relevant du champ médico-social pour assurer les prestations complémentaires permettant l'étayage des habitants.

## Conclusion

Des solutions alternatives, relevant du droit commun, se sont structurées au fil des années pour répondre à un besoin existant, de manière plus prégnante dans le champ du handicap que dans celui du grand âge. Elles prennent souvent la forme d'habitats partagés et sont avant tout animées par la volonté de proposer un accompagnement plus individuel aux personnes en situation de perte d'autonomie. Ces personnes, en rentrant dans ce type de structures, sont des « locataires » et non pas des usagers d'une structure médico-sociale. Leur autonomie et l'exercice de leur citoyenneté sont valorisés. Au premier abord, ces solutions semblent proposer un accompagnement adéquat des personnes vulnérables, équilibre entre une intégration plus grande dans la société et des coûts raisonnables.

Cependant, ces structures alternatives, matériellement proches de l'offre institutionnelle médico-sociale, questionnent des tutelles qui cherchent encore comment appréhender ces « OVNI » comme nous les décrit l'interlocuteur d'un CD. L'absence d'assise réglementaire dans le champ médico-social ne permet pas aux ARS et aux CD de reconnaître pleinement ces solutions alternatives comme des établissements à part entière.

Dès lors, qui est responsable en cas d'incident ? Comment garantir un fonctionnement respectant la qualité et la sécurité des accompagnements ? Comment pérenniser des structures qui sont financées majoritairement par les prestations individuelles reçues par leurs locataires ? Ce sont des questions encore en suspens et réglées au cas par cas. Aujourd'hui, l'instauration d'un dialogue régulier entre les tutelles et les porteurs de projet semble être le déterminant fragile du bon fonctionnement des structures.

Pour autant, la requalification qui consisterait à faire entrer ces solutions alternatives dans le champ médico-social – quoique préférée à une fermeture face à une existence de fait-semble peu utilisée. En effet, elle se heurte d'une part, à la frilosité des tutelles qui ne souhaitent pas financer de nouveaux établissements médico-sociaux dans un contexte budgétaire contraint, et d'autre part, à la position de la majorité des porteurs qui souhaitent demeurer dans le droit commun. Pour être encadrées, les solutions alternatives pourraient alors être portées par des acteurs médico-sociaux existants. Aujourd'hui, des établissements médico-sociaux s'inscrivent déjà dans ce mouvement et se restructurent. De par le nombre restreint de solutions situées à la frontière du médico-social, le risque de requalification semble davantage constituer un risque mineur plutôt qu'une réalité massive.

Face à tous ces constats, certaines propositions peuvent être faites dès aujourd'hui :

### **1. Favoriser la mutation du secteur médico-social en inscrivant des objectifs dans les Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM).**

Le portage de structures alternatives par des établissements déjà qualifiés en médico-social ou qui proposent des services médico-sociaux (SSIAD, SAMSAH, SAVS) tend à se développer. Des acteurs, principalement privés, passent le pas et proposent des solutions innovantes de FAM ou d'EHPAD « hors les murs ». La mutation de l'offre médico-sociale doit être accompagnée par les tutelles et s'inscrire dans un dialogue de gestion. Par ce biais, les solutions alternatives se développeraient dans un cadre réglementaire plus exigeant (enquête de satisfaction, transmissions ciblées, commission d'admission, évaluations, contrôles).

### **2. Donner un cadre aux solutions alternatives de droit commun.**

Les solutions alternatives telles que les habitats partagés ne seront probablement pas qualifiées ou requalifiées en médico-social en raison des problématiques précédemment évoquées, mais le seront plutôt au titre de l'habitat inclusif. La loi ELAN ayant donné une définition de l'habitat inclusif, il peut ainsi être considéré qu'une nouvelle modalité d'accompagnement a été créée. Celle-ci devrait intégrer des normes de fonctionnement et des garanties de qualité, à l'instar du conventionnement obligatoire avec un ESMS requis par un CD, garantissant que l'établissement d'hébergement demeure strictement dans son périmètre de compétences.

### **3. Harmoniser les modalités de financement des structures alternatives.**

Le calcul du budget est complexe et disparate selon les régions et les structures. Il est composé bien souvent de la mutualisation de la prestation de compensation du handicap, de l'allocation adulte handicapée, des aides au logement, de finances provenant de la sécurité sociale, de subventions aléatoires, ... Celui-ci n'est ni gage d'efficacité et de pérennité pour les structures, ni gage de compréhension pour les bénéficiaires. Une seule et unique tutelle devrait gérer les problématiques d'habitat, et de manière plus globale, les secteurs social et médico-social, comme le laissait entendre l'un des interlocuteurs de la CNSA. Une nouvelle fois, nous insistons sur l'importance de la capacité des tutelles à connaître l'offre de santé territoriale et à la contrôler, ainsi que la capacité à initier un dialogue de gestion avec les structures.

En définitive, l'ensemble des collaborateurs au présent rapport est unanime sur un constat : ce n'est qu'en se plaçant dans une position de dialogue et d'accompagnement de l'ensemble des porteurs sur leur territoire que les tutelles pourront appréhender au mieux la frontière entre solutions alternatives et médico-sociales. Le développement et la pérennisation de solutions alternatives à l'institutionnalisation nous apparaît aujourd'hui essentiel pour répondre aux besoins d'accompagnement et de prise en charge des personnes vulnérables en perte d'autonomie.



---

# Bibliographie

---

## ARTICLES

- Charlot, Jean Luc, « De nouvelles formes d'assistance pour les formules d'habitat inclusif », VST - Vie sociale et traitements 2018/3 (N° 139), p. 38-48

## RAPPORT/GUIDE

- Bertillot, Hugo, Rapegno, Noémie, « Transformer l'offre médico-sociale ? Habitats « inclusifs » et établissement « hors les murs » : l'émergence d'accompagnement alternatifs pour les personnes âgées et les personnes handicapées », avril 2018, 66 pages
- « Guide de l'habitat inclusif pour les personnes âgées et handicapées », novembre 2017

## REFERENCES ELECTRONIQUES

- Rabeux, Cécile « L'habitat inclusif se développe en l'absence de modèles juridiques et économiques dédiés », publié le 15/03/2017, [www.http/hospimedia.fr](http://hospimedia.fr), consulté le 11 mai 2019
- « Enquête nationale relative à l'habitat alternatif/inclusif pour personnes handicapées, personnes âgées, personnes atteintes d'une maladie neuro-dégénérative ou leur aidants », étude réalisée pour le compte de la DGCS, février 2017 ([http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2017\\_fev\\_-synthese\\_enquete\\_dgcs\\_habitat\\_innovant\\_pa-ph.pdf](http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2017_fev_-synthese_enquete_dgcs_habitat_innovant_pa-ph.pdf)), consulté le 11 mai 2019
- Dal'Secco, Emmanuelle, « Rapport ONU et handicap : la France en prend pour son grade », mars 2019 <https://informations.handicap.fr> , consulté le 16 mai 2019

## TEXTES LEGISLATIFS

- Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement
- Loi n° 2018-1021 du 23 novembre 2018 portant évolution du logement, de l'aménagement et du numérique

---

## Liste des annexes

---

Annexe 1 : Guide entretien financeur

Annexe 2 : Guide entretien porteur de projet

Annexe 3 : Exemples de compte rendu entretien

## **Annexe 1 : Guide entretien des financeurs**

### Financement des projets

- Comment choisissez-vous de soutenir un projet ? Sur quels critères ?
- Comment les financez-vous ? Utilisez-vous le fonds d'innovation ?
- Y a-t-il un accord/convention avec ces structures ?
- Qu'avez-vous porté comme projets alternatifs à l'institutionnalisation dans le champ du handicap et de la personne âgée ?
- Est-il possible de développer un projet avec plusieurs financeurs ? dans quel cadre réglementaire ?
- Privilégiez-vous l'externalisation des établissements ou des services ou la création d'habitat (ex : EHPAD à domicile ou ITEP hors les murs) ?
- Existence d'étude médico-économique sur l'intérêt des solutions alternatives à l'hébergement ?
- Effectuez-vous des visites (contrôles) de ces structures et de leurs modalités de fonctionnements (bienveillance, bon usage des financements...) ?

### Contours de la requalification

- Pour nous la requalification passe par un sujet de financement. Qu'en pensez-vous ? Comment définissez-vous la requalification ?
- Les enjeux ? Les limites ?

### Illustrations concrètes

- Avez-vous mené des requalifications de projets ? Dans la négative, existe-t-il des projets pour lesquels vous vous êtes posé la question de la requalification ?
- Quels ont été les éléments déclencheurs ? Quelles informations ont déclenchées cette réflexion ?
- Dans votre approche, quels sont les acteurs qui doivent porter une requalification ? Est-ce une procédure propre à votre entité ou partenariale ?

### La régulation

- La requalification permet-elle une meilleure connaissance de l'offre pour la construction d'une stratégie territoriale et donc une amélioration du 0 sans solution ?

## L'innovation

- En quoi la requalification est un frein pour l'innovation ?

## Impact sur les tutelles

- Quelles sont les répercussions en termes de financement ?
- Constitue-t-elle une source de simplification pour les tutelles ?

## Impact sur les usagers

- Opportunité pour la qualité et la protection des usagers ?

## Réalité du risque de requalification

- La requalification est-elle un outil de négociation (par exemple à travers le CPOM) ?

## Conclusion

- Y a-t-il un sujet que j'ai oublié, dont vous voudriez me parler ?

## **Annexe 2 : Guide entretien des porteurs de projet**

### Présentation du projet

- Pouvez-vous nous présenter la solution alternative d'habitat portée par votre association ?
- Quel contexte ou quels éléments ont motivé la création d'un tel projet ?
- A quels usagers s'adresse cette solution ?
- Quelles sont d'après vous les valeurs ou la philosophie qui guide le travail de votre association ?
- Comment est financé votre projet ?
- Comment concrètement s'est construit le projet : quelles étapes, quels freins ?

### Rapport aux tutelles

- Avez-vous été accompagnés par une collectivité ou une administration publique dans la mise en œuvre de ce projet ?
- Quelles sont vos relations avec le conseil départemental ?
- Quelles sont vos relations avec l'Agence Régionale de santé ?

### Solution alternative adaptée à chacun ?

- En quoi la solution que vous proposez convient-elle mieux aux résidents que les structures médico-sociales classiques ?
- Y a-t-il une forte demande de place dans votre structure ?
- Connaissez-vous autour de vous des associations ou des structures qui réalisent des missions similaires et quelles sont vos relations avec elles ?

### Opportunité de la requalification

- Connaissez-vous bien le cadre juridique des établissements d'hébergement sociaux ou médico-sociaux ?
- Avez-vous déjà envisagé d'entrer dans ce cadre juridique ? Si oui, quels freins vous ont conduit à renoncer ?
- Pourriez-vous offrir ce même accompagnement avec un statut juridique différent, celui d'établissement social et médico-social ?
- Serait-il opportun pour votre association de fonctionner avec d'autres financements, directement attribués à la structure et non plus aux bénéficiaires ?
- Les évaluations de la qualité qui existent dans établissements médico-sociaux seraient-elles seulement une contrainte ou un outil supplémentaire ?

### Les perspectives

- Quelles sont d'après vous les perspectives de votre association ?
- Pensez-vous que le modèle que vous proposez sera amené à se développer ailleurs en France ?

### Conclusion

- Avez-vous d'autres projets concernant l'habitat des personnes en situation de handicap ou en perte d'autonomie ?
- Y a-t-il un sujet que j'ai oublié, dont vous voudriez me parler ?

### **Annexe 3 : Exemples de compte rendu**

Entretien du 2 Mai : Conseil Départemental N°1

Réalisé par Mathilde et Anaïs (1H04)

#### Points clés :

1. Le CD n'a jamais fait d'action en justice pour requalification. Néanmoins, il a déjà fait un rappel à l'ordre et une interpellation de la DGCSPP.
2. La question de la qualification en MS transparait au travers de questions portant sur l'habitat inclusif, dans le champ du handicap comme celui du grand âge. Le risque de requalification semble uniquement investi lors de l'élaboration du cahier des charges et de l'analyse des projets par le biais de la grille d'évaluation adossée au cahier des charges.
3. Certains porteurs proposent des projets qui l'interrogent du fait de la proximité avec le médico-social. Le CD se pose la question de l'endroit où mettre le curseur pour trouver la frontière de fonctionnements nouveaux qui demandent à interroger le système en place.
4. Pour sécuriser les dispositifs financés comme habitat par le CD et les inscrire définitivement dans le droit commun, un conventionnement avec des établissements ou services MS est imposé.

*Avez-vous connaissance de solutions alternatives d'habitat sur le territoire ne faisant pas partie du champ médico-social ?*

Oui de fait puisque depuis 2012, les appels d'offres sont lancés par le Conseil départemental sur des solutions d'habitat inclusif qui ne relèvent pas du champ médico-social mais plutôt du droit commun et que le CD traite de manière différente car elles n'ont pas d'autorisation médico-sociale.

*Quel cadre juridique s'applique aux habitats inclusifs ? Quel est le financement dédié ?*

En 2008, pour les personnes âgées, le premier appel d'offres a été lancé avec une trame de cahier des charges établie. 5 offres ont été retenues. Après sept années, une évaluation a été faite, elle a été positive donc le CD a reconduit un appel d'offres en 2012 en étayant le

cahier des charges en accord avec le SDIS et d'autres partenaires pour éviter que ces établissements soient requalifiés en établissements médico-sociaux. En 2012, 8 nouveaux dispositifs ont été retenus. Puis, en 2017, sélection de 11 nouveaux projets suite à une commission constituée d'élus, de personnes qualifiées, de représentants d'usagers et d'experts.

Financement : aide au fonctionnement annuelle pérenne uniquement pour le poste d'un professionnel référent, jusqu'à 20K euros par an pour créer du lien social, faire des animations. Dispositif également ouvert sur l'extérieur avec du lien social avec les autres personnes âgées du village. Aide versée au prorata du temps de travail et du nombre de résidents dans la résidence. Le conventionnement passé entre le gestionnaire du lieu et le CD cadre le financement de l'activité car le versement de la subvention est à hauteur des dépenses réalisées détaillées dans le rapport d'activité présenté chaque année par le gestionnaire. De plus, il est demandé un conventionnement avec un acteur médico-social (EHPAD par exemple).

#### *Comment sont configurés ces habitats ?*

Le CD finance tous types de structures jusqu'à la colocation mais l'expérimentation de cette dernière n'a pas été un succès. Les habitats sont composés de petites maisons individuelles ou une résidence d'appartements avec une salle commune. La taille maximale de ces habitats : 8 logements en maisons individuelles et jusqu'à 24 appartements dans un bâtiment.

#### *Avez-vous des professionnels de santé qui interviennent dans ces habitats ?*

Non, il n'y a pas de professionnels de santé dans l'enceinte du bâtiment. Le cahier des charges précise que ces résidences doivent fonctionner en appui avec le réseau local c'est-à-dire avec les SSAD, SAVS, SAMSAH, les SSIAD donc avec tous les services médico-sociaux intervenant sur le territoire car le CD considère que ces habitats inclusifs sont uniquement des logements avec la présence d'un professionnel référent qui a un rôle de coordination et de faire vivre le lieu

### *Quel est le type de personnes accueillies dans ces habitats ?*

Ce sont des personnes autonomes qui cherchent une autre solution de logement alternative car leur logement est inadapté ou elles souffrent d'isolement ou d'un sentiment d'insécurité, mais qui n'ont pas besoin de soins comme celles qui sont dans des structures médico-sociales. Le seul étayage est le professionnel référent.

### *Dans les réponses aux appels d'offre, avez-vous eu des projets qui ressemblaient plus à des offres médico-sociales ?*

Non pas sur le secteur des personnes âgées, mais le CD a eu le cas sur le secteur du handicap et les offres n'ont pas été retenues car elles ne correspondaient pas aux critères de l'habitat inclusif. Il s'agit notamment de projets proposés pour les personnes à troubles autistiques, pour lequel l'étayage proposé était trop proche de celui d'un établissement. Pour éviter cela, un conventionnement est passé avec un EHPAD du territoire pour permettre aux résidents de changer de structures en cas d'augmentation de la dépendance.

### *Les enjeux de l'habitat inclusif :*

Désengorger le nombre de demandes en EHPAD et proposer une offre pour des personnes autonomes mais souffrant d'isolement social et/ou ayant un logement inadapté. Les structures médico-sociales ne sont pas forcément en adéquation avec les projets de vie des personnes.

### *Les appels à projets dans le champ de la personne handicapée :*

Un appel à candidatures a été réalisé en 2012 après une phase expérimentale entre 2006 et 2009 et une évaluation de ces dispositifs en 2017. 8 dispositifs ont été retenus par la commission, un abandon et un dispositif reste à ouvrir. Concernant l'appel à candidature de 2018, la commission s'est réunie en janvier 2019 et a sélectionné 6 dispositifs pour 48 logements au total à ouvrir d'ici 2022. Le CD a souhaité renforcer la notion d'habitat inclusif dans le cahier des charges et il est vigilant sur la formation du professionnel référent, car il avait constaté des manques. La subvention a été augmentée à hauteur de 25 K€ et 30 K€ pour garantir un temps de travail plus important du professionnel référent, sécuriser le dispositif et pour le bien-être des résidents.

Financement de ces résidences : la mutualisation de la PCH finance notamment les interventions de nuits et l'entretien des espaces communs.

### *La mutualisation de la PCH est-elle dérogatoire ?*

La PCH est une aide individuelle à la base, mais la mutualisation de la PCH est permise dans un guide de la CNSA. La mutualisation n'est pas toujours un moyen de financement du fonctionnement de ces habitats, tous les CD ne la pratiquent pas. Elle est réservée à un cadre exceptionnel et encadrée grâce à un conventionnement avec le service PISA qui reverse la PCH ensuite. La mutualisation de la PCH demeure partielle. Chaque résident conserve un mois de PCH pour partir en vacances par exemple. La mutualisation est limitée pour les heures d'aide humaine. La totalité de la PCH surveillance est mutualisée. La PCH sur les heures de vie sociale n'est pas mutualisée.

### *Est qu'il existe d'autres financeurs pour ces projets ?*

Non, il n'y a que le CD qui intervient... l'ARS n'intervient pas. Pour autant, un groupe de travail sur l'habitat inclusif a été lancé par l'ARS en lien le forfait vie inclusive et avec la loi Elan car elle a une enveloppe financière par rapport aux futurs projets, mais ce n'était pas un champ sur lequel l'ARS intervenait. Les CD de la région et l'ARS se sont réunis pour faire un état des lieux et harmoniser les pratiques de financement des habitats inclusifs car certains CD versent une subvention d'investissement et d'autres CD versent une subvention annuelle pour le fonctionnement.

### *Avez-vous fait des études médico-économiques avant de soutenir des projets d'habitat inclusif ?*

Oui, une étude a été faite par le service évaluation du département notamment en demandant un retour des usagers sur leur satisfaction, sur le reste à charge et la qualité de l'accompagnement proposé par le professionnel référent. Une comparaison du coût d'hébergement dans le secteur médico-social et en habitat inclusif a été faite également. Cela a été une condition des élus pour reconduire le dispositif.

### *Orientations fixées sur le virage inclusif ?*

Feuille de route : travail avec la MDPH sur le volet dispositif et parcours et non sur la création de structures médico-sociales supplémentaires inadaptées aux projets de vie en écho à l'engagement du CD dans la démarche « réponse accompagnée pour tous ». Mener une politique de transformation des places pour des personnes handicapées vieillissantes, partant à la retraite ou étant dans l'incapacité de continuer d'exercer leur activité professionnelle (exemple : SA ESAT). Travail sur la souplesse des autorisations. Le CD ne résonne plus en nombre de places sur le territoire mais plutôt en file active pour adapter l'offre. Travail sur le maillage territorial et mission d'appui pour évaluer s'il y a assez de services d'accompagnement à la vie sociale avant de reconduire un appel à candidature sur l'habitat inclusif avec 180 places créées pour offrir des services médico-sociaux pour intervenir au domicile des résidents. Travail sur l'hébergement temporaire : volonté de faire de l'habitat inclusif pour personnes âgées : « outil de maintien à domicile et non une porte d'entrée en EHPAD ». Transformation de l'offre PA /PH portée par les élus.

### *Effectuez-vous des visites, des contrôles dans ces habitats inclusifs ?*

Non il n'y a pas de visites de conformité car ces habitats ne font pas partie du champ médico-social mais le CD se base sur un rapport annuel pour contrôler sur pièce. En revanche en cas de signalement, le CD interviendrait. Le CD contrôle les SAVS, les SAMSAH et donc par ce biais, il s'assure de la bonne prise en charge des résidents et du respect du projet de vie de l'utilisateur. Il ne traite pas ces projets différemment du domicile ordinaire.

### *Quelle réglementation ?*

Réglementation du logement familial (pas plus de 6 personnes vulnérables) avec un travail effectué en lien avec le SDIS pour éviter la requalification en ERP.

### *Comment est versé le Financement ?*

Versement en une fois au printemps sur justificatif au vu du bilan d'activité transmis par les gestionnaires

### *Pouvez-vous nous définir la requalification, ses enjeux et ses limites ?*

Le département n'a pas été confronté à la requalification. Ce n'est pas une question investie par le CD, investie lors de la rédaction du cahier des charges. Cependant, en 2012, le CD avait été informé par la presse locale, de l'existence d'un logement inclusif pour personnes âgées qui proposait des prestations similaires à celles du secteur médico-social car il s'agissait d'un ancien EHPAD (accueil permanent, personnel MS en permanence, obligation de prendre les repas en commun). Cette « résidence services » semblait être un EHPAD dans les faits. Le CD a écrit un courrier à l'organisme pour un rappel à l'ordre avec obligation de réponse de l'organisme pour se justifier. Il n'y a jamais eu d'action en justice pour requalifier un logement inclusif au sein de ce CD. Exemple qu'ils connaissent dans un autre département : Colocation avec 1 personne H24 question différence avec MS, prise repas communes, habitants GIR 3, est-ce que seul statut "colocataire" suffit ? (la colocation peut passer par un bail direct), mais un tel cas ne s'est jamais présenté à eux. Ce qui différencie un logement inclusif d'un établissement médico-social : le lieu (seuil de sécurité incendie), la dépendance des publics accueillis, les prestations offertes. Risques : développement des résidences services : activités concurrentielles avec des intérêts de prise de marché => enjeux financiers : augmentation du risque contentieux. Actualité : Questionnement en ce moment sur un porteur de projet qui dispose d'autorisations médico-sociales pour un SSIAD, un SSAD et un EHPAD et souhaite offrir un logement adapté. Le logement bénéficierait des services médico-sociaux proposés par ce même porteur. Pour s'assurer de la qualité et de la pertinence des soins et de prises de charge, serait-il préférable de distinguer les porteurs de projet d'habitat inclusif et des associations du secteur médico-social ? Problème de légitimité en cas de porteur unique ? Plusieurs opérateurs : garantie que chacun garde son rôle ? Complexité du CD de favoriser l'innovation avec de nouvelles formes de prises en charge, accompagner des expérimentations car le secteur médico-social n'apporte pas toujours une offre adaptée, ne couvre pas tous les besoins sans être un frein tout en garantissant ce qui distingue l'activité médico-sociale de l'activité de logement. Frontière menue entre un EHPAD classique et un logement regroupant des services médico-sociaux porté par un seul opérateur... Dilemme entre innovation et le « détournement » du fonctionnement d'un lieu qui relèverait d'une autorisation médico-sociale déjà existante. Difficile pour le CD de trouver la frontière de fonctionnements nouveaux qui demandent à interroger le système en place. Question de « où » mettre le curseur.

### *Quels sont les critères déterminants dans votre choix de projets suite à l'appel à candidature ?*

La commission d'information et de sélection des projets se réunit et choisit les projets. Une première lecture des dossiers est faite par les services. Le dossier est évalué selon la grille des critères adossée au cahier des charges puis tous les candidats sont auditionnés pour expliquer leurs projets. Cela permet aux services d'obtenir des informations qui n'étaient pas inscrites dans le dossier et à la commission d'être objective dans ses choix. La commission délibère et arrête un ordre de classement des projets et le soumet au président du conseil départemental.

### *Quelles personnes répondent aux appels à candidature ?*

Tous types de personnes... des organismes gestionnaires, des associations qui rassemblent des personnes concernées par le handicap et le vieillissement. Il y a également de nouveaux acteurs sur le territoire ... Lors du dernier appel à candidature en habitat regroupé, l'association Gilles a répondu. C'est une association présente dans plusieurs villes en France qui souhaite s'implanter ici. Leur candidature n'a pas été retenue car le projet entraînait la création d'un SSAD. Pour les personnes handicapées, les porteurs sont pour beaucoup des associations, dont certaines émanent de mouvement de familles. Pour les personnes âgées, ce sont souvent les mairies et CCAS, parfois quelques associations qui gèrent des EHPAD qui ont souhaité faire un dispositif à côté de leur EHPAD pour favoriser une continuité de prise en charge. Non. Le CD avait financé une colocation mais cela n'a pas fonctionné car il existe une difficulté d'intégration entre nouveaux résidents et anciens.

### *La requalification en médico-social constitue-t-il un levier d'action ?*

Non. L'offre d'habitat inclusif est complémentaire à celle du secteur médico-social car elle regroupe des personnes qui ne souhaitent plus une offre établissement et elles ont un niveau d'autonomie suffisant évalué par la MDPH. C'est d'ailleurs le sens de la RAPT : « se caler » sur les souhaits des personnes. Il y a une dynamique de déploiements des services et d'institutionnalisation en fin de parcours. La requalification est en réalité une décision ultime en cas de dérive si le libre choix de l'utilisateur n'est pas respecté ou si le gestionnaire recrute du personnel soignant.

Après le CD n'est pas toujours informé sur tous les projets d'habitat inclusif qui émergent sur le territoire. Néanmoins, le CD exerce sa mission de contrôle sur les prestations fournies pour s'assurer du champ d'activité. La loi ELAN autorise les bailleurs sociaux à créer ce genre d'habitat et précise le cadre du forfait de vie inclusive. Cependant, le CD doit être vigilant sur le développement de ces logements sur le territoire grâce à la presse locale et au bouche à oreille et veille au respect du champ d'activité. Par exemple, le CD a fait face à une situation « limite » : ils ont eu connaissance du montage réalisé d'une colocation dans le champ PH, alors que celle-ci avait sollicité un financement auprès de la MDPH et avait été refusé. Ils ont alors interpellé la DDCSPP qui a effectué un contrôle sur pièces.

Entretien physique avec 2 personnes du conseil d'administration (dont la présidente) de la solution N°1

Le 7 mai 2019 de 13h45 à 15h15

Durant l'interview présence de la « maitresse de maison » = assistante permanente de formation aide médico-psychologique maintenant AES (Accompagnante Educative et Sociale)

### **Les points clés à retenir**

- Création de la solution alternative car il n'existait pas de solution d'hébergement qui convenait et correspondait à leurs valeurs
- Structure innovante : l'association était la 1<sup>ère</sup> à réaliser cette structure
- Terme d'inclusion = considérer comme un terme « fourre-tout »
- Se définissent comme une structure intermédiaire entre les parents et le médico-social
- Agrément de 15 ans (obligation d'une évaluation externe et interne à leurs frais)
- Dialogue avec les administrations difficile pour obtenir des aides (ex-CAF...)
- Sentiment d'une volonté du Conseil Départemental de développer l'habitat inclusif (désinstitutionnaliser coûte moins cher) mais financement difficile à obtenir
- Visites de contrôle régulières par les tutelles
- Difficulté de recrutement pour trouver du personnel qualifié
- Evaluation des pratiques, recherche d'une professionnalisation de la structure
- Avenir de développer un réseau
- Problématique de la pérennité de la structure dans le monde associatif : qui va gérer après, rapprochement d'autres associations...
- Modèle Belge pour les personnes âgées vieillissantes
- Pas de vision sur le long terme en France
- Notion de liberté : choix de la solution

### **Genèse de la structure**

Toutes les 2 sont maman d'enfants handicapés. Il y a 13 ans, elles se sont retrouvées avec d'autres parents handicapés et ont fait le constat qu'il n'y avait pas de solutions d'hébergement qui leur convenait et qui correspondant aux valeurs auxquelles elles tenaient (précisent qu'elles sont catholiques). Il y avait des problèmes de rythme, de taille des établissements (trop grands)

⇒ Souhait d'une maison familiale, de petit effectif, en ville

⇒ Petite structure moins déshumanisante

Visite dans plusieurs foyers existant avant de créer leur propre solution

Groupe constitué de parents mais aussi d'amis qui n'avait pas d'enfant handicapé

⇒ Considèrent que le regard des non parent est important (regard externe)

- ⇒ Réunion tous les mois depuis 13 ans pour bâtir le projet
- ⇒ Création d'une association « gestionnaire » (seuls les gestionnaires font partie de l'association)
- ⇒ Recherche d'un lieu : problème du coût immobilier dans le secteur géographique.  
C'est pourquoi les établissements d'autrefois étaient à la campagne (pour être loin et parce que c'était moins cher) => ce qui n'est pas l'intégration

### **Terme inclusion**

N'aime pas le terme d'inclusion car « on y fourre tout et son contraire et qu'en fait personne ne sais pas très bien ce que cela recouvre. Si cela recouvre le fait de permettre à nos enfants handicapés d'être dans la société comme le sont les autres, c'est très bien. Si ça recouvre de mettre tout le monde dehors en milieu ordinaire... », « le terme inclusion est fourre tout et cela devient un dogme » avec une secrétaire d'Etat idéologue qui ne parle que d'inclusion (parce que sa fille est trisomique est capable d'être incluse » tous ne peuvent pas être inclus ; de leur expérience personnelle l'un des enfants est « intégré », l'autre est en MAS en Belgique. Pour elles, ces discours « font mal » aux parents car cette inclusion n'est pas pour eux

- ⇒ Elles se battent contre cela, c'est pourquoi elles n'aiment pas le terme d'inclusion
- ⇒ Militent pour l'inclusion mais pas pour tout le monde, ni à n'importe quel prix, n'importe comment
- ⇒ Ne doit pas être du déni du handicap

On ne peut pas faire de l'inclusion une réponse pour tout le monde : il n'y a pas de réponse uniformisée, c'est le choix des parents qui prime, de la meilleure solution et de ce qui est bon pour eux.

### **Présentation du projet**

- Les 1<sup>er</sup> à créer ce type de structure
- Différent de l'habitat inclusif qui sont des colocations

- Création de la maison des filles il y a 12 ans : location dans une communauté religieuse, 7 personnes
  - o Au départ les filles se connaissaient avant par d'autres activités (scoutisme)
  - o Notification Lieu de Vie et d'Accueil (pas exigé pour la maison des garçons)
- Création de la maison des garçons dans un second temps : location chez un bailleur social d'une maison qui a été achetée et aménagée par le bailleur, 7 personnes
  - o Ouverture il y a 2 ans avec 5 personnes
  - o Réunions entre les garçons pour qu'ils se connaissent avant d'entrer
- Structures non médicalisées qui ne peuvent pas prendre de jeunes qui ont des traitements lourds
- L'accompagnement et la gestion de la vie quotidienne dans la maison se fait par la « maitresse de maison », répertoriée à la maison de l'autonomie comme assistante permanente (présence la nuit, effectif de 2 par maison)  
Différent de la maitresse de maison en médico-social qui est une intendante,  
Souhaite garder ce terme car elles aiment ce nom
- Gestion administrative par l'association
- Profil des personnes accueillies : présentent une autonomie
  - o Ils ont tous une activité dans la journée qui est choisie par les parents, l'association « Grand Paris » ne gère pas les activités de la journée
  - o La maison est fermée dans la journée
  - o Retour chez leurs parents 1 we/2 ou 3 : calendrier fait par l'association
- Se présente comme l'intermédiaire entre les parents et le médico-social
- Structure innovante à la création : beaucoup de gens viennent les voir comme modèle (associations de Paris, de Nancy)
- Quelques mois après l'ouverture de la 1<sup>ère</sup> maison : visite du Conseil départemental pour fermer la structure, la structure a convaincu et obtenu une autorisation pour 2 ans, 5 ans puis 15 ans : **requalification d'une colocation qui se retrouve avec un agrément de 15 ans**
- Liste d'attente : petite
- Information sur l'existence de la structure par le bouche à oreille

### **Les financements**

- Pas de financement : ne voulait pas d'argent au départ car elles savent qu'il y a une contre partie

- Attente de financement de l'ARS : un premier dossier a été refusé : selon leur avocat, quand les habitats inclusifs seront décrétés, les ARS devront donner une subvention ; donc peut être qu'ils seront conventionnés sous cette étiquette d'habitat inclusif
- Actuellement le financement se fait par :
  - o Principe que les parents ne payent pas
  - o 30% du budget par des donations privées et mécènes
  - o Demande à chaque résident un loyer forfaitaire (logé/nourrit) de 1050 euros/mois (coût réel 1400) et essaie de ne pas dépasser plus de 70% des revenus des personnes handicapées qui peuvent bénéficier à des taux variables de :
    - Allocation adulte handicapé
    - APL : Logement social conventionné qui permet d'avoir une APL plus forte
    - Prime d'activité
    - Prestation compensatoire du handicap : mutualisation n'est pas possible dans tous les départements en versant directement le montant à l'association. Pas pour l'association « Grand Paris », le Conseil départemental ne veut pas.
    - Parcours administratif pour les parents d'enfant handicapé est difficile « parcours du combattant » : si trop perçu demande de remboursement, tout doit être justifié et les temps de réponse de l'administration sont très longs, voire perdent des dossiers
    - Dialogue difficile avec les administrations : exemple de la CAF qui refuse de lui parler si son fils n'est pas à côté d'elle alors qu'aucune discussion n'est possible avec lui

### **Relations avec les tutelles**

- « Habitat inclusif est un sujet à la mode », les interlocuteurs ressentent de la part du Conseil départemental la volonté de les mettre en habitat inclusif pour « remplir une case »  
Pourquoi ? : Pas pour leur cas mais pour d'autres associations puisqu'il est prévu de désinstitutionnaliser et cela coutera beaucoup moins cher
- Au départ suspicion des tutelles : il y a eu une visite pour fermeture car crainte d'une secte avec l'enfermement des personnes : pendant la visite ils ont interrogé les enfants
- Visites régulières pour contrôler le fonctionnement
- Obligation d'une évaluation interne et externe pour obtenir l'agrément : le coût de l'évaluation externe est important (3000 euros mais peut aller jusqu'à 10 000)

- Les tutelles imposent les mêmes choses qu'au médico-social mais ne payent rien

« Le problème des tutelles est de financer et la problématique c'est qu'ils n'ont plus d'argent »

Beaucoup de différences d'un département à l'autre : un appel à projet en Bretagne a permis de créer 50 lits d'hébergement : les interlocuteurs s'interrogent sur autant de disparités ?

### **Fonctionnement**

- Charte, livret d'accueil
- Règlement intérieur
- Procédures : hygiène santé, admission, fonctionnement.... (Exigences du conseil départemental)
- CVS : comité de vie sociale
- Les parents peuvent venir quand ils veulent et ce sont les maitresses de maison qui gèrent leurs présences

### **Ressources Humaines**

- Salariés : Difficulté de trouver des maitresses de maison suffisamment disponibles et ayant une qualification ou une expérience dans le monde du handicap  
Importance de former une équipe entre les 2 maisons  
Importance que les assistantes ne se retrouvent pas trop toutes seules : échanges entre pairs  
Evaluation annuelle
- Binôme de membres du CA référent par structure (H/F) qui supervise, rôle de chef de service, réunion mensuelle avec maitresse de maison
- Evaluation des pratiques avec une éducatrice : essai de professionnaliser leur organisation car « la bonne volonté n'est pas suffisante, il faut la professionnaliser et la structurer et l'analyse des pratiques est extrêmement important » pour ne pas mélanger ce qui relève de la gestion et ce qui relève de la problématique du handicap

**Il y a t'il d'autres acteurs, d'autres structures ?**

Travail avec la FLS (Fondation pour le logement social) : propose des réunions pour réunir des porteurs de projet, exemple : mécénat de compétence pour l'habitat inclusif avec un avocat qui a travaillé cette question

### **Avenir de la structure**

Problème de l'association : qui peut prendre la suite, souvent créé par les parents et les mamans qui ne travaillent pas, problème de disponibilité des nouvelles générations pour un engagement associatif de longue durée

L'avenir est de se rapprocher d'autres associations « sans y perdre son âme »

Importance du réseau : participent à plusieurs groupements :

- Permet de monter un réseau d'assistance
- Moins de lourdeur administrative
- Permet de beaucoup échanger

Question de rester petit pour faciliter la gestion mais risque d'être plus fragile

Comment se fait il que ce type de structure ne soit pas plus connues ?

Les parents d'enfants handicapés sont assez assistés car depuis qu'ils sont petits tout est payé et quand les parents veulent créer quelque chose, ils ne conçoivent pas qu'ils peuvent être indépendants au niveau financier et on leur fait croire aussi que si ils sortent du système, ils n'auront plus d'allocations

Pensent également que les parents d'enfants handicapés sont extrêmement consommateurs, ne pensent pas que certaines structures dépendent d'associations

Manque de bonne volonté pour le monde associatif

Légitimité sur leur fonctionnement et leur expérience, sert de modèle pour beaucoup de projet.

Cependant, certains projets ne fonctionnent pas. Leur chance est d'avoir eu à disposition des compétences administratives, juridiques, financières, connaissances de réseau.

« La bonne volonté ne suffit pas », importance d'avoir une famille lors de la création pour être réaliste dans le projet.

Importance d'être très concret dans les projets

### **Personnes handicapées vieillissantes**

Créneau manquant pour les personnes handicapées vieillissantes :

Pour elles, l'Etat n'a jamais pensé qu'un enfant handicapé pouvait vieillir. Il part du principe qu'il y a une quarantaine d'années un enfant trisomique par exemple avait une espérance de vie extrêmement limitée. Aujourd'hui, l'espérance de vie est à 60 -70 ans.

Obliger de changer de lieu d'hébergement

Foyers d'hébergements insuffisants, aujourd'hui tendance à des plateaux dans les EHPAD mais les familles militent pour avoir un accompagnement spécialisé

Modèle Belge à retenir : passage dans un groupe de personnes vieillissantes tout en restant au même endroit.

Certains conseils de département n'autorisent pas la transformation dans les foyers d'hébergement où il y a des pavillons.

## Rendez-vous téléphonique du 2 mai avec un Conseiller d'Etat

### Points clés :

1. Le problème que soulève la requalification, c'est qu'aujourd'hui deux solutions identiques peuvent relever de législations différentes, avec des conséquences juridiques lourdes. Selon lui, on devrait parler de "qualification" car soit on est MS, soit on ne l'est pas. Les critères sont flous (opportunistes ? incertitude favorable aux doctrines locales) ce qui n'est pas satisfaisant, alors qu'en principe ce n'est pas un choix.
2. Une requalification conduirait à regarder un dispositif qui se définissait comme un habitat de droit commun, comme un établissement médico-social en infraction.
3. La requalification met en lumière le côtoiement de deux cadres juridiques : le droit des établissements médico-sociaux, mais également le droit de l'habitat social et des établissements recevant du public. Les lieux de vie et d'accueil sont un point d'entrée illustratif, qui permettent de montrer les questions qui se posent en l'absence de réponse de l'administration.
4. La requalification n'est pas une tendance forte ou un sujet crucial, c'est plutôt le support d'une réflexion sur l'architecture juridique des solutions d'hébergement. Pour lui, il s'agit davantage d'une menace que d'une réalité massive.
5. Autrefois les porteurs de projets voulaient être qualifiés de médico-sociaux car les tutelles créaient des places et finançaient les projets. Aujourd'hui par manque de crédits, il n'y a plus autant d'ouverture de places, donc les porteurs ne recherchent pas une qualification médico-sociale.
6. Il n'est pas indispensable que les tutelles du monde social et de la santé régulent toutes ces solutions alternatives, car elles sont en majeure partie des habitats de droit commun. Les tutelles n'ont pas à interférer avec l'habitat de droit commun.
7. La question de la qualification se pose surtout dans le champ du handicap, car les structures à la limite entre l'habitat ordinaire et le médico-sociaux répondent surtout aux projets de vie des personnes en situation en handicap et qu'il existe peu de structures intermédiaires entre l'EHPAD et le domicile dans le champ du grand âge.
8. L'existence de ces structures pallie un peu le manque de place en période de restriction mais ça n'est pas une richesse pour l'usager sur le plan systémique.

### **Question 1 : Qu'est-ce que la requalification ?**

*On a perçu la requalification comme ayant des impacts surtout sur le financement : de la PCH mutualisée au financement ARS/Conseil départemental ?*

Il faut plutôt se placer dans la logique de la définition de l'**article L312-1 du Code de l'action sociale et des familles** (CASF). Les établissements qui correspondent à la définition de cet article sont médico-sociaux. Cela implique un ensemble de conséquences outre le changement de financement :

- Processus d'autorisation d'ouverture/création de places reposant sur un appel à projet ;
- Autorisation d'évolution ;
- Soumission aux documents de planification ;
- Réglementation de fonctionnement ;
- Soumission aux évaluations internes et externes pour le renouvellement de l'autorisation ;
- Pouvoirs de contrôle et d'inspection de l'administration...etc.

Pour comprendre la requalification, il faut réaliser tout ce que la qualification médico-sociale implique. Sur le plan du financement, la requalification entraîne bien un avantage, car il y a un tarif accordé.

Selon le conseiller d'Etat, la question que soulève la requalification est la suivante : Pourquoi certains modes d'accueils similaires sont tantôt regardés comme relevant du droit commun, tantôt soumis à un encadrement de l'administration sous forme d'établissement médico-sociaux.

#### *Peut-on être requalifié sans être autorisé ?*

Tout comme une entreprise qui prétend employer des indépendants alors que ce sont *de facto* des salariés est en infraction, un établissement médico-social qui ne s'est pas présenté comme tel, qui n'a donc pas suivi le processus d'autorisation est en infraction. Un contentieux a eu lieu autour de l'association Le Silence des Justes à Paris qui accueillait des adolescents avec des troubles du comportement dans des appartements mais sans qualification médico-sociale. Elle vivait de subventions des départements dans des conditions non-bordées. Les départements ont décidé d'arrêter de payer et on découvre l'absence d'autorisation, de définition de tarifs...etc. Le département n'a pas de grille de tarifs, les dommages et intérêts ne sont pas évaluables en référence à un quelconque cadre.

**Requalification = Habitat de droit commun symbole d'un établissement médico-social en infraction.**

### *Le côtoïement de législations*

Les questions de qualification des établissements ne s'inscrivent pas seulement dans le cadre juridique de l'action sociale et médico-sociale. Elles se posent car il y a un côtoïement de législations entre la législation de l'habitat social et des établissements recevant du public développée dans le **Code de l'habitat et de la construction** (CHC). Les solutions alternatives respectent bien un cadre juridique, celui du CHC. Ce n'est pas simplement un évitement des règles du CASF.

Par exemple, les lieux de vie et d'accueil sont à mi-chemin entre ces deux législations et on ignore à laquelle ils se rattachent. Ils relèvent du CASF mais sans être établissements médico-sociaux et doivent respecter les règles issues de la législation de l'habitat et de la construction. Les administrations n'ont pas de ligne directrice pour trancher cette question.

### **Question 2 : Avec qui travaillez-vous sur la requalification ?**

Il ne travaille pas sur la requalification. La requalification n'est pas un sujet en soi, il n'y a pas un bureau de l'administration qui s'en occupe ou un article de code qui en parle. C'est une réalité, qui illustre que dans certains cas, des « structures *de fait* » dont on conclut qu'elles sont médico-sociales.

### **Question 3 : Quelle est la genèse de l'intérêt pour la requalification ?**

Il ne connaît pas les facteurs déclencheurs des cas de requalification. C'est plus une menace qu'une réalité massive aujourd'hui.

En revanche, il est important selon lui c'est de rendre visible que des régimes juridiques extrêmement différents en termes de financement, de contrôle, d'autorisation qui se côtoient et que des réalités matérielles très proches relèveront tantôt de l'un tantôt de l'autre. En pratique, dans la vie quotidienne (liberté de circuler, habitudes de vie...etc.), on est dans la nuance. Entre une vie dans un appartement avec des voisins et un service médico-social qui passe ou est sur place (droit commun) et un établissement avec des gens qui habitent des chambres, avec un directeur et des fonctionnements cadrés, il y a dans certains cas peu de différences dans la vie. L'important est de mettre en avant que la décision de qualifier en médico-social ou non est complexe, repose sur des éléments minces mais entraîne des conséquences massives sur le plan juridique.

### **Question 4 : Quelles pourraient être les limites de la requalification ? Notamment pour les porteurs ?**

Les porteurs de projets « cherchent des formules agiles, souples, avec le moins de réglementation possible ». Autrefois, ils cherchaient à être médico-sociaux parce que les

créations de places et les budgets leur permettaient d'être financés. Mais aujourd'hui, il n'y a plus de sous. Il ne reste que les aspects négatifs. Si l'établissement est qualifié de médico-social mais qu'il n'y a pas de budget, il n'y a pas d'autorisation.

*Mais ne pas être qualifié de structure médico-sociale limite la pérennité de la structure, non ?*

Effectivement, si la structure a été autorisée et fonctionne, la puissance publique est tenue de la financer. Mais aujourd'hui les budgets sont très serrés donc il n'y a plus de marge. Il est donc possible de refuser d'autoriser, pour un non-respect des conditions mais également par manque d'argent. Le refus d'autorisation entraîne l'interdiction d'ouvrir, il n'est pas possible de se rabattre sur un autre statut et un financement par des dons ou autre une fois la décision prise.

Avant, la question du statut ne se posait pas, parce que le médico-social permettait des financements pérennes. Aujourd'hui les structures sont alors candidates pour des crédits expérimentaux ou des crédits d'autres législations (logement social notamment), d'où la non-recherche d'une qualification médico-sociale.

#### **Question 5 : La qualification médico-sociale est-elle un frein à l'innovation ?**

Est-elle un levier ou non ? C'est un levier s'il y a de l'argent derrière. Sinon c'est un frein pour les porteurs. Les structures y échappent, ce qui permet d'ouvrir sans être financé. Mais le financement n'est pas pérenne, à moins d'avoir trouvé des financements dans d'autres législations.

#### **Question 6 : La qualification des solutions en marge de médico-sociales constitue-t-elle une simplification pour les tutelles ?**

La question reste à creuser, mais selon lui on cumule des contraintes plutôt.

#### **Question 7 : La requalification, ou la qualification immédiate en médico-social, permet-elle de mieux réguler l'offre de solutions, grâce à une meilleure visibilité ?**

Oui, c'est le cas si l'on pense qu'il est important d'avoir une régulation. Il est logique que la puissance publique régule si elle finance. Mais sinon, est-il nécessaire que la puissance publique ait une vision ? En droit commun, l'Etat ne régule pas le logement. Les personnes en question ont le droit de faire ce qu'elles veulent dans ce cas. L'Etat n'a pas besoin de cette vision globale s'il ne finance pas. La régulation sert uniquement à répartir les moyens.

*Mais face au manque de place dans le champ du handicap, avoir une connaissance des offres précises est nécessaire pour éviter les ruptures de parcours, non ?*

Il y a deux choses :

- D'une part, le besoin de places doit être questionné, faut-il toujours des places ? Il y a des personnes qui veulent être à domicile, ne veulent pas être placées. La place est une réponse possible, parfois la meilleure en fonction de la situation de l'utilisateur. Mais parfois on aimerait des solutions moins éloignées de la « vie entière ».
- D'autre part, les ruptures de parcours résultent d'une inadéquation entre l'endroit et la situation.

Bien sûr, aller vers la vie entière peut isoler plus les personnes et donc rendre compliquée l'orientation quand l'état de santé se dégrade ou évolue. Il y a moins de risque de rupture quand la réponse est intégrée. Avec une solution de vie entière, on finance les personnes plutôt que les structures, on les solvabilise et effectivement on les aide moins à gérer l'évolution de leur situation.

### **Question 8 : La menace de requalification permet-elle d'orienter des porteurs de projets vers le processus normal en médico-social ?**

Quand un dispositif remplit les conditions pour être médico-social, il doit l'être, il n'y a pas de choix. Les tutelles peuvent aller vers un service et leur dire « vous croyez que vous êtes chez vous, en appartement, mais en réalité c'est un établissement ». Différents aspects peuvent être des critères pour la qualification médico-sociale :

- Niveau d'intégration ;
- Autonomie du service vis-à-vis du bâtiment ;
- Système de sous-location qui limite la liberté des résidents ;
- Intensité de soins fournie.

Dans certains cas, il y a une incertitude. Les administrations auront des doctrines plus ou moins coulantes dans ce cas-là.

### **Question 9 : ces questions se posent-elles uniquement dans le champ du handicap ?**

Dans les exemples du champ du handicap, il y a plusieurs types de situations :

- L'habitat inclusif est déjà semi-qualifié, car le service qui passe est souvent un service autorisé d'aide à la personne (SAAP). La question se pose alors de la structure d'hébergement, qui fonctionne en sous-location ou en location directe auprès d'un bailleur social.

- Au contraire, la structure X n'avait pas de cadre : il y avait une aide apportée à des jeunes dans des appartements, mais l'aide n'était pas structurée dans un service. La question se pose plutôt sur la question de l'hébergement que sur celle du service.

### *Et dans le champ de la personne âgée ?*

En principe, le champ de la personne âgée est censé être concerné, mais en pratique il a le sentiment que beaucoup moins, pour deux raisons :

- Les expériences d'habitat partagé chez soi/communautaire existent plus dans le champ du handicap. En effet les personnes âgées autonomes vivent chez elles, pas en communauté, et le jour où elles ne sont plus autonomes, elles n'ont pas l'énergie ou l'opportunité d'intégrer une vie communautaire/habitat partagé. Elles ne sont plus dans une démarche de construction de projet. Une personne en situation de handicap de 20 ans est dans une attitude de construction de projet de vie et recherche une adaptation à lui.
- Les ouvertures de places d'EHPAD sont plus nombreuses que celles de foyer de vie.

Pour les EHPADs hors les murs, on se demande si c'est un service qui intervient chez la personne ou bien si le domicile de la personne devient une extension de l'EHPAD. Chez soi, la personne émerge pour tous ses besoins et reçoit l'aide (PCH), mais si le domicile est un établissement, le financement est différent.

*Digression sur la notion de « domicile de secours », sur les établissements créés en région C. mais financés par les autres départements. Le domicile de secours reste fixé sur le dernier domicile et le département où se situe le domicile de secours est le payeur pour l'EHPAD. La qualification médico-sociale a alors des conséquences : le lieu d'habitation est-il médico-social ou non ? Selon la réponse le département de la structure doit payer ou le département du domicile de secours.*

### **Question 10 : Avez-vous des exemples de projets qui ont connu une requalification ?**

On peut plutôt identifier des cas limites. « Il n'y a pas de drame. On s'interroge sur le caractère tangent. » Il y a des structures de type médico-social où les gens vivent vraiment comme chez eux et des structures de droit commun qui fournissent le même service.

Il faut prendre des exemples qui montrent qu'on est sur le seuil et montrer sur quels critères on s'est appuyés pour décider. Normalement on n'a pas le choix de sa qualification, donc on veut regarder les critères pour voir s'ils sont fermes ou s'ils ne le sont pas. Au regard des buts et des conséquences, les critères de décision de l'administration sont-ils opportunistes ?

Les mobiles ne sont pas intéressants parce qu'ils sont financiers tout simplement, ils sont connus. Mais sur le plan juridique, les critères sont imprécis, peu convaincants, alors même que la législation globale n'est pas du tout la même.

Il pourrait être intéressant de voir également des personnes qui vivent dans le secteur médico-social mais comme à la maison.

### **Question 11 : Ces solutions alternatives peuvent-elles être une richesse pour les usagers ?**

Pour l'utilisateur, il y a certes une différence, il ne passe pas devant la CDAPH, il a sa prestation pour lui plutôt que l'établissement. Mais en pratique ce qui lui importe, c'est le mode de vie.

En période de vache maigre, c'est effectivement l'opportunité d'être intégré dans une structure proche du médico-social, alors qu'il n'aurait pas eu de place dans une structure qualifiée de médico-sociale. Ce sont des failles qui permettent de faire émerger ces structures, mais ce n'est pas une richesse d'un point de vue systémique.

Il a proposé qu'on s'intéresse également aux structures médico-sociales qui sont très proches d'un habitat ordinaire, avec un fonctionnement éloigné d'un établissement, comme les Papillons Blancs à l'ouest de Lille afin de comparer les points de vue.

*Thème n°4 Animé par : Noémie Rapegno (géographie, Ingénieure de recherche) et Cécile Rosenfelder (sociologie, Ingénieure de recherche), département SHS-EHESP*

**La requalification en établissement médico-social : risque ou levier pour la transformation de l'offre à destination des personnes âgées et des personnes handicapées ?**

Sarah Boddy (EDH), Christophe Gay (EIES), Adeline Hocquet (EDH), Mathilde Jacquier (EAAH), Marine Philippe (EAAH), Catherine Sorin (EDS), Damien Thibault (ED3S), Nadine Touzot (EDS), Anaïs Verdin (ED3S)

**Résumé :** La France s'attache depuis de nombreuses années à promouvoir une politique d'intégration active des personnes en situation de dépendance ou en perte d'autonomie. Conscients de ces enjeux, de nombreux porteurs de projet développèrent des solutions alternatives aux structures conventionnelles décrites dans le Code de l'Action Sociale et des Familles. Ces projets portés par des associations ont émergé en réponse au caractère jugé déshumanisant des institutions. Se revendiquant « d'échapper au modèle institutionnel médico-social, en mettant l'accent sur un lieu de vie librement choisi par les personnes » (Bertillot, Rapegno, 2018), ces solutions dites alternatives craignent l'entrée dans le médico-social à travers la modification de leur statut juridique que l'on nomme requalification. Face à cette menace de la requalification pour ces structures alternatives, nous avons tenté de répondre à la question suivante : en quoi les structures alternatives qui se développent en marge du secteur médico-social questionnent-elles ce secteur ?

Pour pallier l'absence de bibliographie, notre réflexion s'est construite essentiellement autour des entretiens que nous avons réalisé avec des tutelles, des porteurs de projet et un conseiller d'Etat. Les solutions alternatives rencontrées ont été des habitats regroupés avec des fonctionnements, des financements diversifiés et un cadre réglementaire différent du secteur médico-social. Cependant, ces structures se rejoignent sur des valeurs communes : nombre de locataires limité, respect du projet de vie, développement de l'autonomie et valorisation de la citoyenneté... Face à ces réponses, les tutelles sont partagées entre besoin de reconnaissance et incertitude des financements. Ainsi, certaines propositions peuvent être faites dès aujourd'hui : favoriser la mutation du secteur médico-social en inscrivant des objectifs dans les Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens, donner un cadre aux solutions alternatives de droit commun et harmoniser les modalités de financement de ces structures. Ce n'est qu'en se plaçant dans une position de dialogue et d'accompagnement de l'ensemble des porteurs sur leur territoire que les tutelles pourront appréhender au mieux la frontière entre solutions alternatives et médico-social. Le développement et la pérennisation de solutions alternatives à l'institutionnalisation nous apparaît aujourd'hui essentiel pour répondre aux besoins d'accompagnement et de prise en charge des personnes en situations de handicap ou des personnes en perte d'autonomie

**Mots clés :** *requalification, solutions alternatives, habitat inclusif, offre médico-sociale, porteurs de projet*

*L'École des hautes études en santé publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les rapports : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs*