



EHESP

Master 2 Parcours AMOS

Promotion : **2019 - 2020**

Date du Jury : **Septembre 2019**

**Contractualiser afin de rendre effective la transformation de l'offre
médico-sociale dans le secteur du handicap : l'apport du contrat
pluriannuel d'objectifs et de moyens.**

Anne-Claire LEFEVRE

Remerciements

A l'issue de ce travail, il serait impossible de taire ma gratitude à l'égard de toutes les personnes qui ont contribué à son accomplissement.

Mes remerciements vont tout d'abord à Madame Raimond, ma maître de stage, qui m'a chaleureusement accueillie pendant trois mois à la délégation départementale d'Ille et Vilaine. Son expérience et sa connaissance du champ du handicap auront largement enrichi les savoirs acquis sur les bancs de l'école.

Je tiens également à remercier vivement ma directrice de mémoire, Madame Croguennec-Le Saout pour ses conseils précieux tout au long du travail ainsi que sa disponibilité et sa bienveillance dans nos échanges.

Merci également aux personnes qui ont accepté de se rendre disponible pour échanger sur la problématique à l'occasion d'un entretien, les informations recueillies donnent du relief au travail.

Enfin, je remercie mes relecteurs et toutes les personnes qui m'ont entourée pendant ce travail pour leur patience...

Sommaire

Introduction	1
Chapitre 1 : La société inclusive : matrice de la transformation de l'offre médico-sociale ..	5
1.1 De l'exclusion à l'inclusion : changements des paradigmes à l'origine de l'organisation de l'offre médico-sociale	5
1.1.1 A l'origine, l'ordre public comme motif d'exclusion des personnes	5
1.1.2 L'intervention de la médecine: vers une spécialisation de la prise en charge et de l'offre	6
1.1.3 Une réponse associative afin de combler les zones blanches	7
1.1.4 Une approche renouvelée par l'émergence de la notion d'égalité	8
1.1.5 Ancrer l'inclusion dans les textes afin de parvenir à l'égalité	10
1.2 L'organisation du secteur médicosocial mise en branle par l'inclusion sociale...	12
1.2.1 Des politiques publiques afin de cadrer la transformation de l'offre	12
1.2.2 Les changements de logiques agissant dans la construction de l'offre afin de parvenir à la société inclusive.....	14
1.2.3 Réguler l'offre grâce à l'outil du CPOM	23
1.2.4 Faire du financement un levier de la transformation	31
1.2.5 Planifier en s'inspirant de territoire innovants	35
Chapitre 2 : Assurer l'opérationnalité de la transformation de l'offre médico-sociale en faisant du CPOM un outil de gestion et de management.....	37
1.3 Faire du CPOM un outil de management	37
1.3.1 Un outil de management aux mains de quel manager ?.....	37
1.3.2 Accompagner le changement grâce au CPOM	42
1.4 Un outil de gestion	44
1.4.1 Elargir la vision des opérateurs	44
1.4.2 Renforcer le système d'information	47
1.4.3 Du contrat à l'outil de pilotage de la performance.....	49
1.5 Perspectives pour un CPOM contribuant davantage à transformer l'offre médico-sociale	50

1.5.1 Renforcer l'usage et la portée du CPOM dans l'activité des associations gestionnaires	50
1.5.2 Les recommandations concernant les autorités	52
Bibliographie	55
Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

AMI : Appel à manifestation d'intérêt

ANAP : Agence nationale d'appui à la performance

ANSEM : Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux

APP : Appel à projet

ARS : Agence régionale de santé

ATC : Autorité de tarification et de contrôle

CAMSP : Centre d'action médico-sociale précoce

CD : Conseil départemental

CDAPH : Commission des droits et de l'autonomie des personnes en situation de handicap

CMPP : Centre médico psychopédagogique

CPO : Centre pré orientation

CPOM : Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

CRP : Centre de rééducation professionnelle

DD35 : Délégation départementale d'Ille et Vilaine

DGCS : Direction générale de la cohésion sociale

(D) ITEP : (Dispositif) Institut thérapeutique éducatif et pédagogique

EAM : Etablissement d'accueil médicalisé

EEAP : Etablissement et service pour enfants et adolescents polyhandicapés

EDM : Etablissement pour déficient moteur

ESAT : Etablissement et service d'aide par le travail

ESMS : Etablissements et services médico-sociaux

GCS : Groupement de coopération sanitaire

GEVA : Guide d'évaluation des besoins de compensation

IEM : Institut d'éducation motrice

IEN ASH : Inspecteur de l'éducation nationale en charge de l'adaptation scolaire et de la scolarisation des élèves en situation de handicap

IME : Institut médico-éducatif

LFSS : Loi de finance de la sécurité sociale

MAS : Maison d'accueil spécialisée

ONDAM : Objectif national des dépenses de l'assurance maladie

PAP : Projet d'accompagnement personnalisé

PCPE : Pôle de compétences et de prestation externalisé

PRS : Projet régional de santé

RAPT : Réponse accompagnée pour tous

RGPD : Règlement général sur la protection des données

SAMSAH : Service d'accompagnement médico-social pour adulte handicapé

SERAFIN-PH : Services et établissements : réforme pour une adéquation des financements aux parcours des personnes handicapées

SESSAD : Service d'éducation spéciale et de soins à domicile

SROMS : Schéma régional d'organisation médico-sociale

T2A : Tarification à l'activité

UEE : Unité d'enseignement externalisée

UEI : Unité d'enseignement internalisée

ULIS : Unité localisée pour l'inclusion scolaire

Introduction

“Le CPOM est un bon outil d’accompagnement au changement pour mieux répondre aux attentes à partir du moment où il est bien approprié du haut vers le bas. Cela ne doit pas être: le CPOM on en parle quand on négocie et puis on en reparle cinq ans après.” (Entretien 2)

Héraclite l’avait déjà compris au VI^e siècle avant JC et le secteur médico le vérifie encore au XXI^e siècle “rien n’est permanent, sauf le changement”. Changements de politiques, changements de lois, changements d’organisations, changements d’offres: le secteur médico-social ne s’embarrasse d’aucun référentiel existant lorsqu’il s’agit d’envisager ces prochaines années. Il faut dire que le contexte presse les réformes et après s’être faite condamnée en octobre 2013 par la justice dans le cadre de l’affaire Amélie Loquet¹, la France entreprend de se ressaisir pour répondre aux besoins d’accompagnement des personnes en situation de handicap. Ces changements étaient attendus car depuis la loi Choisy de 1996, l’Etat est tenu par une obligation de résultat dès lors qu’il s’agit de fournir des réponses envers les personnes autistes ou les personnes polyhandicapées. Le rapport “Zéro sans solution” de Denis Piveteau de 2014, faisant suite au procès présenté plus haut, invite à la réforme: Le vent de renouveau qui souffle sur le secteur médico-social depuis la loi 2002-2 rénovant l’action sociale et médico-sociale se transformera-t-il en tempête ? Une chose est sûre, le secteur bouge et la transformation de l’offre médico-sociale est la dynamique qui entend contribuer à l’évolution du champ du handicap.

Si une transformation doit s’opérer, il convient de s’interroger sur les outils qui permettront de parvenir au résultat poursuivi. Depuis la loi de finance de la sécurité sociale du 21 décembre 2015 pour l’année 2016, les contrats pluriannuels d’objectifs et de moyens (CPOM) sont rendus obligatoires pour une liste d’établissements et services médico-sociaux (ESMS).² Le passage devra être effectué pour tous les ESMS concernés au 1er janvier 2022 : à un peu plus de la moitié de la période, quels constats émergent de cette démarche ? La transformation de l’offre sur le territoire a-t-elle été accentuée ? L’Etat est-il désormais en mesure de fournir davantage de réponse ? Avant d’aller plus loin, il convient de comprendre ce qu’est le CPOM. Il s’agit d’un contrat multipartite

¹ Amélie Loquet, âgée de 19 ans au moment des faits, demande une attention de tous les instants. Face à l’absence de place disponible pour l’accueillir, ses parents ont choisi de porter plainte contre l’Etat et ont remporté le procès.

²Catégories d’ESMS concernées par le passage en CPOM: CAMSP, CMPP, EEAP, EEDM, IME, IEM, ITEP, SESSAD, CPO, CRP, ESAT, MAS, FAM, SAMSAH.

signé entre les établissements services du secteur médico-social et leurs autorités de tarification et de contrôle (ATC) qui sont l'Agence régionale de Santé (ARS) et/ou le conseil départemental (CD). Ce contrat est signé pour une durée maximum de cinq ans. Il fixe des objectifs devant orienter l'activité pendant la période ainsi que des financements qui sont alloués pour mener les missions et répondre à ces objectifs. Un des enjeux associé au CPOM est d'assurer la mise en œuvre, à l'échelle des établissements, des orientations stratégiques régionales, notamment des objectifs fixés en terme de transformation de l'offre.

D'après la circulaire du 2 mai 2017 de la direction générale de la cohésion sociale, relative à la transformation de l'offre d'accompagnement des personnes handicapées dans le cadre de la démarche « une réponse accompagnée pour tous », la transformation de l'offre médico-sociale doit émanciper le secteur d'une logique de place afin de construire une offre à partir des besoins et des attentes des personnes handicapées et de leurs aidants, en promouvant leurs capacités et leur participation, en favorisant leur vie dans le milieu ordinaire dès que cela est possible et conforme à leurs souhaits, le tout dans une logique de parcours global devant éviter les ruptures. Transformer l'offre consiste donc à l'adapter en réponse aux besoins des personnes en situation de handicap. Afin de concrétiser ce renouveau conceptuel, une réforme de la tarification est en construction. Il s'agit de la réforme Serafin-PH (services et établissements : réforme pour une adéquation des financements aux parcours des personnes handicapées) qui vise à financer le secteur médico-social au regard des besoins des personnes et non au regard du nombre de places que comptent les établissements.

La concomitance de la démarche réponse accompagnée pour tous mise en place en 2014, dont l'Axe quatre intitulé "conduite du changement" est porté par la direction générale de la cohésion sociale (DGCS), et de la loi rendant obligatoire la signature de CPOM en 2015 ne trompent pas sur le fait que celui-ci soit déployé dans le but de parvenir à la transformation de l'offre médico-sociale. C'est la raison pour laquelle ce mémoire s'intéresse à l'effectivité des liens décrits dans la mise en œuvre des réformes sur le territoire, il cherche à savoir si le CPOM est associé à la transformation de l'offre dans les faits.

Afin d'avoir une vision plus fine des enjeux qui guident le renouveau dans ce domaine, il est important de préciser le cadre théorique dans lequel les dynamiques évoluent. Au-delà des décisions judiciaires, quelle sont les raisons qui orientent les réformes ? Elles tiennent en peu de mots : la société inclusive. L'inclusion constitue un des objectifs promus en 1994 par la déclaration de Salamanque, des règles pour l'égalisation des chances promulguées par l'ONU la même année, de la charte du Luxembourg promulguée en 1996 par l'Union européenne, et, plus récemment, un

des indicateurs retenus par l'Union européenne dans le cadre de l'agenda de Lisbonne pour évaluer les politiques publiques (UNESCO, 1994 ; ONU, 1994 ; Union européenne, 2002) (Pommier, 2018).

Force est de constater que la société inclusive suscite d'emblée l'adhésion: qui s'élèverait contre un mouvement refusant l'exclusion des personnes qui présentent une déficience au profit de leur acceptation dans leur différence ? (Ebersold, 2009) Pourtant, si le concept séduit, il est difficile de définir la réalité qu'il recouvre. Or, un concept nécessite une définition partagée par le plus grand nombre afin d'être employée intelligiblement et sans confusion. Si aucune définition légale de la société inclusive, fixant des obligations juridiques, n'existe à ce jour; un consensus s'est pourtant établi autour de la notion. Étant entendu que ce consensus est décliné sous des angles différents en fonction des disciplines et des écoles qui l'aborde, ce qui contribue à sa richesse.

Dans une perspective anthropologique, une société inclusive peut se définir comme "une organisation sociale qui module son fonctionnement, se flexibilise, pour offrir au sein de l'ensemble commun, un « chez soi pour tous ». Sans neutraliser les besoins, désirs et destins singuliers et les résorber dans le tout." (Gardou, 2018) L'anthropologie, sans donner de définition opérationnelle du concept, offre un cadre de compréhension dans lequel la politique du handicap devra s'inscrire. Afin de poser les premières pierres d'une définition opérationnelle de la société inclusive, il peut être noté que celle-ci s'intéresse à la place des personnes en situation de handicap dans leur environnement en se centrant davantage sur les droits que sur les besoins en santé. (Benoit, 2014) induisant un chantier de reconstruction des référentiels de pensée. Dans son annexe 1, la stratégie des Nations Unies pour l'inclusion du handicap définit l'inclusion du handicap comme étant « La participation véritable des personnes en situation de handicap dans toute leur diversité, la promotion de leurs droits et la prise en considération de leurs points de vue, conformément à la Convention relative aux droits des personnes handicapées ». (Nations Unies, 2008) Une fois encore la définition fait référence aux droits des personnes dont il s'agira de garantir l'effectivité, mais pour que cela soit possible, il convient de commencer par transformer l'offre médico-sociale.

Ainsi, le mémoire cherche à répondre à la problématique suivante : **En quoi la contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens est-il au service de l'effectivité de la transformation de l'offre médico-sociale ?** Pour répondre à ce questionnement, il conviendra d'étudier l'évolution contextuelle du secteur en présentant la société inclusive comme une nouvelle matrice de l'organisation de l'offre médico-sociale (Chapitre 1) puis d'envisager l'opérationnalité de la transformation de l'offre en faisant du CPOM un outil de management (Chapitre 2).

Afin de situer le contexte de ce mémoire, il convient de préciser que le stage a été réalisé au sein de la délégation départementale d'Ille et Vilaine (DD35) de l'agence régionale de santé (ARS). Il a été réalisé auprès d'une inspectrice de l'action sanitaire et sociale du pôle offre médico-sociale, en

charge de la mise en œuvre des politiques publiques dirigée vers les enfants en situation de handicap et du suivi de l'offre. Cela a été l'occasion de prendre part à l'ensemble des travaux en cours dans le champ du handicap enfance à la DD35. En raison de la crise sanitaire résultant de la pandémie du covid 19, le déroulement du stage a été impacté à plusieurs titres. Tout d'abord, sa durée a été limitée à trois mois et deux semaines du stage ont été réalisées en télétravail. D'autre part, l'actualité du service a été bouleversée ce qui a entraîné un report à septembre de la campagne de CPOM. Enfin, l'ARS étant particulièrement mobilisée sur le contact tracing, il a dû être apporté un renfort auprès des équipes de la veille sanitaire (une semaine).

Plusieurs méthodes ont été mobilisées afin de répondre à la problématique de l'effectivité de la transformation de l'offre en lien avec l'utilisation de l'outil du CPOM. L'étude se fonde sur une revue de littérature qui a permis de circonscrire le cadre de la réflexion. Elle a été complétée par une enquête qualitative réalisée auprès de sept personnes qui a permis de comparer les résultats issus de la revue de littérature. Parmi les personnes interrogées, deux sont issues de l'ARS, quatre occupent des postes de direction au sein des établissements et un est un inspecteur de l'éducation nationale. Un agent du conseil départemental en charge de la contractualisation, un agent de l'ARS en charge de l'offre médico-sociale ainsi que trois directeurs au sein d'associations gestionnaires ont été sollicités pour des entretiens mais n'ont pu répondre favorablement. L'intérêt de cette enquête est qu'elle a donné une vision multilatérale de la problématique. Enfin, ce travail a été complété par l'étude de six CPOM (annexe ...) qui a permis de confronter les résultats obtenus dans les entretiens aux contenus des CPOM. Enfin, l'observation participante a été mobilisée pendant toute la durée du stage afin de saisir le fonctionnement de l'ARS, ses relations avec les partenaires du territoire et les postures de chacun dans le cadre de travaux communs (annexe 4).

Chapitre 1 : La société inclusive : matrice de la transformation de l'offre médico-sociale

1.1 De l'exclusion à l'inclusion : changements des paradigmes à l'origine de l'organisation de l'offre médico-sociale

Les politiques publiques actuelles agissant dans le secteur du handicap sont héritières de représentations culturelles construites au fil de l'histoire. Dès lors il convient de s'interroger sur les représentations successives qui ont façonné l'offre afin de comprendre l'organisation actuelle. Il convient de revenir à l'origine du secteur (A), puis de voir les évolutions (B / C / D) avant d'arriver au concept d'inclusion (E).

1.1.1 A l'origine, l'ordre public comme motif d'exclusion des personnes

Depuis le milieu du 14^e siècle et jusqu'à la fin du 19, une distinction s'opère entre les personnes actives, capables de travailler et de subvenir à leurs besoins et celles qui ne le sont pas. Cette deuxième catégorie de personnes, composée des vieillards et de ceux que l'on appelle alors les infirmes, partage alors une commune pauvreté. (Stiker, 2015) Cette caractéristique de la pauvreté est conjuguée chez les infirmes à une autre caractéristique qui leur est spécifique, il s'agit de la peur qu'ils génèrent. A cette époque, les « infirmes » aussi appelés « débiles » ou « idiots » suscitent la peur car le handicap est vu comme une malédiction divine. Dès lors, ils sont rejetés de la société. Si leur famille est en capacité de les accueillir ils sont le plus souvent cachés, si elle n'est pas en capacité de le faire, ils sont accueillis avec ceux qui vivent le même sort dans des hospices ou des asiles et vivent le plus souvent de la mendicité. Dans ce contexte, la préoccupation de l'Etat était celle de « restaurer l'ordre public » et « rassurer les honnêtes gens ».

Ce sont ces motivations qui ont orienté la première création institutionnelle en direction des personnes infirmes. En 1656, le roi Louis XIV publie un édit royal créant l'Hôpital général. La création de cette institution poursuit l'objectif de mettre à distance de la bonne société, l'ensemble des personnes qui ne rentreraient pas dans ce cadre (Bemben et al., 2019). Ainsi, les premières créations institutionnelles en direction de ceux que l'on appellera plus tard les personnes en situation de handicap, poursuivent implicitement l'exclusion de ces personnes de la société. Les institutions ne sont pas spécialisées pour les "infirmes" mais regroupe l'ensemble de ceux qui dérangent le fonctionnement de la société.

Ainsi, les premières créations institutionnelles mettent en place des structures non spécialisées où se regroupent des personnes dont les situations sont variées et nécessitent des réponses spécifiques. La spécification de l'offre de réponse sera apportée grâce à l'intervention du corps médical auprès des personnes en situation de handicap.

1.1.2 L'intervention de la médecine: vers une spécialisation de la prise en charge et de l'offre

Dans un premier temps, c'est en grande partie en raison du corps médical que le sort des personnes en situation de handicap va s'améliorer. Avec les progrès des sciences et la mise en avant de la raison par les lumières, une nouvelle vision du handicap s'est développée dans une perspective plus rationnelle. Progressivement on reconnaît aux personnes infirmes une capacité d'éducation et d'apprentissage. Les travaux de Jean Itard (1774-1838), médecin chef de l'hospice des sourds muets, ouvrent la voie à un traitement médico pédagogique pour les enfants gravement arriérés. Ceux-ci sont alors pris en charge dans des sections dédiées au sein des asiles et peu à peu, apparaissent des classes pour les arriérés c'est à dire les sourds, les muets et les aveugles. L'élargissement de l'éducation aux enfants vivant d'autres situations de handicap sera actée par la création des classes de perfectionnement en 1909, portées par un argument d'ordre public, celui de socialiser les enfants anormaux afin qu'ils ne deviennent pas des adultes criminels. (Gueslin and Stiker, 2003)

Concernant les adultes, il faudra attendre la première guerre mondiale pour voir évoluer les politiques publiques. La grande guerre ayant généré de nombreux mutilés, ceux-ci affluent dans les hôpitaux pour bénéficier de la médecine dite de réparation, qui se transformera peu à peu en médecine de réadaptation. L'objet des interventions médicales n'est pas la maladie et ne requiert donc pas la médecine curative. L'objet des interventions est celui du handicap, cette notion, émergente à l'époque, requiert alors la médecine ré-adaptative. Cette approche donne naissance au modèle biomédical du handicap. Il peut être présenté de la manière suivante :

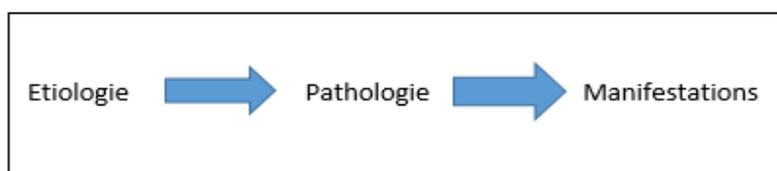


Figure 1 : Modèle biomédical du handicap³

Dans ce modèle, la question du handicap est envisagée en trois temps. Dans un premier temps il s'agit d'identifier la cause du handicap au travers de l'étiologie, c'est à dire l'étude de la cause des

³ Source: (Fougeyrollas, 2002)

maladies, puis il convient de définir la pathologie qui en découle et enfin de regarder quelles sont les manifestations de ce handicap. Si ce modèle permet de poser une première réflexion sur le handicap, il présente toutefois des limites puisqu'il ne s'intéresse pas aux conséquences du handicap pour la personne ainsi que la position de la personne dans son environnement. (Fougeyrollas et Roy, 1996)

Face à la situation criante des mutilés de guerre et en lien avec les conceptions de l'époque, de nouvelles politiques se mettent en place pour apporter un soutien à ceux qui sont devenus infirmes en raison de leur service rendu à la nation. A ce moment, il n'est pas question de créer des environnements adaptés aux personnes mais il s'agit de reconnaître leur invalidité en mettant en place des dispositifs de réparation fondés sur les centres de rééducation et un barème d'évaluation du handicap qui quantifie l'incapacité de la personne. Ce barème restera en vigueur jusqu'en 1993.

1.1.3 Une réponse associative afin de combler les zones blanches

Peu de temps après la première guerre, des associations se sont créées et se donnent pour missions d'intervenir auprès des adultes mutilés afin de compléter des politiques qui laissent de nombreuses zones blanches. C'est ainsi que la Fédération des mutilés du travail naît en 1921 et l'Association des paralysés de France en 1933.

De l'autre côté, dans le champ de l'enfance, les progrès de la médecine permettent d'améliorer l'espérance de vie des enfants. L'hôpital psychiatrique apparaît alors comme l'unique recours institutionnel pour les prendre en charge. Les enfants, considérés comme fous, sont mélangés aux malades mentaux et aux handicapés, ce qui entraîne une indignation grandissante de la part des parents. Ces derniers réclament l'intégration de leurs enfants et le développement de leurs capacités. C'est dans cette mouvance que des associations de parents se sont créées dans les années 1940 afin de proposer des solutions plus adaptées aux besoins des enfants dont il était question. Dans ce contexte, les premières classes d'institut médico-pédagogiques voient le jour, rejointes plus tard par les instituts médico-professionnels. (Löchen, 2018)

Sur le versant de l'action publique, la création de la sécurité sociale en 1945 donne la part belle à la solidarité nationale, elle sera l'occasion de soutenir financièrement les actions associatives dirigées vers les enfants infirmes dont l'espérance de vie a augmenté en raison des progrès de la médecine. (Salbreux et al., 2007) La sécurité sociale vient donc reconnaître un principe de financement des établissements pour enfants inadaptés et la nécessité d'institutions spécialisées. Une loi de 1963 définit l'accès à la scolarité des enfants handicapés.

Ainsi, l'action associative permet d'engager un processus d'adaptation de l'offre en faveur des personnes en situation de handicap. L'Etat, dont la solidarité se développe grâce à la création de la

sécurité sociale, intervient à posteriori pour renforcer les structures existantes par l'apports de financements.

1.1.4 Une approche renouvelée par l'émergence de la notion d'égalité

Sur le fil de l'histoire, l'utilisation du terme de "handicap" est récente. Elle est employée pour la première fois dans une loi de 1957 et est définie dans un rapport présenté 10 ans plus tard au président Georges Pompidou par François Bloch Lainé.⁴ (Salbreux, 2006) Il propose une définition éthique établissant que « sont handicapées, les personnes qui, sur le plan physique, psychologique ou social, présentent des difficultés, que l'on pourrait qualifier de faiblesses, à être et à agir comme les autres. Ce sont ces faiblesses qu'il convient de compenser pour rétablir leurs chances dans la vie ». Cette définition, prône alors l'égalité des chances pour les personnes en situation de handicap ; Si cette idée est en rupture avec la logique d'exclusion et de réparation à l'œuvre jusque-là, Il est important de souligner qu'elle ne s'intéresse pas encore au moyens d'obtenir cette égalité en développant un environnement favorable. Il s'agit d'une conception individuelle du handicap.

Le modèle de Wood datant des années 1980, a confirmé cette conception. Ce modèle est celui qui a été repris par l'OMS à l'occasion de la classification internationale des déficiences, incapacités et handicaps, publiée elle aussi en 1980.

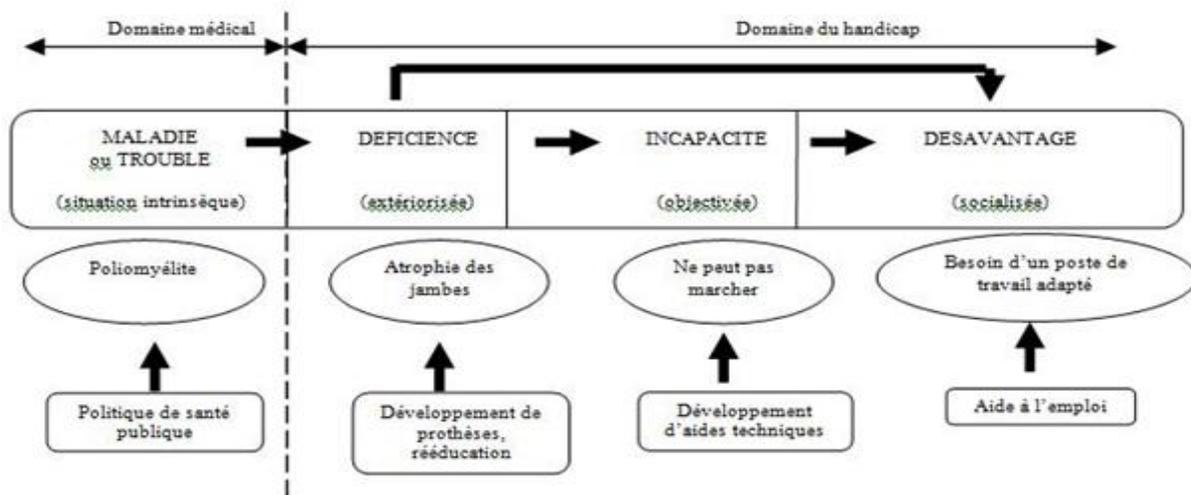


Figure 2 : Schéma conceptuel de Wood (1980), Classification Internationale des déficiences, incapacités et Handicaps (CIDIH)⁵

Ce modèle de compréhension du handicap prend pour point de départ la déficience de la personne telle qu'elle peut être constatée par l'observation, c'est-à-dire extériorisé. Cela correspond à l'altération d'une structure ou d'un fonctionnement tel que l'amputation d'un membre ou la lésion

⁴ (1912-2002) Haut fonctionnaire et militant associatif français

⁵Source : (Leplège et al., 2015)

d'un nerf. De cette déficience est déduit une incapacité, c'est-à-dire une impossibilité à réaliser une action que le phénotype humain permet de réaliser tel que marcher ou communiquer. De cette incapacité résulte un handicap ou désavantage qui en est la conséquence sociale, telle que l'impossibilité d'être scolarisé ou de pratiquer le sport. (Chapireau, 2001) Cette classification a été critiquée car elle traite le sujet de manière linéaire en présentant une causalité unique et sans tenir compte de l'environnement dans lequel les personnes s'inscrivent.

La traduction de cette conception en terme d'offre est la suivant: le modèle sous-entend que l'individu doit s'adapter en fonction de son environnement, et non que l'environnement doit être adapté en fonction des personnes en situation de handicap. Le raisonnement part du constat de l'inadaptation de l'individu à son environnement et en déduit un besoin de compensation qui se traduit par la création d'une réponse spécifique à l'individu. Ce modèle favorise donc la création d'un milieu spécifique, dit milieu spécialisé qui intervient en marge du milieu ordinaire pour pallier aux désavantage des personnes.

C'est ainsi que la loi n° 75-535 relative aux institutions sociales et médico-social est venue structurer le secteur médico-social, dans le prolongement de la réforme hospitalière de 1970. Pour l'Etat, l'objectif est de récupérer la main sur le développement du secteur médicosocial qui s'est construit jusque-là de manière spontané et sans régulation de la part des autorités publiques.

Ainsi, elle pose l'existence d'un secteur médico-social autonome par rapport au secteur sanitaire. Le secteur médico-social fonctionne sur la base d'un régime d'autorisation qui lui est propre et qui vient remplacer le régime déclaratif en vigueur jusqu'alors. Ce fonctionnement permet alors d'unifier "l'ensemble large et varié d'institutions dont le point commun est de s'adresser à un public fragilisé". (Guerin et al., 1995) Par ailleurs, la loi de 1975 prévoit de la souplesse dans le secteur médico-social afin de pouvoir répondre au mieux à la diversité des situations à traiter. C'est la raison pour laquelle elle ne prévoit pas la mise en place de schéma de planification de l'offre qui aurait présenté trop de rigidité mais elle encourage dans son article 2 la création de coopération entre les établissements. (Bauduret, 2017)

En complément à cette première loi, la loi n° 75-534 d'orientation en faveur des personnes handicapées vise à améliorer la situation des personnes fragiles en leur créant de nouveaux droits tels que le droit au travail, à une garantie minimum de ressources par le biais de prestations et à l'intégration scolaire et sociale. Pour autant, cette loi ne donne pas de définition à la notion de handicap. (Ravaud, 2011)

A cette période, la notion d'égalité est revendiquée en faveur des personnes en situation de handicap mais les moyens mis en œuvre afin d'y parvenir ne permettent pas de tenir cet objectif.

En effet les lois incitent à créer un milieu parallèle au milieu ordinaire en créant des institutions pensées en réponse aux incapacités des personnes. Cependant, ce fonctionnement comporte deux limites majeures. D'une part cette organisation ne tient pas compte de l'égalité des citoyens face à la loi, à laquelle les personnes en situation de handicap peuvent légitimement prétendre. D'autre part, ce modèle ne tient pas compte des besoins exprimés par les personnes en question et des disparités d'équipements en fonction des régions. (Boissel, 2006)

1.1.5 Ancrer l'inclusion dans les textes afin de parvenir à l'égalité

Dans les années 1980, de nouvelles orientations émergent sur la scène internationale dans le secteur du handicap. Cela s'illustre notamment par la proclamation de l'année internationale des personnes handicapées en 1981 par les nations unies. A l'échelle française, la nécessité de réformer le secteur est elle aussi soulevée. Dès 1982, Nicole Questiaux, alors ministre de la Solidarité nationale, déclarait le secteur médico-social en « situation de non-droit ou d'infra-droit » (Barral, 2008) puisqu'il nie une partie des droits fondamentaux des personnes en situation de handicap. Pourtant, il faudra attendre 2002 pour que l'heure soit à la réforme.

Le contexte international des années 2000 active la refonte du droit des personnes en situation de handicap en France. La classification internationale du fonctionnement du handicap et de la santé publiée par l'OMS en 2001 se veut être un compromis entre le modèle individuel et le modèle social (figure 3), posant ainsi un langage commun et un cadre de référence internationale recommandé par l'OMS aux Etats. (OMS, 2001) L'apport majeur de cette classification est de prendre en compte les facteurs environnementaux de la personne qui peuvent jouer le rôle de facilitateur ou d'obstacle.



Figure 3 : Modèle social du handicap⁶

En ce sens, la loi 2002-2, dite de rénovation de l'action sociale et médico-sociale, permettra de réformer le secteur médico-social en France. Cette loi propose de nouvelles lignes afin de structurer l'offre disponible en retenant cinq orientations principales visant à affirmer et promouvoir les droits des usagers du secteur social et médico-social. Elle incitera tout d'abord à la diversification des modalités d'accueil proposées par les établissements en adaptant les structures aux besoins. En effet, jusqu'alors, l'offre était en très grande partie centrée sur les prises en charge à temps complet. (Boissel, 2006) La réforme propose également d'élargir la palette en encourageant l'accueil temporaire, le semi internat, l'accueil familial... Ensuite elle proposera des améliorations dans le pilotage du dispositif par le biais de la mise en place d'un outil de régulation et de programmation comme le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) introduit à l'article L. 313-11 dans le code de l'action sociale et des familles. Dès lors, le CPOM apparaît comme le premier outil de régulation co-construit entre les autorités de tarification et de contrôle et les opérateurs du domaine. Enfin, la loi s'efforcera de mettre en place des dispositifs (sept au total) visant à remettre les droits fondamentaux de l'utilisateur au centre de la prise en charge. Il s'agira notamment de la création du livret d'accueil ou la charte des droits fondamentaux des personnes accueillies en institutions, ou encore de la création d'un conseil de vie sociale.

Cette première réforme vient donc acter dans le droit une ouverture du secteur médico-social au milieu ordinaire. Par ailleurs, elle amorce l'inclusion des personnes au sein de la société en leur reconnaissant davantage de droits. Néanmoins cette première étape est insuffisante pour faire basculer la politique du handicap et faire évoluer l'esprit de la loi d'une logique d'assistance vers une logique de compensation et d'accessibilité.

Pour infléchir les politiques, une nouvelle réforme interviendra dans le champ du handicap trois ans plus tard. Il s'agit de la loi du 11 février 2005 « Pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées ». Fondée sur la base de la non-discrimination, cette dernière s'articule autour de quatre principes.

- Le premier est celui de la garantie de libre choix du projet de vie, qui oriente l'offre vers des prestations activables en fonction des aspirations des personnes.

L'organisation de l'offre passe alors d'une logique de filière à une logique de parcours. (Ibernon et Berzin, 2016)

- Le deuxième principe est celui de la compensation des dépenses liées au handicap par la société, afin que les personnes puissent avoir une vie autonome et digne, ce qui a

⁶ Source : www.cle-autistes.fr

notamment donné lieu à la création de la CNSA (caisse nationale de solidarité pour l'autonomie).

- Le troisième est le principe de la participation à la vie sociale qui se décline aussi bien au niveau de la scolarisation, à l'emploi, aux transports, au bâtis. Ce qui donne lieu à des réformes dans chacun des domaines cités afin d'améliorer leur accessibilité.
- Le quatrième principe est celui de la simplification des démarches et une recherche de coordination entre les acteurs qui s'illustre par la création des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH).

Outre les principes qu'elle pose, cette loi donne également une définition légale au terme de handicap jusqu'alors utilisé sans fondement juridique précis. La loi retient dans son article L114 du CAFS que constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. Ainsi cette définition retient elle aussi la notion d'environnement ce qui invite à concevoir des réponses aux problématiques rencontrées par les personnes en situation de handicap en considérant leur inclusion dans le milieu dans lequel ils vivent, ce qui à nouveau donne une teinte à l'offre médico-sociale qui doit être construite en réponse.

Ainsi, l'offre médico-sociale en France s'est construite en fonction de l'évolution des référentiels utilisés pour comprendre le secteur. Aujourd'hui l'inclusion sociale est le concept qui porte le secteur, notamment avec le "virage 100% inclusif". Il s'agira donc de comprendre quelles sont ces répercussions concrètes dans le domaine.

1.2 L'organisation du secteur médicosocial mise en branle par l'inclusion sociale

L'inclusion sociale a de nombreuses répercussions dans organisation du secteur médico-social. Cette organisation est fixée par la politique du handicap (A) qui induit de profonds changements de logique dans la construction de l'offre (B)

1.2.1 Des politiques publiques afin de cadrer la transformation de l'offre

Au niveau national, il n'existe pas de définition juridique de la société inclusive qui pourrait poser les objectifs poursuivis par les politiques publiques. Toutefois, la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) fixe un cadre de principe dans un document de 2018 en se basant sur les

droits reconnus dans la loi de 2002. (CNSA, 2018) Elle retient ainsi le respect de la dignité, de l'intégrité, de la vie privée, de l'intimité et de la sécurité de la personne; le libre choix entre les prestations; un accompagnement individualisé et de qualité dans le respect d'un consentement éclairé ; la confidentialité des données concernant l'utilisateur ; l'accès à l'information ; une information sur les droits fondamentaux et les voies de recours ; une participation directe au projet d'accueil et d'accompagnement. La CNSA pose également le principe du respect de la liberté d'aller et venir des personnes ainsi que son droit à la participation sociale en tant que citoyen, toujours en conformité avec la loi de 2002. (*LOI n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale*, 2002) Ce cadre de principe constitue le point de départ de la refondation de l'offre. Elle a donc pour origine les droits de chaque individu et non l'organisation générale du système. Ces principes constituent par ailleurs le cap vers lequel l'offre doit tendre, c'est à dire qu'à terme, le système doit se conformer au respect de ces droits.

La stratégie quinquennale de transformation de l'offre médico-sociale de 2017 fixe quatre objectifs prioritaires de transformation de l'offre. Le premier vise à prévenir les ruptures de parcours, le deuxième à développer des réponses inclusives en lien avec le milieu ordinaire, le troisième à consolider une organisation territoriale intégrée au service de la fluidité des parcours de santé et de vie et enfin le quatrième vise à améliorer en continu la qualité des accompagnants. Ces objectifs sont assortis d'indicateurs qui permettront de mesurer l'évolution opérée au fil des années.⁷

Ces objectifs sont repris dans la circulaire du 2 mai 2017 et dans le plan d'action "ambition transformation 2019-2022". Il doit être noté que ces trois documents véhiculent la même politique du handicap mais chacun des documents à un apport spécifique. La stratégie donne les contours de la politique, la circulaire lui donne une assise juridique et le plan d'action un langage opérationnel. Afin que la transformation de l'offre médico-sociale soit mise en œuvre par les acteurs du terrain, il convient d'intégrer ces objectifs stratégiques aux outils qu'ils utilisent. Cela passe par la définition d'objectifs opérationnels fixés aux établissements afin de guider la construction d'une offre qui puisse répondre au droit des usagers.

Les politiques publiques posent donc un cadre à la société inclusive et la transformation de l'offre médico-sociale. Ce cadre induit des changements de logiques qui ont des répercussions sur la construction de l'offre médico-sociale et les pratiques professionnelles dont il faudra étudier l'étendue et les conséquences.

⁷ www.cnsa.fr/grands-chantiers/strategie-quinquennale-devolution-et-de-transformation-de-loffre
Anne-Claire LEFEVRE - Mémoire de l'École des Hautes Études en Santé Publique – 2019-2020

1.2.2 Les changements de logiques agissant dans la construction de l'offre afin de parvenir à la société inclusive.

Les changements de logique liées à la transformation de l'offre médico-sociale interviennent à plusieurs niveaux.

1) D'une prise en charge imposée à un accompagnement co-construit

Un des bouleversements pour le secteur médico-social instauré par la loi 2002-2 et repris par les politiques actuelles est la participation de l'utilisateur à l'élaboration de son parcours de vie. Il s'agit désormais de co-construire un accompagnement entre opérateurs et usagers, en fonction des droits et besoins plus que de lui imposer une modalité d'accompagnement. L'utilisateur est donc replacé au centre puisqu'il devient codécideur de son parcours.

La participation de l'utilisateur à l'élaboration de son parcours de vie renvoie à l'idée d'autodétermination qui est définie par la capacité d'une personne à « décider de son destin ou de sa vie sans influences externes indues ». Elle est reliée à l'autonomie personnelle et représente le droit et la capacité d'une personne à se gouverner et avoir du contrôle sur sa vie. (Lachapelle et al., 2005) A la lumière de cette définition, il ne s'agit donc plus de restreindre les choix de la personne en lui imposant de passer par un canal unique imposé par la MDPH ou les établissements mais bien de prendre en compte le souhait propre de la personne et de ses aidants, et pouvant mobiliser un réseau d'intervenants et non plus un acteur unique.

L'autodétermination se matérialise en partie par la construction d'un projet d'accompagnement personnalisé (PAP). Cet outil découle, dans le prolongement de la loi de 2002-2, d'une recommandation cadre de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANSEM) sur la bientraitance. (ANSEM, 2008) Ce document figure au cahier des charges de l'évaluation externe devant être rattachée au CPOM dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité. Il doit être noté que la participation de la personne à son projet de vie découle d'un droit et non d'une obligation pour l'utilisateur, par ailleurs il construit par plusieurs professionnels afin que le contenu soit équilibré par l'avis de plusieurs intervenants dans l'accompagnement de la personne.

La construction d'un projet personnalisé doit être conduit avec les équipes de professionnels; cela demande donc un engagement de leur part afin de participer à l'analyse de la situation et de faire des propositions à la personne tout au long de son parcours. Tous les professionnels de la structure doivent s'impliquer dans la rédaction de ce document, bien qu'ultimement leur bonne mise en place dépende de l'équipe d'encadrement. Ainsi, les professionnels doivent également faire évoluer leurs pratiques pour intégrer les partenaires dans l'élaboration de ce travail, tout en veillant

à conserver la place de la personne. Il convient de former les équipes à l'utilisation de ces nouveaux outils en vue de répondre aux objectifs fixés par le national et déclinés par la suite dans les objectifs des CPOM. Cet outil incite, au vu des besoins qui émergent pour les personnes de construire une offre plus modulaire.

Si l'usage du PAP est fortement encouragé par les politiques, l'étude de six CPOM (annexe...) montre que seulement deux y font référence. Il n'est pas possible de conclure au fait que seulement deux opérateurs utilisent cet outil, toutefois cela permet de constater que cela n'est pas un outil qui sera mobilisé pour répondre aux nouveaux objectifs fixés par les CPOM de ces associations. Ainsi, l'objectif d'apporter une réponse adaptée aux besoins des personnes s'envisagera sans renforcer l'inscription des besoins des personnes dans le cadre du PAP. L'absence de la mention de cet outil dans le CPOM signifie qu'un travail devra être conduit dans les CPOM de prochaine génération afin de replacer cet outil au cœur du travail de définition de la réponse apportée à l'usager, conformément aux attentes liées à la transformation de l'offre médico-sociale.

L'autodétermination doit aussi être envisagée en lien avec l'évaluation de la personne en situation de handicap. Afin qu'une personne puisse exprimer son souhait au moment de la construction de son projet personnalisé et que celui puisse être en adéquation avec l'offre qui lui est proposée, la personne doit préalablement avoir été aiguillée vers les bons acteurs du secteur médico-social. (Bloch and Hénaut, 2014) Les décisions de la commission des droits et de l'autonomie des personnes en situation de handicap (CDAPH) s'appuient sur des notifications MDPH afin d'orienter la personne vers des prestations du médico-social. Les notifications résultent d'évaluations de la situation d'une personne et de ses besoins en compensation. Le guide d'évaluation des besoins en compensation (GEVA) est un outil utilisé pour mener cette évaluation mais il présente des limites en la matière. En effet, c'est un outil lourd dont le fonctionnement n'est pas adapté à certaines situations et notamment aux situations les plus complexes. Ces difficultés rendent les orientations difficiles à établir et parfois les personnes sont orientées vers des prestations qui ne correspondent pas à leurs besoins. Cela limite le pouvoir d'autodétermination de la personne puisque le périmètre de choix dont elle disposera ne correspondra pas à ses besoins réels. Ainsi, la construction du projet personnalisé outil d'autodétermination, est conditionnée par la mise en place d'une notification MDPH qui permettent la mise en place effective de cette autodétermination.

L'autodétermination conduit à mettre en place des solutions adaptées aux besoins de l'individu. Cela signifie que l'offre doit être modulaire afin de pouvoir se plier aux besoins exprimés par chacun.

2) D'une offre de filière à une offre modulaire

Dans la perspective de créer des réponses adaptées aux besoins de chaque personne, il est nécessaire de disposer d'une offre médico-sociale souple et modulaire, dont les prestations peuvent être activées suite aux souhaits exprimés par les personnes dans le cadre de leur PAP. Ainsi les établissements sociaux et médico sociaux (ESMS), doivent être en mesure de proposer différentes modalités d'accompagnement pour accompagner au mieux les besoins de la personne.

Le fonctionnement modulaire du secteur médico-social permet de répondre au premier objectif de la CNSA (cf. supra) visant à assurer la continuité entre les différentes étapes du parcours de personnes. Cette nécessité est soulevée dans la démarche "une réponse accompagnée pour tous" dite RAPT qui propose dans son axe 2 le passage d'une logique de place et de filière à une logique de parcours et de réponse adaptée aux besoins spécifiques et évolutifs des personnes en situation de handicap.⁸Ce faisant, elle incite la création de partenariats institutionnels et opérationnels pour faciliter la construction des parcours. Cette nécessité sera elle aussi reprise dans le circulaire de 2017 qui invite également au décloisonnement à l'interne du secteur médico-social. (Ministère des solidarités et de la santé, 2017)

En terme d'offre, la modularité se traduit par la mise en dispositif du secteur médico-social. Cela correspond à la fusion des SESSAD et des établissements afin que les prestations réalisées auparavant dans les SESSAD constituent désormais des prestations en milieu ordinaire (PMO). La PMO ne dispose pas à ce jour de définition précise, ce qui est soulevé dans deux entretiens comme nuisant à la lisibilité et au bon fonctionnement du secteur. Outre le développement de la PMO, la modularité se traduit également par le développement des accueils séquentiels, qui se définissent comme des accueils sur un ou plusieurs jours de la semaine, avec ou sans hébergement. Ainsi, après une notification vers un dispositif institut thérapeutique, éducatif et pédagogique (DITEP), les personnes bénéficient d'un large choix entre les modalités définies par la nomenclature de 2017 (Ministère des solidarités et de la santé, 2017), dont certaines telles que la PMO permettent une large ouverture de l'établissement vers le milieu ordinaire.

La diversification des modalités d'accompagnement, tournées vers le milieu ordinaire, permet également de proposer un nombre de places plus important à coût constant pour les établissements et les ATC. Les modalités PMO ou accueil séquentiel sont moins coûteuses⁹ que la modalité internat¹⁰, dès lors il est possible d'accompagner plus de personnes en PMO en réduisant le nombre de places d'internat pour le faire évoluer vers des places de prestations en milieu

⁸ www.cnsa.fr/grands-chantiers/reponse-accompagnee-pour-tous

⁹ 15 000 euros d'après le coût régional moyen.

¹⁰ 62 000 euros d'après le coût régional moyen.

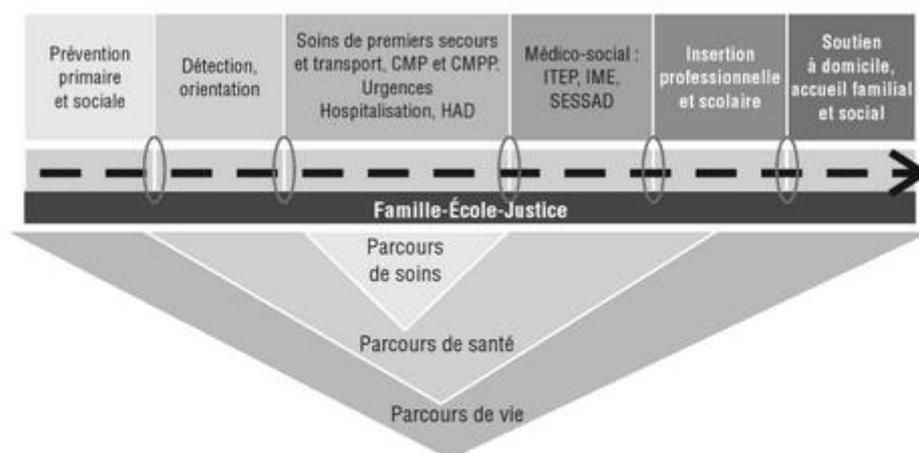
ordinaire. Concernant les ITEP, cette transformation s'est également appuyée sur le faible taux d'occupation des places d'internat (annexe...), ce qui a incité la transformation. Augmenter la capacité de l'offre en transformant de cette manière permet alors de fournir davantage de solutions afin donc d'éviter le nombre de personnes se retrouvant sans solution.

Afin d'opérer ces transformations de modalité, le CPOM apparaît comme un appui afin d'engager le changement chez les organismes gestionnaires dont les pratiques ne sont pas encore tournées dans cette direction. En effet, la signature du CPOM oblige les établissements à répondre aux objectifs qui lui sont fixés dans le cadre du contrat, là où précédemment, sa décision relevait uniquement de la volonté du gestionnaire. Deux agents de l'ARS s'accordent à dire que le CPOM leur permet de négocier des transformations de l'offre alors qu'auparavant, ils ne disposaient pas d'outil permettant d'entreprendre ce type de négociation.

Pour autant, deux agents de l'ARS travaillant sur l'offre médico-sociale des personnes en situation de handicap estiment que les transformations opérées sur le territoire sont parfois trop importantes. La réduction du nombre de places d'internat au profit de places de prestations en milieu ordinaire permet d'accompagner plus de personnes, ce qui est un bénéfice. Pour autant, cette modalité n'est pas adaptée aux cas les plus complexes tel que l'autisme de niveau trois qui correspond à l'autisme nécessitant un soutien très important. Ainsi, la réduction des places d'internat réduit l'offre en direction de ces personnes pour lesquelles il est plus difficilement possible de proposer une offre qui correspond à leurs besoins. Ainsi, la transformation de l'offre augmente la quantité de réponses mais réduit la qualité des réponses apportées à certains types de handicap.

3) D'une prise en charge globale à un accompagnement partenarial avec les autres acteurs intervenant dans le parcours de vie de la personne

La prise en compte du PPA de la personne implique également d'envisager son parcours dans l'ensemble de ses composantes. Cela s'inscrit dans le cadre de l'objectif trois de la stratégie quinquennale, visant à consolider une organisation territoriale intégrée au service de la fluidité des parcours de santé et de vie.



Source : ARS Languedoc-Roussillon (2012), « Les parcours de santé — Santé mentale des adolescents » (présentation au séminaire de direction ARS à Paris le 20 septembre 2012) ; figurant dans le rapport CNSA 2012. Sigles : centre médico-psychologique (CMP), centre médico-psycho-pédagogique (CMPP), institut thérapeutique, éducatif et pédagogique (ITEP), institut médico-éducatif (IME), service de soins et d'éducation spécialisés (SESSAD).

Figure 4 : Le parcours de vie d'un adolescent en situation de handicap psychique¹¹

La figure 4 permet de comprendre l'ensemble des composantes du parcours d'un adolescent en situation de handicap psychique. Si les premières étapes du parcours sont axées autour de l'activité du secteur de soin et du secteur médico-social, il est visible qu'une fois l'orientation vers le secteur médico-social définie, le parcours de la personne continue. Les étapes suivantes sont ouvertes sur le milieu ordinaire et les aspects qui forgent la vie de toutes personnes tels que la vie professionnelle ou la scolarisation. Enfin, ce schéma présente également le soutien et l'appui aux proches et aux aidants de la personne. Si la figure présente l'avantage de montrer la diversité des composantes du parcours et les risques de rupture qui existent à chaque étape, sa limite est d'envisager la construction d'un parcours de façon linéaire, ce qui gomme les spécificités de chaque parcours de vie.

La sémantique traduit ce basculement de logique d'une prise en charge globale à un accompagnement modulaire. Pour cela elle passe du terme de "prise en charge" qui renvoie à l'idée de captation de la personne par le secteur médico-social car elle représenterait une charge pour la société, à la notion d'accompagnement de la personne dans le milieu ordinaire et dans tous les aspects de la vie où elle a besoin d'un soutien. Cette personne est alors invitée à évoluer dans le milieu ordinaire, en étant accompagnée dans les activités et les démarches pour lesquelles elle en a besoin. Cela implique pour le secteur médico-social, d'être en liens avec les autres partenaires intervenant dans les parcours des personnes: la médecine libérale, l'hôpital, l'aide sociale, les

¹¹ Source : (Bloch and Hénaut, 2014)

organismes d'habitat inclusif, l'école, le milieu professionnel ordinaire, les activités culturelles et sportives adaptées...

Il est possible d'illustrer la dynamique partenariale qui agit au travers de l'exemple de la scolarisation des enfants en situation de handicap. Aujourd'hui, l'une des priorités pour le secteur médico-social de l'enfance est donc de construire des ponts avec l'éducation nationale. En effet l'article 2 de la loi de 2005 le proclame: "Toute personne handicapée a droit à la solidarité de l'ensemble de la collectivité nationale, qui lui garantit, en vertu de cette obligation, l'accès aux droits fondamentaux reconnus à tous les citoyens ainsi que le plein exercice de sa citoyenneté". Le corollaire de ce droit crée pour les enfants en situation de handicap et que l'Etat a le devoir de mettre en place des dispositifs permettant la scolarisation des enfants. Pour cela il existe une palette de différents dispositifs répondant chacun à des situations d'accompagnement différentes afin de s'adapter aux besoins de chaque élève en situation de handicap. Dans cette palette allant de la classe ordinaire à l'unité d'enseignement internalisée UEI en passant par l'unité localisée pour l'inclusion scolaire ULIS et l'unité d'enseignement externalisée (UEE), certains dispositifs sont à la main de l'ARS tandis que d'autres sont à la main de l'éducation nationale. Cette large palette permet d'ajuster l'accompagnement aux besoins de l'enfant, elle a permis d'augmenter la part de scolarisation des enfants en milieu ordinaire. (Annexe 5)

Toutefois, les articulations devant s'établir entre le secteur médico-social et l'éducation nationale sont parfois difficile à construire. Comme le rappelle un inspecteur de l'éducation nationale chargé de l'adaptation scolaire et de la scolarisation des élèves handicapés (IEN ASH) (entretien 4). Le secteur médico-social repose sur la logique de l'inclusion scolaire qui comprend l'inclusion dans une perspective individuelle. Il s'agira de regarder pour chaque enfant s'il est inclus au sein de l'école ou s'il ne l'est pas. Pour l'éducation nationale, la logique est différente, il s'agit de s'intéresser à l'inclusion dans une perspective structurelle, on parle alors d'école inclusive. Dans ce schéma il s'agit donc de regarder si l'école, en tant qu'institution est capable d'inclure les enfants en situation de handicap. Or la scolarisation est envisagée comme un triptyque qui doit comprendre l'apprentissage d'un savoir; au sein d'un groupe d'apprenant; encadré par un adulte. Dès lors il s'agit d'adapter ce triptyque pour qu'il puisse trouver à s'appliquer aux enfants en situation de handicap. Cela suppose parfois de revoir l'organisation de l'école. Dans la plupart des cas, il est possible de mettre en place des dispositifs adaptés, permettant de proposer des solutions à la rencontre de ces deux logiques. Cependant, parfois ces logiques ne se rencontrent pas, cela crée alors des difficultés à fournir une offre qui puisse répondre aux besoins des élèves.

Afin d'assurer l'effectivité de la scolarisation des élèves en situation de handicap, le CPOM est utilisé comme un levier sur le territoire de l'Ille et Vilaine. En effet, l'éducation nationale est relectrice des

fiches actions des CPOM relatives à la scolarisation. De même, l'éducation nationale est signataire des CPOM sur le champ de l'enfance. Ainsi, il est utilisé comme un ciment du partenariat qui existe sur le territoire de l'Ille et Vilaine.

Par ailleurs, le partenariat en vue d'intervenir en cohérence avec le parcours de vie de la personne est aussi développé par la mise en place d'une fiche action relative au pôle de compétences et prestations externalisées (PCPE). Ce pôle est un dispositif de coordination qui active des prestations dans le secteur libéral ou qui sollicite des ESMS afin d'apporter des réponses aux personnes en rupture de parcours. Ainsi, la présence de cette fiche au sein des CPOM encourage les ESMS à prendre part à ce dispositif afin de contribuer à apporter des réponses sur le territoire.

Les compétences du PCPE ont par ailleurs été renforcées dans le champ de la coordination des acteurs afin d'activer des réponses sur le territoire puisqu'il est le porteur de la communauté 360° depuis qu'elle a été activée sur le territoire d'Ille et vilaine en juillet dernier. L'objectif de cette communauté est de s'appuyer sur la force du collectif afin de mettre en place des solutions adaptées pour les personnes. Son fonctionnement est basé sur une structuration en trois niveaux, le premier niveau correspond à un numéro d'appel unique où les personnes en situation de handicap, leurs proches ainsi que les professionnels, peuvent s'adresser 5j/7. Ce niveau permet d'assurer des missions d'écoute et d'orientation lorsque la situation le permet. Dans le cas contraire, l'appel sera transmis vers une équipe pluridisciplinaire appelée "staff territorial", qui constitue le niveau deux, afin de proposer une solution grâce au concours de partenaires multiples. Enfin le niveau trois, qui est le niveau d'intervention des autorités sera activé quand aucune solution n'aura pu être trouvée en niveau 2. Dès lors il est possible de constater que ce nouveau dispositif encourage le partenariat entre les différents acteurs du secteur médico-social. L'ensemble des personnes interrogées à l'occasion des entretiens conviennent du fait qu'il faudra intégrer la participation à cette communauté dans les objectifs des prochain CPOM. Cela permettra de s'assurer que tous les acteurs participent effectivement à la construction de solutions au travers de ce dispositif.

Avec l'élargissement des parties prenantes à un parcours de vie, le secteur médico-social voit sa part d'accompagnement modifiée. Cela implique des changements de méthodes de travail pour les professionnels du secteur. En effet, cette évolution entraîne de nouvelles formes d'accompagnement chez les professionnels, les faisant passer de l'accompagnement d'un nombre plus restreint de jeunes à temps complet au sein de l'établissement, à un accompagnement de plus de jeunes uniquement dans certains aspects de leur parcours de vie. Ces changements de pratiques sont parfois mal compris par les équipes. Comme le précise le directeur général d'une association gestionnaire: *"certains professionnels ont l'impression de ne pas faire leur travail aussi bien*

qu'avant et qu'aujourd'hui ils font seulement du saupoudrage". (Entretien 1) Ainsi les équipes aussi doivent rentrer dans cette logique partenariale en sachant qu'elles ne sont pas les seules à pouvoir intervenir dans la prise en charge de la personne.

Ainsi, le développement des partenariats modifie la logique de fonctionnement du secteur en vue de plus de continuité dans les parcours. De même, la question de la prise en compte de l'âge des personnes a dû évoluer pour éviter les ruptures.

4) La distinction des accompagnements en fonction des tranches d'âge pour l'enfant

Historiquement, les autorisations données aux ESMS sont cloisonnées par catégories d'établissement, par mode d'accueil, par catégorie de déficience et par tranche d'âge. Le décret du 9 mai 2017 relatif à la nomenclature des ESSMS accompagnant des personnes handicapées ou malades chroniques met en œuvre une démarche de simplification et d'assouplissement du régime d'autorisation, dans une logique de fonctionnement en mode dispositif et pour une meilleure adéquation des réponses apportées aux besoins des personnes.

Depuis cette réforme, les IME peuvent donc accueillir des enfants de 0 ans à 20 ans alors qu'avant l'autorisation portait sur des tranches d'âge des plus étroites, convenues établissement par établissements (exemples : 6 ans à 20 ans ; 0 an à 14ans). La problématique des tranches d'âge est toutefois encore présente pour certaines catégories d'établissements. C'est le cas notamment des centre d'action médico-social précoce (CAMSP) qui sont des établissements agréés pour une période de 0 à 6 ans. Ainsi, l'âge de 6 ans, qui est le plus souvent associé à l'âge d'entrée à l'école primaire constitue un âge de multiple ruptures pour les enfants en situation de handicap ce qui peut fortement déséquilibrer leur parcours. Pour que ces ruptures ne soient pas aussi nettes, des aménagements peuvent être trouvés, certains enfants restent au CAMSP un peu au-delà de six ans, mais cette situation est précaire. (Garel, 2010)

Avec l'entrée en vigueur du texte mentionné plus haut, les ESMS ont dû repenser leur activité. D'autant plus que certaines associations avaient organisé leur offre en distinguant des ESMS pour les jeunes enfants et d'autres pour les adolescents, générant ainsi des cloisonnements supplémentaires et obligeant certains enfants à parcourir des distances importantes avant de pouvoir être accompagnés. Dans l'objectif de construire une offre territorialisée et conforme à l'esprit du décret de 2017, cette organisation a donc été revue afin de fournir une offre au plus près des besoins émergeant sur un territoire donné. Ainsi chaque établissement de l'association propose désormais un accueil pour chaque tranche d'âge, en conservant les mêmes capacités que celles fixées initialement. La transformation incite donc les établissements à accompagner les personnes

sur de longues périodes afin d'éviter les ruptures de parcours liées aux changements de tranches d'âge.

La problématique de la tranche d'âge est également rencontrée lorsqu'il s'agit du passage à l'âge adulte. La question fait l'objet d'un indicateur prioritaire fixé par la stratégie quinquennale de transformation de l'offre devant être repris par les projets régionaux de santé (PRS). Il s'agit de baisser de 20% chaque année pendant cinq ans le nombre de jeunes sous amendement Creton¹². D'après un agent de l'ARS travaillant dans le service de contractualisation "*cet objectif n'est pas tenable*" (entretien 6). En revanche, il force à une amélioration de la situation. Pour cela il faut anticiper le passage vers l'âge adulte.

Les agréments des ESMS créent des distinctions entre les prises en charge de l'enfant et de l'adulte. L'enfant est dans une dynamique d'apprentissage tandis que l'adulte est dans une dynamique de professionnalisation, de plus les projets de vie ne sont pas les mêmes, ce qui nécessite de séparer leurs accompagnements. Cependant, la professionnalisation d'une personne doit s'envisager avant l'âge de 18 ans, sans quoi la personne ne sera pas prête à quitter les structures de l'enfance à l'âge prévu. Le CPOM est utilisé comme un outil afin de sécuriser cette jonction puisque des objectifs puisque quatre des six CPOM mentionnent un objectif opérationnel à ce sujet. Cela se traduit entre autre par des objectifs de développement des liens avec les MFR ou encore de mise en place de poste de conseiller professionnel ou encore donner accès à des stages dans le milieu ordinaire par la signature de convention sécurisée.

La question de l'âge de la personne est abordée différemment dans une dynamique de transformation de l'offre médico-sociale. Cette dynamique implique également d'autres changement de logiques qui est de créer une offre de proximité.

5) Construire une offre de proximité

Un autre changement de logique entraîné par la transformation de l'offre médico-sociale est de réorganiser l'offre autour de la notion de proximité. (HENTIC-GILIBERTO and STÉPHAN, 2018) Cela signifie que la solution qui est apportée à la personne doit se trouver dans son bassin de vie. Ce terme est défini par l'INSEE comme étant le plus petit territoire sur lequel les habitants ont accès aux équipements et services les plus courants. Ces équipements et services sont classés en trois grands domaines: services aux particuliers, commerces, enseignement, santé, sports, loisirs et culture, transports.

¹² Dispositif législatif permettant le maintien temporaire dans leur établissement, de jeunes handicapés atteignant l'âge de 20 ans, lorsqu'ils ont une orientation par la CDAPH vers un établissement pour adultes mais sont dans l'attente d'une place.

L'organisation de l'offre doit donc évoluer pour tenir compte de cette nécessité des personnes de bénéficier d'une offre au plus près de leur domicile. En effet, l'offre qui s'était construite dans une logique d'opportunité, ne tenait pas nécessairement compte des besoins de réponse de proximité. Cette organisation est donc repensée afin que chaque personne puisse trouver une solution au plus près du lieu où elle se trouve. Ainsi, cela conduit à une refonte de l'organisation des associations gestionnaires qui était parfois construites sur un autre mode.

Construire une offre en réponse à des besoins de proximité entraîne parfois des problématiques liées au dimensionnement des structures d'accueil et leur répartition sur le territoire. En effet, certains territoires sont mieux dotés que d'autres et un manque de places disponibles réduit la possibilité de pouvoir trouver une réponse au plus près des besoins de la personne. Une organisation territorialisée oblige une forte coopération des partenaires qui doivent s'organiser entre eux afin de ne pas créer de doublons ou de zones blanches sur les territoires. C'est dans cette perspective qu'une cartographie a été établie pour les ITEP sur le département d'Ille et Vilaine et qu'une autre est en passe d'être mise en place pour les IME.

Proposer une offre de proximité permet également d'endiguer la problématique du transport des personnes en situation de handicap dont les financements sont à la charge des établissements. Plus les personnes doivent se déplacer sur le territoire afin de bénéficier d'une offre de réponse, plus les frais générés sont importants.

Il est possible de comprendre que l'inclusion sociale entraîne de nombreux bouleversements dans l'organisation de l'offre médico-sociale sur le territoire. Dès lors, il convient de s'interroger sur les contours du CPOM qui est un outil contributif de cette transformation.

1.2.3 Réguler l'offre grâce à l'outil du CPOM

Le CPOM est un outil de régulation il permet d'assurer un fonctionnement correct de l'offre Il convient d'envisager ces différentes composantes pour déterminer à quel niveau le CPOM permet de réguler l'offre sur le territoire.

1) Le CPOM comme outil de compréhension et de régulation de l'offre sur le territoire

La loi de rénovation de l'action sociale et médico-sociale de 2002 amorce la transformation de l'offre médico-sociale en la reconstruisant autour du droit des usagers. C'est également cette année-là que le CPOM est ouvert aux ESMS. De plus, la démarche réponse accompagnée pour tous de 2014 est suivi en 2015 par une loi rendant obligatoire les CPOM pour une grande partie des ESMS médico sociaux. Le CPOM peut alors être compris comme l'outil conçu pour garantir la mise

en œuvre de la transformation de l'offre médico-sociale. Dans son instruction du 21 mars 2017, relative à la mise en œuvre de l'arrêté du 3 mars 2017 fixant le contenu du cahier des charges du CPOM, la DGCS présente le CPOM comme le moyen pour concrétiser la mobilisation que les acteurs du secteur autour du parcours de vie de la personne, au plus près du milieu ordinaire. (Ministère des solidarités et de la santé, 2017)

Il s'agit donc d'un outil juridique permettant d'une part aux associations gestionnaires d'intégrer les objectifs nationaux aux spécificités de leurs ESMS et d'autre part, donner la possibilité aux autorités de réguler l'offre à l'échelle du territoire et la rendre efficiente.

Le CPOM, outil renouvelant la gestion des associations gestionnaires dans le secteur médico-social, a pour objectif de mettre en cohérence les orientations et les objectifs des instances stratégiques avec ceux des établissements ou des organismes gestionnaires. (KPMG, 2017) Au travers de ce document, il s'agit de fixer conjointement des objectifs aux établissements et d'y adosser des moyens correspondant. L'un de ses intérêts pour les autorités est qu'il constitue un levier afin de réguler l'offre, une manière de standardiser les objectifs et les moyens fixés à des organismes d'un même territoire. Par ce vecteur, les autorités acquièrent davantage de pouvoir auprès des établissements. En effet, La loi de 1975 donnait à l'autorité de tutelle un pouvoir quantitatif pour réguler l'offre sur le territoire en fixant une capacité à l'ESMS à l'aide de l'agrément d'autorisation. Avec la mise en place des CPOM, la loi de 2002 double cette compétence d'un pouvoir qualitatif visant à standardiser la manière de conduire l'activité sur le nombre de place défini dans l'agrément, à l'aide des objectifs.

Le cœur du CPOM est donc constitué d'objectifs qui sont l'occasion de rencontres entre les orientations stratégiques nationales et les pratiques des opérateurs et en fonction desquels seront calculés les financements. La capacité de réguler l'offre à l'aide des CPOM dépendra donc des objectifs qui sont retenus et de leur portée à être généralisée à l'ensemble des opérateurs du territoire. Plusieurs scénarii sont envisageables pour choisir ces objectifs, sachant bien que la négociation entre les parties est présente dans tous les cas.

Le premier scénario est que les objectifs soient fixés par les opérateurs eux-mêmes. Cela présente l'avantage de la pleine adhésion des opérateurs à ceux-ci mais le risque est qu'ils ne soient pas suffisamment tendus vers les orientations nationales et donc qu'ils ne s'inscrivent pas dans une dynamique partagée avec les autres gestionnaires. Dans une deuxième hypothèse, ces objectifs peuvent être définis par les autorités, en lien avec le projet régional de santé (PRS). Le risque cette fois est que les objectifs tombent en dehors des orientations présent par les opérateurs qui pourraient alors se désengager de la démarche. Une autre voie serait que les objectifs soient choisis

en collaboration, ce qui permet à la fois de coller aux orientations nationales et de tenir compte des spécificités de chaque gestionnaire.

Dans les CPOM de première génération en Bretagne, les objectifs étaient fixés par les gestionnaires eux même. Cependant, ce fonctionnement a conduit à des objectifs spécifiques à chaque établissement ce qui ne permettait pas d'envisager l'orientation de l'offre dans une perspective globale sur le territoire. De plus, certains objectifs ne renvoient pas à des actions concrètes : comme le précise un directeur au sein d'une association gestionnaire *"si on écrit réfléchir à la structuration d'une commission d'admission cela ne donnera rien, mais si on écrit dans tous les CPOM mettre en place une commission d'affectation alors cela aura de l'impact"* (entretien 2). C'est pourquoi l'organisation a été revue pour les nouvelles générations de CPOM. Désormais l'ARS et le conseil départemental proposent une bibliothèque d'environ soixante objectifs disponibles sur la plateforme E-CARS parmi lesquels les établissements doivent en retenir quinze. Avec cette organisation, le suivi de l'avancement des objectifs est effectué plus facilement sur le territoire. Cela répond aux orientations nationales tout en laissant une marge de choix aux opérateurs. Toutefois certains objectifs sont obligatoires en Bretagne. A titre d'exemple, tous les ESMS du secteur enfance devront choisir l'objectif qui consiste à développer la scolarisation en milieu ordinaire des enfants et des jeunes.

Le CPOM constitue un support utile pour réguler une offre dans une perspective globale. En effet, il est conclu dans un périmètre qui recouvre plusieurs établissements d'une même association gestionnaire. Ainsi, les objectifs et les moyens qui en découlent sont envisagés de manière décloisonnée entre les ESMS d'une même association, ce qui facilite la visibilité et la lisibilité des financements sur le territoire. (Tregoat, 2008) Les comptes rendus sont donc attendus non plus par établissement mais par activité, laissant davantage de marge de manœuvre aux établissements afin qu'ils puissent répartir les financements entre les établissements.

Outre le périmètre du CPOM, sa durée est également propice à réguler l'offre de manière plus efficace que précédemment. En effet, le contrat est signé pour une durée de cinq ans et les moyens sont fixés au même moment pour toute la période, alors que précédemment le fonctionnement posait ces discussions annuellement. Le fait que le contrat soit conclu sur une durée de cinq ans permet d'envisager l'évolution de l'offre au long court et donc de clarifier l'issue des choix réalisés à l'année N en sachant qu'ils concourent à un projet qui répond à des orientations stratégiques et qui sera réalisé à N+5. Ainsi le CPOM permet également de dégager une vision de l'offre sur le long terme. Pour autant, ce délai peut parfois représenter une difficulté pour les gestionnaires. Un directeur général d'association estime en effet qu'il *"n'est pas possible pour une association de se projeter à cinq ans. Le secteur évolue très vite et il est très difficile de savoir où on en sera dans cinq"*

ans". (Entretien 3) Cette difficulté soulevée remet en question l'intérêt d'un CPOM dans un champ où les politiques se renouvellent et s'enrichissent continuellement.

Pour autant, si cet outil permettra de réguler l'offre, il demeure nécessaire que les ATC s'en saisissent comme tel. La vision des membres de l'ARS est partagée à ce sujet. Quand un agent en charge de l'offre médico-sociale considère qu'il s'agit effectivement d'un levier permettant de *"lisser certains écarts qui peuvent exister de manière historique sur les financements"* (entretien 5) et qu'il est *"normal de fixer des objectifs communs aux établissements car ce sont les objectifs que l'ensemble du secteur poursuit"* (entretien 5), un autre en charge de la contractualisation considère qu'il ne s'agit pas d'un outil de régulation puisqu'il *"s'intéresse à l'offre des gestionnaires séparément les uns des autres"* (entretien 6). Cette divergence de points de vue montre qu'il est possible de se servir du CPOM, d'une part comme un outil de standardisation des pratiques dans la mesure où la volonté est de faire avancer l'offre dans une dynamique commune à tous les organismes gestionnaires. D'autre part qu'il peut être vu dans une perspective plus réduite, sans établir de lien entre l'offre proposée par les différents gestionnaires. La volonté des autorités de faire du CPOM un outil de régulation est donc un ingrédient indispensable pour qu'il puisse le devenir réellement.

La question de la souplesse de ce document doit également être envisagée afin de savoir s'il pourra s'adapter aux spécificités de chaque opérateur. A ce sujet, un agent de l'ARS en charge de la contractualisation estime le CPOM comme ayant *"suffisamment de souplesse pour que les établissements puissent s'y adapter et établir des prévisions sur cinq ans"* (entretien 6). Un directeur général d'association estime par ailleurs que *"le cadre du CPOM doit permettre une certaine souplesse en raison de la temporalité longue du contrat qui ne permet pas de définir précisément ce qui sera fait pendant les cinq années à venir"* (entretien 3). En effet, certains objectifs ne pourront pas être tenus quand d'autres actions auront été conduites bien qu'elles n'aient pas figuré sur les fiches. Ainsi, si les objectifs sont déterminés par les autorités, il est reconnu que ceux-ci doivent être déclinés avec souplesse, en tenant compte des spécificités de chaque établissement.

Afin que le travail de régulation, élaboré au travers des objectifs, soit accepté par les opérateurs du territoire, les objectifs qui sont posés aux établissements doivent être adaptés en fonction des spécificités de chaque gestionnaire. Sans ce préalable, les attentes fixées aux établissements risquent d'être déconnectées de leurs possibilités d'action.

2) Tenir compte des spécificités des établissements en se basant sur le diagnostic

Le CPOM est composé d'éléments dont l'ambition est d'ancrer le contrat dans le réel de la situation de l'établissement. C'est le cas notamment du diagnostic partagé. Il constitue la première étape de

la construction du CPOM, de laquelle doivent découler les autres. Ce diagnostic permettra d'ajuster les objectifs afin que ceux-ci soient tenables et qu'ils puissent devenir de véritables repères pour les établissements en question.

Le cadre du CPOM est déterminé en amont des négociations, il est fixé par les autorités (ARS et CD) et les ESMS ne disposent pas de la possibilité de modifier la trame du document. Ainsi le document se présente de la même manière pour tous les opérateurs, ce qui peut lui donner des apparences de rigidité. Il est constitué d'un document socle fixant l'objet du contrat en terme de périmètre, de diagnostic, d'orientations stratégiques et de moyens dédiés; il contient également un titre concernant les modalités de mise en œuvre s'intéressant au suivi et à l'évaluation, au traitement des litiges, aux révisions du contrat ainsi qu'à la durée et la date de mise en œuvre du contrat. A ce document sont adossées les signatures des ATC et également des opérateurs. Huit annexes obligatoires et prédéfinies figurent à la suite du CPOM afin de préciser le contenu du contrat. Il peut donc être constaté que le cadre proposé aux ESMS est fixe. Dès lors, il convient de s'interroger afin de savoir si ce cadre est suffisamment souple afin de pouvoir être approprié par les établissements et être le reflet de leur activité et de sa transformation réelle.

Si la forme du contrat est imposée aux opérateurs, le fond du document résulte quant à lui de la production de l'établissement, en concertation avec les ATC. Mais qu'en est-il de l'appropriation réelle du contenu de ce document ? Entre orientations stratégiques imposées et réalités de terrain parfois en décalage avec les attendus, comment donner son poids de réalité au contrat ? Un directeur d'association le constate *"parfois avec les autorités nous sommes dans des logiques complètement différentes"* (entretien 3). Dès lors, certains directeurs l'exposent, ils produisent des documents *"conformes"* (entretien 7) mais qui reflètent peu la réalité de l'activité engagée sur le terrain. A ce sujet, un directeur d'association gestionnaire précise qu'aujourd'hui il n'est pas *"en capacité de mesurer l'activité telle que c'est attendu dans le CPOM"* (entretien 1). Ainsi cela révèle toute la difficulté à accorder ce contrat au travail effectif des professionnels.

Le périmètre de ce diagnostic est large et permet de balayer l'ensemble de la gestion de la structure. Il est effectué sur la base de trois des annexes du CPOM: la première, portant sur le périmètre du CPOM, c'est à dire qu'elle regroupe l'ensemble des arrêtés d'autorisation en vigueur. L'annexe 2 qui s'intéresse aux coopérations avec d'autres ESMS. L'annexe trois, relative à ce diagnostic doit regrouper des éléments sur les mutualisations des fonctions support, des éléments du diagnostic financier, GVT consolidé, effectifs, locaux, respect des outils de la loi 2002-2; ce document peut indiquer la fiche récapitulative des amendements Creton. L'annexe 8 quant à elle est composée du tableau de bord des ESMS, reprenant les indicateurs de performance médico-sociale. Si le diagnostic est donc large d'un point de vue quantitatif, il ne retrace cependant pas le volet qualitatif

du travail. En effet, il ne développe pas les pratiques professionnelles ce qui ne permet pas d'expliquer précisément l'accompagnement des personnes accueillies. Or, si ces éléments ne sont pas précisés, il est probable qu'ils ne soient pas pris en compte dans les objectifs et qu'ainsi les objectifs qui en découlent soient décalés des pratiques.

La question du délai laissé aux opérateurs pour qu'ils puissent réaliser le diagnostic doit également être posée pour savoir si celui-ci permet vraiment de retranscrire la réalité des pratiques. En effet, un délai trop court ne permet pas de recueillir des informations suffisantes, solides et ayant un intérêt dans le contrat. En théorie, le guide méthodologique de contractualisation proposé par l'ARS prévoit un délai de 2 à 4 mois. Pour autant, les autorités font preuve d'une grande souplesse et dans la pratique, le diagnostic peut durer beaucoup plus longtemps pour la réalisation du premier CPOM d'un organisme, en fonction de sa capacité à structurer des réponses. C'est le cas d'une association qui en est à l'étape du diagnostic depuis près de cinq ans. Ainsi, le délai ne constitue pas un frein à un diagnostic pertinent.

A la suite de ces éléments de diagnostic, les négociateurs du CPOM qui interviennent au niveau des DD devront s'assurer d'analyser les diagnostics fournis par les gestionnaires, au regard des coûts à la place des ESMS mais aussi du périmètre partagé entre l'ARS et le CD, ils devront également porter une attention sur l'activité menée, les ratios de personnel et les taux de scolarisation des enfants. Ces premières analyses seront ensuite partagées avec le service contractualisation situé au niveau du siège de l'ARS afin de s'assurer que le diagnostic soit fiable. Une fois le diagnostic validé, ce qui suppose des échanges avec les structures afin d'apporter des compléments d'informations à la première version envoyée.

3) Assurer l'efficacité à l'aide des indicateurs, outils d'aide à la régulation

Afin de s'assurer que cette régulation puisse être effective, il convient de pouvoir objectiver les pratiques menées dans les différents établissements. Pour cela il convient de mesurer l'activité réalisée. Cela s'effectue au travers des indicateurs qui sont associés à chaque objectif.

L'annexe 4 du CPOM concerne les fiches actions autrement appelées fiches objectifs. Cette annexe comprend quinze fiches au maximum. Sur chacune de ces fiches sont inscrits des constats puis des actions visant à améliorer la situation. Enfin, des indicateurs de suivi sont associés à chaque objectif.

Afin que les objectifs fixés dans le contrat puissent être suivis et évalués, cela implique que des indicateurs leur soit associés. Ces indicateurs doivent présenter plusieurs caractéristiques essentielles afin de remplir ce rôle. Ils doivent remplir la grille SMART c'est à dire être Simples, Mesurables, Accessibles, Réalistes, défini dans un Temps précis. Une des problématiques

principalement rencontrée est de fournir des indicateurs mesurables. Dans les CPOM de première génération, il existait des *“indicateurs Word”* (entretien 6) comme les qualifie un professionnel de l'ARS travaillant sur la contractualisation. Il s'agira, dans les prochaines versions signées, de définir des indicateurs qui ont un sens mathématique.

La lecture de CPOM signés dans les années antérieures montre que certains indicateurs ne sont pas associés à des formules mathématiques et qu'en tout état de cause, celles-ci seraient difficile à mettre en place. Il ressort de l'étude des CPOM (annexe 3) certains indicateurs qui permettent d'illustrer les difficultés rencontrées. Ainsi il peut être cité l'indicateur *“effectivité des coordinations des ouvertures coordonnées entre établissement et service d'aide par le travail (ESAT) et foyer”* cherchant à mesurer l'objectif opérationnel *“adapter et optimiser les organisations et les dispositifs aux besoins d'accompagnement des personnes”*. Le libellé est difficilement compréhensible, il n'est pas assorti de formule, ce qui rend impossible la mesure et le suivi de l'indicateur. De plus le libellé en lui-même ne permettrait pas de donner une image de l'objectif qu'il cherche à évaluer. Dans un autre CPOM, l'indicateur *“optimisation des coûts du système d'information”* en vue de mesurer l'objectif de *“créer un siège mutualisé au niveau régional”*. De nouveau, il n'y a pas de formule associée et l'indicateur choisi n'assure pas réellement que la mutualisation soit réalisée. Dans les deux cas, l'indicateur renvoie bien à une réalité mais elle n'est pas mesurable et relève davantage de l'objectif tel que l'organisation entend le décliner de l'indicateur de résultat.

Pour un suivi des objectifs efficace, le nombre d'indicateurs retenus pour chaque objectif doit lui aussi être encadré. Un agent de l'ARS en charge de la contractualisation précise que *“si le nombre d'indicateurs n'est pas limité, il est possible d'imaginer une multitude d'indicateurs afin de donner la photo la plus complète de la situation.”* (Entretien 6) La recherche d'exhaustivité dans le domaine présente un inconvénient car si trop d'indicateurs sont retenus, il est probable que l'ensemble de ces chiffres ne soient pas suivis ou bien qu'ils soient si précis qu'ils en perdent leur représentativité. Au travers l'étude des six CPOM (annexe 3), il est possible de constater qu'un nombre important d'objectifs est associé à cinq ou plus de cinq indicateurs. Si ce chiffre est multiplié au nombre d'objectifs retenus dans chaque contrat, en moyenne 15, cela signifie qu'au total, 75 indicateurs doivent être suivis par l'organisme gestionnaire, rien que pour le CPOM. Dès lors, il faut travailler avec les multiples bases de données auxquelles ces informations se rattachent, ce qui complique le suivi. Les trois directeurs généraux d'association interrogés dans le cadre du mémoire reconnaissent chacun que *le suivi des indicateurs est complexe* (entretien 1, 2, 3). L'un d'entre eux a dit explicitement *“on n'est pas bon sur le suivi des indicateurs”* (entretien 1). Un agent de l'ARS travaillant dans le service de contractualisation précise qu'il préfère *“peu d'indicateurs, qui peuvent sembler rustiques mais qui pourront être suivis.”* (entretien 6)

La question des indicateurs a été reconnue comme importante au sein de l'ARS Bretagne, c'est la raison pour laquelle un groupe de travail a été mis en place au sein du service de contractualisation de l'ARS Bretagne. Il a pour but de proposer des indicateurs pertinents aux opérateurs. L'idée était de proposer des indicateurs associés à chaque objectif présent dans la bibliothèque d'objectifs. Dans les CPOM des prochaines générations, les gestionnaires choisiront donc des indicateurs parmi ceux qui leur seront proposés pour chaque objectif et ils pourront choisir jusqu'à trois indicateurs par objectifs. Ce qui restera à la main des organismes gestionnaires, ce seront les cibles qui sont associées aux objectifs. En effet, pour chaque indicateur, le contrat précise des cibles à n+2 et n+5. Aujourd'hui, ces cibles sont peu regardées puisque la plupart du temps les indicateurs auxquels elles sont associées sont peu intéressants à étudier pour les autorités. Cependant, dans la perspective d'indicateurs construits par les autorités, il est envisageable que les cibles intéressent davantage puisqu'elles traduiront véritablement l'efficacité de la mise en place des objectifs. Aujourd'hui les cibles restent à la main des opérateurs qui peuvent les choisir mais ils peuvent être envisagé qu'elles soient un objet de négociation de plus en plus important et leur détermination deviendra un levier de la transformation réelle de l'offre.

Une fois encore, par la mise en place d'indicateurs communs et prédéfinis, l'ARS étend la capacité du CPOM à devenir un outil de régulation. En effet, avec la mise en place d'indicateurs communs, il sera possible de comparer objectivement les résultats des organismes gestionnaires les uns par rapport aux autres, ce qui n'était pas envisageable jusqu'ici. A partir de cette comparaison, il sera possible d'envisager une réflexion pour comprendre les différences de résultats entre les opérateurs qui sont significatives. Suite à cela, il sera possible de réguler l'activité à l'échelle du territoire à l'aide du support des indicateurs. A partir des résultats obtenus et de leur comparaison entre organismes, l'ARS sera fondée à avoir discuter des résultats avec les organismes gestionnaires en se basant sur ces éléments objectifs.

Le revers de la médaille est que cette imposition d'indicateurs limite le pouvoir de décision des gestionnaires sur le contenu du contrat. Ils se voient imposer les modalités de mesure des objectifs qu'ils ont choisi parmi une base définie et qu'ils sont contraints de suivre. L'augmentation de la part du contenu imposé par l'ARS doit être discutée avec les opérateurs afin de s'assurer de leur adhésion à ce mouvement. En effet, le risque est de perdre leur adhésion à un contrat dont ils se voient progressivement imposer le contenu.

En avançant dans la l'étude du CPOM : il peut être observé que le CPOM, qui originellement est un contrat et résulte donc en théorie d'une négociation, dispose de plus en plus de composantes qui ne sont pas négociées mais qui sont à la main de l'autorité. Cela accroît également le contrôle administratif des conditions de délégation des moyens qui découlent de la signature du CPOM.

Entre objectifs prédéfinis et indicateurs imposés, les marges de manœuvres réelles dont disposent les opérateurs pour construire ce document sont en partie rognées par les autorités.

Donner des indicateurs communs permet de de comparer les résultats obtenus entre les établissements et donne ainsi un pouvoir de régulation au CPOM. Cependant, un autre levier peut être utilisé afin de transformer l’offre, il s'agit du mode de financement des ESMS.

1.2.4 Faire du financement un levier de la transformation

1) Etat des lieux de l'ONDAM médico-social

Les financements du secteur médico-social sont fixés par la CNSA. Les montants alloués sont fixés dans le cadre de l’objectif national de l’assurance maladie (ONDAM). L’ONDAM a été mis en place par les ordonnances de 1996 et est fixé annuellement dans le cadre de la loi de finance de la sécurité sociale (LFSS). Il est voté par le parlement et constitue un indicateur de maîtrise des dépenses. Depuis plusieurs années, l’évolution de cette enveloppe diminue. Elle est passée de +3,9% en 2018 à +3,6% en 2019. Or cette évolution n'est pas établie par estimation, c'est-à-dire en référence à des hypothèses retenues *a priori*, mais “par approximation”. (Cour des comptes, 2018) Il ne s'agit donc pas d'une tendance qui reflète les besoins exprimés par le secteur concerné, mais d'une tendance *construite* à partir des engagements pris discrétionnairement par les autorités budgétaires (Mouiller, 2018). Ainsi, ce ralentissement de la progression de l’ONDAM est en cohérence avec le virage inclusif qui tend à rationaliser la part du secteur médico-social en faveur d’un accompagnement des personnes dans le milieu ordinaire.

Évolution prévisionnelle et réalisée de l’Ondam médico-social

		Montant <i>(en millions d'euros)</i>	Évolution
2016	<i>Ondam initial</i>	18 200	
	Ondam réalisé	17 900	
2017	<i>Ondam initial</i>	20 100	+ 10,4 %
	Ondam réalisé	20 000	+ 11,73 %^{32(±)}
2018	<i>Ondam initial</i>	20 500	+ 1,99 %
	Ondam réalisé	20 300	+ 1,5 %
2019	<i>Ondam initial</i>	20 700	+ 0,98 %

Figure 5 : Evolution de l'ONDAM médico-social de 2016 à 2019¹³

Le tendancier des dépenses de soins du secteur médico-social était envisagé comme supérieur à celui des recettes en 2019 ce qui conduit à un potentiel déficit de la CNSA. Dès lors il convient d'envisager d'autres règles de financement afin d'ajuster les dépenses au strict nécessaire. C'est dans ce cadre que s'inscrit la réforme de la tarification Serafin-PH.

2) La logique Serafin-PH dans le secteur médico-social, passage d'une logique de l'offre (création de place, à une logique de demande, réponse accompagnée)

Un autre levier retenu pour rendre effective la transformation de l'offre médico-sociale est celui de mettre en place un nouveau système d'allocation des ressources. Le groupe de travail national baptisé Serafin-ph (pour Services et établissements : réforme pour une adéquation des financements aux parcours des personnes handicapées) qui se veut le versant technique de la démarche "Réponse accompagnée pour tous", travail à cette construction, périlleuse mais nécessaire pour parvenir à offrir des réponses aux personnes sans solution aujourd'hui. (Pommier, 2018)

Avant de s'intéresser à la réforme en elle-même, il est important de comprendre le contexte qu'elle viendra modifier. Aujourd'hui, le secteur médico-social est financé en majeure partie sur la base de la dotation globale. Ce fonctionnement repose sur la reconduction annuelle des dotations financières historiques sous la forme d'enveloppe fermées. L'assiette de reconduction est définie par une circulaire budgétaire de 2018 et son taux est fixé à 0.73 pourcent ce qui en fait une assiette ressource stable pour les opérateurs. La dotation globale est versée au douzième aux établissements ce qui permet de lisser les dépenses tout au long de l'année. Bien que ce système présente des avantages par comparaison à celui qu'il remplace, c'est à dire le prix de journée, il reste critiqué. Si le financement au prix de journée était qualifié d'inflationniste, le mode de financement en dotation globale présente quant à lui d'autres effets négatifs. En premier lieu, la dotation globale a figé certaines inégalités dans la répartition historique des financements. Les premières allocations de ressources aux établissements, calculées en coût à la place n'offraient pas les mêmes financements en fonction des établissements et ses écarts perdurent avec la dotation globale.

En outre, les financements selon la dotation globale comme le prix de journée présentent un effet iatrogène majeur concernant la prise en charge des personnes en situation de handicap. Il s'agit de la sélection des personnes accueillies. En effet, dans les deux cas présentés, le financement ne varie pas en fonction de l'importance du handicap des personnes accueillies. Or, dans une même

¹³ Source: ("Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 : Exposé général," n.d.)

catégorie d'établissement, il peut cohabiter des profils de handicaps allant de légers à lourds. Une personne lourdement handicapée requiert un accompagnement "un pour un" c'est à dire qu'un professionnel est uniquement consacré à l'accompagnement d'une personne tout au long de la journée. Tandis qu'une personne dont le handicap est plus léger peut bénéficier d'un accompagnement de 0.5 pour 1 ce qui conduit en théorie à un accompagnement moins onéreux. Or ces différences dans le taux d'accompagnement ne sont pas prises en compte dans les modes de financements présentés, ce qui signifie que dans les deux cas présentés, le financement sera le même. Ainsi, cela incite les opérateurs à prendre en charge des personnes dont le handicap est plus léger afin que leur accompagnement soit moins coûteux, laissant les situations les plus complexes, dont l'accompagnement requis est plus important sans solution puisqu'il n'y a pas de variable de financement en fonction de l'importance du besoin d'accompagnement de la personne.

Les autorités sont conscientes de ces dynamiques chez certains opérateurs, c'est pourquoi des réunions sont régulièrement organisées afin d'enjoindre les établissements à prendre en charge les personnes ayant un profil lourd. Par ailleurs, les gestionnaires sont conscients que certains effectuent une certaine sélection des personnes qui sont accompagnées en fonction de leur handicap ce qui empêche la création d'une dynamique partenariale sur le territoire.

Afin de remédier à ces effets, un nouveau mode de financement des ESMS destinés aux personnes en situation de handicap est en réflexion à partir du groupe de travail Serafin PH. Pour le moment, cela prend la forme de la parution d'une nouvelle nomenclature établie en fonction des besoins des personnes. Ainsi, les besoins sont distingués en trois catégories. Il y a d'abord les besoins en matière de santé, les besoins en matière d'autonomie et les besoins en matière de participation sociale. Chacun de ses besoins associés à des prestations correspondantes et des fonctions supports associées.

Le fonctionnement serait basé sur une partie fixe et une partie variable, en effet une grande part des frais générés par une structure médico-sociale restent inchangés quel que soit le handicap des personnes accompagnées. C'est le cas notamment des frais de fonctionnement généraux de la structure (direction, restauration, bâtiment, entretien...) mais également d'un socle minimal de personnel socio-éducatif présent dans tous les ESMS accueillant un public de personne en situation de handicap. Les prévisions envisagent que la partie variable liée au taux de handicap ne dépasse pas 30% du budget total.

Pour le moment, la réforme n'est pas en place et elle devrait voir le jour dans les prochaines années. Cependant, afin de préparer le changement, les opérateurs sont invités à entrer dans la logique Serafin-PH dans le but d'anticiper les changements liés à la réforme. C'est d'ailleurs ce à quoi invite les ATC, dont un agent en charge de l'offre médico-sociale explique que *"même si on n'y voit pas*

encore très clair sur Serafin, il est important que les ESMS raisonnent en mode Serafin et que la MDPH raisonne en mode Serafin mais on en est loin car cela va changer les pratiques” (entretien 5). Dès lors, certains opérateurs se sont efforcés de compter leur activité en mode Serafin-PH. Cet exercice est nouveau pour les équipes qui n’ont pas l’habitude de coter leur activité. Pour autant, les directeurs généraux des associations se montrent favorables à ces changements puisqu’ils permettent d’objectiver l’activité menée par les travailleurs sociaux. Le directeur général d’une association le dit *“les travailleurs sociaux ont du mal à dire ce qu’ils font, et à objectiver. Et de s’obliger à dire, à quel besoin on répond, qu’elle prestation on met en œuvre, ça permet de voir ce que l’on fait”*. (Entretien 3) Dans un premier temps, la rentrée dans cette logique, en favorisant une objectivation des accompagnements permet une fois encore de comparer et de réguler les pratiques lorsque cela s’avère nécessaire.

Bien que la réforme veuille aller dans le sens de la transformation de l’offre médico-sociale, de nombreuses craintes sont émises à son sujet en la rapprochant de son homologue agissant dans le domaine sanitaire. Nombreux sont ceux qui craignent que la réforme Serafin se concrétise comme l’arrivée de la tarification à l’activité (T2A), en incitant les opérateurs à se tourner vers les parts de marchés les plus rentables.

La réforme Serafin-ph permet par ailleurs d’envisager la réponse aux besoins des personnes non pas en terme de places comme c’était le cas dans la dotation globale mais en terme de prestations, ce qui constitue une transformation importante dans la construction de l’offre. Il peut être constaté qu’une organisation en terme de place induit des logiques de filière, d’occupation de place sans tenir compte des besoins précis des personnes qui occupent cette place. Un financement à la prestation crée d’emblée une offre modulaire puisque chaque prestation réalisée dans le cadre d’un accompagnement sera comptée séparément. Il est possible d’observer que ce renouveau dans le mécanisme d’allocation des ressources pourrait devenir un levier majeur pour transformer l’offre et la reconstruire en partant des besoins des personnes. (JOUVE et al., 2019) La mise en dispositif du secteur médico-social, encouragée au travers du CPOM vient préparer ce changement.

3) Perspectives sur le financement du secteur médico-social

Concernant le financement du secteur médico-social, l’émergence d’une autre proposition pourrait faire évoluer grandement l’organisation de l’offre dans le secteur. Il s’agit de donner une partie des financements directement aux personnes en situation de handicap afin qu’elles puissent mobiliser ces ressources dans le choix des opérateurs contributeurs à son accompagnement. Ce dispositif serait un pas en avant afin d’augmenter le pouvoir d’autodétermination des personnes. D’après un directeur général qui intervient dans le projet Serafin pour l’UNAPEI, *“toutes les associations sont d’accord sur la nécessité de réformer la tarification et la nécessité de solvabiliser la personne. La*

CNSA est d'accord sur le principe mais dans les modalités d'applications il y a des désaccords parfois importants". (Entretien 2) Par ailleurs, il est également question de donner une partie des financements, non pas au secteur médico-social mais aux acteurs principaux qui constituent l'environnement des personnes en situation de handicap. Dans cette perspective il s'agirait de s'intéresser plus amplement aux acteurs pour qu'ils adaptent les environnements, plutôt que d'imposer des changements financés par l'extérieurs. En donnant des financements directement aux acteurs, il sera possible de les impliquer davantage dans la logique.

Ainsi, le financement se révèle être un levier de la transformation de l'offre médico-sociale, d'autres mécanismes permettent de modifier la construction sur le territoire.

1.2.5 Planifier en s'inspirant de territoire innovants

Afin d'envisager une nouvelle planification sur le territoire, il est possible d'employer des méthodes basées sur un fonctionnement expérimental. C'est la méthode sur laquelle s'est appuyée la secrétaire d'Etat auprès du premier ministre, en charge des personnes handicapées en mettant en place les territoires 100% inclusifs; dont elle attend qu'ils fassent converger les acteurs pour assurer aux personnes handicapées des parcours fluides et adaptés. La secrétaire d'Etat en charge du handicap dira dans une conférence de presse de 2018 qu'elle "compte sur ces territoires pour être un incubateur de cette démarche et un accélérateur de bonnes pratiques, qui pourront ensuite être généralisées sur l'ensemble du territoire français."

Cette démarche se structure selon les cinq axes définis par le comité interministériel du handicap le 20 septembre 2017. Ces cinq axes consistent, pour les personnes en situation de handicap, à accéder à ses droits plus facilement; être accueilli et soutenu dans son parcours, de la crèche à l'université; accéder à l'emploi et travailler comme tout un chacun; vivre chez soi et se maintenir en bonne santé; être acteur dans la cité. Cette démarche s'adresse à tous les acteurs pertinents du parcours de vie des personnes, ce qui regroupe aussi bien Etat et collectivités, associations, personnes, professionnels de santé, acteurs économiques. Les départements ont été invités à participer à cette démarche en répondant à un appel à manifestation d'intérêts (AMI) en direction de la mise en place des territoires 100% inclusifs.

A terme, l'objectif pour la ministre est de capitaliser sur les bonnes pratiques identifiées dans les départements afin de les élargir à l'ensemble du territoire français. Grâce au concours des schémas régionaux de l'organisation de l'offre médico-sociale (SROMS), il sera possible d'intégrer les pratiques validées sur d'autres territoires.

Ainsi, l'inclusion sociale a créé de nouvelles dynamiques dans le secteur médico-social. Afin que les évolutions conceptuelles en cours deviennent opérationnelles, il est nécessaire de mettre en place des outils qui véhiculent ces transformations auprès des partenaires engagés dans le secteur. En ce sens, le CPOM apparaît comme un outil pouvant réaliser ce travail. Pour autant, le CPOM ne doit pas s'arrêter aux portes de l'établissement et il est donc convenient donc d'étudier si, au-delà de ces capacités à régulation l'offre, le CPOM peut devenir un outil de management au service des changements de pratiques.

Chapitre 2 : Assurer l'opérationnalité de la transformation de l'offre médico-sociale en faisant du CPOM un outil de gestion et de management

Il ressort des entretiens que la transformation de l'offre médico-sociale doit certes se penser à l'échelle d'un territoire mais qu'elle doit également se penser au regard du fonctionnement des organisations. Dès lors, il convient de s'interroger afin de savoir si le CPOM est un outil efficace pour transformer le fonctionnement des organisations. Tout d'abord en portant le changement auprès des équipes au travers du management (I) mais aussi en considérant le CPOM comme un outil de gestion (II). Enfin, il conviendra d'envisager quelques perspectives sur l'utilisation du CPOM afin d'appuyer la transformation de l'offre médico-sociale (III).

1.3 Faire du CPOM un outil de management

La transformation de l'offre médico-sociale doit certes s'envisager à l'échelle du territoire, mais afin d'être la plus opérationnelle possible, elle doit également s'envisager à l'échelle de l'organisation. Pour cela il faut voir quel lien existe entre le CPOM et la notion de management. Il convient d'étudier à quel niveau de management cet outil trouve à s'appliquer (A) et également de voir de quelle manière le CPOM peut accompagner le changement (B).

1.3.1 Un outil de management aux mains de quel manager ?

Le management des organisations peut être défini comme : « Le pilotage global de l'organisation à travers un ensemble de politiques de production de biens ou de services, communication, marketing, ressources humaines, politique de financement, contrôle budgétaire [...] cohérentes entre elles et qui convergent dans le sens du projet stratégique et se traduisent dans la culture organisationnelle ». (BUSSON et al., 1993) Si l'on rapproche cette définition du périmètre du CPOM, il est possible de constater que ce dernier intervient dans le champ du management puisqu'il touche à divers aspects énoncés dans cette définition.

A ce stade, il est donc possible d'envisager le CPOM comme un outil de management mais il existe différentes catégories de management: proximité, intermédiaire et stratégique; Dès lors il convient de s'interroger afin de savoir si le CPOM peut intervenir à chacun de ces niveaux.

Dans un document intitulé la boîte à outil du manager, le centre national de la fonction publique territoriale pose le manager comme celui qui doit “organiser et animer le travail efficacement afin d’obtenir des résultats valorisant pour l’ensemble du personnel”. Pour cela, le manager doit disposer d’outil. Le CPOM peut apparaître comme l’un de ces outils, puisqu’il permet de donner des orientations principales à l’activité mais aussi de lui définir un cadre budgétaire, un cadre de ressources humaines. Il convient alors de s’interroger afin de savoir s’il peut être un outil efficace.

1) Un outil à la main du manager stratégique

Le manager stratégique est chargé de la mise en œuvre des objectifs stratégiques de son périmètre d’activité dans le respect de la stratégie de l’organisation. Il pilote ses activités en garantissant l’adéquation des modes de gestion, des moyens et des ressources. Pour maintenir et développer les compétences de ses collaborateurs il identifie et arbitre les besoins en compétences et en effectifs, en intégrant une vision prospective. Les projets et les missions stratégiques qu’il pilote ou coordonne l’amènent à constituer des partenariats internes et externes. Il pilote les indicateurs dans un objectif de performance, de qualité et de rentabilité.¹⁴

Ainsi Le CPOM peut être utilisé comme un outil par le manager stratégique puisqu’il fixe le périmètre de l’activité, ses orientations stratégiques, le financement associé et décline les objectifs au travers d’objectifs opérationnels qui sont associés à des moyens et des indicateurs de résultats. Comparativement au projet d’établissement, ce document dispose d’un poids supplémentaire puisqu’il est négocié avec les autorités qui ont ainsi validé son contenu. Cette valeur dont dispose le CPOM est d’ailleurs reconnue par un directeur des projets d’une association qui comprend le CPOM comme *“un bon support qu’il faut le garder en centralité. C’est le support central qui permet ensuite de travailler sur le partenariat.”* Ainsi au niveau de la stratégie d’un établissement, le CPOM peut être compris comme un levier pour mettre en place la transformation de l’offre médico-sociale, au travers des orientations stratégiques telles que la détermination des files actives, il est possible de donner une réelle dynamique de transformation à l’offre.

Cependant, le management stratégique ne touche pas directement les professionnels qui travaillent dans les établissements, en effet bien souvent les associations sont composées d’un siège qui est situé à distance des directions des établissements. La direction des établissements correspond au niveau du management intermédiaire et il est possible de s’interroger afin de savoir si le CPOM peut trouver à s’utiliser à ce niveau.

¹⁴ www.obsmetiers.rcp-pro.fr/les-metiers/management/manager-strategique

2) Le CPOM comme outil de management à l'échelle du manager intermédiaire

Le management intermédiaire renvoie par définition à une position : il se situe à un niveau intermédiaire de la hiérarchie, c'est un maillon d'une chaîne. Il tient une mission d'encadrement qui est parfois défini comme "la politique des directions d'entreprise continuée par des moyens humains de proximité" (Mispelblom Beyer, 2006, p. 24). Ainsi le manager doit se positionner en permanence afin d'interpréter les directives cadres et de les adapter aux situations de travail, il maîtrise l'art du compromis. Entre interprétation et orientation du travail, le « sens » est la sphère d'action de l'encadrement (Mispelblom Beyer, 2006).

Donner du sens au travail, quelle mission ! Au cours des entretiens, tous les directeurs abordent spontanément la question du sens tant elle est indissociable de la transformation de l'offre médico-sociale l'un d'entre eux le dit clairement *"la transformation de l'offre médico-sociale on est en plein dedans parce qu'on est appelés à devenir dispositifs intégrés en 2021, mais ça c'est du temps parce que ça veut dire travailler avec les professionnels pour qu'ils comprennent le sens et voient l'intérêt et ça ne se fait pas du jour au lendemain. [...] il faut faire de la pédagogie auprès des professionnels et ça demande du temps, mais ça ne n'est pas du temps de perdu"* (entretien 3)

Dans la perspective de comprendre quelle est la place et l'utilité du CPOM pour le manager intermédiaire, il faut donc comprendre que le CPOM est un document négocié auprès de l'ARS et du CD par la direction générale; certes le document est élaboré à partir d'un diagnostic qui fait part des remontées du terrain mais les conclusions sont tirées au niveau stratégique. Ainsi le CPOM peut être apparenté aux directives cadres dont il est question plus haut. Le CPOM est pour le manager intermédiaire un des documents à partir duquel il devra prendre les orientations concrètes de son organisme gestionnaire, en tenant compte des contraintes opérationnelles soulevées au jour le jour, au même titre que les réglementations en vigueur ou que le projet régional de santé.

L'objectif étant de donner du sens, il s'agira de véhiculer les orientations stratégiques fixées dans le CPOM, notamment celles en lien avec le projet de l'établissement. L'objectif du projet d'établissement est en ce sens de décliner, à l'échelle d'un ESMS les objectifs qui peuvent être fixés dans le cadre du CPOM la lecture de deux projets d'établissements accueillant des enfants en situation de handicap au sein d'une même association gestionnaire montre que le CPOM est la base de la construction du projet d'établissement qui y fait fréquemment référence lorsqu'il s'agit d'aborder l'organisation interne de l'offre de service.

Ainsi le manager devra trouver des occasions de diffuser les orientations prises dans le CPOM et également d'expliquer ces orientations afin que les équipes puissent conserver leur motivation. Pour cela il sera possible de passer par le support informatique, les temps de réunions ou le

manager intermédiaire pourra expliquer ces orientations au manager de proximité. De même, ce partage du sens pourra également être diffusé en recourant à un management de projet, en effet, chaque fiche action du CPOM peut s'apparenter à un projet que le manager peut choisir de mettre en place. Le projet étant entendu comme "une création collective, organisée dans le temps et l'espace"; dès lors il conviendra de mettre en place une équipe responsable de l'action et de décliner les objectifs qui ont été fixés au niveau de l'association gestionnaire à l'échelle de l'établissement. En donnant une opérationnalité aux objectifs traduits et en les expliquant aux équipes le manager de proximité pourra donc faire du COPM un levier afin d'encadrer la transformation de l'offre médico-sociale dans son établissement.

3) Le CPOM comme outil à la main du manager de proximité

Reste le niveau du management de proximité, est ce que le CPOM a un intérêt pour le manager de proximité ? Une directrice d'établissement interrogée de répondre d'emblée "non" (entretien 7). Effectivement, dans sa forme initiale, l'usage n'est pas possible. Un directeur des projets d'une association l'explique " les salariés sont à 95% du temps en accompagnement et les lois... il ont été habitués à ce que le directeur de l'établissement fasse écran entre lui et les lois" (entretien 2). Certes, le CPOM n'est pas une loi, mais c'est un document cadre qui peut être assimilé à une loi dans la perception que peuvent en avoir les travailleurs sociaux. Dans cette expression on comprend donc que le salarié est habitué à ce que le manager intermédiaire, le directeur, fasse écran entre les directives et son travail, ainsi le manager de proximité serait épargné de devoir composer avec le CPOM.

Les missions du manager de proximité peuvent être définies de la manière suivante : l'animation et l'encadrement quotidien d'une ou plusieurs équipes placées sous sa responsabilité. Il organise et régule l'activité, et en réalise un suivi régulier. Il a également un rôle de maintien et de développement des collaborateurs (évaluations, accompagnement,...)¹⁵ dès lors le recours au CPOM est difficile à envisager dans sa forme actuelle pour manager les professionnels de proximité. Cependant il est nécessaire que le manager soit inspiré par le contenu du CPOM afin d'encourager les transformations de pratiques nécessaires pour que les objectifs fixés dans le contrat soit atteint. Finalement, le manager de proximité, puisqu'il est au plus près de l'accompagnement et déjà dans l'encadrement, se retrouve être en première ligne afin d'assurer la transformation de l'offre médico-sociale. Ainsi il est important qu'il soit imprégné par la lecture du CPOM et qu'il puisse adhérer aux objectifs qui sont fixés dans ce cadre. Pour cela, le directeur doit tenir informé les managers de proximité de l'évolution des politiques publiques ainsi que des objectifs pointés par le

¹⁵ <https://obsmetiers.rcp-pro.fr/les-metiers/management/manager-de-proximite>

CPOM. C'est ce qu'il fait à l'occasion des réunions institutionnelles qui regroupent l'ensemble du personnel d'un établissement.

Si les professionnels en charge de l'accompagnement ne peuvent pas se référer à la lecture du CPOM au quotidien, il est cependant possible de les intégrer à des moments clés de l'avancement du CPOM afin que ceux-ci aient conscience de ce qui est inscrit dans le document et qu'ils puissent y adhérer.

A) 4) Favoriser l'adhésion des professionnels au contrat grâce au diagnostic et du dialogue de gestion

Si le CPOM peut être conçu comme un outil de management, c'est qu'il doit être partagé avec les équipes. Au mieux il doit même être construit avec les équipes. Dans le cas contraire le risque est qu'il n'y ait pas d'adhésion à son contenu.

Ainsi, il est donc possible d'intégrer les professionnels dans le processus de construction du document. de cette manière, son contenu sera vraiment la traduction des pratiques menées par les professionnels. Cette participation peut se faire de manière peu formalisée en sollicitant les avis des professionnels au moment du diagnostic, les avis sont donc rapportés au chef de service qui se charge de les retraduire auprès de la direction qui elle-même fait la synthèse de l'ensemble de ces remontées à la direction générale. Cette organisation est retenue par la plupart des organisations interrogées. Chez d'autres, cette intégration des professionnels se fait de manière formalisée en recourant à la création de groupe de travail. C'est ainsi qu'une association a réuni à cinq reprises près de 200 salariés afin d'élaborer les fiches actions qui constituent le CPOM. En recourant à de telles méthodes, les professionnels sont donc informés par la mise en place du CPOM dès le début, ce qui peut faciliter l'adhésion à son contenu. En effet, le contrat final est reçu comme le fruit des remontées de terrain, ainsi il est perçu comme un outil résultant d'une logique ascendante et non pas d'une exigence imposée.

Ainsi, faire participer les personnes à la rédaction de ce document permet de faire rentrer les professionnels dans une dynamique collective et une vision partagée du document. Ceci afin de fédérer les professionnels derrière ce document qui contient les objectifs qui doivent guider l'ensemble des pratiques professionnelles devant être mise en place. De même, afin de faciliter l'adhésion des professionnels au contrat, ce dernier doit devenir la référence sur laquelle s'appuyer afin d'expliquer les transformations devant être mises en place dans les établissements. Dès lors, l'adhésion aux efforts liés à la transformation de l'offre seront mieux acceptés puisqu'ils résulteront d'un travail auquel les professionnels auront pris part.

L'une des caractéristiques du changement est qu'il induit une remise en question des pratiques antérieures afin de mettre en place de nouvelles pratiques. Créant ainsi des réactions diverses de la part des professionnels, si certains peuvent adhérer facilement aux changements proposés, devenant ainsi des moteurs, d'autres pourront être plus résistants au changement et un accompagnement sera nécessaire.

1.3.2 Accompagner le changement grâce au CPOM

Le changement est une problématique soulevée dans le cadre de la mise en place de la transformation de l'offre médico-sociale. Dès lors, il convient de comprendre en quoi le CPOM peut être un levier pour accompagner ce changement.

1) La notion de changement

La notion de changement intervient dans des environnements, des systèmes dont il est reconnu qu'ils recherchent un état d'homéostasie c'est à dire un état de stabilité dans les relations avec les autres systèmes et sous-systèmes. (Collerette et al., 1997) Ce mécanisme a pour but de limiter les variations de fonctionnement au sein du système. En effet, les variations nécessitent de dépenser de l'énergie afin de procéder aux ajustements nécessaires. Dès lors, rechercher l'homéostasie vise à garantir un équilibre dynamique nécessaire au fonctionnement du système, sans que cela entraîne perte massive d'énergie. Dans la problématique du changement social, si le changement est perçu comme une menace à l'équilibre, il sera alors rejeté, dans le cas contraire, il sera intégré au système afin de faire perdurer cet équilibre au vue de la nouvelle situation. Dans ce deuxième cas il y aura donc un passage d'un état d'équilibre vers un déséquilibre lié au changement et visant à gagner un nouvel état d'équilibre devant perdurer. Dans le cas où le changement est perçu comme une menace, il générera de la résistance au changement. Cette notion peut être définie comme l'expression implicite ou explicite de réaction de défense à l'endroit du changement et peut prendre de multiples facettes allant de l'indifférence jusqu'à la discréditation du changement point par point. (Collerette et al., 1997)

A force de pratiquer le changement, les systèmes deviennent plus souples et gagnent en capacité à se rééquilibrer en intégrant les variations intervenues. Dans le secteur médico-social, cette souplesse n'est pas une caractéristique admise: "*les professionnels de terrain sont habitués à peu bouger leurs fonctionnements, donc il y a de l'inertie*" dira le directeur général d'une association (entretien 1). Les directeurs généraux soulignent alors des résistances importantes aux évolutions liées à la transformation de l'offre médico-sociale et précisent qu'ils convient de faire preuve de pédagogie afin de parvenir à faire accepter ces changements afin qu'ils soient mis en pratique.

Pour parvenir à faire accepter le changement, il faut alors travailler sur la perception de l'objet du changement pour cela, il est possible de recourir aux moyens de l'information et de la formation.

2) L'information des professionnels

Puisque la transformation de l'offre médico-sociale ne se fera pas sans une transformation des pratiques professionnelles, il convient de s'interroger sur les leviers mis à disposition par le CPOM afin d'encourager les changements de pratiques.

Dans un premier temps, l'information est une étape nécessaire pour faire accepter un changement. Sans connaissance de l'objet il sera en effet difficile d'adhérer à un changement. Pour cela le CPOM propose des outils intéressants puisqu'il pose des objectifs et des moyens définis. Par ailleurs, les indicateurs rendent possible la communication vers des acteurs externes au projet, pour rendre compte sur des objectifs généraux (Janicot, 2007) et le CPOM comprend aussi des indicateurs qui permettent ce travail. Ainsi, les objectifs, les moyens et les indicateurs fixés dans le CPOM peuvent être employés comme des outils de communication afin de clarifier les réorientations de l'organisation liées à la transformation de l'offre médico-sociale.

Afin d'illustrer l'intérêt du CPOM comme appui pour communiquer, un directeur général d'association souhaite augmenter les jours d'activité d'un de ces établissements. Cela implique des négociations importantes avec les représentants du personnel. Pour mener cette négociation, il pourra s'appuyer sur les objectifs d'activité du CPOM qui fixent des jours d'ouverture planchers.

Cependant, si l'information est nécessaire pour mettre en place des changements de pratiques, elle serait insuffisante pour y aboutir à elle seule. Dès lors, la formation des professionnels est un complément nécessaire pour parvenir à ce changement.

3) La formation des professionnels

La formation professionnelle est reconnue par le gouvernement comme une modalité permettant d'acquérir ou de développer des compétences ou de s'adapter aux évolutions de poste¹⁶ Or la transformation de l'offre médico-sociale, induit des évolutions de poste. Ainsi, les directeurs ont tout intérêt à mettre en place des plans de développement des compétences construit autour des évolutions posées comme des objectifs dans le CPOM.

¹⁶ <https://travail-emploi.gouv.fr/formation-professionnelle/formation-des-salaries/>

L'étude l'a montré, la transformation de l'offre médico-sociale, peut être mise en place à l'aide de la régulation de l'offre. Pour autant, elle doit également passer par les changements de pratiques professionnelles. Or ces changements sont difficiles à mettre en place sur le terrain puisque le temps de travail des professionnels est constitué en grande partie par du temps d'accompagnement.

L'étude de trois CPOM de première génération montre que la question de la formation est peu abordée ce qui priverait le CPOM d'un rayonnement à l'endroit des pratiques professionnelles. Cependant, dans trois CPOM dont les négociations sont en cours, la question des formations est abordée au travers d'une fiche action portant sur l'accompagnement des changements de pratiques professionnelles. Elle porte des constats clairs, ils présentent la nécessité d'accompagner les changements de postures devant être adoptés à l'occasion des accompagnements, notamment autour du principe d'autodétermination. Elle présente aussi la nécessité de recourir à des formations d'une large partie du personnel et pas seulement d'un professionnel afin que les nouvelles pratiques acquises puissent se diffuser largement.

Ainsi, à partir de fiches actions relatives à l'accompagnement au changement de pratiques, le CPOM devient un outil favorisant le management des ressources humaines. Cette intervention permet de contribuer à la transformation de l'offre médico-sociale. Il peut également être envisagé que le CPOM peut intervenir à d'autres niveaux dans la gestion des structures médico-sociales.

1.4 Un outil de gestion

Le CPOM est un outil qui peut être utilisé par les organismes gestionnaires à plusieurs titres. Tout d'abord, il permet d'élargir la vision de la gestion qu'on les opérateurs (A) mais également d'investir le système d'information (B) et de développer la performance des ESMS (C).

1.4.1 Elargir la vision des opérateurs

Le CPOM est un outil qui trouve à s'appliquer dans différents domaines de la gestion des ESMS, il permet de d'élargir la vision des opérateurs sur plusieurs aspects.

1) Donner une vision pluriannuelle aux opérateurs

Il est important de préciser que le CPOM donne une vision pluriannuelle aux établissements, cette nouvelle dimension permet d'envisager l'organisation de l'offre sur le long terme pour les établissements et ainsi de sécuriser l'évolution de leur offre. En effet, cette organisation permet d'envisager de manière progressive les changements qui sont demandés par les autorités de

tarification. Cela permet aussi de savoir, sur le long terme, où ces changements vont conduire l'association.

Dès lors proposer un contrat sur plusieurs années permet de faciliter l'adhésion aux transformations demandées puisque cela les inscrit dans une perspective de long terme. Un directeur d'association énonce clairement qu'il a besoin de "*repères d'avenir*" (entretien 1) pour orienter son activité. Le CPOM intervient donc comme un outil qui permettrait de donner des repères pour les années à venir, sans que ces repères soient ciblés.

La pluri annualité des évolutions est accompagnée par un dialogue de gestion qui doit venir éclairer l'activité menée à deux reprises, une fois au milieu du CPOM et une fois à la fin de la période. Ce dialogue de gestion est peu formalisé, il s'apparente à un point d'étape où faire le bilan et soulever des questionnements mais il ne donne pas de points précis qui étudient l'avancée des objectifs au regard de chaque indicateur, d'après un agent de l'ARS en charge du suivi des CPOM. Un suivi plus précis interviendra seulement dans le cas de contrat de retour à l'équilibre.

Par ailleurs, la réponse aux appels à projets et aux appels à manifestation d'intérêts lancés par les autorités permet de stimuler l'activité au long des cinq années et d'encourager la réalisation d'objectifs fixés dans le cadre du contrat. Sur le territoire, lorsque des appels à projets (APP) sont proposés, l'ARS retient des opérateurs qui seraient en mesure d'y répondre au regard des besoins du territoire. Sachant que le cahier des charges des APP est lourd, c'est un moyen qui est peu utilisé par les autorités puisqu'il est contraignant en terme de procédure. En ce qui concerne les appels à manifestation d'intérêt (AMI), le cahier des charges est plus souple ce qui en fait un outil privilégié par les autorités et qui laisse une part d'initiatives aux opérateurs. Ainsi, il a été lancé sur le territoire Bretilien un appel à projet "*transformation de l'offre*" où les opérateurs ont pu proposer des projets portant sur la création d'une équipe mobile ou encore en lien avec la scolarisation. Ainsi, le recours à ces dispositifs peut relancer la transformation pendant la durée d'écoulement du CPOM, les avenants au CPOM en font donc un outil évolutif.

Il doit être noté que certaines associations envisagent des difficultés à la construction d'un contrat pour une durée de cinq ans. En effet, le secteur médico-social est en constant mouvement et dans ce contexte, certaines associations ont du mal à savoir où elles seront dans cinq ans.

Des lors, la vision pluriannuelle du COM permet d'accompagner l'activité sur une période de cinq ans maximum, ce qui en fait un outil de gestion pour envisager des transformations sur la durée de cette période.

2) Inciter les mutualisations

La mutualisation est une dynamique nouvelle dans le champ médico-social handicap. Historiquement, les ESMS disposent d'une très grande autonomie les uns vis-à-vis des autres. La recherche de la qualité et de l'efficacité dans le secteur incite à des rapprochements matérialisés par des mutualisations.

Le CPOM encourage ces restructurations dans le fonctionnement des organisations. Dans la littérature de l'organisation, cela se traduit par l'importance accordée au projet associatif qui est ensuite décliné dans les projets d'établissements. Cela se matérialise dans les organisations par le renforcement du siège social, notamment au travers de la création d'un site pour le siège qui figure dans trois des six CPOM analysés (annexe...). Par la création d'un siège social, il est alors possible de repenser l'organisation de l'association, notamment en affectant au siège les fonctions support jusqu'à lors dispersées dans les établissements. Ce recentrement de l'association autour d'un mouvement encourage les mutualisations des fonctions de comptabilité, de logistique, de patrimoine. Cela permet de recentrer l'activité des ESMS sur le cœur de leur métier c'est à dire, l'accompagnement des personnes en situation de handicap. Il a pu être constaté lors d'une visite dans les établissements relevant d'associations organisées selon ce schéma que les fonctions supports n'y sont effectivement pas présentes. Ceci est décrit par la directrice de l'établissement comme un bénéfice pour l'établissement puisqu'il peut ainsi bénéficier de l'expertise et des compétences du personnel du siège dans chaque domaine des fonctions supports.

Le renforcement du siège social en fait un nouvel interlocuteur dans la gestion des ESMS, avec qui les ESMS doivent négocier plutôt que d'être en négociations avec les institutions. Pour tenir ce rôle, certains sièges ont repris le fonctionnement des autorités de tarification à l'égard des ESMS. Certains appliquent donc un taux de reconduction des enveloppes aux établissements qui sont inférieurs au taux de la dotation globale commune ou encore la constitution d'enveloppes de crédits non reconductibles alloués aux établissements. (Hardy, 2010) Cependant, le siège social dispose de davantage d'informations sur les ESMS que n'en disposait les autorités lorsqu'ils négocient directement avec les associations. C'est la raison pour laquelle il peut que cette dissymétrie réduite puisse susciter de la crainte chez certains directeurs puisque les sièges sociaux pourront recourir à de nouveaux critères afin de recourir à la distribution des crédits entre les établissements.

Par ailleurs, le nouveau financement induit par le CPOM et l'EPRD qui en découle est la logique de solidarité financière entre tous les établissements d'un même organisme. Celle-ci peut être favorable à des ESMS ayant des difficultés financières lors de l'exercice d'une année puisque ceux-ci pourront combler leur dette avec les excédents des autres établissements d'un même opérateur.

En revanche, dans cette situation, les établissements excédentaires pourront être contrariés de voir le fruit d'une gestion rigoureuse dévoré par des établissements dont les pratiques de gestion pourront être plus facilement connues et comparées par les homologues. (Hardy, 2010)

Bien que des mutualisations soient en place sur les fonctions supports, il est possible de s'interroger sur la mutualisation des professionnels intervenant directement dans l'accompagnement des personnes en situation de handicap. Une directrice d'établissement présente cela comme *“un bénéfice pour les ESMS de pouvoir se partager les services d'un même professionnel sur plusieurs sites”* (entretien 7), soit dans le cadre d'une mobilité en fonction des besoins ou bien dans le cadre d'une répartition du temps de travail partagée entre plusieurs sites d'une même association. Étant entendu que ces deux modalités peuvent être prévues dans le cadre du contrat de travail de la personne.

C'est ce qui s'est passé dans certaines associations avec la création de services départementaux dont la mission est d'intervenir sur plusieurs établissements à l'échelle de la structure. Dans certaines associations, il existe ainsi des services sociaux départementaux qui interviennent en roulement dans l'ensemble des ESMS d'une même association gestionnaire. Le déploiement de ces services crée une dynamique collective et permet de faire association. Le CPOM, par les mutualisations qu'il incite, permet de faire association. Cependant certaines associations fonctionnaient déjà sur ce principe pour des raisons d'efficience de gestion.

La question de la mise à disposition de professionnels de l'accompagnement en fonction des besoins des autres établissements d'une même association est évoquée, elle est envisagée comme une hypothèse favorable au développement de l'association mais elle n'est pas envisageable dans l'immédiat puisque pour le moment, les tensions RH sur ces métiers font que les établissements ne sont pas en mesure de partager le temps de travail de leurs professionnels avec d'autres établissements.

1.4.2 Renforcer le système d'information

Dans le but de donner de la vision et une lisibilité du secteur médico-social, la question du système d'information est souvent présentée comme essentielle à la mise en place de la transformation de l'offre médico-sociale. Cette question, axe fort des politiques publiques, rentre dans le périmètre du périmètre du CPOM.

Du point de vue de son objectif dans l'entreprise, un système d'information est un système qui doit garantir que la bonne information est disponible au bon endroit et au bon moment.

(Bernus et al., 1996) Une autre définition d'un point de vue de sa conception considère un système d'information comme un ensemble de données, d'applications et de processus interagissant. (Touzi et al., 2006) Aujourd'hui, de nombreuses informations sont collectées à l'occasion de l'accompagnement d'une personne, pour autant, est-ce que ces informations sont en mesure d'être partagées ? Le partage permettrait de contribuer à assurer un parcours d'accompagnement adapté et sans rupture des personnes en situation de handicap.

Avec le Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) du 25 mai 2018 et la promulgation le 20 juin 2018 de la loi relative à la protection des données personnelles, un nouveau cadre juridique est posé concernant le recueil et l'utilisation des données à caractère personnel. Il vise à rendre au citoyen le contrôle de ses données personnelles et renforce la responsabilité des organismes qui les gèrent en leur demandant d'assurer une protection optimale à chaque instant. C'est dans ce cadre qu'il convient de penser un système d'information opérant.

Le système d'information tel qu'il existe concernant le dossier des usagers est très morcelé. A ce jour, il n'existe pas d'interopérabilité entre les logiciels utilisés par les associations, parfois il n'existe pas d'interopérabilité entre les différents établissements d'une même association. Cela ne facilite pas le suivi des parcours des personnes bénéficiant d'un accompagnement médico-social. Chaque association dispose de son propre système d'information qui contient les informations sur le parcours des usagers. Or avec le développement de l'accompagnement modulaire, faisant appel à plusieurs intervenants issu d'opérateurs différents, la question d'un système d'information permettant de mettre en commun les informations dont dispose l'un des opérateurs se pose avec encore plus d'acuité.

Concernant les systèmes déjà existant, il est possible de parler de la plateforme via trajectoire qui a pour but de créer une liste d'attente commune à tous les opérateurs, permettant d'avoir une vision d'ensemble des demandes non satisfaites. Pour autant, les avis des directeurs interrogés divergent sur son intérêt, certains n'ont pas encore eu de retour sur son utilisation qui semble toutefois mesurée (entretien 1), d'autres l'envisage comme un bon outil mais ne l'ont pas encore mis en place (entretien 3). D'autres estiment qu'il n'est pas approprié au secteur du handicap puisqu'il a initialement été pensé pour le secteur des personnes âgées, et qu'il n'est pas rempli régulièrement par les professionnels se concentre sur la saisine dans les système d'information de l'association sans procéder à deux fois au renseignement de ces données car cela représenterait une perte de temps.

Une fiche action proposée dans la trame du CPOM propose de s'intéresser au système d'information des organisations gestionnaires. Dès lors, le CPOM constitue un levier afin d'améliorer le fonctionnement du système en le rendant plus opérant pour les utilisateurs.

1.4.3 Du contrat à l'outil de pilotage de la performance

Une autre particularité du CPOM est qu'il intervient progressivement dans le champ du pilotage de la performance des établissements.

L'Agence nationale d'appui à la performance (ANAP), est une agence étatique instituée sous la forme d'un groupement d'intérêt public. Ses missions, initialement centrées sur l'appui à la performance organisationnelle des établissements de santé se sont ouvertes au champ du secteur médico-social, notamment par le projet de tableau de bord partagé en 2010. Le rôle de cette agence peut être assimilé à un consultant auprès des structures de santé. Le projet de tableau de bord est né en 2010, suite à la commande d'organes de l'État de disposer d'un outil à destination des autorités et des établissements. Depuis 2018, le tableau de bord est généralisé à l'ensemble des structures concernées sur le territoire national.

Dans un secteur médico-social en pleine mutation, le tableau de bord d'appui à la performance se fixe cinq objectifs : le suivi de la performance des ESMS et terme d'efficacité (degrés de réalisation des objectifs) et d'efficience (rapport ressources/résultat); connaissance de l'offre sur le territoire en constituant une base de donnée nationale; le pilotage interne des établissements en les dotant d'un nouvel outil de gestion; la comparaison entre les structures de même caractéristique et la transversalité entre les ESMS et les ATC. (Lemaire and Nobre, 2014) Mais alors il est perceptible que ce tableau de données se chevauche avec les données récoltées grâce aux indicateurs CPOM et qu'en tout état de cause, la multiplication des outils de suivi risque d'entraîner un moindre investissement sur le suivi de chacun de ces supports.

Le tableau de bord mis en place par l'ANAP recouvre désormais une portée légale puisqu'il constitue le contenu de l'annexe 9 du CPOM. Ainsi, en incluant cette dimension à l'intérieur du CPOM, il devient un document intéressé par la performance de l'opérateur, qui permet son pilotage de manière globale puisqu'à côté des indicateurs de l'annexe 9, d'autres indicateurs viennent enrichir le périmètre auquel le CPOM s'intéresse. Pour autant il doit être précisé que l'annexe 9 n'existe pas dans l'ensemble des CPOM étudiés (annexe 3).

Après avoir étudié la place du CPOM comme levier pour l'effectivité de la transformation de l'offre médico-sociale, il est intéressant de le considérer comme un outil pouvant aider à améliorer la gestion des établissements.

1.5 Perspectives pour un CPOM contribuant davantage à transformer l'offre médico-sociale

Le CPOM est un outil réglementaire qui est utilisé par les autorités afin de transformer l'offre médico-sociale mais qui pourrait l'être davantage. Pour augmenter la portée du CPOM à ce niveau, il est possible de faire des recommandations concernant l'usage qu'en ont les opérateurs (A) ainsi que l'usage qu'en ont les autorités (B).

1.5.1 Renforcer l'usage et la portée du CPOM dans l'activité des associations gestionnaires

Le CPOM est un outil pouvant être utilisé dans la gestion des établissements en vue de la transformation de l'offre médico-sociale, toutefois, certains points peuvent être renforcés afin d'amplifier sa portée.

- 1) Mettre en place un outil interne d'informations permettant de répondre à l'ensemble des indicateurs demandés

Nombreux sont les dispositifs mis en place afin d'appuyer la performance des établissements, évaluer leur activité... et qui recourent à l'usage de données fournies par des indicateurs. Ainsi les établissements doivent émarger sur ces supports officiels tel que le CPOM, les tableaux de bord d'appui à la performance mais aussi sur d'autres enquêtes reçues de manières ponctuelles par les fédérations (entretien 1). Ce travail demande du temps et il est parfois répétitif car certains indicateurs demandés se croisent. Si le travail n'est pas encadré par des outils qui facilitent l'obtention de ces données, il est probable que les méthodes d'obtention des indicateurs varient au fil des années et des personnes qui les réalisent, ou bien que le suivi soit abandonné car les démarches devant être réalisées pour obtenir les informations sont trop chronophages.

Actuellement les indicateurs ne font pas l'objet d'un suivi précis par la plupart des organismes gestionnaires. Pourtant, cette activité leur serait bénéfique puisqu'elle permettrait un meilleur suivi des objectifs et donc une vision par rapport au chemin parcouru et au chemin devant encore être parcouru afin de remplir ces objectifs. Afin que le CPOM puisse être un outil efficace, il convient donc de s'assurer que le recueil des informations nécessaire pour remplir les indicateurs peut être fait.

Afin rendre possible ce travail, il est nécessaire d'impliquer le service informatique et le service de la qualité afin de mettre en place des outils simples d'utilisation (tableaux Excel, extractions de logiciel...) et qui permettent de centraliser l'ensemble des informations utiles. Afin d'accompagner ce travail, il doit également être mis en place des procédures dont le but serait de guider la

démarche devant être réalisées pour obtenir les informations. Il est aussi envisageable de recourir à un prestataire extérieur afin de mettre en place des logiciels dont il est possible d'extraire facilement les données.

2) Outiller le suivi du parcours des usagers

Assurer la continuité des parcours, telle qu'elle est demandée dans la transformation de l'offre médico-sociale, requiert un système d'information qui puisse partager des informations sur l'usager entre les différents opérateurs. Cela sera par ailleurs un besoin croissant avec le développement des modalités d'accompagnements qui demande l'intervention de plusieurs partenaires dans un parcours, tels que les accueils séquentiels.

Afin d'aider les gestionnaires à choisir un logiciel correspondant à leurs besoins, le Groupement de coopération sanitaire GCS e-santé est missionné de répondre aux gestionnaires afin de les orienter vers des logiciels qui répondent aux besoins d'aujourd'hui. Fondé en 2007, le GCS e-Santé Bretagne développe des projets et services numériques, interopérables et sécurisés, respectant la confidentialité des données médicales. Il se veut être au service de la qualité et de la continuité de prise en charge des patients. Architecte de la e-santé, le GCS promeut, pilote et coordonne les projets mutualisés permettant les échanges numériques entre tous les professionnels de santé, qu'ils exercent en cabinet libéral, en établissement de santé ou médico-social.¹⁷

Le GCS e-santé a mis en place la plateforme Gwalenn afin de faciliter la prise en charge des personnes dans le cadre du parcours. C'est la plateforme qui est utilisée par le PCPE dont l'activité s'intensifie sur le territoire avec la communauté 360°. Afin d'assurer l'efficacité des prises en charge, il est donc souhaitable que les associations gestionnaires privilégie le recours à cet outil en interne pour que les informations recueillies soient interopérables.

A partir d'informations fiables, partagées et faciles d'accès, il est possible de construire un management nouveau, qui gagne en transparence. Sachant que le CPOM peut contenir des fiches objectifs relatives au système d'information des opérateurs, il peut un levier pour mettre en place des changements à ce niveau.

3) Diffuser les fiches actions du CPOM

Afin que l'activité des professionnels corresponde aux objectifs qui sont portés par les associations, il serait judicieux de diffuser les fiches actions à l'ensemble du personnel des établissements et particulièrement ceux en charge de l'accompagnement. Cette diffusion pourrait se faire dans une

¹⁷ www.esante-bretagne.fr/

forme simplifiée qui permettrait de saisir les constats, enjeux qui guident l'activité, et les actions envisagées dans ce cadre. Ce fonctionnement permet d'impliquer l'ensemble des acteurs dans l'usage de ce document. De cette manière, il sera possible d'augmenter l'appropriation du document par les équipes, ce qui est souvent présenté comme une difficulté rencontrée. Si le changement est difficile à faire accepter auprès des professionnels, diffuser les fiches action du CPOM pourrait aider dans cette démarche.

Des pratiques nouvelles sont donc envisageables à l'échelle des opérateurs afin de s'impliquer dans la transformation de l'offre médico-sociale, d'autres pratiques peuvent aussi être mises en place à l'échelle des autorités.

1.5.2 Les recommandations concernant les autorités

1) Investir le suivi du CPOM

Le suivi des indicateurs est un levier essentiel pour transformer l'offre médico-sociale, or pour le moment le suivi des CPOM n'est pas effectué de manière rapprochée, bien que l'annexe 2 du CPOM y soit consacrée.

Pour que ce suivi soit mobilisé, il faut qu'il ait un intérêt pour les autorités. Un intérêt pouvant être soulevé serait qu'il soit possible de comparer les résultats des organisations sur chaque indicateur afin d'identifier les marges de progrès pouvant être réalisées à certains endroits. Afin que ce travail soit possible, les organismes doivent utiliser les mêmes indicateurs, ce qui sera rendu possible avec l'accès à la plateforme e-cars. Ainsi, il est recommandé d'utiliser la plateforme e-cars dès que possible afin d'obtenir des indicateurs rendant possible des comparaisons entre les organismes. Pour cela, des formations doivent être organisées.

Afin d'appuyer le suivi des ESMS, une recommandation est d'ajouter une obligation au contrat du CPOM, celle de mettre en place une remontée annuelle des indicateurs, en plus du dialogue de gestion à mi-parcours. Pour le moment, les opérateurs n'ont pas d'obligation de remonter des informations pendant l'écoulement du CPOM, or sans données objectives, il est difficile pour les autorités d'organiser l'offre efficacement et en cohérence avec le terrain.

2) Renforcer les liens avec le secteur sanitaire

La transformation de l'offre médico-sociale implique la continuité des parcours, hors un lieu fréquent de rupture concerne l'accès aux soins des personnes en situation de handicap. Dans le cadre du dépistage de la crise covid, les textes ont prévu un accès prioritaire des ESMS aux dépistages, pour autant, dans les faits, cette priorité n'a pas fonctionné systématiquement. En

effet, une directrice d'IME s'est vu appliquer un délai de 48h avant d'avoir un rendez-vous pour un jeune présentant des symptômes. Le CPOM pourrait être un levier, du côté sanitaire comme médico-social, afin d'éviter ce type de situation.

Pour éviter cet écueil, les partenariats entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social doivent être apparents dans les CPOM des deux parties. Pour le moment, il n'y a pas de fiche action qui concerne les liens avec le secteur sanitaire, cela serait donc un objectif à faire apparaître dans les CPOM de prochaine génération.

Bibliographie

- ANSEM, 2008. Recommandations : La bientraitance, définition et repères pour la mise en œuvre.
- Barral, C., 2008. Reconfiguration internationale du handicap et loi du 11 février 2005. *Lett. Enfance Adolesc.* n° 73, 95–102.
- Bauduret, J.-F., 2017. *Institutions sociales et médico-sociales-2e éd.: De l'esprit des lois à la transformation des pratiques.* Dunod.
- Bemben, L., Kaisser, L., Kalis, C., Rozenberg, J., 2019. Accompagnement institutionnel d'adultes en situation de handicap. *Connaiss. Divers.* 9–16.
- Benoit, H., 2014. Les impasses actuelles du pédagogique et les enjeux de l'accessibilité face au défi éthique de l'inclusion sociale (phdthesis). Université Paul Valéry - Montpellier III.
- Bernus, P., Nemes, L., Williams, T.J., 1996. *Architectures for Enterprise Integration.* Springer Science ____ Business Media.
- Bloch, M.-A., Hénaut, L., 2014. *Coordination et parcours.: La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social.* Dunod.
- Boissel, A., 2006. Introduction aux lois de 2002 et 2005. *Lett. Enfance Adolesc.* no 63, 93–96.
- BUSSON, A., CAUVIN, C., CHIAPELLO, E., 1993. Le Management des entreprises artistiques et culturelles. *Economica*,
- Chapireau, F., 2001. La classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé. *Gerontol. Soc.* 24 / n° 99, 37–56.
- CNSA, 2018. *Pour une société inclusive, ouverte à tous.*
- Collerette, P., Delisle, G., Perron, R., 1997. *Le Changement Organisationnel: Théorie et Pratique.* PUQ.
- Cour des comptes, 2018. *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale.*
- Ebersold, S., 2009. « Inclusion ». *Rech. Form.* 71–83.
<https://doi.org/10.4000/rechercheformation.522>
- Fougeyrollas, P., 2002. L'évolution conceptuelle internationale dans le champ du handicap : enjeux socio-politiques et contributions québécoises. *Perspect. Interdiscip. Sur Trav. Santé.*
<https://doi.org/10.4000/pistes.3663>
- Fougeyrollas, P., Roy, K., 1996. Regard sur la notion de rôles sociaux. Réflexion conceptuelle sur les rôles en lien avec la problématique du processus de production du handicap. *Serv. Soc.* 45, 31–54. <https://doi.org/10.7202/706736ar>
- Gardou, C., 2018. *La société inclusive : de quoi parle-t-on ?*

- Garel, A., 2010. Avoir huit ans dans les CAMSP. *Contraste* N° 33, 223–237.
- Guerin, (Marie-Françoise), GUERIN (Marie-Françoise), JOIN-LAMBERT (Marie-Thérèse), MORLA (Suzanne), VILLAIN (Daniel), 1995. Bilan d'application de la loi du 30 juin 1975 sur les institutions sociales et médico-sociales. Code de mission SO/AC/EQ 95.0020. Rapport n°95155. - Résultats de votre recherche - Banque de données en santé publique. Presented at the Bilan d'application de la loi du 30 juin 1975 sur les institutions sociales et médico-sociales. Code de mission SO/AC/EQ 95.0020. Rapport n°95155.
- Gueslin, A., Stiker, H.-J., 2003. *Handicaps, pauvreté et exclusion dans la France du XIXe siècle*. Editions de l'Atelier.
- Hardy, J.-P., 2010. La coopération dans le secteur social et médico-social : révolution copernicienne ou révolution astronomique. *Vie Soc.* N° 1, 43–57.
- HENTIC-GILIBERTO, M., STÉPHAN, S., 2018. Entre temps et espace, les enjeux de la gouvernance des organisations du secteur médico-social: vers une évolution des postures managériales.
- Ibernon, L., Berzin, C., 2016. 2005-2015 – Quelles évolutions en matière d'inclusion ? *Carrefours Educ.* n° 42, 11–17.
- JOUVE, S., Hardy, J.-P., BERNEX, B., 2019. Serafin-PH est-il soluble dans les organisations de travail et les projets, *Cahier de l'actif*.
- KPMG, 2017. *Le CPOM à l'épreuve de la réalité*.
- Lachapelle, Y., Wehmeyer, M.L., Haelewyck, M.-C., Courbois, Y., Keith, K.D., Schalock, R., Verdugo, M.A., Walsh, P.N., 2005. The relationship between quality of life and self-determination: an international study. *J. Intellect. Disabil. Res.* 49, 740–744. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2005.00743.x>
- Lemaire, C., Nobre, T., 2014. Le rôle des acteurs dans la gestion d'un projet d'implantation d'un tableau de bord dans le secteur médico-social. *J. Gest. Econ. Medicales* Vol. 32, 431–461.
- Leplège, A., Bruneau, G., Boudvin, J., 2015. Le handicap dit psychique. *Perspect. Psy* Vol. 54, 296–308.
- Löchen, V., 2018. Chapitre 4. Handicap et inclusion. *Guid. Sante Soc.* 6ème ed., 197–273.
- LOI n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, 2002. , 2002-2.
- Ministère des solidarités et de la santé, 2017. Décret n°2017-982 relatif à la nomenclature des ESMS accompagnant des personnes handicapées ou malades chroniques.
- Ministère des solidarités et de la santé, n.d. Circulaire relative à la transformation de l'offre d'accompagnement des personnes handicapées dans le cadre de la démarche "une réponse accompagnée pour tous."
- Ministère des solidarités et de la santé, 2017. Instruction n°DGCS/SDC5C/2017/96, CAFS.
- Mouiller, P., 2018. Repenser le financement du handicap pour accompagner la société inclusive (No. 35).
- Nations Unies, 2008. Convention relative aux droits des personnes handicapées et Protocole

facultatif.

Organization, W.H., 2001. Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé : CIF. Genève : Organisation mondiale de la Santé.

Pommier, S., 2018. Faut-il croire en SERAFIN-PH ? *Empan* n° 112, 50–55.

Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 : Exposé général [WWW Document], n.d. URL <http://www.senat.fr/rap/l18-111-1/l18-111-111.html> (accessed 8.27.20).

Ravaud, J.-F., 2011. Politiques du handicap : état des lieux. Regards sur l'actualité.

Salbreux, R., 2006. Handicap et psychiatrie. *J. Français Psychiatr.* n° 27, 38–39.

Salbreux, R., Fuentès, K., Golse, B., 2007. Évolution de la culture de l'action médico-sociale précoce entre son origine (1967-1976) et nos jours (2002-2007). *Contraste* N° 27, 9–35.

Stiker, H.-J., 2015. Vieillesse, pauvreté et handicap dans l'histoire. *Rev. Hist. Prot. Soc.* N° 8, 132–144.

TOUZI, J., BENABEN, F., PINGAUD, H., 2006. Interopérabilité et système d'information. Aide à la conception de système d'information inter_organisationnel à partir de processus collaboratifs. Lavoisier.

Tregoaat, J.-J., 2008. De la modernisation du secteur social et médico-social à la réforme de l'état et de son administration territoriale. *Gerontol. Soc.* 31 / n° 126, 45–63.

Liste des annexes

Annexe 1 : Guides d'entretien

Annexe 2 : Entretiens

Annexe 3 : Etude comparée des CPOM

Annexe 4 : Les acteurs du secteur médico-social

Annexe 5: La scolarisation des élèves en situation de handicap

Annexe 1 : Guides d'entretiens

Guide d'entretien ATC

Rappel problématique : En quoi le CPOM est-il un outil au service de l'effectivité de la transformation de l'offre médico-sociale?

Présentation :

Tout d'abord je vous remercie d'avoir accepté cet entretien qui s'inscrit dans le cadre de la réalisation du mémoire de master 2 d'Analyse et management des organisations de santé (qui se situe à l'EHESP). La thématique du mémoire porte sur la contractualisation CPOM dans secteur de l'accompagnement médico-social du handicap.

L'entretien portera sur trois thématiques : la première relative à la transformation de l'offre dans le secteur médico-social, la deuxième portant sur les aspects du CPOM qui sont au service de cette transformation et la troisième qui concerne le CPOM comme outil au service de l'efficience.

Je vous informe également que cet entretien est anonyme. Dans un souci d'une retranscription fidèle de vos propos, je souhaiterai enregistrer l'échange si cela ne vous dérange pas ?

Quelques éléments de contexte :

Pouvez-vous présenter en quelques mots votre poste au sein de l'ARS ?

Thématique 1 : La transformation de l'offre médico-sociale, nouvelle matrice pour la gouvernance de l'offre médico-sociale

- Société inclusive et inclusion sociale

Comment est prise en compte la notion d'inclusion dans la transformation de l'offre ? Quelles conséquences l'inclusion a-t-elle sur la construction de l'offre ?

- La perception des autorités sur la transformation l'offre (en lien avec la RAPT)

Comment la circulaire de 2017, prescrivant des réorganisations de l'offre médico-sociale, a-t-elle été reçue par les autorités ? Quelles peuvent-être leurs réticences à l'égard de la mise en place de la transformation de l'offre médico-sociale ?

Comment se traduit la transformation de l'offre médico-sociale sur l'activité menée dans les établissements ? Pensez-vous que ces modifications ont permis d'améliorer la réponse aux besoins du territoire ?

Le taux de transformation qui sont fixés aux établissements est-il satisfaisant selon vous ?

Est-ce que l'on observe une corrélation entre le taux de transformation de l'offre des organismes gestionnaires et le fait qu'il ait ou non signé un CPOM ? L'ARS dispose-t-elle de chiffres qui permettent de suivre ce lien ? ((est ce que les OG qui sont sous CPOM ont plus transformé que les autres ?)

- Le développement de la coordination entre les acteurs, en vue d'assurer la continuité des parcours

Pensez-vous que le CPOM est un levier d'adhésion des organismes gestionnaires aux dispositifs de coordination (c'est-à-dire des plateformes en charge de la coordination des parcours ou identifiées comme un guichet unique : Communauté 360°, PCPE, CLIC, MAIA, MDPH) ? Si oui, de quelle manière ?

Est-ce qu'aujourd'hui, les CPOM médico-sociaux permettent de créer des liens avec le secteur sanitaire ?

- La place du système d'information dans la transformation de l'offre

Quelle est votre perception du système d'information dans le secteur du handicap, est-il satisfaisant pour assurer

- Le suivi des parcours des usagers (via trajectoire, dossier unique d'admission) ?
- Le suivi des établissements (en interne > à l'échelle de l'organisme gestionnaire ou en externe > auprès des autorités de tarification.

Quel est l'intérêt de la mise en place de la plateforme E-cars, et où en est son appropriation par les équipes ?

D'après vous, le CPOM peut-il être un levier efficace pour améliorer la performance du système d'information ?

- Le changement de logique et périmètre du CPOM

La logique du CPOM (fondée sur le nombre de place) est-elle compatible avec les réformes en cours dans le domaine de la transformation de l'offre ? Le périmètre du CPOM doit-il être élargi ? Y a-t-il des aspects sur lesquels il devrait évoluer et si oui, quels sont-ils ?

Comment s'articule le CPOM avec les autres outils que sont les appels à projets et les appels à manifestation d'intérêt comme supports d'évolution de l'offre médico-sociale ?

La réforme de la tarification Serafin PH : quels sont les bénéfices et les risques pour les usagers ? (Augmentation du reste à charge) et pour les établissements ?

- La territorialisation

Est-ce que la territorialisation est Comment est envisagée la question de la territorialisation dans la construction et la négociation des CPOM ?

Thématique 2 : Les volets du CPOM au service de la transformation de l'offre médico-sociale dans les ESMS

- Question générales

Dans quelle mesure le CPOM est-il un outil opérationnel au service de l'accompagnement de la transformation de l'offre médico-sociale ?

Que pensez-vous de la structure du CPOM ; est-elle suffisamment souple pour construire un CPOM à la fois conforme aux objectifs fixés est spécifique au fonctionnement de chaque établissement ?

Le CPOM est conçu comme un outil de planification, est-il également un outil envisagé comme un outil de management ?

- Pluriannuel

Existe-il des critères de programmation du passage en CPOM des organismes gestionnaires ou bien cela se fait à la demande des établissements ?

Comment se déroule le suivi du CPOM par les autorités ?

Pensez-vous que le suivi et l'évaluation des CPOM par les autorités sont-ils des procédés sur lesquels s'appuient les ESMS pour guider le développement de leur activité ?

- Pluri-financeurs

Le CPOM comprend parfois plusieurs financeurs ; est-ce au bénéfice des ESMS et de la transformation de l'offre médico-sociale ? Dans quelle mesure la double compétence de l'ARS et du CD dans le champ PH enrichie ou paralyse-t-elle la négociation du CPOM ?

- Pluri-établissements

En quoi les mutualisations et des coopérations portées par la CPOM sont susceptibles de favoriser la transformation de l'offre médico-sociale ?

Dans quelle mesure les autorités encouragent les mutualisations et coopérations au travers du CPOM ?

- Parcours

La mise en dispositif des ESMS médico-sociaux, encouragée par les CPOM, est-elle conçue comme une évolution du secteur médico-social au service des parcours ?

Qu'est ce qui, dans la forme actuelle du CPOM, encourage ou freine la prise en charge de la cadre du parcours ? Quels sont les leviers du CPOM pour éviter les ruptures de parcours ? Au contraire, qu'est ce qui les accentue ?

Thématique 3 : Le CPOM, outil au service de l'efficience

- La mesure de l'efficience

Par qui et comment sont fixés les indicateurs de résultats du CPOM ? Est-ce que cela donne lieu à des négociations importantes avec les autorités ?

Comment est assuré le suivi de ces indicateurs avec les autorités ?

Quels sont les liens fait entre le CPOM et les rapport d'évaluation interne et externe des établissements ?

- Le dialogue de gestion

Comment est construit le dialogue de gestion entre les ATC et les établissements au sujet du CPOM ?

- De l'intérêt de la négociation dans la recherche de l'efficience

En quoi les objectifs négociés (et non plus imposés par l'autorité de tarification) sont-ils au service de la performance des établissements ?

Quels sont les points d'achoppement rencontrés dans la négociation des CPOM, en interne et avec les autorités ? Quelles sont les annexes qui posent le plus de difficulté dans les négociations ?

- Efficience et l'allocation des ressources

Le modèle d'allocation des ressources actuel est-il efficace pour la prise en charge des personnes en situation de handicap ? Dans quelle mesure ce modèle contraint la transformation de l'offre médico-sociale ? (Risque de sélection de patient avec la dotation globale).

Quelle est votre perception du principe de forfaitisation des ressources des ESMS (tarification à la ressource) : quelle perception pour les ESMS

Quels sont les critères de répartition des enveloppes sur le territoire ?

- Efficience des établissements et la gestion des listes d'attente

Quelles sont les opportunités et les risques du virage tout inclusif (développement de la PMO) pour les usagers ? Pour les établissements ? Pour les autorités compétentes ?

Est-ce que l'ARS a connaissance des listes d'attentes de place dans les ESMS ? Comment est envisagée la question de la gestion des listes d'attentes au niveau de l'ARS ?

Autre :

Souhaitez-vous ajouter quelque chose pour compléter vos réponses ?

Guide d'entretien organismes gestionnaires

Rappel problématique : En quoi le CPOM est-il un levier/outil au service de l'effectivité de la transformation de l'offre médico-sociale?

Présentation :

Tout d'abord je vous remercie d'avoir accepté cet entretien qui s'inscrit dans le cadre de la réalisation du mémoire de master 2 d'Analyse et management des organisations de santé (qui se situe à l'EHESP). Le mémoire porte sur la contractualisation CPOM dans secteur de l'accompagnement médico-social du handicap.

L'entretien s'intéressera à trois thématiques : la première relative à la transformation de l'offre dans le secteur médico-social, la deuxième portant sur les aspects du CPOM qui sont au service de cette transformation et la troisième qui concerne le CPOM comme outil au service de l'efficience.

Je vous informe également que cet entretien est anonyme. Dans un souci d'une retranscription fidèle de vos propos, je souhaiterai enregistrer l'échange si cela ne vous dérange pas ?

Quelques éléments de contexte :

Pouvez-vous présenter en quelques mots l'association gestionnaire et votre fonction au sein de l'association ?

Thématique 1 : La transformation de l'offre médico-sociale, nouvelle matrice pour la gouvernance de l'offre médico-sociale

- La perception des opérateurs sur la transformation l'offre (en lien avec la RAPT)

Comment les réorganisations de l'offre liées à la transformation de l'offre médico-sociale sont-elles reçues par les opérateurs ? Quelles peuvent-être leurs réticences à l'égard de la mise en place de la transformation de l'offre médico-sociale ?

Dans quelle mesure la transformation de l'offre médico-sociale a-t-elle eu un impact sur l'activité menée dans les établissements ? Le taux de transformation posé par les autorités est-il satisfaisant selon vous ?

- Le développement de la coordination entre les acteurs, en vue d'assurer la continuité des parcours

Pensez-vous que le CPOM est un levier d'adhésion des organismes gestionnaires aux dispositifs de coordination (c'est-à-dire des plateformes en charge de la coordination des parcours ou identifiées comme un guichet unique : Communauté 360°, PCPE, CLIC, MAIA, MDPH) ? Si oui, de quelle manière ?

- La place du système d'information dans la transformation de l'offre

Quelle est votre perception du système d'information dans le secteur du handicap, est-il satisfaisant pour assurer

- Le suivi des parcours des usagers (via trajectoire, dossier unique d'admission) ?
- Le suivi des établissements (en interne > à l'échelle de l'organisme gestionnaire ou en externe > auprès des autorités de tarification.)

D'après vous, le CPOM peut-il être un levier efficace pour améliorer la performance du système d'information ?

- Le changement de logique et périmètre du CPOM

La logique du CPOM (fondée sur le nombre de place) est-elle compatible avec les réformes en cours dans le domaine de la transformation de l'offre ? Le périmètre du CPOM doit-il être élargi ? Y a-t-il des aspects sur lesquels il devrait évoluer et si oui, quels sont-ils ?

La réforme de la tarification Serafin PH : quels sont les bénéfices et les risques pour les usagers ? (Augmentation du reste à charge) et pour les établissements ?

Comment s'articule le CPOM avec les autres outils que sont les appels à projets et les appels à manifestation d'intérêt comme supports d'évolution de l'offre médico-sociale ?

Thématique 2 : Les volets du CPOM au service de la transformation de l'offre médico-sociale dans les ESMS

- Pluriannuel

Comment se déroule le suivi du CPOM par les autorités ?

Pensez-vous que le suivi et l'évaluation des CPOM par les autorités sont-ils des procédés sur lesquels s'appuient suffisamment les ESMS pour guider le développement de leur activité ?

- Pluri-financeurs

Le CPOM comprend parfois plusieurs financeurs ; est-ce au bénéfice des ESMS et de la transformation de l'offre médico-sociale ? Dans quelle mesure la double compétence de l'ARS et du CD dans le champ PH enrichie ou paralyse-t-elle la négociation du CPOM ?

- Pluri-établissements

En quoi les mutualisations et des coopérations portées par la CPOM sont susceptibles de favoriser la transformation de l'offre médico-sociale ?

- Parcours

La mise en dispositif des ESMS médico-sociaux, encouragée par les CPOM, est-elle conçue comme une évolution du secteur médico-social au service des parcours ?

Qu'est ce qui, dans la forme actuelle du CPOM, encourage ou freine la prise en charge de la cadre du parcours ? Quels sont les leviers du CPOM pour éviter les ruptures de parcours ? Au contraire, qu'est ce qui les accentue ?

Thématique 3 : Le CPOM, outil au service de l'efficience

- La mesure de l'efficience

Par qui et comment sont fixés les indicateurs de résultats du CPOM ? Est-ce que cela donne lieu à des négociations importantes avec les autorités ?

Comment est assuré le suivi de ces indicateurs, en interne et avec les autorités ?

- Le dialogue de gestion

Quelle est la place du CPOM dans le dialogue de gestion interne de l'établissement ou de l'organisme gestionnaire ?

- De l'intérêt de la négociation dans la recherche de l'efficience

En quoi les objectifs négociés (et non plus imposés par l'autorité de tarification) sont-ils au service de la performance des établissements ?

Quels sont les points d'achoppement rencontrés dans la négociation des CPOM, en interne et avec les autorités ? Quelles sont les annexes qui posent le plus de difficulté dans les négociations ?

- Efficience et l'allocation des ressources

Le modèle d'allocation des ressources actuel est-il efficient pour la prise en charge des personnes en situation de handicap ? Dans quelle mesure ce modèle contraint la transformation de l'offre médico-sociale ? (Risque de sélection de patient avec la dotation globale).

Quelle est votre perception du principe de forfaitisation des ressources des ESMS (tarification à la ressource) : quelle perception pour les ESMS

- Efficience des établissements et la gestion des listes d'attente

Quelles sont les opportunités et les risques du virage tout inclusif (développement de la PMO) pour les usagers ? Pour les établissements ? Pour les autorités compétentes ?

Comment se passe la gestion des files d'attente dans les établissements ? Les listes diminuent-elles avec la transformation de l'offre ?

Autre :

Souhaitez-vous ajouter quelque chose d'autre à ce sujet ?

Guide d'entretien

Rappel problématique : En quoi le CPOM est-il un outil au service de l'effectivité de la transformation de l'offre médico-sociale?

Présentation :

Je vous remercie d'avoir accepté cet entretien qui s'inscrit dans le cadre de la réalisation du mémoire de master 2 d'Analyse et management des organisations de santé (qui se situe à l'EHESP). La thématique du mémoire porte sur la contractualisation CPOM dans secteur de l'accompagnement médico-social du handicap.

L'entretien portera sur trois thématiques : la première relative à la transformation de l'offre dans le secteur médico-social, la deuxième portant sur les aspects du CPOM qui sont au service de cette transformation et la troisième qui concerne le CPOM comme outil au service de l'efficience.

Je vous informe également que cet entretien est anonyme. Dans un souci d'une retranscription fidèle de vos propos, je souhaiterai enregistrer l'échange si cela ne vous dérange pas ?

Quelques éléments de contexte :

Pouvez-vous présenter en quelques mots votre poste au sein de l'éducation nationale ?

L'inclusion scolaire des enfants en situation de handicap : état des lieux et perspectives

Est-ce que l'inclusion est définie de la même manière par les acteurs de l'éducation nationale que par les acteurs du secteur médico-social ?

Quel est l'état des lieux de l'inclusion scolaire sur le territoire d'Ille et Vilaine ? Quel est le taux de scolarisation des enfants en situation de handicap ?

Quelles sont les perspectives de l'éducation nationale en terme d'inclusion scolaire ?

Quelle est la temporalité/rythme de la transformation de l'offre (c'est-à-dire des classes externalisées) ? Augmentation du nombre d'UEE, UEMA... est-il suffisant pour répondre aux besoins identifiés ?

Est-ce que l'accompagnement du parcours des enfants en situation de handicap au sein de l'école est efficace et satisfaisante selon vous ? Comment le volet éducatif s'articule avec les autres parties prenantes de son parcours ? Projet personnalisé de scolarisation, équipe de suivi de la scolarisation que pensez-vous de ces outils et dispositifs ?

Est-ce que l'utilisation du GEVA sco (guide d'évaluation des besoins de compensation en matière de scolarisation) entraîne des réorientations (évaluation du maintien de la place dans l'école) ?

Quels sont les critères de l'éducation nationale pour accueillir un jeune en situation de handicap au sein de l'école ?

Quelles sont les contraintes majeures qui pèsent sur l'éducation nationale pour avancer vers l'inclusion scolaire des jeunes en situation de handicap ?

Quelle est la perception des enseignants sur l'inclusion scolaire des enfants en situation de handicap ?

· **Liens entre l'éducation nationale et le CPOM :**

Quelle est la place de l'éducation nationale dans l'élaboration des CPOM ?

Est-ce que vous êtes souvent sollicité sur la relecture des CPOM ?

Quelles sont vos attentes vis-à-vis du CPOM ?

· **Moyens d'actions et outils pour articuler éducation nationale et médico-social**

Quels sont les moyens d'actions dont vous disposez pour travailler avec le secteur médicosocial ?

Sur quels supports vous vous appuyez pour ancrer les relations de travail entre éducation nationale et médico-social ? (Agréments, contrats ... ?)

Comment fonctionne le conventionnement avec les ESMS ? Prévision des capacités, durée de la convention, financements ?

· **Les dispositifs au service de l'inclusion scolaire**

Quels sont les dispositifs les plus faciles à mettre en place, au contraire quels sont ceux pour lesquels la mise en place est plus complexe ?

UEMA (Médico-social dans l'école), UEEA (école avec un renfort médico-social) Qu'est ce qui est le plus facile à mettre en place ?

Quels peuvent être les freins structurels à la mise en place des unités d'enseignement externalisée ?

Quelles sont les principales demandes de la part des établissements médico-sociaux en terme d'évolution de l'offre en lien avec la scolarisation ?

Quelles sont les principales demandes des familles pour la scolarisation des enfants en situation de handicap ?

· **Autre**

Souhaitez-vous ajouter quelque chose pour compléter vos réponses ?

Annexe 2 : Entretiens

Entretien n°1 <i>Directeur général 1</i>
<p>Présentation de l'acteur :</p> <p>Directeur général de deux associations gestionnaires d'établissements accueillant des enfants en situation de handicap dont les structures se situent toutes sur le territoire d'Ille et Vilaine. La personne occupe ce poste depuis 2015 pour la première association et 2019 pour la seconde.</p> <p>Prise de contact: <i>E-mail</i></p> <p>Entretien téléphonique ou physique : Physique, au siège de la première association.</p> <p>Date : 17/07/2020</p> <p>Durée : 1h06</p>

Éléments d'observation	
<p><i>Le siège de l'association se situe dans des locaux récents et spacieux. Avant l'emménagement dans ces locaux, l'association ne disposait pas de siège social spécifique.</i></p>	
Principaux thèmes identifiés	
Thème 1 : la transformation de l'offre	Changement des autorisation des établissements en rompant avec la logique de tranches d'âge
Thème 2 : Changement de pratiques professionnelles	<p><i>"certains professionnels ont l'impression de ne pas faire leur travail aussi bien qu'avant et qu'aujourd'hui ils font seulement du saupoudrage"</i></p> <p><i>"les professionnels de terrain sont habitués a peu bouger leurs fonctionnements, donc il y a de l'inertie"</i></p>
Thème 3: Suivi du CPOM	<p><i>"en capacité ils de mesurer l'activité telle que c'est attendu dans le CPOM"</i></p> <p><i>"on n'est pas bon sur le suivi des indicateurs / "repères d'avenir" afin d'orienter l'activité"</i></p>

Entretien n°2

Directeur des projets et du développement

Présentation de l'acteur :

Directeur des projets et du développement d'une association gestionnaire d'établissements accueillant des enfants et des adultes en situation de handicap, ainsi que d'établissements de service et d'aide à l'insertion par le travail. Les structures se situent toutes sur le territoire d'Ille et Vilaine.

Prise de contact: *E-mail*

Entretien téléphonique ou physique : Physique, au siège de l'association.

Date: 20/07/2020

Durée : 56 min

Éléments d'observation

Le siège de l'association se situe dans des locaux investis il y a quelques années. aujourd'hui ces locaux sont trop petit pour accueillir l'ensemble des services du siège, un déménagement est prévu l'année prochaine.

Principaux thèmes identifiés

Thème 1	Verbatim s'il y a OU explication si pas de verbatim? <u>N° de page</u>
Thème 2	
Thème 3 : Suivi des CPOM	<p><i>"Le CPOM est un bon outil d'accompagnement au changement pour mieux répondre aux attentes à partir du moment où il est bien approprié du haut vers le bas. Cela ne doit pas être: le CPOM on en parle quand on négocie et puis on en reparle cinq ans après."</i></p> <p><i>"si on écrit réfléchir à la structuration d'une commission d'admission cela ne donnera rien, mais si on écrit dans tous les CPOM mettre en place une commission d'affectation alors cela aura de l'impact"</i></p>

Thème 4 : le financement	<i>“toutes les associations sont d’accord sur la nécessité de réformer la tarification et la nécessité de solvabiliser la personne. La CNSA est d’accord sur le principe mais dans les modalités d’applications il y a des désaccords parfois importants”</i>
--------------------------	---

<h2 style="margin: 0;">Entretien n°3</h2> <h3 style="margin: 0;">Directeur général 2</h3>
<p>Présentation de l’acteur :</p> <p>Directeur général d’une association regroupant des établissements sanitaires et médico-sociaux spécialisés dans l’accompagnement des enfants présentant des déficiences sensorielles. Les structures se situent toutes sur le territoire d’Ille et Vilaine. La personne occupe ce poste depuis moins d’un an, auparavant elle travaillait dans le secteur de l’aide sociale à l’enfance.</p> <p>Prise de contact : <i>E-mail</i></p> <p>Entretien téléphonique ou physique : Physique, dans le bureau du directeur général.</p> <p>Date : 21/07/2020</p> <p>Durée : 57 min</p>

Éléments d’observation	
<i>Le bureau du directeur générale se trouve au sein d’un des établissements de l’association; Après visite des locaux, il peut être observé que l’association dispose d’un important patrimoine immobilier dont une partie est très récente et une autre partie, plus ancienne, est inoccupée et doit faire l’objet de rénovations.</i>	
Principaux thèmes identifiés	
Thème 1 :	
Thème 2 : Le périmètre du CPOM	<i>“le cadre du CPOM doit permettre une certaine souplesse en raison de la temporalité longue du contrat qui ne permet pas de définir précisément ce qui sera fait pendant les cinq années à venir”</i>

Thème 3 : Le suivi du CPOM	<p><i>“qu’il n’est pas possible pour une association de se projeter à cinq ans. Le secteur évolue très vite et il est très difficile de savoir où on en sera dans cinq ans”.</i></p> <p><i>“parfois avec les autorités nous sommes dans des logiques complètement différentes”</i></p>
Thème 4 : l’accompagnement au changement	<p><i>“les travailleurs sociaux ont du mal à dire ce qu’ils font, et à objectiver. Et de s’obliger à dire, à quel besoin on répond, qu’elle prestation on met en œuvre, ça permet de voir ce que l’on fait”.</i></p> <p><i>“la transformation de l’offre médico-sociale on est en plein dedans parce qu’on est appelés à devenir dispositifs intégrés en 2021, mais ça c’est du temps parce que ça veut dire travailler avec les professionnels pour qu’ils comprennent le sens et voient l’intérêt et ça ne se fait pas du jour au lendemain. [...] il faut faire de la pédagogie auprès des professionnels et ça demande du temps, ma ça ne n’est pas du temps de perdu”</i></p>

<h2 style="margin: 0;">Entretien n°4</h2> <p style="margin: 0;"><i>Inspecteur éducation nationale ASH</i></p>	
<p>Présentation de l’acteur :</p> <p>L’IEN ASH interrogé, est responsable de l’adaptation scolaire et la scolarisation des enfants en situation de handicap à l’école primaire sur le territoire d’Ille et Vilaine. Cet acteur travaille en étroite collaboration avec l’ARS pour l’organisation du secteur médico-social.</p> <p>Prise de contact: <i>Physique, lors d’une réunion</i></p> <p>Entretien téléphonique ou physique : Téléphonique suite à un contretemps ayant empêché un entretien physique.</p> <p>Date : 22/07/2020</p> <p>Durée : 1h24</p>	

<h3 style="margin: 0;">Principaux thèmes identifiés</h3>	
Thème 1 : Lien entre EN et ARS	<p>EN est signataire des CPOM en Ille et Vilaine</p> <p>Bonne coopération entre les partenaires du secteur du handicap</p>

Thème 2 :	Triptyque scolarisation (apprentissage + en groupe + avec un adulte enseignant)
Thème 3	Différence entre école inclusive et inclusion scolaire
Thème 4	L'évolution de l'école se joue sur des générations de professeurs. Il est difficile de changer les méthodes de travail pour accepter de former les professeurs.

Entretien n°5

Agent de l'ARS 1

Présentation de l'acteur :

Agent de l'ARS au sein de la délégation départementale d'Ille et Vilaine, en charge de l'offre médico-sociale enfance dans le champ du handicap depuis 2015.

Prise de contact: *Physique*

Entretien téléphonique ou physique : Physique, dans le bureau de l'agent.

Date : 22/07/2020

Durée : 48 min

Principaux thèmes identifiés

Thème 1	<i>Verbatim s'il y a OU explication si pas de verbatim? <u>N° de page</u></i>
Thème 2 : le CPOM comme outil de planification	<p>Le CPOM permet de <i>"lisser certains écarts qui peuvent exister de manière historique sur les financements"</i></p> <p><i>"normal de fixer des objectifs communs aux établissements car ce sont les objectifs que l'ensemble du secteur poursuit"</i></p>
Thème 3	

Thème 4 : Serafin	<i>“même si on n’y voit pas encore très clair sur Serafin, il est important que les ESMS raisonnent en mode Serafin et que la MDPH raisonne en mode Serafin mais on en est loin car cela va changer les pratiques”</i>
-------------------	--

Entretien n°6

Agent de l’ARS 2

Présentation de l’acteur :

L’agent travaillait auparavant sur la contractualisation CPOM dans le secteur médico-social et sanitaire. Suite à une réorganisation récente des services de l’ARS, cette personne est devenue responsable du pôle transformation de l’offre sur l’ensemble de la région Bretagne au siège de l’ARS.

Prise de contact: *E-mail*

Entretien téléphonique ou physique : Physique, dans le l’agent.

Date : 12/08/2020

Durée : 1h07

Éléments d’observation

Le bureau de l’agent est équipé de carte ce qui permet d’envisager la répartition de l’offre sur l’ensemble du territoire.

Principaux thèmes identifiés

Thème 1 : Les objectifs du CPOM	<i>“cet objectif n’est pas tenable” (relatif aux amendements creton)</i>
Thème 2 : Le CPOM comme outil de planification	<i>“s’intéresse à l’offre des gestionnaires séparément les uns des autres”</i> <i>“suffisamment de souplesse pour que les établissements puissent s’y adapter et établir des prévisions sur cinq ans”</i>

Thème 3: Le suivi du CPOM	<p><i>“indicateurs word”</i></p> <p><i>“Si le nombre d’indicateurs n’est pas limité, il est possible d’imaginer une multitude d’indicateurs afin de donner la photo la plus complète de la situation.”</i></p> <p><i>“peu d’indicateurs, qui peuvent sembler rustiques mais qui pourront être suivis.</i></p>
Thème 4	

Entretien n°7

Directeur d’établissements

Présentation de l’acteur :

Directeur de trois établissements spécialisés sur le secteur de l’enfance dans le département d’Ille et Vilaine. La personne occupe cette fonction depuis 2017. Avant cela, elle travaillait dans la direction d’établissements sur le secteur adulte.

Prise de contact: *Physique*

Entretien téléphonique ou physique : Physique, dans la salle de réunion de l’établissement.

Date : 17/08/2020

Durée : 42 min

Éléments d’observation

Le directeur ne dispose pas de bureau qui lui soit attribué dans cet établissement.

Principaux thèmes identifiés

Thème 1 : La mutualisation	<i>“un bénéfice pour les ESMS de pouvoir se partager les services d’un même professionnel sur plusieurs sites”</i>
Thème 2	
Thème 3 : Le CPOM comme outil de management	<i>“non”</i>
Thème 4 : L’appropriation du CPOM	Le CPOM sera un document <i>“conforme”</i> s’il est réalisé par le directeur uniquement.

Annexe 3 : Analyse comparée des CPOM

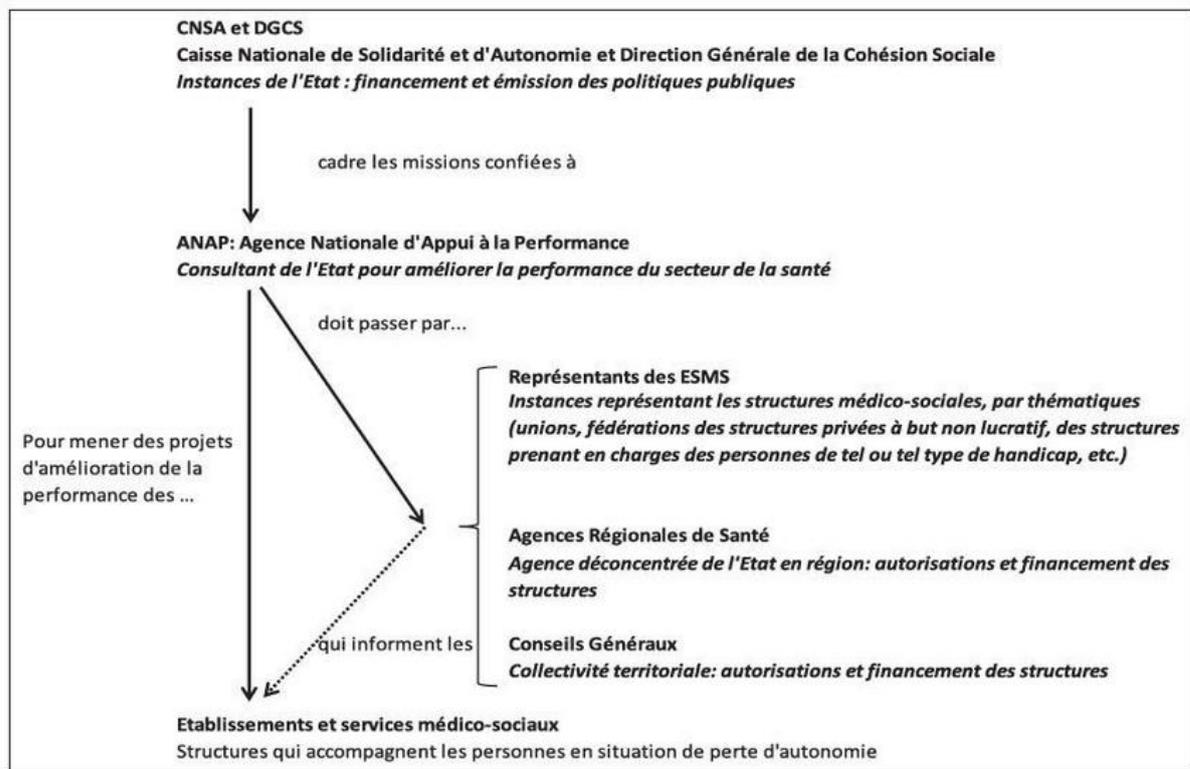
Six CPOM ont été analysés. Quatre sont des CPOM de première génération signé entre 2014 et 2019 sur le territoire brétillien. Deux sont en cours de négociation. Ce sont des CPOM relevant de la compétence exclusive de l'ARS

	OG1	OG2	OG3	OG4	OG5	OG6
Date création OG	1959	1961	?	1975	1969	?
Nombre ESMS	6 ESMS l'enfance dans le 35.	26 ESMS (13 enfance et 13 adulte)	1 ESMS enfance	18 ESMS enfance	2 ESMS enfance disposant chacun de plusieurs dispositifs	18 (2 enfance et 16 adulte répartis dans 35 et 56)
Capacité d'accompagnement	166	2316	101	434 (pour 10 ESMS)	275	547
Observation activité	Réduction significative (environ 50%) de l'activité d'internat au profit d'une activité ambulatoire et semi internat	Activité relativement stable par comparaison avec les années précédentes	Inversement des capacités d'internat et semi-internat (désormais respectivement 10 et 65) Augmentation de 13 places des PMO > forte transformation	Pas de diagnostic activité antérieure	Important sous occupation de l'internat des établissements (environ 51%) qui s'explique par un basculement de l'offre vers le semi internat	baisse de l'activité d'internat au profit du semi internat sur les trois dernières années
taux d'occupation	91% en moyenne	88% en moyenne	95%	93% (il existe des ESMS types CAMSP pour lesquels il n'est pas possible d'établir un taux d'activité)	92% en moyenne	91% en moyenne

Nombre moyens d'indicateurs sur 5 objectifs	5	7	6	4	Pas d'indicateurs	5
Objectif portant sur le passage à l'âge adulte	Non	Oui	Oui	Oui	Non	Oui
Création siège social	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Non
Usage PAP	Oui	Oui	Non	Non	Non	Non
Illustration indicateurs non mesurables		“effectivité des coordinations des ouvertures coordonnées entre établissements et service d'aide par le travail (ESAT) et foyer”		“adapter et optimiser les organisations et les dispositifs aux besoins d'accompagnement des personnes”		

Annexe 4 : Acteurs du secteur médico-social

Figure 3 : **LES DIFFÉRENTS ACTEURS DU SECTEUR MÉDICO-SOCIAL**



Source : Le rôle des acteurs dans la gestion d'un projet d'implantation d'un tableau de bord dans le secteur médico-social p 431 à 461 - Célia Lemaire, Thierry Nobre - 2014

Annexe 5 : Evolution de la scolarisation des enfants en situation de handicap

1 Évolution de la scolarisation des enfants et adolescents en situation de handicap

	2004	2006	2011	2012 hors Mayotte	2012 y.c. Mayotte	2013	2014	2015	2017	Évolution annuelle moyenne depuis 2012 (%)
Premier degré	96 396	111 083	130 517	135 907	136 421	141 565	151 412	160 043	181 158	5,8
<i>dont PPS (1)</i>	-	89 045	130 517	135 907	136 421	141 565	151 412	160 043	181 158	
Classe ordinaire	58 812	71 399	86 089	90 705	90 900	94 782	103 908	111 682	130 506	7,5
ULIS	37 584	39 684	44 428	45 202	45 521	46 783	47 504	48 361	50 652	2,2
% public	91,5	91,5	90,1	90,0	90,0	90,0	90,0	90,0	90,3	
Second degré	37 442	44 278	79 878	89 035	89 142	97 595	108 529	118 935	140 318	9,5
<i>dont PPS (1)</i>	-	28 789	79 878	89 035	89 142	97 595	108 529	118 935	140 318	
Classe ordinaire	31 454	34 928	56 719	63 244	63 261	68 473	75 941	82 875	98 445	9,2
<i>dont Segpa collège</i>	n.d.	7 571	15 788	16 029	16 030	15 582	15 491	15 558	15 340	-0,9
ULIS	5 988	9 350	23 159	25 791	25 881	29 122	32 588	36 060	41 873	10,1
Part du public (%)	88,5	87,0	84,5	84,0	84,1	83,9	83,5	83,2	83,3	
Total en milieu ordinaire	133 838	155 361	210 395	224 942	225 563	239 160	259 941	278 978	321 476	7,3
Établissements hospitaliers	6 922	6 097	8 153	8 273	8 273	7 931	7 769	8 140	8 086	-0,5
Établissements médico-sociaux	70 219	70 854	71 625	71 600	71 600	71 286	70 193	71 574	70 272	-0,4
Total étab' spécialisés (2)	77 141	76 951	79 778	79 873	79 873	79 217	77 962	79 714	78 358	-0,4
<i>dont scolarisation partagée</i>	n.d.	n.d.	7 132	7 075	7 075	7 524	7 656	8 359	9 063	5,1
Ensemble (3)	210 979	232 312	283 041	297 740	298 361	310 853	330 247	350 333	390 771	5,5

© DEPP

► Champ : France métropolitaine + DOM y compris Mayotte à partir de 2012, Public + Privé.

1. Voir « Définitions ».

2. Hors enfants accueillis et scolarisés pour de courtes périodes.

3. Hors scolarité partagée à partir de 2008 pour éviter les doubles comptes.

Source : Repères et références statistiques sur les enseignements, la formation et la recherche - 2018 - Ministère de l'éducation nationale.

