

Mission IGAS

Evolutions juridiques et transformation de l'offre

Audition de l'Unapei du 17/02/2021

Présents

Luc Gateau, Président de l'UNAPEI

Mickael Brandeau, Directeur Général Adjoint Adapei 35

Lionel Berthon, Directeur du pôle Développement et qualité du réseau

Yann Le Berre, Pauline Detuncq, Annelise Garzuel, chargés de mission Unapei Tête de réseau

L'Unapei en chiffres

- Créée en 1960, l'Unapei est la première fédération d'associations française de représentation et de défense des intérêts des personnes handicapées intellectuelles et de leurs familles
- 550 associations régionales, départementales ou locales
- 310 des 550 associations sont gestionnaires d'établissements et de services
- 200 000 personnes accompagnées
- 3 100 établissements et services médico-sociaux
- 600 ESAT ; 120 EA soit 60 000 travailleurs
- 70 associations tutelles

L'Unapei représente une diversité de personnes vivant avec des conséquences de troubles du neurodéveloppement : personnes avec déficience intellectuelle, avec troubles du spectre autistique, troubles du comportement ou troubles psychiques, ou en situation de polyhandicap.

Introduction

La mission d'évaluation prend comme point de départ la crise covid : l'Unapei s'interroge sur ce présupposé

- L'exemple de l'adaptation des associations pendant la pandémie qui serait à pérenniser nous interroge : nos associations ont fait face de manière exemplaire à une situation d'exception, dans des conditions particulières (redéploiement de moyens d'établissements fermés vers ceux restés ouverts notamment), et grâce à un surcroît de mobilisation, que ce soit de la part des aidants et des professionnels.
- Suite à cette crise, les personnels sont épuisés et n'ont pas été reconnus pour leur engagement (cf. prime covid non distribuée à tous et très limitée, pas de revalorisations salariales). Sur le terrain, la levée des obstacles administratifs et réglementaires a en effet pu permettre des avancées mais il ne faut pas oublier le contexte dans lequel cela a eu lieu. Nous avons notamment dû pallier les manquements de l'Etat... (ex : fourniture de masques etc.)
- Nous nous demandons donc pourquoi cette précipitation en l'absence de bilans partagés de la crise. Quelle étude de l'impact de la crise sur l'accompagnement des personnes ? Nous postulons une efficacité qui n'a pas été démontrée.
- Par ailleurs, la lettre de mission postule que la crise covid aurait freiné la création de places nouvelles. Ce qui ne manque pas de nous étonner au regard de la faiblesse des créations prévues.

S'agissant de la réponse proposée par les communautés 360, l'Unapei reste très vigilante et réservée

- Nous avons questionné d'emblée la plus-value de ce nouveau dispositif d'accompagnement et fait part de nos réserves dès les mois de mai et juin. En effet, le gouvernement propose un nouvel outil mais nous demandons quelle est sa plus-value pour les personnes et leurs familles par rapport à l'existant ? Par rapport à la RAPT ? Les PCPE ? Les territoires 100% inclusifs ? Le manque de recul et d'analyse est manifeste.
- Sur les territoires, les associations de notre réseau se sont mobilisées, quand cela avait du sens et que cela pouvait apporter une plus-value. Ce qui marche, fonctionne bien souvent, grâce à l'antériorité des synergies ou des projets associatifs sur place.
- L'Unapei a rappelé des points de vigilance afin de clarifier les attendus pour la suite des travaux sur les communautés 360.

- Trois points nous semblent essentiels :
 1. Clarifier la visée des communautés 360, face à une pénurie d'offre adaptée : en France, la situation sur le territoire se caractérise par une pénurie de services et une inadaptation de ces derniers. Les situations constatées sur le terrain révèlent des carences récurrentes dans l'accompagnement des personnes handicapées, signe d'un déficit systémique qualitatif et quantitatif de l'offre.
 2. Inscrire la gouvernance des communautés 360 dans le périmètre de la 5ème branche dédiée au soutien à l'autonomie, avec un pilotage par la CNSA, dans un souci d'équité.
 3. Ne pas faire reposer l'inconditionnalité de la réponse sur la seule responsabilité des organismes gestionnaires. La politique publique du handicap repose sur la solidarité nationale qui nécessite un engagement de moyens de la part de l'Etat et des départements.

La transformation de l'offre ne peut pas être le seul levier, ni le seul indicateur de l'inclusion des personnes dans la société

- Le secteur médicosocial ne peut pas seul opérer les transformations structurelles de l'offre, l'environnement doit évoluer, les réponses nécessitent des implications fortes des partenaires (EN, CAF, CD, collectivités...). Cela nécessite une réflexion sur la structuration du pilotage, des échanges, des compétences, des financements. Les organismes gestionnaires ne peuvent pas porter l'entière responsabilité de la réponse aux besoins des PSH sur un territoire sans aucune prise en compte de la réalité des ressources et sans la nécessaire adaptation des moyens.
- Nous voulons des garanties pour que l'accompagnement des personnes que nous représentons relève toujours de la solidarité nationale et que cet accompagnement soit de qualité pour les personnes, en adéquation avec leurs besoins et attentes. Cela suppose des moyens et de prendre le temps. En effet, il s'agit d'une conduite du changement : pour susciter l'adhésion de tous les acteurs (personnes elles-mêmes, familles, professionnels, associations et l'ensemble des acteurs de droit commun), il est nécessaire d'accompagner.

Ces précautions étant posées, nous constatons à ce jour des freins juridiques dans la mise en œuvre effective d'accompagnements intégrant davantage de souplesse et de modularité.

1) Quelles adaptations des conditions d'organisation permises par les ordonnances des 25 mars et 9 décembre vos établissements et services ont-ils utilisés ?

Les ordonnances ont été fortement utiles pour nos associations, notamment, sur le secteur enfant, avec les fermetures d'accueils collectifs sur sites. Les ordonnances ont permis une évolution des prestations sur de l'accueil individuel, du soutien à distance via des outils numériques, la mise en place de dossiers de partage avec les parents avec des outils pédagogiques, et surtout les visites à domicile ainsi que le répit. Les ordonnances ont servi « de catalyseur » à la transformation de l'offre sur le secteur enfant, dans une logique de dispositif, en mettant fin à la distinction IME/SESSAD.

Sur le secteur adulte, l'utilisation des ordonnances a été plus limitée, avec des places laissées vacantes par des personnes revenues au domicile de leurs parents et qui ont pu être redéployées pour du répit, et du soutien à domicile.

Cette souplesse de réponse a été permise grâce :

- d'une part, au maintien des Dotations Globales de Fonctionnement sans lien avec la mesure de l'activité,
- à des renforts de personnel venant d'ESMS fermés vers les établissements ouverts,
- et d'autre part, à la bonne volonté des aidants qui ont accepté de prendre à leur charge une partie importante de l'accompagnement quotidien, soulageant la pression sur les personnels d'établissements et services.

2) Quelles dérogations juridiques ainsi permises mériteraient à vos yeux d'être pérennisées ?

1. Fonctionnement en dispositif

Ces dérogations de fonctionnement ont permis à tous d'expérimenter le fonctionnement en dispositif, qui permet d'individualiser davantage les réponses proposées aux personnes. Il faudrait proposer au niveau national un cadre juridique harmonisé pour le fonctionnement en plateforme de services (définition, cahier des charges, modalités de financement et d'autorisation).

Il est notamment important d'autoriser officiellement le fonctionnement en dispositif Enfance. Pourquoi tant de retard par rapport au DITEP même si l'on ne cesse de nous annoncer que le cadre réglementaire ad hoc arrive... Actuellement, on peut regretter que les ARS soient obligées de « faire du bricolage », certaines de nos associations recevant par exemple « une sorte d'agrément en dispositif pour les IME.

Il est également nécessaire de clarifier nationalement les compétences et rattachements. A titre d'exemple : le transport relève à la fois du droit commun et des IME, la scolarité relève des effectifs école et IME... cela crée des obstacles avec l'Education Nationale, les départements et la CAF.

2. Permettre des réponses d'urgence sans notification MDPH avec l'encadrement juridique nécessaire

Par ailleurs, l'accueil dérogatoire sur les accueils temporaires, notamment pour les accueils en urgence, ont permis d'apporter des réponses rapides à des personnes qui en avaient besoin.

Il nous semble intéressant que chaque bassin de vie (y compris dans une optique C360) dispose d'un acteur de proximité assurant une ouverture 365 / 365 pour répondre aux situations d'urgence, aux besoins de répit et permettre des changements d'environnement (prévention des troubles du comportement), quitte à ce qu'une sous-activité soit acceptée en temps ordinaire.

Il nous semble important de souligner néanmoins que les situations d'urgence témoignent d'un manque de réponses adaptées et d'anticipation en amont. L'Unapei milite pour qu'une politique chiffrée des besoins et des attentes soit mise en place pour une meilleure anticipation et accompagnement des personnes en situation de handicap.

3) Quelles autres propositions d'assouplissement et de modularité du fonctionnement vous paraîtraient utiles ?

Modularité de l'accompagnement, notamment au service de besoins ponctuels

Il semble logique de permettre (car dans les faits cela se pratique) aux associations et aux directions d'admettre sans notification, notamment au service des approches modulées (accueils durant les vacances, remplacements de longues absences, fonctionnement des IME l'été en centres de loisirs). Néanmoins, il paraît important d'encadrer cette souplesse de fonctionnement pour en délimiter le périmètre et l'objectif. Il faut notamment garantir pour les adultes le respect de leur consentement dans la mesure où leur place en établissement constitue leur domicile.

Mesure et définition de l'activité

Aujourd'hui les modalités de mesure de l'activité peuvent être un frein à des fonctionnements modulaires car l'activité est mesurée par établissement (logique de silo).

Il faut cesser de regarder l'activité par l'effectif autorisé (l'agrément) mais bien par l'activité réalisée (le nombre de jours / nuits réalisé) et surtout la file active (à combien de personnes l'établissement rend-il service sur une année civile).

Il est également impérieux de reconnaître qu'accompagner plusieurs personnes sur une même place « coûte » plus cher que le faire pour un seul « titulaire », c'est accepter un surcoût en matière de coordination, de temps d'assistante sociale ou de fonction pivot d'accueil et de sa préparation...).

Le guide dit de « Mesure de l'activité » publié par la CNSA en janvier 2019 apporte des éclairages. Il mérite cependant d'être éclairci sur plusieurs points :

- comptabilisation en séances ou d'actes,
- définition de la file active,
- définition des « absences ».

L'absence de définition claire rend le calcul de l'activité difficile et rend impossible de nombreuses comparaisons. Par exemple, il est important de fixer des définitions claires des termes « séance » versus « acte » pour prendre en compte les différents cas de figure : certains cas atypiques nécessitant un accompagnement tant en durée qu'en prestation (travail avec un groupe, 2 thérapeutes pour la même séance, 1h ou ½ journée...).

Dans la même idée, il est nécessaire d'engager un fonctionnement ambulatoire basé sur les séances et non les actes. L'acte est le moyen (un éducateur qui se déplace) une séance comporte une notion d'objectifs (ex : un éducateur se déplace dans une école en vue de travailler avec lui ses acquisitions scolaires). La question de la porosité entre ambulatoire et établissement doit également être posée. Comment fait-on pour comptabiliser une activité pour un jeune qui est à la fois accueilli en IME mais également en PMO (Prestation en Milieu Ordinaire) le même jour ?

Il est donc essentiel de revoir les textes sur la mesure de l'activité qui sont totalement pernicieux et contre-productifs en la matière, notamment dans la méthode de décompte des journées et nuitées en unités d'équivalence. C'est d'ailleurs tout l'enjeu des travaux entamés dans le cadre de la réforme de la tarification sur cette problématique. Le groupe de travail dédié par Serafin-PH est pour nous d'une importance stratégique dans la construction du modèle tarifaire.

4) Le projet des communautés « 360 Covid » devait favoriser l'émergence d'initiatives territoriales en réponse à la crise covid-19 : quel est son degré de déploiement ? peut-on d'ores et déjà en faire un bilan ?

Sur les territoires, les associations de notre réseau se sont mobilisées, quand cela avait du sens et que cela pouvait apporter une plus-value. Mais l'Unapei reste très vigilante quant à l'articulation des différents dispositifs et à la cohérence globale de la politique publique du handicap. Le risque d'empilement des dispositifs et de bureaucratisation

a notamment été souligné dans un rapport d'évaluation commandé par la CNSA et réalisé par trois chercheurs (P-Y Baudot, E. Aragona et Magali Robelet).

On observe un déploiement très inégal selon les territoires. En effet certaines de nos associations impliquées dans la communauté de leur territoire nous remontent une très faible activité. Cela est notamment dû aux temporalités très différentes dans lesquelles les pouvoirs publics locaux s'étaient saisis du projet.

D'après nos remontées, là où ces communautés 360 fonctionnent le mieux et ont suscité le plus d'adhésion des acteurs, c'est soit :

- quand cette logique de coopération entre acteurs était préexistante,
- quand la RAPT était dysfonctionnelle.

Nous soulignons un vrai risque de démobilisation des acteurs dans les territoires où peu d'appels sont enregistrés (Ex : Le Havre, Lens + bilan réalisé par l'Anap).

Néanmoins faire un premier bilan est aujourd'hui prématuré. D'autant que la crise covid n'est pas terminée.

Nous soulignons par ailleurs que le montant du financement conditionnera le périmètre d'intervention. Aujourd'hui, 100 000 à 150 000 euros sont évoqués. S'il y a une montée en charge (par une communication forte, le numéro sera plus repéré avec plus lisibilité), l'enveloppe sera-t-elle suffisante ? On peut prévoir des paliers mettant en adéquation activité/population et crédits avec un budget socle pour les zones rurales. En tout cas, il faudra clarifier l'enveloppe budgétaire allouable car c'est elle qui déterminera les ambitions et les usages possibles. Nous sommes favorables à une déclinaison infra-départementale, ce qui nécessite davantage de moyens.

5) Perspectives concernant les communautés 360 : quels sont les freins à lever ?

Nous souhaitons revenir ici sur les trois points essentiels évoqués en introduction :

1. Clarifier la visée des communautés 360 face à une pénurie de services

Le dispositif « communautés 360 » ne saurait pallier la pénurie de réponses adaptées signalée depuis de nombreuses années par les associations représentatives des personnes en situation de handicap et leurs familles, et constatée par de nombreuses instances européennes et internationales.

La CNSA elle-même l'a constaté dans son rapport de synthèse des rapports annuels des MDPH en 2017 (p.129) :

« Les MDPH soulignent dans leurs rapports d'activité leurs difficultés à orienter au mieux les usagers dans des contextes parfois contraints où l'offre ne correspond pas aux besoins. De nombreuses MDPH évoquent un déficit de places, en particulier dans les structures d'accompagnement pour les enfants, et des difficultés à assurer une prise en charge et une coordination suffisante avec la pédopsychiatrie. Elles

soulignent l'important impact de ces inadaptations sur les parcours des usagers : en l'absence de réalisation de l'orientation cible, la construction des réponses se complexifie et prend plus de temps, et la réponse finale apportée à l'utilisateur peut ne pas répondre à ses besoins. »

Pour permettre aux personnes en situation de handicap d'avoir accès à une gamme de réponses variées de qualité, et en nombre suffisant permettant à l'ensemble des personnes de mener une vie autonome et incluse dans la société, il est urgent d'investir dans le déploiement de solutions d'accueil et de services d'accompagnement.

- 2. Inscrire la gouvernance des communautés 360 dans le périmètre de la 5ème branche dédiée au soutien à l'autonomie, avec un pilotage par la CNSA, dans un souci d'équité**
- 3. Refuser que l'inconditionnalité de la réponse repose sur la seule responsabilité des organismes gestionnaires**

Il est indiqué dans le document proposé par le SEPH que *« l'inconditionnalité de la réponse aux besoins des personnes en situation de handicap repose sur une responsabilité de tous les organismes gestionnaires à considérer l'ensemble de la file active du territoire dans l'objectif, notamment, de mettre fin aux files d'attente »*. Il ne nous semble pas que cela puisse être de la seule responsabilité des organismes gestionnaires.

D'une part, le caractère inclusif des réponses apportées par le dispositif « 360 » ne peut opérer que si les acteurs du droit commun, du social et de la santé sont également impliqués et donc co-responsables. Or la coopération des secteurs précités nécessite l'adoption d'une politique globale et intégrée et une véritable transformation de la société entière.

D'autre part, la réussite des communautés 360 repose certes sur l'engagement des organismes gestionnaires et de leurs professionnels mais à notre sens, elle repose avant tout sur l'engagement de l'Etat et des départements. La notion de « responsabilité populationnelle » des établissements et services, qui est notamment utilisée dans la lettre de mission, ne doit pas aboutir à un désengagement progressif de l'Etat et des collectivités territoriales dans leur mission de solidarité nationale. Ceux-ci doivent rester les garants du droit à un accompagnement adapté.

Enfin, si les orientations MDPH dans leur forme actuelle (place en établissement) ne sont certes pas satisfaisantes, les orientations MDPH assureraient une forme d'opposabilité du besoin pour les personnes et leurs familles en capacité de faire valoir leurs droits. Il est important que cette opposabilité, cette garantie des droits des personnes à un accompagnement adapté à leurs besoins trouve une forme dans la nouvelle organisation territorialisée des réponses proposées aux personnes. Si ce sont les gestionnaires de plateformes de services qui sont considérés d'office comme devant couvrir les besoins de toute la population de leur territoire, il n'y aura plus d'évaluation externe des besoins. Or, comment rendre visible à l'avenir des écarts entre les besoins et l'offre disponible ?

6) Quelles autres évolutions juridiques vous paraissent-elles souhaitables, notamment en matière de planification et d'autorisation des capacités d'accueil et d'accompagnement ?

Soutenir et permettre une innovation de la part des associations

D'un côté, nous souhaitons laisser davantage aux associations la possibilité d'innover et d'anticiper de futures solutions car elles ont une connaissance fine des besoins sur leur territoire.

Nous proposons ainsi :

- D'autoriser les associations (ou des organisations multi opérateurs) à faire des allers retours, des expérimentations pour des budgets sanctuarisés sur 3 ans avec une pérennisation des financements en cas de démonstration de la pertinence du dispositif. Le niveau 3 des C360 pourrait être à ce niveau un point d'appui ;
- De permettre aux organismes gestionnaires de pouvoir déposer des projets en permanence, en dehors des appels à projets.

D'un autre côté, nous souhaitons attirer l'attention sur le risque de remplacer les appels à projets par des AMI comme suggéré dans la lettre de mission pour transformer l'offre plus rapidement.

En effet, les appels à projets présentent l'avantage de partager le diagnostic avec l'ensemble des acteurs du handicap impliqués dans les commissions. Ils offrent un cadre clair et assurent la transparence des critères de sélection. Ce qui n'est pas le cas pour les AMI. Nous nous interrogeons également sur cet impératif de rapidité. En effet, proposer des réponses de qualité prend du temps.

Aujourd'hui la coexistence d'appels à projets, d'AMI et d'appels à candidature, avec des délais de réponse très variables, génère un certain flou pour les acteurs de terrain.

Il est par ailleurs important de clarifier le rôle des communautés 360 sur la future planification de l'offre. Quelle articulation entre le niveau 3 des Communautés 360 et la mission des ATC de planification de l'offre ?

ANNEXES :

Passage du fonctionnement ESMS à plateformes de service : les freins juridiques et opérationnels constatés sont les suivants :

Un cadre juridique inexistant pour les plateformes de service :

- Au niveau national, l'absence de cahier des charges, de reconnaissance juridique et de définition (besoin d'harmonisation et clarification des points de convergences, des déterminants)

Un cadre juridique actuel non adapté aux transformations en cours :

- Des autorisations non globalisées (CPOM par ESMS autorisés ; Rapport d'activité par ESMS autorisés, Evaluations internes et externes par ESMS autorisés, EPRD par ESMS autorisés)
- Des notifications MDPH trop cloisonnées et basées sur l'offre (orientation vers un type d'ESMS autorisés) avec une évaluation insuffisante des besoins d'accompagnement

Un financement cloisonné : par ESMS autorisés et par taux d'occupation :

- Un suivi comptable non adapté aux accompagnements modulaires
- Absence de comptabilité analytique
- Hétérogénéité dans la comptabilisation des prestations
- Des pratiques non harmonisées entre les ARS et les CD

Les systèmes d'information :

- L'absence d'interopérabilité entre systèmes d'informations (logiciels métiers, SERAFIN-PH, Via Trajectoire, ROR, tableaux de bord, ...)
- Des outils non harmonisés avec les nouvelles nomenclatures (ex. Via Trajectoire)
- Des coûts élevés en moyen humain et financier pour déployer des systèmes d'informations (ex : extranet ou logiciel métier) notamment pour les petites structures (rédaction de cahier des charges, acquisition de logiciel, formation des professionnels, maintenance...)

La formation (des professionnels et des cadres)

- Une formation initiale des travailleurs sociaux et paramédicaux inadaptée (peu de sensibilisation au case management, à l'autodétermination, à l'empowerment, à la facilitation...)
- La nécessité de renforcer la formation continue pour les professionnels en poste afin de s'adapter aux nouvelles pratiques
- Une très faible implication des PSH dans la formation

Le maillage territorial

- Une offre pour l'inclusion à renforcer, notamment sur l'hébergement (manque d'offre d'hébergement adapté) et l'emploi (inadaptation du monde de l'entreprise)
- La difficulté à conventionner entre établissements du secteur médico-social
- Un problème de démographie médicale sur certains territoires qui rend le partenariat avec les libéraux plus complexe

Nos objectifs sur la transformation de l'offre

L'objectif de la transformation de l'offre médico-sociale est avant tout de **mieux répondre aux attentes et besoins des personnes** en situation de handicap et leur permettre d'**occuper toute leur place dans la cité**.

Cette transformation de l'offre doit :

- prévenir les ruptures de parcours, l'absence ou l'inadéquation des solutions aux besoins et aux attentes des personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie
- développer les réponses inclusives et faire évoluer les prestations de services pour répondre aux aspirations de mixité et de pleine citoyenneté des personnes en situation de handicap
- consolider une organisation territoriale intégrée au service de la fluidité des parcours de santé et de vie
- améliorer la qualité des accompagnements en favorisant l'adaptation des pratiques

Une société solidaire est une société qui ne renonce pas à soutenir, accompagner et inclure les personnes avec des besoins complexes. Or, les budgets ne proposent toujours pas de mesures à la hauteur des besoins de ceux qui restent, à ce jour, sans solution d'accompagnement adaptée et les problématiques que nous dénonçons années après années demeurent.

Concernant les nouvelles nomenclatures (2017)

Le décret n°2017-982 du 9 mai 2017 relatif à la nomenclature des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) accompagnant des personnes handicapées ou malades chroniques met en œuvre une démarche de simplification et d'assouplissement du régime d'autorisation. Il permet aux ESSMS d'adapter leurs accompagnements à des publics toujours plus diversifiés dans leurs typologie, besoins et aspirations ; en permettant l'assouplissement du périmètre des autorisations et habilitations associées. L'objectif est de lever les freins administratifs et organisationnels à la mise en œuvre, par les ESSMS, de parcours adaptés, en limitant les contraintes spécifiées au sein des autorisations (type d'accompagnement, type de handicap).

La simplification de la nomenclature des ESMS doit permettre de garantir toute la souplesse nécessaire aux établissements et services afin de leur permettre une meilleure individualisation des parcours des personnes et de pallier à d'éventuels refus de prise en charge.

Le cadre du décret :

- Le contenu des autorisations des ESMS était mal encadré en droit et dans la réalité très précis
- Une segmentation excessive des autorisations : la nomenclature FINESS est très large et est utilisée pour définir le contenu des autorisations
- Le décret insère dans le CASF une nomenclature simplifiée des ESMS (de 31 à 10) assurant l'accompagnement des personnes handicapées ou malades chroniques

Néanmoins ce décret n'est applicable que pour les nouvelles autorisations émises et des cas particuliers restreints. Il semble qu'il n'y ait pas une application automatique des nouvelles nomenclatures car les ARS butent sur la polyvalence et la globalité des places (difficile de gérer une tarification en places polyvalentes). A notre connaissance, il y a très peu de CPOM avec ce système des nouvelles autorisations.

La transformation de l'offre qui vise à s'adapter pour mieux répondre aux besoins d'un territoire et à apporter plus de souplesse dans les réponses apportées se voit toujours très contrainte par le système des notifications MDPH qui autorisent parfois une seule orientation à la fois, dans un seul établissement.

Contractualisation

Des points de blocage impactant le processus de contractualisation.

Les constats

- Peu de CPOM Tripartites : la signature de CPOM pluriactivités reste assez marginale dans certaines régions

- Une forme de **standardisation de la procédure de négociation CPOM** avec un **manque de réceptivité des financeurs à l'innovation** et la dépersonnalisation de ce contrat le réduisant à un simple acte administratif. Les financeurs renvoient les organismes gestionnaires vers des appels à projets qui ne sont pas toujours intégrés à la programmation de leur territoire

Il en résulte une connaissance partielle des financeurs sur la réalité de fonctionnement des ESMS, en déconnexion avec l'échelon départemental et le quotidien de terrain des structures.

Il faut donner plus de marge de manœuvre aux délégations départementales. Il y a une hypercentralisation des décisions et donner plus de force à la dynamique d'animation territoriale peut être utile pour les organismes gestionnaires.

Une convention collective obsolète

Le fonctionnement de nos structures sur la base d'une CCN66 dépassée par les enjeux d'aujourd'hui est aussi un véritable frein à la transformation de l'offre. Au-delà, nos organigrammes sont basés sur des diplômes (ME, ES, AES) qui ne font pas sens puisqu'ils ne disent pas la réalité des postes, et sont en décalage avec les besoins sociétaux liés à l'inclusion (soutien aux proches aidants, coordination de parcours). Dans l'idéal, il faudrait reconstruire une convention collective Sérafin-compatible basée sur les besoins exprimés des personnes en situation de handicap (autodétermination), et de leurs proches aidants, et bien entendu ceux identifiés aussi par les professionnels. Les postes qui sont à la base de nos organisations et leur formatage ne favorisent forcément pas la transition inclusive.

Sur le numérique et les SI

L'Unapei considère les systèmes d'informations et le virage du numérique comme hautement stratégiques dans le cadre de la transformation de l'offre. L'Unapei soutient le plan ESMS numérique avec la volonté d'équiper en matériel et d'envisager DUI (Dossier Unique de l'Usager) pour chaque personne.

Nous soutenons les objectifs du plan numérique :

- Développer les usages du numérique comme levier d'amélioration des parcours et d'appui aux professionnels
 - Soutenir les pratiques professionnelles et faciliter les échanges et le partage d'informations
 - Assurer une traçabilité
 - Développer les usages en mobilité
- Renforcer la possibilité, pour une personne accompagnée, d'être actrice de son parcours

- Des services pour faciliter sa participation à la définition de son projet d'accompagnement
- L'accès aux données la concernant
- Lui permettre de donner son avis sur l'accompagnement
- Disposer de données et outiller le pilotage du secteur
 - Améliorer la connaissance des personnes accompagnées et de leurs besoins ; des actions, des acteurs et des services rendus par les ESMS
 - Faciliter le pilotage (des organismes gestionnaires aux tutelles)

On rejoint donc les objectifs du programme afin d'accroître la maturité numérique de l'ensemble du secteur et d'améliorer la qualité et conformité des solutions logicielles utilisées par les ESMS.

Les sommes sont conséquentes pour le secteur PA-PH (30 millions d'euros dans le fonds d'amorçage pour 2021, puis 600 millions d'euros en pluriannuel au titre de l'investissement numérique).

Il faut cependant avoir une vigilance pour que ce plan numérique concerne également les petites et moyennes associations sans compétences techniques pour mettre en œuvre ce type de projets.

Autres points :

Il faut mettre en cohérence certaines orientations publiques qui demandent aux établissements d'être à la fois des « intermédiaires de l'inclusion » en soutenant les acteurs de droit commun, tout en refusant qu'ils dédient des moyens à ces missions (aujourd'hui il faut encore se battre pour que l'enveloppe ONDAM soit utilisée pour financer des interventions humaines de soutien aux professionnels de crèche ou de halte-garderie par exemple).

En parallèle, la politique petite enfance doit être mieux structurée (multiples acteurs et multiples financements à l'heure actuelle) pour que l'ensemble des enfants handicapés puissent accéder à un accueil.

De manière indirecte sur la transformation de l'offre, nous soulevons un point qui nous semble discriminant sur les activités paramédicales des jeunes en IME. Il y a aujourd'hui une impossibilité d'utiliser la carte vitale pour des activités par exemple d'orthophonie, puisque ces activités sont à charge de l'IME, et sont donc forcément limitées par les budgets (et cela, que les activités soient réalisées en interne ou en externe).