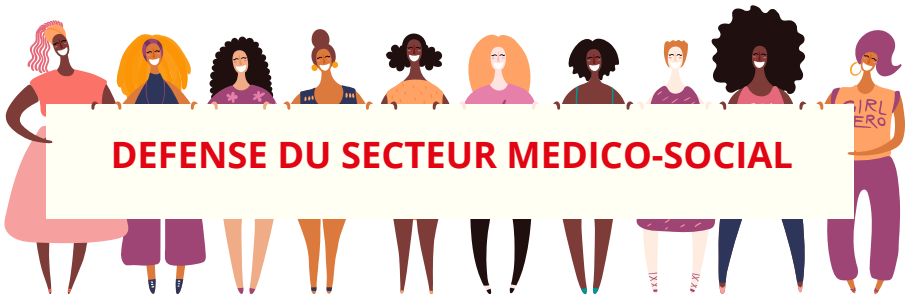
ESMS - Établissements Sociaux et Médico-sociaux

HANDICAP ET INCLUSION

# TRANSFORMATION DE L'OFFRE MÉDICO-SOCIALE

## VERS LA DISPARITION DES ÉTABLISSEMENTS SPÉCIALISÉS ?




MAI 2025

# INTRODUCTION

La FNAS FO est interpelée pendant l'été 2023 par des adhérents de la Région Centre Val de Loire (région pilote et précurseure dans le secteur médico-social).

La situation vécue par les salariés du secteur médico-social est inquiétante : réorganisations permanentes, pressions, stress, arrêts de travail, burn-out, démissions…

LA FNAS FO met en place un travail de réflexion collectif en défense du secteur médico-social, avec des adhérents des SDAS (Syndicats Départementaux de l'Action Sociale) 45, 41, 36, 37.

Lors du Congrès Fédéral en novembre 2023, le groupe propose un questionnaire à l'ensemble des SDAS pour avoir une vision d'ensemble des mutations en cours dans le médico-social. D'autres SDAS s'inscrivent dans les travaux, comme le SDAS 74.

Ce document fédéral est l'aboutissement de leurs travaux.

La FNAS FO remercie tous les camarades pour leur participation. Elle tient également à remercier le SDAS 92 pour son travail " Le petit livre noir de l'inclusion systématique et forcée ".

- Conçu sous forme de fiches explicatives, pour appréhender les nouveaux services ou dispositifs et décrypter les enjeux du nouveau vocabulaire des politiques sociales.

- Accompagné autant que possible par des témoignages de pratiques sur le terrain, il met en lumière la réalité et les conséquences humaines de cette transformation.

- Annoté par les commentaires de la FNAS FO, il apporte des éclaircissements sur nos positions et une analyse de nos revendications.

## Bonne lecture

# SOMMAIRE

**Fiches**


## PARTIE 1 : UN BOULEVERSEMENT IDÉOLOGIQUE

1 Constats et interrogations
2 La désinstitutionalisation
3 La réforme conceptuelle de l'inclusion
4 La réforme du financement avec Serafin PH

## PARTIE 2 : DE NOUVEAUX OUTILS

5 Projet Personnalisé d'Accompagnement (PAP)
6 Evaluation pour la programmation des objectifs (EPO)

## PARTIE 3 : DES DISPOSITIFS AU SERVICE DE LA TRANSFORMATION

7 Transformation des Instituts Médico-Educatifs (IME) en Dispositifs d'Accompagnement Médico-Educatifs (DAME)
8 Centre d'Activité Médico-Sociale Précoce (CAMSP)
9 Plateformes de Coordination et d'Orientation (PCO)
10 Réponse Accompagnée Pour Tous (RAPT)
11 Pôle de Compétences et de Prestations Externalisées (PCPE)
12 Communauté 360
13 Equipes Mobiles d'Appui aux Situations Complexes (EMASC)
14 Habitat Inclusif

## PARTIE 4 : DES DISPOSITIFS COMMUNS AVEC L'EDUCATION NATIONALE

15 Les Pôles Inclusifs d'Accompagnement Localisés (PIAL)
16 Dispositif d'Auto-Régulation (DAR)

## CONCLUSION

## REPERES HISTORIQUES ET CHRONOLOGIQUES

## CONFERENCES NATIONALES DU HANDICAP

## GLOSSAIRE

# PREMIÈRE PARTIE

# UN BOULEVERSEMENT IDÉOLOGIQUE

# CONSTATS et INTERROGATIONS

## DEMANTELEMENT

La transformation de l'offre

La transformation de l'offre se décline par un nombre important de projets ou dispositifs, induits par une politique d'inclusion menée à marche forcée.

Les impacts de cette transformation sont :

- déplacement des IME dans les écoles, ouverture des « DAME » (Dispositif d'Accompagnement Médio-Educatif),
- fermeture des internats,
- ouverture de plateformes,
- transformation des métiers,
- transformation des places en file active,
- ....

L'acte II de l'école inclusive accélère ce processus de démantèlement des institutions et des valeurs fondamentales du droit à bénéficier d'un accompagnement éducatif et de soin.

Les organisations et les conditions de travail sont fortement impactées.
Le passage d'une logique de places à une logique de parcours altère les modes d'intervention et les pratiques professionnelles.

## CONSTATS CHIFFRÉS

Le nombre d'enfants en situation de handicap scolarisés est passé de 120 000 en 2005 à 490 000 en 2024..., SAUF que personne ne peut indiquer si les enfants sont scolarisés 1 heure, 2 heures, 1 journée ou plus par semaine. C'est le flou le plus total.

**Quelques chiffres 2024 sur les IME :**

- Hérault : 27 % des enfants suivis par l'Unapei ne sont pas admis à l'école et 40 % ont moins de 6h/semaine.
- Ille et Vilaine : 247 enfants inscrits sur liste d'attente et moins de 18 % des jeunes bénéficient de + de 6h de scolarisation par semaine.
- Rhône : 556 jeunes accompagnés dont plus de la moitié ont entre 0 et 6h de scolarisation par semaine.
- Loire Atlantique: 929 enfants inscrits sur liste d'attente.
- Finistère: 254 enfants inscrits sur liste d'attente.

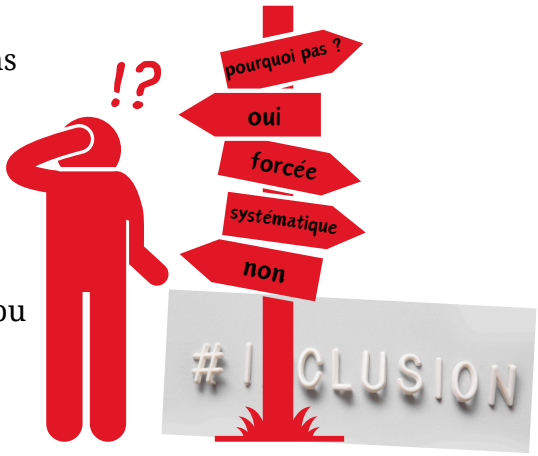
- 2 enseignants sur 10 ont suivi une formation.
- 9 sur 10 sont concernés au cours de leur carrière par l'accompagnement d'élèves à besoins particuliers.
- Annonce de la création de 500 Pôles d'Appui à la Scolarité (PAS) pour la rentrée de septembre 2025 !

## LE GLISSEMENT DU MÉDICO-SOCIAL VERS LA PROTECTION DE L'ENFANCE

Le manque de places en internat consécutif aux fermetures d'établissements met de nombreuses fratries et familles en difficulté.
Les dernières études sont unanimes, le nombre de mesures éducatives et de placement auprès d'enfants porteurs de handicap évolue de façon constante.
En 2021, 15 % des enfants confiés à l'ASE étaient en situation de handicap.
En 2023, c'est 25 %, allant parfois jusqu'à 40 % dans certains établissements.

Les travailleurs sociaux et paramédicaux ne sont pas opposés à l'inclusion.
La recherche d'autonomie, de progrès et d'émancipation a toujours été fondée sur des réponses éducatives et de soins.

**Mais aujourd'hui, l'inclusion c'est :**




- Rentrée 2024 : 24 000 enfants handicapés accueillis dans des établissements scolaires, faute de places en institut Médico-Éducatif (IME) notamment.
- Des burnout des enseignants et des professionnels de l'accompagnement.
- Des enfants déstabilisés jusqu'à des situations de rejet ou de maltraitance.
- Du harcèlement dans les écoles.
- Des parents sans solutions.
- Des personnels médico-sociaux en quête de sens.
- Un travail d'accompagnement et de soins morcelé et déstructuré….

Les bienfaits d'une inclusion sur-mesure dans, ou hors, les murs peuvent être reconnus par les parents et les professionnels.
Ils valorisent le principe des classes réduites, la reconnaissance de la différence, l'accessibilité, les équipements de pointe, le personnel qualifié… tout ce qui réduit les inégalités et les discriminations.
Si certains dispositifs conviennent aux enfants et répondent à leurs besoins, ils attestent de la nécessité d'allouer les moyens humains et matériels conséquents et indispensables.

**Une certitude : sans moyens à hauteur des besoins, pas d'inclusion !**

Fiche 2

# LA DÉSINSTITUTIONALISATION

**En 2017**, une rapporteure de l'ONU, Mme DEVANDAS-AGUILAR est missionnée pour examiner les questions liées aux droits des personnes handicapées en France.

**En 2019** elle écrit à propos des institutions :
*« Ces institutions restreignent toute la liberté des personnes handicapées, les séparent et les isolent de la collectivité, leur ôtent le choix et le pouvoir de décision en matière de lieu de vie et de mesures d'assistance, et les restreignent considérablement dans leur prise de décisions au quotidien. »*
*Prônant la pleine citoyenneté des personnes handicapées en milieu ordinaire « sur la base de l'égalité avec les autres », elle exhorte le Gouvernement à :*
*« - Fermer les institutions médicoéducatives existantes et de scolariser tous les enfants handicapés qui s'y trouvaient dans des établissements ordinaires, en veillant à leur apporter le soutien dont ils ont besoin ; (…)*
*- Adopter un plan d'action concret pour fermer progressivement tous les établissements (médico-sociaux) existants et transformer le marché actuel de l'offre de services aux personnes handicapées en une offre de services de proximité, notamment en matière de logements adaptés. »*

**Le 26 avril 2023,** Emmanuel MACRON, dans son discours à la conférence du handicap, énonce :
*« Une transformation des métiers d'abord, pour favoriser, fidéliser et recruter des professionnels du médico-social dont nous avons tant besoin et dont la reconnaissance statutaire et sociale conditionne l'épanouissement de ceux dont ils s'occupent. Là-dessus, nous continuerons le travail au-delà de ce qui a été commencé, transformation des structures ensuite, pour que les établissements spécialisés ne donnent plus l'image d'enceintes fermées, mises à l'écart. »*

**Ce 11 février 2025,** date anniversaire de la Loi Montchamp, le rapporteur de l'ONU, Jonas RUSKUS réitère ses recommandations. La France développe *« un système d'exclusion sociale »* et conserve *« une vision paternaliste »* du handicap. Plusieurs droits ne sont pas respectés, en particulier *« les droits civils qui garantissent le droit à participer à la vie de la société sont systématiquement violés »*, a-t-il ainsi déclaré. Cela concerne « *les 700 000 personnes sous tutelle ou curatelle* » mais aussi *« les personnes vivant en institution »*.

**La désinstitutionalisation en politiquement correct s'appelle « la transformation de l'offre » .**

La transformation de l'offre vise à « simplifier les parcours », proposer des solutions plus personnalisées, et des organisations plus souples et modulables.
Il s'agit de mettre en place des dispositifs et des plateformes.
C'est le passage de places à temps complet, à une logique de file active qui provoquent des accompagnements morcelés, séquentiels, partiels et forcément dégradés.

**Autrement dit, fermer petit à petit les établissements !**

# Fiche 2

## Témoignages

Pierre, déficient intellectuel sans le langage, est orienté et scolarisé dans un IME jusqu'à ses 18 ans à temps complet en internat, et vit chez un accueillant familial le week-end et les vacances scolaires. Sa mère l'accueille une demi-journée par semaine.

A partir de ses 18 ans, au nom de l'inclusion et du respect de la volonté de Pierre qui préfèrerait rester chez l'accueillant familial, l'accompagnement s'est modifié progressivement et insidieusement. Les temps à l'Institut Médico Éducatif et les prises en charge scolaires, éducatives et de soins diminuent ; les temps au domicile de l'accueillant familial augmentent.

Aujourd'hui, Pierre, 21 ans, est accueilli en hôpital de jour 3 demi-journées par semaine, un après-midi chez sa mère et une journée et demi en DAME (ex IME). Tout le reste du temps il est hébergé chez un accueillant familial, qui se charge également des transports pour les accompagnements médicaux et paramédicaux.

Pour Pierre, la situation va se dégrader, il a affaire à une démultiplication d'intervenants : tuteur, référent famille accueil, référent de parcours, référent projet personnalisé, coordinateur de parcours PCPE, référent de l'hôpital de jour, et les professionnels qui l'accompagnent au quotidien (IME, hôpital de jour, famille d'accueil, soignants).

Le constat des professionnels est sans appel : les crises se multiplient, Pierre a perdu en autonomie, l'accueillant familial est épuisé. C'est une situation qui s'est dégradée, mais elle coûte moins cher (3 journées en institution par semaine au lieu de 5). Jusqu'à quand ?

## Commentaires FO

## Simplification des parcours ou morcellement des réponses éducatives ?

**Les conditions d'accueil sont dégradées :**

- **passage de 6 jeunes à temps complet à 11 jeunes en file active séquentielle ;**
- **partage des chambres impersonnelles occupées tour à tour par les jeunes ;**
- **dislocation de la prise en charge (multitude d'acteurs) ;**
- **perte des repères ;**
- **remise en cause de l'objectif éducatif contenant et sécurisant ;**
- **mise à mal du travail éducatif sur le collectif, indispensable à l'apprentissage à la vie en société.**

**Les conditions de travail sont dégradées :**

- **morcellement de l'exercice professionnel ;**
- **perte du sens du travail de l'accompagnement de la personne ;**
- **sentiment de mal faire son travail, d'être empêché de le faire comme il le faudrait dans l'intérêt de la personne accompagnée.**

# LA REFORME CONCEPTUELLE DE L'INCLUSION

La transformation de l'offre s'est matérialisée différemment selon les départements et/ou régions.
L'Etat et l'Administration imposent une évolution du langage depuis des années.
Ils provoquent une transformation des pratiques sur la base d'une pensée unique.
Ce vocabulaire est emprunté au secteur marchand : management, collaborateur, N+1, démarche qualité, clients, innovation, performances, compétitivité et rentabilité…
S'ajoutent aujourd'hui « solutions », « dispositifs », « plateformes », « pôles », « communauté », … et de nombreux acronymes (voir le glossaire en fin de document).
Cette évolution sémantique efface la consonnance humaniste du secteur social et médico-social.

## Un exemple : L'AUTODÉTERMINATION

L'autodétermination renvoie au fait que la personne soit actrice de sa vie.
C'est un concept martelé dans toutes les politiques sociales.
Il pose, en théorie, le principe du droit propre à chaque individu de gouverner sa vie sans influence externe indue et à la juste mesure de ses capacités.

**L'éducation spécialisée :**
**Aider à l'autonomie de la personne,**
**pour avoir une place dans la société**
**et pouvoir accéder aux droits**

### Témoignage d'une éducatrice SAVS

Dans mon service, les salariés qui exercent auprès des personnes présentant des déficiences, se retrouvent confrontés à des questions éthiques qui, au final, leur mettent une pression supplémentaire dans leur travail d'accompagnement.
Faut-il laisser une personne " en situation de handicap " prendre seule des décisions ?
La question est de savoir jusqu'où peut aller le respect du principe d'autodétermination, alors que le salarié mesure un risque d'échec pour la personne. Jusqu'où va la responsabilité du professionnel ?
Toute l'ambiguïté est là. Les actions des professionnels sont orientées par les lois, l'obligation de protection, la connaissance des publics accompagnés…
L'autodétermination comme directive éducative pose question.
Un exemple probant de notre quotidien est celui d'une personne diabétique qui se met en danger vital par sa consommation et son refus de soin. C'est compliqué pour le salarié de choisir entre respect de l'autodétermination et les mesures de protection.
Dans mon établissement, les salariés se sentent remis en cause dans leurs pratiques, alors que le respect des choix des personnes accompagnées a toujours été leur ligne de conduite professionnelle.
L'éducation spéciale est un métier : écouter, prendre en compte, aider à se connaître, protéger et faire valoir ses droits.

## Commentaires FO :

Nous avons toujours considéré les personnes accompagnées comme des citoyens à part entière, tout comme leurs familles.

Nous n'avons pas attendu les concepts « d'autodétermination » et de « pouvoir d'agir » pour mener notre travail.

Les personnes n'attendent pas que « des réponses », elles veulent obtenir une place dans la société, une place respectée et digne.

Pour en arriver là, notre société doit garantir la protection des personnes.

C'est pourquoi la FNAS FO le réaffirme, les institutions, tout comme les services publics, jouent un rôle essentiel dans l'organisation du secteur social et médico-social.

Au moment où les services publics sont mis à mal, les personnes les plus en difficultés dans la société, pourraient par leur force « d'autodétermination » et avec leur « pouvoir d'agir » ne plus être mises à l'écart, être autonomes, intégrées, « inclues » ?

C'est une blague ?

Alors que les moyens manquent partout, que la fracture numérique, la misère et le cynisme des choix politiques et des gouvernants empêchent nombre de citoyens de faire valoir leurs droits, d'accéder aux démarches courantes y compris indispensables comme la santé, de qui se moque-t-on ?

Allons-nous, ici encore, s'entendre dire que si les personnes n'y arrivent pas, c'est qu'elles n'ont pas utilisé « leur pouvoir d'agir » ?

Comme traverser la rue pour trouver du travail !

Quand l'autodétermination définit nos missions, il s'agit de conduire les usagers vers « des objectifs d'inclusion », c'est-à-dire orienter vers les dispositifs de droit commun.

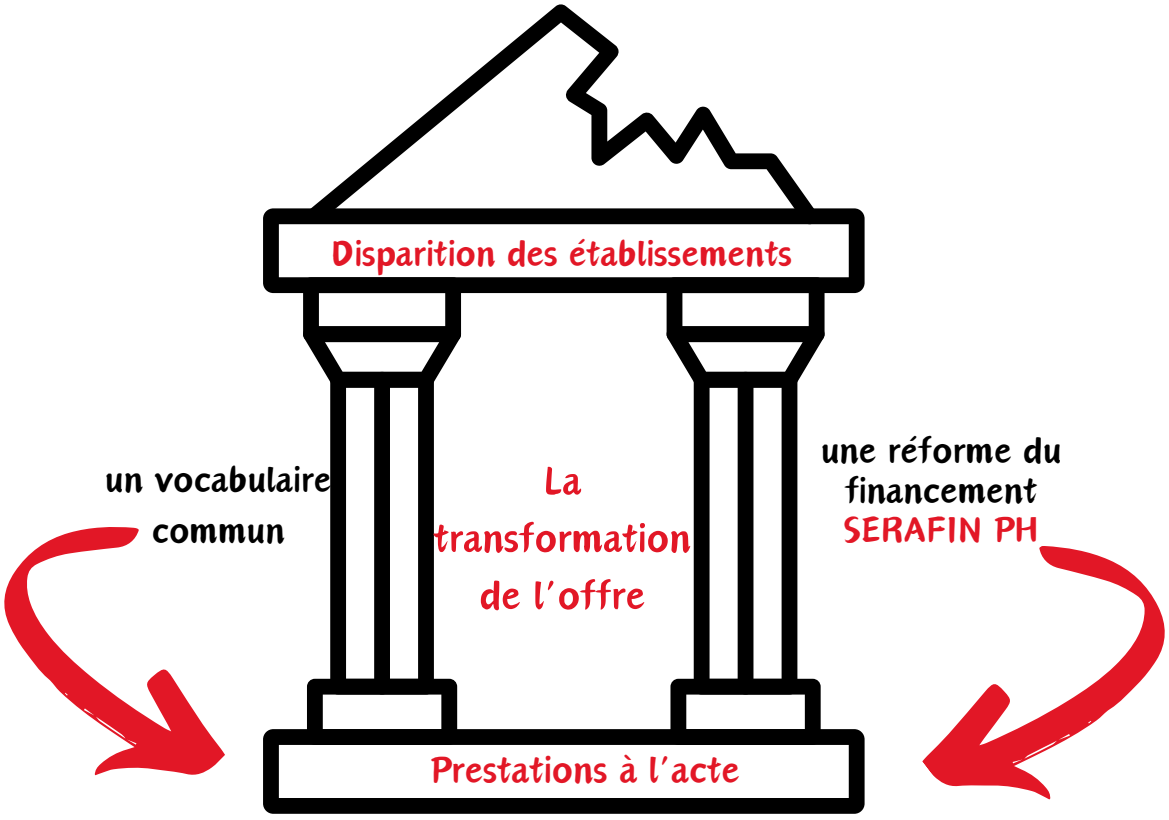
**INCLUSION ?**

**ou**

**Débrouille toi tout seul !**

**C'est un véritable changement de paradigme :**
**nous passons du concept de protection au concept du pouvoir d'agir.**
**Les personnes vulnérables restent sur le carreau.**

Pour les pouvoirs publics, les mots « institution » ou « établissement » doivent disparaître du vocabulaire au profit des « dispositifs » et autres « solutions inclusives ». Derrière la langue de bois, il s'agit bien du démantèlement du secteur médico-social !



# SERAFIN-PH

## Sans réforme du financement, pas de transformation de l'offre !

SERAFIN-PH signifie « Services et Établissements : Réforme pour une Adéquation des FINancements aux parcours des Personnes Handicapées ».

La réforme SERAFIN-PH vise, depuis 2014, à revoir la façon de concevoir les budgets des établissements. Il s'agit de mettre en place une tarification à l'acte, à l'instar du secteur de l'hôpital.

**SERAFIN-PH s'appuie sur des nomenclatures listant d'une part les besoins, et d'autre part les prestations.**

Chaque personne handicapée doit entrer dans cette classification normative, standardisée.

Chaque intervenant doit utiliser le même vocabulaire bureaucratique et déshumanisé.

Pour plus de précisions : cnsa.fr

Le décret paru le 31 janvier 2025 liste les données que les gestionnaires doivent faire remonter dans le cadre de la réforme SERAFIN-PH.

Les établissements sont réduits à des machines à tarifer, aucune préoccupation pour les situations vécues sur le terrain, pour les enjeux sociaux, pour la qualité du travail et les besoins des personnes.

Témoignages : voir 2ème partie « nouveaux outils » avec des déclinaisons concrètes dans le quotidien des professionnels.

**Commentaires FO :**

Sans réforme du financement, sans son « langage commun descriptif », la transformation de l'offre n'aurait pas d'ancrage technique. C'est bien ce découpage des actes qui permet de disloquer les réponses éducatives et de les tarifer !

Le « recueil PH 2025 » est boycotté par des directions d'établissements, mécontentes. Les intentions annoncées de la réforme ne sont que de la poudre aux yeux : attribuer des budgets équitables et faciliter les parcours de vie des personnes.

Les objectifs de la réforme sont aujourd'hui dévoilées : contrôler les établissements et réaliser des économies.

Aucune attention n'est portée sur les conséquences de cette réforme sur les organisations de travail, et sur son impact particulièrement destructeur en matière du sens du travail éducatif.

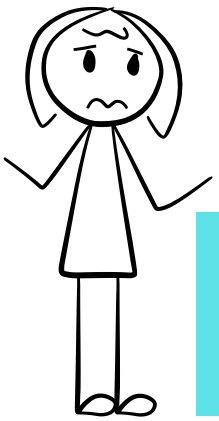
Les conséquences sont là et aujourd'hui des établissements sont en conflit à cause de son application.

**Nous écrivions en 2018 dans un établissement « pilote » SERAFIN PH**

*« Avec ce projet, l'ensemble des salariés se retrouve à devoir remplir sur son temps de travail personnel, donc sans moyens supplémentaires, ce que nous contestons, à savoir une nomenclature INUTILE, proche de « L'IRRATIONNEL », voire INCOMPLÈTE.»*

Sous couvert de « personnalisation », SERAFIN-PH standardise les accompagnements. Les saisies informatiques déshumanisantes génèrent d'importants risques psychosociaux chez les salariés.
Cette démarche accroît le contrôle sur leur travail. Ils et elles doivent rendre compte de chacun de leurs actes à la minute et de façon chronométrée.
Décliner les métiers en succession de tâches donne aux directions le pouvoir de formuler des exigences de productivité.
De ce fait, elles deviennent encore davantage les « courroies de transmission » des autorités tarificatrices.
Simultanément à cette tentative de mise au pas, il semble que nous soyons en train d'assister à une libéralisation à marche forcée du secteur médico-social. SERAFIN-PH facilite le recours à des prestataires privés. Les services rentables seront externalisés, le reste – ce que le privé ne souhaite pas faire – demeurera dans un secteur public ou associatif dégradé. Nous connaissons cette logique avec l'hôpital. Aucune économie à la clé, au contraire : à la fin, chacun pour soi, et des dépenses privées qui explosent.

***Mai 2023 - Des députés alertent à l'Assemblée Nationale***



**C'est pourtant bien la réforme SERAFIN PH qui permet de décliner tous les dispositifs que nous allons voir dans la 2ème partie.**

# DEUXIÈME PARTIE
# DE NOUVEAUX OUTILS

# Projet Personnalisé d'Accompagnement (PPA)

**Témoignage d'une monitrice éducatrice d'un IME :**

La nomenclature SERAFIN-PH a été présentée aux salariés de l'association pour la première fois en 2021. Le but présenté de la réforme était de rendre les parcours de vie des personnes handicapées plus faciles et le but annoncé de l'étude était de savoir combien dépensaient nos établissements et services pour accompagner chaque personne handicapée.
Depuis, pour être validés et financés par l'établissement, tous les projets présentés par les professionnels (du PPA au moindre projet de sortie à la journée) doivent respecter la nomenclature SERAFIN-PH.
Pour information : la nomenclature recouvre les besoins et les prestations répartis dans 3 domaines : santé, autonomie et participation à la vie sociale.
Ainsi, nous devons, sans avoir reçu de formation spécifique, nous référer à cette nomenclature pour construire les objectifs à court, moyen et long terme pour chaque personne accompagnée.

Présenté comme une aide à la construction du PPA – Projet Personnalisé d'Accompagnement -, il nous aura fallu deux ans pour mettre en place ce nouveau référentiel d'observations (tableau extrait Guide bonnes pratiques CNSA 2020).
Les coordinateurs de parcours sont alors apparus. Déchargés de l'accompagnement sur le terrain, ces professionnels sont essentiellement chargés du suivi, de la gestion du dossier et des relations avec les partenaires et les familles. Avec le temps, ces professionnels deviennent des « administratifs », parfois sans connaissance physique des jeunes. C'est une réalité.
Dépossédés de notre métier, nous avons demandé à modifier l'organisation de travail : rapprocher les exécutants sur le terrain des coordinateurs de parcours, en instaurant une coréférence, de façon à maintenir une réflexion commune.

Au final, pour « sérafiner » les projets d'activités, les éducateurs ont vu leurs métiers muter. Cette « réforme » s'est conduite sans moyens supplémentaires conjointement à une augmentation du nombre de jeunes suivis, en file active. Le travail administratif a considérablement augmenté malgré la nouvelle répartition des tâches. Le temps de prépa est passé de 6h à 3h par semaine, en incluant les temps de réunion.

L'association fait état aujourd'hui de risques psychosociaux accrus qui se traduisent par des départs, des arrêts de travail et des burnouts. Et cela continue d'augmenter. 12 licenciements pour inaptitude en 3 ans à la suite d'épuisements professionnels (6 % du personnel), 5 démissions sur une équipe de 25 travailleurs sociaux entre janvier et juillet 2024, 4 arrêts longue durée à la rentrée 2024 sur la même équipe. Des salariés démissionnent pour se reconvertir comme auto-entrepreneur, et parfois pour intervenir en lieu et place des équipes professionnelles.

**Commentaires FO :**

**Ce qui est dénié dans la tarification à l'acte SERAFIN-PH, c'est le travail d'accompagnement. Les dimensions humaines et relationnelles disparaissent au profit de la quantification et de la codification. Remplir les projets à l'aide de la nomenclature est très chronophage, au détriment du temps passé auprès de la personne accompagnée.**
**Finalement, les orientations qui sous-tendent la réforme produisent des effets délétères pour l'ensemble des salariés.**
**Le but non caché est la recherche systématique d'économies.**

# Fiche 6 Evaluation pour la Programmation des Objectifs - EPO -

Pour se conformer aux nomenclatures SERAFIN-PH, les établissements sont obligés de développer des méthodes d'évaluation.
L'EPO est un outil qui vient du secteur de la santé pour réaliser l'évaluation personnalisée de l'enfant primo-entrant en service de pédopsychiatrie. Il permet de lister les compétences acquises et les compétences à enseigner.

Aujourd'hui, l'EPO est déployé dans le secteur médico-social afin de programmer des objectifs précis et fonctionnels dans le cadre de l'écriture du projet éducatif individualisé (autre nom du PPA).
Il est utilisé pour évaluer les enfants et adolescents présentant des TSA (Troubles du Spectre de l'Autisme), une déficience intellectuelle ou un polyhandicap.

Il revient au référent éducatif, sans formation particulière, de remplir cet outil d'évaluation, en amont du projet d'accompagnement qui devra bien évidemment se conformer à la nomenclature SERAFIN-PH.

## Il est composé de 563 items divisés en 12 domaines !!!

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1) Autonomie personnelle et domestique | 2) Communication réceptive et expressive | 3) Socialisation ou habiletés sociales | 4) Imitation motrice et vocale |
| 5) Coopération et participation | 6) Performances visuelles | 7) Motricité fine et globale | 8) Jeux, loisirs et centre d'intérêt |
| 9) Espace – temps | 10) Compétences sociales et de sécurité | 11) Compétences de santé | 12) Compétences académiques |

**Témoignage d'une monitrice éducatrice d'un IME :**

Nous devons faire passer cette évaluation (563 items) soit en : observation directe ou en situation de test ou encore en situation d'interviews.
Et nous devons COTER les items en 3 niveaux : acquis, non acquis, non coté.
Par exemple :
Domaine 1, item 54 « prend et utilise une quantité adaptée de papier toilette ».
Domaine 3, item 288 « a une prosodie adaptée ».
Ces évaluations doivent être menées 3 à 4 fois par an.
Et toujours avec 3h par semaine de prépa en incluant les temps de réunion (organisation, pluridisciplinaire, ...). Nous devons donc faire plus avec moins de temps.

Pour nos supérieurs hiérarchiques, il est indispensable de remplir ces Evaluations pour la Programmation des Objectifs (EPO), en vue de la réalisation du DUI (Document Unique Informatisé). Ces évaluations permettent à notre financeur d'estimer les besoins des usagers, selon la nomenclature SERAFIN-PH, pour attribuer les budgets, dont le nombre de rouleaux de papier toilette… !

## EXEMPLE DE TABLEAUX QUE NOUS DEVONS REMPLIR !!

| Autonomie domestique | Date éval 1 | Date éval 2 | Date éval |
|---|---|---|---|
| *Propreté* | | | |
| Garde sa protection | | | |
| Manifeste une gêne lorsque la protection est souillée | | | |
| Accepte d'être changé | | | |
| **Est propre de jour** | | | |
| **Est propre de nuit** | | | |
| Exprime qu'il a eu un accident | | | |
| **Urine lorsqu'il est amené sur les toilettes** | | | |
| Urine debout (pour les garçons) | | | |
| **Défèque lorsqu'il est amené sur les toilettes** | | | |
| Demande pour aller aux toilettes | | | |
| Se rend spontanément aux toilettes | | | |
| Ferme la porte des toilettes | | | |
| Initie le déshabillage/habillage aux toilettes sans aide et sans qu'on lui dise | | | |
| Prend et utilise une quantité adaptée de papier toilette | | | |
| S'essuie seul lorsu'il urine | | | |
| S'essuie seul lorsqu'il défèque | | | |
| Se lève seul quand il a terminé | | | |

| Communication |
|---|
| *Réceptive* |
| **Répond à son prénom quand on l'appelle** |
| **Suit des consignes simples (viens, lève-toi, assieds-toi, saute…). A préciser** |
| Suit des séquences de consignes ( au moins 2 consignes successives) |
| **Réagit aux gestes (ex: signe de la main, pointgae, hochement de tête…)** |
| Se dirige vers / montre un adulte spécifique lorsqu'il est nommé |
| Peut donner des objets / images sur demande |
| Sélectionne un item quand on le nomme . A préciser |
| Pointe les parties de son corps |
| Reconnait les couleurs |
| Distingue les adjectifs (petit/ grand, chaud/froid) A préci |
| Comprend certains prépositions de lieu (dedans/ dehors, préciser |
| Distingue les adjectifs possessifs (mon, ta, …) |
| *Expressive* |
| **A un bon contact oculaire (regarde l'autre quand il com** |
| **A une attention conjointe (partage de regards entre l'au** |

| Coopération |
|---|
| Prend un objet quand on lui tend |
| **Coopère aux consignes simples posées** |
| Vient s'asseoir quand on lui demande |
| **Accepte de réaliser des activités avec différentes personnes** |
| **Reste assis pendant une activité (Identifier la durée)** |
| Respecte les consignes pendant les activités |
| Manipule le matériel correctement |
| **Ne touche pas au matériel avant que l'activité démarre** |
| **Suit des consignes de groupe** |
| **Attend son tour** |
| Respecte les consignes orales d'interdiction (ne touche pas, ne va pas là-bas,…) |

### Commentaires FO

**Ces nouveaux outils sont-ils apparus pour aider la réalisation des PPA (Projet Personnalisé d'Accompagnement) ?**

**Ou bien pour :**

- **décourager et épuiser les professionnels en ne reconnaissant pas le travail supplémentaire à fournir ?**
- **contrôler les ESMS ?**

**La première conséquence de la mise en place de ces méthodes d'évaluation est l'augmentation de la charge de travail et des risques psychosociaux.**

**Sans parler de la déshumanisation des personnes accompagnées.**

# TROISIÈME PARTIE

# DES DISPOSITIFS AU SERVICE DE LA TRANSFORMATION

Fiche 7

# La transformation des IME en DAME

**L'IME, à son origine,** (Institut Médico-Educatif) accueille des enfants et des adolescents en situation de handicap, en accueil de jour et/ou d'internat.
Il recouvre un IMP (institut médicopédagogique) de 6 à 14/16 ans, et un IMPRO (institut médicoprofessionnel) de 14/16 ans à 21 ans, voire plus (amendement CRETON).
L'IME est habilité par l'ARS (Agence Régionale de Santé) pour un nombre de places d'accueil, financé par une dotation globale (CPOM).
La prise en charge éducative, pédagogique et paramédicale est globale et assurée par les professionnels salariés de l'établissement et des enseignants de l'éducation nationale mis à disposition.

**Le DAME** (Dispositif d'Accompagnement Médico-Educatif), après plusieurs années d'expérimentation, est encadré par le décret du 5 juillet 2024 relatif aux modalités de fonctionnement en dispositif intégré des établissements et services médico-sociaux.
Le DAME regroupe tous les services anciennement IMP, IMPRO et SESSAD d'une même association.
La prise en charge éducative, pédagogique et paramédicale est éclatée entre les salariés du DAME. Ce dernier gère la coordination et l'accueil sur le site, ainsi que les prestations extérieures assurées par les professionnels libéraux et les écoles du secteur.

Témoignage : voir pages suivantes tableau comparatif entre IME (avant) et DAME (aujourd'hui)

# Fiche 7 Témoignage :

| | AVANT (IME) | MAINTENANT (DAME) |
|---|---|---|
| ORIENTATION MDPH (ou MDA)<br><br>et<br><br>PROCEDURE D'ADMISSION | La MDPH envoyait la notification :<br>- à la famille, accompagnée des coordonnées des établissements envisagés,<br>- aux établissements, accompagnée des coordonnées de la famille et des informations sur la situation (dossier d'orientation).<br><br>Les établissements contactaient la famille pour proposer un accueil ou une inscription en liste d'attente, à actualiser chaque année. | La MDPH envoie la notification uniquement à la famille qui doit s'inscrire sur la plateforme numérique Via Trajectoire.<br><br>Les établissements du département ne reçoivent plus aucune information.<br><br>C'est à la famille de faire le premier contact.<br><br>La famille doit contacter le DAME.<br><br>Les listes d'attente ne sont plus gérées par les établissements mais par la MDPH via les commissions départementales d'harmonisation. |
| ADMISSION | Présentation du projet d'établissement ou de service. | Présentation par la direction du dispositif et du catalogue de prestations proposées (ambulatoires, libérales, , accueil de jour et hébergement séquentiel).<br><br>Recueil des demandes de la famille.<br><br>Ce n'est plus la famille qui adhère au projet d'un établissement ou service, c'est le dispositif qui doit s'adapter aux demandes des familles et organiser les partenariats |
| CONTACT/ IMMERSION | Une période de contact était proposée avant la rentrée scolaire sur un ou deux jours.<br><br>Une première observation était réalisée. | Possibilité d'un accueil sur une ou deux heures non contiguës, si besoin accompagné du professionnel du service ambulatoire, afin de découvrir les lieux et les personnes.<br><br>Le temps consacré à l'intégration et à l'accueil est diminué et morcelé. |
| PROJET D'ACCOMPA-GNEMENT PERSONNALISE | En début d'année scolaire, arrivée à l'IME dans le groupe de référence, à temps plein (5 jours par semaine, avec ou sans prise en charge par des professionnels médicaux et paramédicaux). Le groupe restait identique pendant toute l'année scolaire.<br>Les professionnels, après le temps de l'observation, proposaient un emploi du temps et un projet d'accompagnement personnalisé provisoire élaboré en équipe pluridisciplinaire. | Elaboration du premier projet personnalisé à partir des attentes de la famille et des observations de l'équipe ambulatoire(besoins du jeune).<br><br>Arrivée à n'importe quel moment de l'année.<br>Multiplication des intervenants(service ambulatoire/PCPE, accueil de jour...). |
| ACCOMPAGNE-MENT | L'enfant bénéficiait d'une prise en charge éducative, scolaire et thérapeutique au sein de l'établissement.<br><br>Les professionnels de l'IME étaient en lien direct avec la famille et les partenaires. | -S'il est scolarisé, il reste dans son école de secteur et bénéficie de certains temps avec les professionnels du DAME (temps éducatif, paramédical, d'inclusion sociale).<br>-S'il n'est pas scolarisé, il reste au domicile 7 jours sur 7. L'éducatrice du service ambulatoire du DAME propose progressivement des accompagnements en vue d'une scolarisation dans l'école de secteur (objectif prioritaire affiché par le décret et l'ARS) ou en accueil partiel de jour dans un service du DAME.<br>-S'il a besoin d'un accueil de jour il pourra en bénéficier uniquement à temps partiel dans les locaux du DAME. Le groupe est restreint mais change chaque jour puisqu'il accueille des jeunes à temps partiel.<br><br>Fin de l'accompagnement au collège : même s'il y avait des accompagnements en CM2 au sein de l'école, ceux-ci cessent à la rentrée scolaire.<br>Les accueils de jour à temps plein sont devenus rares. Même si cela correspondrait aux besoins du jeune.<br>La prise en charge revient beaucoup aux familles, faute de solutions suffisantes. |

## Fiche 7 Témoignage (suite) :

| | AVANT (IME) | MAINTENANT (DAME) |
|---|---|---|
| COMMUNICATION | Les observations étaient partagées et consignées dans un cahier de liaison puis échangées en réunion d'équipe hebdomadaire ou lors de la réunion de synthèse pour la rédaction du bilan et du projet. | Les observations, les informations sont enregistrées numériquement dans le DUI (dossier usager informatisé). Le passage à l'informatique a compliqué la transmission d'information (codes individuels, matériel partagé, pas de temps dédié, manque de compétences, problèmes de connexion, matériel désuet…). Cela diminue le temps d'accompagnement sans valeur ajoutée à ce jour.<br><br>Les réunions hebdomadaires ne permettent plus de réflexion et d'élaboration commune, elles sont dédiées à l'organisation, à l'information et à l'adaptation fonctionnelle permanente.<br><br>La communication interne et externe s'est réduite à des échanges par mail ou SMS.<br><br>L'évolution technologique, loin d'apporter une simplification ou facilitation du travail, s'inscrit comme un outil de contrôle et de justification du temps et des modalités de travail. Le contenu de l'accompagnement n'est pas valorisé. |

### Commentaires FO :

La transformation des IME en DAME est préoccupante :

Les modalités d'admission sont modifiées livrant les familles à elles-mêmes.

Les méthodes de travail changent : éclatement des équipes, communication par mail, pas d'échange entre équipe (manque de temps ou isolement des salariés), cloisonnement des projets.

On assiste à :

- une multiplication des écrits et des tâches administratives,
- à un éclatement et un glissement des tâches,
- une perte de sens de l'accompagnement,
- un changement des méthodes de travail,
- un sentiment d'être un catalogue de services et sans communication en amont.

Ces évolutions ont des conséquences sur les conditions de travail et par conséquent sur les recrutements et le turn-over.

Les enfants accueillis en ESMS sont ceux qui ont le plus de difficultés (pathologies lourdes). Alors qu'ils nécessitent un accompagnement individuel et des moyens humains supplémentaires, ces moyens n'existent pas.

Des nouveaux métiers apparaissent avec leurs lots d'incompréhension du contenu du travail de l'autre, liés à la diminution du temps d'accompagnement auprès des jeunes. Les salariés ressentent de l'injustice du fait de nouvelles divisions de l'organisation du travail et des missions mal définies.

C'est la fin d'une conception de travail en équipe, « chacun fait ce qu'il pense être bon pour les jeunes dont il a la référence ».

Si un jeune pose un problème de comportement :

- il est renvoyé au domicile plutôt que de rechercher une adaptation de la prise en charge,
- il est demandé l'intervention d'un service extérieur.

# Fiche 8 CAMSP (Centre d'Activité Médico-Sociale Précoce)

Les CAMSP mis en place par décret N° 76-389 du 15 Avril 1976, autorisant et règlementant la création et le fonctionnement des CAMSP en application de la loi d'orientation en faveur des personnes handicapées du 30 Juin 1975.
Les CAMSP sont des établissements médico-sociaux chargés de la prise en charge précoce des problématiques du handicap chez les enfants âgés de 0 à 6 ans présentant des difficultés ou des retards dans leur développement.
Ils accompagnent les parents dans le diagnostic, la prévention, le traitement et la rééducation de leur enfant.
Ils permettent la mise en place d'une aide spécialisée destinée aux enfants comme à leurs parents et d'un traitement visant à faciliter l'adaptation des enfants dans leur milieu familial, social et scolaire, ainsi qu'un suivi par des consultations, des séances individuelles ou de groupe.

**Ils sont composés d'une équipe pluridisciplinaire : Pédiatre, Orthophoniste, Educateur jeunes enfants, Psychomotricien, Psychologue clinicien, Ergothérapeute, Assistant Social et secrétaire.**

**Leurs missions de prévention :**

- Dépistage des déficits ou handicaps,
- Préventions de leur aggravation,
- Soin et rééducation,
- Accompagnement des familles,
- Aide à l'intégration dans les structures d'accueil
- de la petite enfance,
- Lien avec les structures hospitalières et de «ville».

**Les missions sont mises en danger par la transformation de l'offre :**

- Modification du plateau technique.
- Augmentation et évolution des missions.
- des professionnels ( glissement des tâches).
- Non-reconduction des postes de psychiatres, ergothérapeutes.
- assistant social.

**Constats :**

- Le temps dédié aux suivis psychologiques, au soutien des enfants et des familles disparaît.
- Les listes d'attente s'allongent (plusieurs années).
- La « logique de parcours » édictée par les financeurs est impossible à tenir avec des budgets contraints.
- La politique des «1000 premiers jours du développement de l'enfant », sans moyens supplémentaires entraine un goulot d'étranglement pour l'accès et la continuité de la prise en charge des soins.

**Conséquences :**

- Des soins renvoyés vers le libéral.
- Des familles épuisées par la multiplication des montages de dossiers de prises en charge à la MDPH.
- Des frais de soins élevés.
- Des discriminations dans le soin en lien avec les moyens des familles.
- L'allongement des listes d'attente.
- La diminution du temps de prise en charge.

**La transformation de l'offre des CAMSP a abouti à la création des Plateformes de Coordination et d'Orientation (PCO)**

# Fiche 9 Plateformes de Coordination et d'Orientation (PCO)

Les PCO, créées par la circulaire N° SG/2018/256 du 22/11/ 2018, sont portées par un établissement ou service sanitaire ou médico-social coordonnant des professionnels libéraux ayant passé une convention et participant au diagnostic des troubles du neurodéveloppement (TND).
Elles sont destinées aux enfants de 0 et 6 ans.

Les PCO bénéficient d'une enveloppe de soins pour les actes non remboursés par la Sécurité Sociale : les séances de psychomotricité, d'ergothérapie et les bilans neuropsy…
Les consultations auprès de psychiatres et/ou psychologues ne sont pas prises en charge.

Les PCO prennent en compte uniquement les enfants porteurs de TND, sans ce diagnostic, aucune prise en charge de leurs soins.

Les enfants sont orientés à la PCO par leur médecin traitant ou pédiatre. Il envoie un dossier au médecin de la PCO qui valide le diagnostic de TND pour permettre une prise en charge des soins. Cette validation du médecin de PCO se fait uniquement sur dossier sans rencontrer l'enfant. Les familles sont démunies car tout s'effectue sur dossier, par mail et téléphone.

**Orientation vers les PCO 2 possibilités :**

La PCO prend en compte l'enfant porteur d'un TND entre 0 et 6 ans sur dossier. Dans ce cas prise en charge du parcours des soins (psychomotricité, ergothérapie, neuropsychologue) pour 1 an uniquement renouvelable 6 mois. Au maximum, c'est 18 mois de soins et au-delà, les familles sont redirigées vers les CAMSP et mises à nouveau sur listes d'attente.

La PCO oriente vers des professionnels libéraux qui ont accepté de passer une convention. Ces professions libérales sont les psychomotriciens, les ergothérapeutes et les neuropsychologues. Dans le cadre d'une signature de convention, les tarifs sont encadrés par la Sécurité Sociale (environ 38 €), et sont moindres que les tarifs exercés habituellement (48 à 60 €).

**Vu le faible nombre de professionnels acceptant de travailler par convention avec la PCO, les listes d'attente sont toujours existantes voire grandissantes.**

**Conséquences pour les professionnels :**

- Impact sur le coût des séances.
- Pour ceux qui ont accepté de signer une convention, ils peuvent bénéficier d'un travail d'équipe qui reste difficile à mettre en place.
- Les professionnels non conventionnés avec la PCO (ortho, psy…) ne sont pas intégrés dans la boucle de soins.
- Depuis peu, les professionnels conventionnés remplissent une attestation de coopération et doivent envoyer une facturation afin d'être remboursés par la Sécurité Sociale, sous contrôle de la PCO.

**Commentaire FO :**

**Pourquoi créer une plateforme pour faire ce qui existait avant ? A part pour réaliser des économies ! FO a alerté depuis des années (mobilisations 2021) pour dénoncer la dérive libérale du diagnostic précoce et des soins.**

**FO s'inquiète des risques pour les enfants, les familles mais aussi pour les professionnels : fin de la garantie d'accès aux soins, baisse de la durée des séances de rééducation, démantèlement des établissements existants (CAMSP, CMPP, CMP…)**

# La RAPT : Réponse Accompagnée Pour Tous

En théorie :
La RAPT est à considérer comme une démarche qui vise à garantir l'accès à des solutions d'accompagnement adaptées et personnalisées à toutes les personnes en situation de handicap, quelque soit leur âge et leur handicap.
Cette démarche impulse de nouvelles façons de travailler entre acteurs institutionnels mais surtout en partenariat avec les personnes en situation de handicap et leur entourage.
Elle repose sur 4 axes :

## Axe 1

Dispositif d'orientation permanent piloté par la MDPH (FO : la théorie est belle, mais impossible à mettre en pratique).
Consiste à proposer des réponses individualisées, souples et sur-mesure, adaptées aux besoins et aux projets des personnes handicapées sans solution ou en risque de rupture d'accompagnement ; pour coordonner les différents acteurs de la réponse individuelle, 2 outils :
- Le Groupe Opérationnel de Synthèse (GOS), c'est l'organisation de réunions qui requière la participation de tous les acteurs mobilisables dont les aidants.
- Plan d'Accompagnement Global (PAG) définit les modalités de parcours et la périodicité du suivi, identifie le coordonnateur de parcours pour la mise en œuvre du plan.

## Axe 2

Réponse territorialisée (FO : comment imposer la transformation aux établissements par la signature de conventions)
Pilotée par le secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales (SGMAS) avec appui de la DGCS et CNSA. L'objectif est de proposer des solutions plus inclusives et un décloisonnement du territoire par une coordination étroite entre tous les acteurs qui accompagnent la personne.
La RAPT invite à la transformation de l'offre en profondeur qui repose sur le diagnostic territorial et sur 2 outils indissociables :
- Convention territoriale portée par les MDPH, les conseils départementaux, l'ARS, les gestionnaires d'établissements de santé et médico-sociaux et l'éducation nationale. Elle formalise l'engagement de chacun dans le partage de données, planification et organisation de la réponse aux situations d'urgence, coordination des ressources, accompagnement évolution des pratiques.
- CPOM, l'engagement des institutions peut être précisé dans les CPOM

Cette transformation s'articule avec la stratégie d'évolution de l'offre et le déploiement de dispositifs : Communautés 360, PCPE, Habitat inclusif, emploi accompagné, système de partage d'informations (répertoire opérationnel des ressources médico-sociales, système d'information de suivi des orientations (ex : via trajectoire), projet SERAFIN-PH, réforme des autorisations…)

## Axe 3

Soutien par les pairs (FO : comment ne pas payer ou payer moins cher les intervenants).
Exemples : associations d'aidants, faire intervenir des formateurs-pairs dans les formations qualifiantes et continues des professionnels, interventions des pairs dans les institutions.

## Axe 4

Accompagnement au changement des pratiques (FO : comment mettre les intervenants en concurrence).
Notamment par le partage d'informations et l'évolution des formations.

**Témoignage : déroulement d'un GOS (Groupe opérationnel de Synthèse) aboutissant à un PAG (Plan d'Accompagnement Global) :**

James, 20 ans, diagnostic TSA (Troubles du Spectre de l'autisme).
En juin 2022, rupture dans son parcours médico-social à la suite d'un conflit entre l'IME et sa mère qui décide de le retirer de l'établissement. Quelques mois plus tard, sa mère l'emmène aux urgences, elle faisait état de nombreux faits de dégradations et violences de son fils au domicile. Il est hospitalisé en psychiatrie.
James bénéficie d'une tutelle aux biens et à la personne confiée à l'UDAF.

L'hôpital et l'UDAF ont recherché des solutions d'accueil sans succès. Un premier accueil au FAM A n'a pu aboutir en raison de crises d'angoisses majeures du jeune ayant entraîné des passages à l'acte violents. Un autre essai au FAM B n'a pas non plus validé cette orientation, le profil de James ne correspondant pas aux profils beaucoup plus déficients des autres jeunes. De nombreux autres établissements ont été sollicités, y compris hors région et même en Belgique, sans résultat à ce jour.

Sa mère exprime clairement sa volonté de ne pas reprendre James.
Au regard des difficultés rencontrées au quotidien par l'équipe et les résidents du service de psychiatrie, l'Equipe Mobile d'Appui aux Situations Critiques (EMASC) est mobilisée et a proposé des outils qui ont été mis en place, dans la mesure des possibilités de l'hôpital.

Actuellement, le séjour se passe bien, mais l'hôpital ne peut être le lieu de vie de ce jeune homme. Il est évident que la situation était « maintenue » faute de réponse adaptée. Cependant, avec la transformation de l'offre de santé, l'hôpital a informé la RAPT qu'il ne prolongera pas l'accueil au-delà du 27 juin 2024, le mode de tarification de l'hôpital, comme les autres établissements du département évoluent pour une tarification à l'acte (fermeture de 27 lits en psychiatrie sur le département).

Sans solution et avec des délais courts, une réunion d'urgence a été organisée par l'ARS le 14 juin 2024. Un accueil est proposé à la MAS C spécialisée TSA vieillissants.

Le directeur, confronté à une situation exceptionnelle avec le décès soudain d'un résident, a accepté de prendre en compte l'urgence de la situation et de passer James devant sa liste d'attente. Il décide de l'accueillir sous réserve de renfort éducatif pour l'intégration. James séjournant depuis deux ans en milieu hospitalier, il est nécessaire de penser son changement de lieu de vie de manière adaptée et progressive.

Un groupe opérationnel de synthèse est alors organisé avec les partenaires mobilisables :

- UDAF : Chef de service
- ARS : Référente handicap
- EMASC : Coordonnatrice, directeur
- FAM A : Cheffe de service, psychologue
- CH psychiatrie : Infirmière, CESF, psychiatre
- FAM B : Cheffe de service, psychologue
- PCPE : Coordonnatrice de parcours
- MAS C : Directeur, psychologue

# Fiche 10

**Lors du GOS les différentes équipes ont pu s'accorder sur une organisation par étapes, et élaborer un PAG qui sera réévalué dans 3 mois, à savoir :**

| Objectifs | Actions | Acteurs |
|---|---|---|
| **Admission de James, 20 ans, à la MAS C (TSA Vieillissant)** | Mise en place d'un accueil progressif adapté sous forme d'accueil de jour | MAS C Service de Psychiatrie |
| | Mise en place pour 3 mois d'un.e éducateur.trice libéral.e « fil rouge » du transfert et de l'adaptation (10 H par semaine à 60 € de l'heure et défraiements kms ) | PCPE |
| | Transmission des informations supports (guide « comment m'accompagner ») | EMASC |
| Suivi Santé | Maintien du suivi par l'hôpital, la MAS C ne disposant pas de psychiatre | Service de Psychiatrie |
| Mesures obligatoires nécessaires | Accord financier entre ARS et PCPE avec un CNR de 3 mois (Crédit Non Reconductible)<br>Poursuite de l'EMASC avec accord au-delà du terme de l'intervention (9 mois) | ARS |

**Commentaire FO :**

**Combien de temps durera cette solution pour James avec un accord financier annoncé non reconductible ? Les dérogations seront-elles reconduites à l'issue de l'EMASC ?**

**Quelle égalité de traitement quand la seule solution est de passer devant toute la liste d'attente ? Que penser de la RAPT quand la solution est finalement uniquement conditionnée à l'apport d'un financement au bon vouloir de l'ARS, alors que de multiples « partenaires » ont été mobilisés en vain ?**

**FO déplore l'utilisation de professionnels libéraux à la place de professionnels salariés des établissements. Au-delà de la précarité de leur statut et de la marchandisation du secteur, ces pratiques les mettent en concurrence avec les salariés. Ces derniers sont moins bien rémunérés, voient leurs métiers progressivement disparaître et subissent la diminution des budgets des établissements pour financer ces interventions libérales.**

**La RAPT se présente comme une solution magique. Pourtant, la réalité est bien loin ! Seuls la détermination et le professionnalisme permettent de chercher des solutions… et parfois d'en trouver.**

**A nouveau, FO affirme que ce n'est pas le « dispositif » mais bien les places disponibles dans les établissements qui offrent des solutions pérennes. Ce mode de financement non reconductible précarise les structures du médico-social. Il empêche les professionnels de travailler sereinement, et entrave la dynamique de travail d'équipe pourtant indispensable. Ces méthodes participent de la baisse de la qualité de l'accompagnement des personnes en situation de handicap.**

**La RAPT a pour but principal d'imposer aux secteurs médico-sociaux la transformation de l'offre par la signature obligatoire de conventions, et son inscription dans les CPOM.**

Fiche 11

# PÔLES DE COMPETENCES ET DE PRESTATIONS EXTERNALISEES (PCPE)

Les PCPE ont été créés pour répondre au rapport PIVETEAU de 2014 par instruction du 12 avril 2016. Le cahier des charges a été élaboré dans le cadre de la RAPT (Réponse Accompagnée Pour Tous) et de la mise en œuvre du rapport Piveteau « zéro sans solution ».
Les PCPE s'intègrent dans le plan autisme 2013-2017 et le 2ème schéma handicap rare avec la création des ERHR (Equipes Relais Handicap Rare).
Les PCPE s'adressent à des personnes en situation de handicap de tout âge en rupture ou risque de rupture scolaire ou médico-sociale, dans une situation complexe et potentiellement critique. Ils interviennent sur notification MDPH ou sollicitation directe (famille, partenaires, personnes concernées, ...).
Les missions des PCPE sont, la coordination de parcours, l'organisation de prestation et le soutien aux aidants en leur proposant des temps de répit et des transferts de savoirs.
Un PCPE peut proposer des prestations directes pour prévenir les sur-handicaps et éviter que la situation ne devienne critique.
Il peut faire appel à des professionnels libéraux si aucune autre solution n'est possible.

**Témoignage d'une coordinatrice de parcours PCPE :**

Bernard a 35 ans porteur d'une déficience intellectuelle moyenne et bénéficie d'une notification d'orientation en Maison d'Accueil Spécialisée (MAS). Il y a 2 ans, il a commis des agressions sexuelles sur des femmes vulnérables dans 2 institutions différentes. Après une hospitalisation en service psychiatrique de 3 mois, il n'a pas pu être réintégré en MAS.
Sa famille a accepté de l'héberger avec un suivi du Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation (SPIP) et un traitement psychiatrique. Une infirmière du service le rencontre chaque semaine.
Au bout d'un an, sa mère interpelle le PCPE car la cohabitation se passe mal. La famille ne supporte plus Bernard « il ne fait rien à la maison, dort beaucoup, vole de la nourriture... »
Le PCPE observe rapidement que Bernard subit des maltraitances au domicile : violences verbales, physiques, enfermement.
A partir de mai 2023, Bernard vit dans une remise, sans eau, ni électricité et dort sur un matelas par terre. Le PCPE recherche des solutions, aucun établissement n'accepte de l'accueillir à cause de ses antécédents. En septembre 2023, la situation s'aggrave car Bernard ne pourra pas passer l'hiver dans ce local sans chauffage. Plusieurs signalements du PCPE sont alors transmis aux autorités et restés sans réponse.
La RAPT organise un Groupe Opérationnel de Synthèse (GOS) composé de membres de la MDPH, de l'ARS, de responsables d'établissements du secteur géographique, la tutrice, le service de psychiatrie et le PCPE. Comme aucun établissements ou services n'acceptent de l'accueillir, la solution proposée est une installation en logement autonome avec le PCPE comme coordinateur de Plan d'Accompagnement Global (PAG).
Bernard emménage dans son appartement en octobre 2023. Le PCPE finance l'intervention d'une professionnelle libérale AMP à hauteur de 25h par mois en attendant que la MDPH statue sur les droits Prestation Compensation du Handicap, aide humaine (PCH) pour installer un service d'aide à domicile.

## Fiche 11

La notification arrive en mai 2024 et le PCPE essaie de passer le relais auprès du service d'aide à domicile. Comme les professionnelles n'ont aucune formation pour intervenir auprès de ce type de public, le relais s'avère difficile…

Malgré sa persévérance, le PCPE n'a trouvé aucun relais possible dans le périmètre géographique (accueil de jour, SAMSAH, SAVS, hôpital de jour, ESAT…). Aucun établissement n'accepte de le recevoir, même pour un stage.

Durant ces mois, Bernard est isolé et désœuvré, il erre dans la ville et rencontre d'autres personnes qui prennent vite une emprise sur lui. Ses « nouveaux amis » l'entrainent dans la consommation d'alcool et de stupéfiants. Ils lui prennent son argent et ses affaires. Bernard n'a pas les compétences sociales pour comprendre la situation.

La situation est à nouveau critique mais elle dépend maintenant du droit commun. La RAPT considère que la recherche d'établissement médico-social n'est plus d'actualité.

### Commentaires FO :

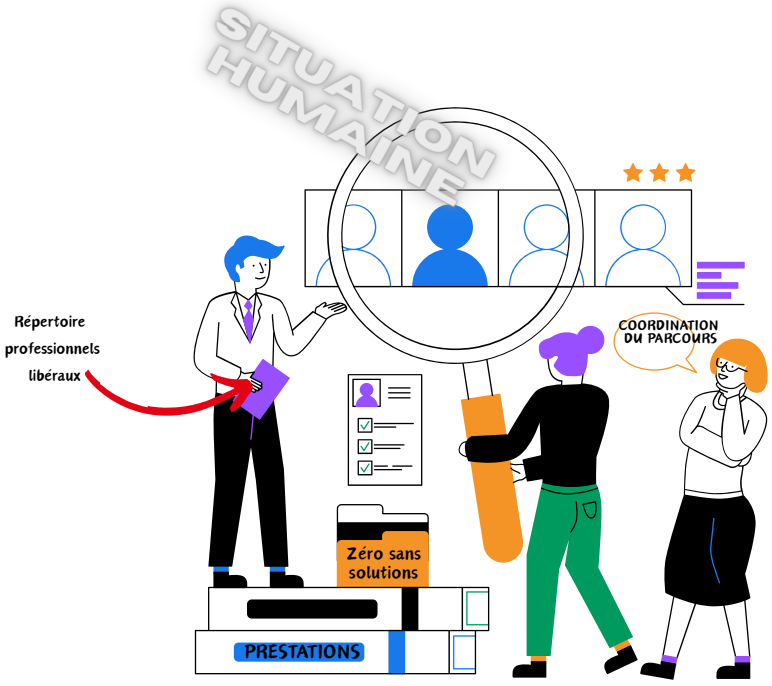
**- Manque de places dans les ESMS d'où solution inadaptée ( logement seul) qui amènent à de graves conséquences pour l'usager ( errance, rencontres malveillantes, … ) ;**

**- Perte du contrôle de la situation car refus de l'usager d'accepter les interventions, vu qu'il est dans son domicile et donc chez lui (fait comme il veut) ;**

**- le PCPE est une solution. DONC, il n'est pas sans solution mais insuffisance de la réponse pour un accompagnement à la hauteur : conséquence de la transformation de l'offre ;**

**- le salarié du PCPE se trouve dans une situation difficile à gérer, sans solutions objectives, générant des frustrations professionnelles délétères ;**

**- Se pose la question de la décision du GOS : pourquoi une décision d'orientation en appartement seul sans en avoir évalué les capacités ? Et du désengagement de la RAPT lorsqu'elle dit qu'il relève maintenant du droit commun ?**



Fiche 12

# COMMUNAUTE 360

## Solution désespérée à l'isolement des familles face au démantèlement des services publics ?

La création des Communautés 360 est annoncée par le Président de la République lors de la Conférence Nationale du Handicap du 11 février 2020, afin d'apporter une réponse inconditionnelle et de proximité à toutes les personnes en situation de handicap ainsi qu'à leurs familles.

La crise sanitaire a conduit au déploiement de ces communautés sous le format des «360 Covid» dès juin 2020, afin de répondre aux difficultés rencontrées par les personnes et leurs aidants notamment en terme d'accès aux soins et aux solutions de répit durant le premier confinement.

C360 est seulement une plateforme téléphonique avec un numéro vert : **0800 360 360**

La C360 s'appuie sur la circulaire N° DGCS/SD3/2021/236 du 30 novembre 2021 relative à la diffusion du cahier des charges des communautés 360.

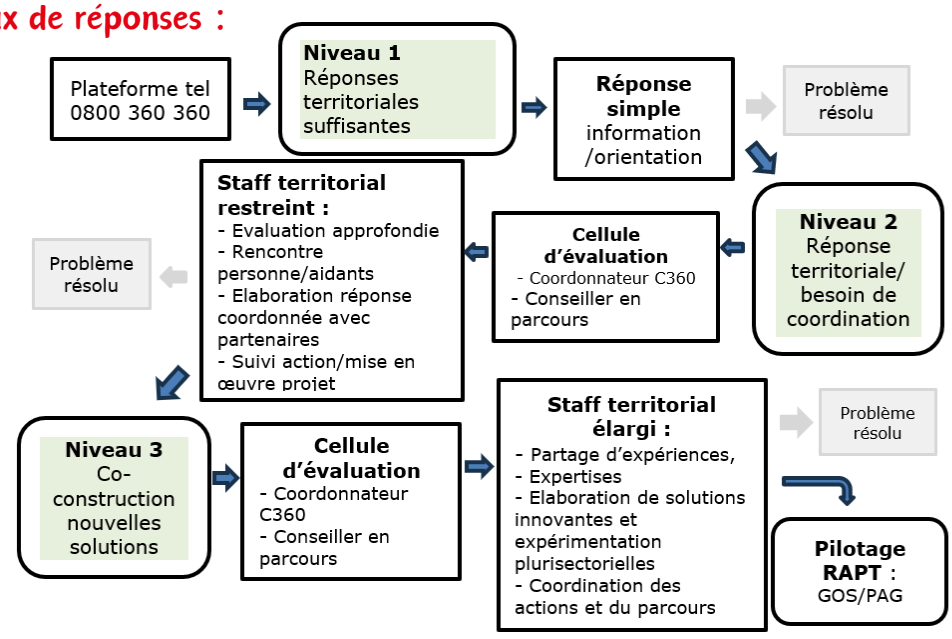
L'objectif est de créer une « communauté à 360 degrés » en impulsant « une dynamique territoriale inclusive dans un écosystème départemental ». Tout est dit !

**Afin de coconstruire des réponses concrètes, la C360 s'appuie sur des « membres cœurs » : les autorités de contrôle, les effecteurs (acteurs de la santé, du social, du médico-social), l'éducation nationale, le service public de l'emploi et les associations de soutien aux aidants**

## Plateformes et prestations : L'ère du "c'est mieux que rien"

Les équipes de chaque communauté 360 sont constituées de coordonnateurs C360 et de conseillers en parcours.

### 3 niveaux de réponses :



## Témoignages :

Conseiller en parcours (réponse niveau 1) : si une personne en situation de handicap nous interpelle pour savoir comment s'organise l'obtention d'un tiers-temps supplémentaire pour les épreuves du baccalauréat, nous pouvons lui apporter les informations précises, les critères d'éligibilité, les démarches à réaliser ou encore les autres types d'aménagements possibles. Mais nous pouvons aussi, avec son accord, la mettre en lien avec l'Enseignant Référent à la Scolarisation des Elèves en situation de Handicap de son secteur.

Bénéficiaire (réponse niveau 3) : « Toujours à l'écoute et bienveillant, en tout cas pour ma part, j'ai rencontré de la bienveillance et de l'aide auprès de la communauté 360 ! Moi qui était en pleine dépression et prête à passer à l'acte quand mon fils a été suspendu de son IME en avril 2023 pour incompétence et manque de moyens je me suis retrouvée seule avec mon fils H24 et sans solution 😰le conseiller de la communauté 360 m'a aidé moralement et s'est mis en contact avec différents professionnels pour trouver une solution mais malheureusement, par manque de place, mon fils est en attente de structure adaptée car autiste sévère sans langage 😰10 mois de bataille et l'IME a reconsidéré la suspension en acceptant de le reprendre 1 jour 1/2 par semaine, très peu pour mon fils en perte de repères. Je reçois une écoute inconditionnelle. »

*Les bénéficiaires ont tellement de difficultés à obtenir des réponses qu'ils se satisfont de la simple prise en compte de leur demande par une écoute et la proposition de solutions sporadiques. De l'état de droit, il reste "le mieux que rien", " le moins pire" ....*

## Commentaires FO :

**Les Communautés 360 sont créées pour masquer les difficultés du secteur médico-social, liées à la suppression des institutions, établissements et services publics. Pour FO cela reste de la poudre aux yeux.**

**Là où un jeune et sa famille étaient accompagnés tout au long de l'orientation jusqu'à l'admission en établissement, aujourd'hui ils sont livrés à eux-mêmes. Ils ne peuvent se raccrocher qu'à des plateformes numériques (Via Trajectoires), ou téléphoniques (Communauté 360).**

**Pour FO, il s'agit d'un recul social, d'un recul de l'accès aux droits des personnes. Le choix du terme « communauté » ne trompe personne !**

# Fiche 13 EMASC : EQUIPES MOBILES APPUI AUX SITUATIONS COMPLEXES

Le dispositif EMASC est piloté par un COPIL départemental qui se réunit à l'initiative de l'ARS. Il réunit les porteurs du dispositif, les MDPH, les dispositifs partenaires.

L'EMASC doit permettre la continuité des parcours des personnes accompagnées pour éviter les ruptures de prise en charge des personnes en situations complexes. Cette équipe ne se substitue pas aux autres dispositifs mais vient en plus pendant 6 mois maximum.

## Pour qui ?

Enfants et adultes de tout âge porteur de handicap et pris en charge dans un établissement ou service médico-social ou sanitaire implanté sur le territoire (DAME, MAS, hôpital psychiatrique…).
Les bénéficiaires de l'EMASC sont des personnes présentant des comportements, problèmes et/ou des difficultés multiples qui mettent en échec l'établissement.

## Comment ?

L'établissement remplit un formulaire décrivant les difficultés et le profil de la personne concernée.
L'équipe de l'EMASC prend un temps d'observation, puis fournit un appui aux professionnels :
-Par leur présence en renfort sur un temps donné,
-Propose des méthodes pour prévenir et gérer les crises,
-Sensibilise les équipes aux approches recommandées par l'HAS,
-Participe aux réunions partenariales avec les RAPT, PCPE, DAC, ERHR (GOS, commissions départementales…).

## Composition

L'EMASC peut être composé de psychologue, neuropsychologue, éducateur spécialisé, AMP, AES…

### Témoignage d'une éducatrice

Dans le témoignage précédent sur la RAPT j'ai décris dans l'intervention de l'EMASC qui a co-élaboré avec James « une fiche de comportement » qu'il garde avec lui et peut présenter aux professionnels pour prévenir les crises. Ainsi les professionnels connaissent les raisons qui le mettent à mal et comment agir pour éviter la crise.
L'outil est bien fait et intéressant, et les professionnels sont contents car ce sont beaucoup de remplaçants. Ils ne connaissent pas bien l'institution et où trouver les informations. Donc dans notre nouveau monde d'après médico-social, ce n'est plus l'institution ou les collègues qui transmettent les informations mais la personne accueillie elle-même… James a appris à se promener avec sa fiche et la met sous le nez de chaque personne qu'il rencontre même dans la rue. Cela est devenu son mode d'entrée en relation.
Dans le monde d'avant, l'équipe connaissait la personne et ses besoins et réagissait en fonction, un relation s'établissait entre les personnes accueillies et les éducs, mais aujourd'hui James se balade avec son mode d'emploi autour du cou.

FICHE 13

# SITUATIONS COMPLEXES

## Commentaires FO :

L'EMASC a pour vocation d'apporter une expertise et un appui aux professionnels confrontés à une situation complexe, principalement liée aux troubles du spectre de l'autisme.
C'est un dispositif supplémentaire pour pallier aux conséquences du démantèlement du secteur médico-social.
La transformation de l'offre :

- vide les établissements du secteur du sens de l'accueil et de l'accompagnement inconditionnel,
- éclate les équipes en place en les démunissant des moyens matériels et humains indispensables.

Pour FO, la création du dispositif EMASC cherche clairement à masquer le déficit :

- de personnel dans les établissements et services,
- de personnel qualifiés
- de formation continue, en particulier sur les troubles autistiques.

**Dans cette situation, FO constate que les salariés reconstruisent des équipes de travail au-delà des dispositifs, dans l'intérêt des personnes accueillies.**

Fiche 14

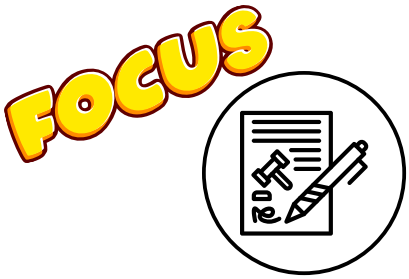
# LES HABITATS INCLUSIFS

Au commencement, le manque de places dans les établissements.
La politique de rationalisation des coûts, a pour effet la raréfaction des moyens affectés au secteur social et médico-social. Par voie de conséquence cela tasse voire supprime un certain nombre de places d'accueils dans les établissements de type M.A.S (Maison d'Accueil Spécialisée) et F.A.M (Foyer d'Accueil Médicalisé) dans tout le pays. Ainsi, les places sont manquantes.

**Témoignage d'un éducateur (mandat FO CPAM - CDAPH)**
**Le logement inclusif comme solution moderne,**
En commission CDAPH (MDPH) dans plusieurs départements français il nous revient que les moyens déployés sont largement en deçà des besoins en accueil des personnes handicapés. Ainsi, faute de financements donc fatalement faute de place dans les établissements médico sociaux, des personnes souffrant de handicaps, parfois jeunes, sont orientées de manière dérogatoire vers des EHPAD, contre toutes les attentes. Bien sûr les personnes handicapées souffriront de cette orientation « dérogatoire » mais explique-t-on ici et là, la larme à l'œil : faute de place on ne peut pas faire autrement. Le manque et la nécessité créée devrait donc faire loi.
Dans ce contexte, le dispositif du logement inclusif est présenté comme une solution politique honorable en répondant à la fois à la commande européenne non discriminante en même temps qu'une prise en charge à moindre coût. Pourtant, nous l'affirmons le logement inclusif est au service de la déconstruction de la prise en charge des personnes atteints de handicap.

Sur le financement :
Le projet de vie sociale et partagée, élaboré avec les habitants, peut être financé par l'une ou l'autre de ces modalités: le forfait inclusif ou l'aide à la vie sociale et partagée (AVP).
Pour le financement de la structure, le législateur a créé un forfait pour l'habitat inclusif . Le montant, les modalités et les conditions de versement de ce forfait se font au profit de la personne morale chargée d'assurer le projet de vie sociale.
Relevons ici la présence de la personne morale, celle du projet de vie partagée dans un logement inclusif porteuse du projet social… Un établissement ?
Ajoutons, toujours au sujet du financement, la possibilité « offerte » à la personne handicapée résidant dans l'habitat inclusif, de mutualiser ses aides humaines accordées individuellement type PCH* pour pérenniser le financement de la structure et financer éventuellement le salaire d'un accompagnant.
Enfin, prévenons que d'un département à l'autre les dispositifs sont changeant puisque ce sont les MDPH qui attribuent ou non les aides personnalisées type PCH.

**Le logement inclusif :**
**un nouvelle forme d'établissement ?**
**Moins coûteux financièrement**




Pour en savoir plus, lire Les Cahiers pédagogiques de la CNSA :"L'habitat inclusif, un habitat accompagné, partagé et inséré dans la vie sociale" et le rapport de Denis Piveteau et Jacques Wolfrom de 2020.

**Quelques textes et documents de référence**

- La loi n°2018-1021 du 23 novembre 2018 portant évolution du logement, de l'aménagement et du numérique (ELAN) a donné une définition à l'habitat inclusif au sein du code de l'action sociale et des familles (CASF). Elle a également créé un forfait pour l'habitat inclusif et étendu la compétence de la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie au domaine de l'habitat inclusif.
- Ce cadre juridique a été complété par le décret n° 2019-629 du 24 juin 2019, l'arrêté du 24 juin 2019 relatif au modèle du cahier des charges national du projet de vie sociale et partagée de l'habitat inclusif et l'arrêté du 11 septembre 2019 relatif au modèle du rapport d'activité de la conférence des financeurs de l'habitat inclusif pour les personnes handicapées et les personnes âgées. En complément, une instruction précise les modalités de mise en œuvre du forfait habitat inclusif.
- Le rapport de Denis Piveteau et Jacques Wolfrom, « Demain, je pourrai choisir d'habiter avec vous ! », remis au Premier ministre le 26 juin 2020, propose douze idées pour l'action qui favorisent le développement de l'habitat inclusif, dont une axée sur la mise en place d'une nouvelle aide individuelle : l'aide à la vie partagée (AVP).
- L'article L. 281-2-1 du code de l'action sociale et des familles (CASF) permet l'ouverture d'un droit individuel à l'aide à la vie partagée (AVP) en l'inscrivant dans le règlement départemental d'aide sociale.

L'habitat inclusif mentionné à l'article L.281-1 du code de l'action sociale et des familles (CASF) est destiné " aux personnes handicapées et aux personnes âgées qui font le choix, à titre de résidence principale, d'un mode d'habitation regroupé, entre elles ou avec d'autres personnes (...). Ce mode d'habitat est assorti d'un projet de vie sociale partagée ".
La mention « du choix » de la personne handicapée interroge lorsque nous constatons que nombre des personnes handicapées logeant dans de l'habitat dit inclusif semblent dépourvus de tous moyens de communication... Au passage, notons que le législateur a voulu préciser les missions de la personne morale chargée d'assurer le projet de vie sociale et partagée... Il s'agit pour elle d'assurer l'organisation générale de l'habitat inclusif dans des conditions garantissant le respect du cahier des charges national du projet de vie sociale et partagée de l'habitat inclusif fixé par arrêté, exit encore une fois ici le choix de la personne handicapée ?

**Pour ce dispositif : 2 types de professionnels:**

Les personnes vulnérables sont accompagnées par un animateur salarié qui, parfois, cohabite avec elles. Il est soumis à un régime dérogatoire au droit commun en ce qui concerne la durée du travail, en apportant un accompagnement continu et quotidien.

le Décret n° 2024-650 du 1er juillet 2024 relatif aux modalités d'organisation du travail des salariés résidant à titre principal au sein d'un habitat inclusif est venu précisé les modalités de suivi et d'organisation du temps de travail . La durée du travail est de 258 jours par an (L 433-1 du CASF). Le calendrier prévisionnel mensuel doit être remis au moins 8 jours avant le début du mois. Sachant que constitue un jour de travail :
« chaque jour pendant lequel le salarié exerce ses fonctions », quel que soit le nombre d'heures de travail effectuées.
L'employeur doit assurer « un suivi régulier de la charge de travail des salariés » en organisant chaque année un entretien individuel.

Les professionnels rattachés à des Services d'Accompagnement à la vie Sociale (SAVS), par exemple. Ils interviennent de façon ponctuelle dans la semaine pour réguler, animer et coordonner.
Ils gèrent l'organisation de manière générale.
Ils ne dorment pas sur place, souvent les habitants peuvent appeler une personne qui est d'astreinte.
Le financement provient du conseil départemental par la création de l'Aide à la Vie Partagée (AVP). Il est souvent attribué un nombre d'heure en fonction du nombre d'habitant qui doivent être 3 au minimum. Le nombre d'heures varie selon le département.

**Commentaires FO :**

**Le cadre juridique, réglementaire et opérationnel est jugé insuffisant ou ambigu.**

**Par exemple, l'aide à la vie partagée (AVP) ne couvre pas tous les coûts, notamment ceux liés aux charges d'entretien et aux espaces communs, à l'animation et à l'administratif.**
**De plus, la réduction du financement de l'AVP par la CNSA, passant de 80 % en 2021 à bientôt 50 % en 2025, a créé des réticences des départements à soutenir de tels projets, les départements étant déjà eux-mêmes confrontés à des budgets serrés. En 2024, moins de projets ont vu le jour par manque de financement. Encore une fois, on assiste à un désengagement de l'État, qui se repose sur les départements, alors même qu'il rend ces dispositifs d'importance nationale.**

**On assiste donc à des disparités selon les départements : certains excluent les projets prévoyant une présence 24h/24 ou ceux visant des publics non autonomes.**

**En ce qui concerne les professionnels ou assistants permanents, les salariés font l'objet d'une dérogation au droit du travail prévue pour : les salariés assistants permanents des lieux de vie, les assistants familiaux ou encore les éducateurs familiaux dans les Villages d'Enfants.**

**Comme pour les salariés des Villages d'Enfants ou des lieux de vie, les assistants de vie des habitats inclusifs ne travaillent pas à domicile : ils dorment sur place pour des raisons professionnelles, ils n'accueillent pas des personnes à leur propre domicile.**

**Il s'agit bien uniquement de faire des économies, ces salariés se rendent au travail comme n'importe quel salarié et devrait être protégé par le droit du travail, à commencer par le respect de la durée du travail à 35h. Cette organisation dérogatoire au droit du travail met en péril l'équilibre indispensable entre la vie personnelle et la vie professionnelle, mêmes si des obligations sur la charge de travail sont légalement en place.**
**Les dérives sont faciles, attention au nombre d'heures réalisées car la seule limite exprimée est de 258 jours x 24 h =6192 heures par an soit 516 heures par mois !**

**FO alerte sur la multitude de modèle que peuvent prendre les habitats inclusifs et sur les risques encourus par les salariés faute d'encadrement légal suffisant.**

"vivre chez soi sans être seul"

Espace individuel et lieu de vie commun

Intervention d'un professionnel chargé de l'animation, coordination, régulation du vivre ensemble

Accompagnement individualisé assuré par les ESMS,

Habitat inséré dans la cité

Résidence principale ordinaire

# LES DISPOSITIFS EN LIEN AVEC L'ÉDUCATION NATIONALE

Fiche 15

# LES PÔLES INCLUSIFS D'ACCOMPAGNEMENT LOCALISÉS (PIAL)

Les PIAL sont inscrits dans le projet de loi « pour une École de la confiance » :
« Des pôles inclusifs d'accompagnement localisés sont créés dans chaque département. Ils ont pour objet principal la coordination des moyens d'accompagnement humain au sein des écoles et établissements scolaires de l'enseignement public et de l'enseignement privé sous contrat. Ces dispositifs visent à mieux prendre en compte les besoins éducatifs particuliers de l'élève en situation de handicap en vue du développement de son autonomie ».

En résumé, les PIAL sont des services de gestion quantitative des emplois du temps des AESH, tributaires de la ressource humaine disponible.

En Août 2023 (rapport IGAS) 4090 pôles inclusifs d'accompagnement localisés (PIAL) maillent le territoire national et se sont imposés dans leur fonction de gestion de ressources de proximité pour le suivi des AESH, sans pouvoir répondre à l'ensemble des ambitions qui leur a été fixé, faute de ressources suffisantes.

## LES (PIAL) DEVIENNENT DES PÔLES D'APPUI À LA SCOLARITÉ (PAS)

Malgré la résistance et la censure par le Conseil constitutionnel (réputé cavalier législatif dans la loi de finances 2024), des PAS préfigurateurs sont à l'essai dans 4 départements.
Les inquiétudes sont vives.
Le PAS permet de mettre en œuvre " des adaptations pédagogiques et éducatives " sans attendre de reconnaissance de troubles ou de handicap par la MDPH.
L'équipe d'un PAS est composée d'un enseignant dédié — qui reprendra la gestion des pôles inclusifs d'accompagnement localisés (PIAL) — et d'un éducateur spécialisé détaché d'un établissement ou service médico-social."

**Commentaires FO :**

**L'objectif des PAS est le même partout : faire sortir un maximum d'élèves du champ du handicap et diminuer le nombre d'élèves notifiés par la MDPH. L'Education Nationale va ainsi pouvoir se substituer à la MDPH pour décider des besoins et les adapter… au manque de personnel.**

**Le PAS est un outil de désinstitutionnalisation des établissements médico-sociaux.**

Fiche 16

# DISPOSITIF D'AUTO REGULATION (DAR)

## LA LÉGISLATION

L'instruction interministérielle n° DIA/DGCS/SD3B/DGESCO/2021/195 du 3 septembre 2021 crée des dispositifs d'auto-régulation (DAR) pour les élèves présentant des troubles du spectre de l'autisme, dans le cadre de la stratégie nationale pour l'autisme au sein des troubles du neurodéveloppement.

## LA THÉORIE

L'auto régulation est un concept venu du Canada. Il a inspiré des recherches en neuro sciences visant à apprendre à des personnes atteintes de troubles du spectre de l'autisme à réguler leurs émotions.

C'est un processus basé sur :

- l'auto-observation
- l'auto-évaluation
- l'auto-réaction

pour apprendre progressivement le self-contrôle.
Il faut un entrainement spécifique. Les professionnels sont formés pour développer ce processus et bénéficie d'une supervision.

Le Dispositif d'Auto Régulation (DAR) vise à réduire les troubles du comportement des élèves autistes et développer progressivement leur autonomie dans les apprentissages. En alternant présence en classe et en salle d'auto régulation qui est un sas émotionnel.

Le gouvernement a décidé de créer des DAR partout en France dans les écoles par instruction interministérielle.
L'ouverture d'un DAR et le choix de son implantation territoriale est une démarche conjointe entre l'éducation nationale, l'ARS, le maire, la MDPH et le conseil départemental (dont le comité de suivi départemental de l'école inclusive). Une convention est signée entre l'établissement scolaire et un service médico-social qui affecte des professionnels dédiés.
Un enseignant supplémentaire formé à l'auto régulation doit être affecté à l'école.

Développé dans les écoles primaires en 2021, il est étendu dans les collèges et lycées selon un cahier des charges adressé aux recteurs d'académie le 5 septembre 2024.
Les DAR est aussi élargi aux élèves atteints de troubles du neurodéveloppement (TSA, dys, TDAH...)

## Commentaires FO :

**Le médico-social dissous dans les établissements scolaires ?**
(Analyse de la Fédération Nationale Enseignement et Culture - FNEC FO)

Alors que des milliers de places manquent dans les établissements médico-sociaux, le conseiller du ministre explique qu'il faut travailler sur une rapidité d'intervention avant que les situations ne se dégradent en envisageant la présence de personnels médico-sociaux dans les établissements scolaires. Il s'agit en fait d'accélérer ce qui se fait actuellement, c'est-à-dire, conformément à la loi Blanquer, continuer de dissoudre dans les PIAL les établissements médico-sociaux dans les équipes mobiles censées coacher les personnels confrontés à des situations intenables ! Il faudrait plus de ressources, plus d'appui aux équipes, plus d'aide. Plutôt qu'ouvrir les places pour que les élèves bénéficient de soins, il s'agirait de former en pédagogie, d'avoir des recours de proximité avec des dispositifs de soupape : les Dispositifs d'Auto Régulation (DAR) avec des personnels médico-sociaux.

Le 5 septembre 2024 est paru au B.O un texte intitulé « Déploiement de l'autorégulation en milieu scolaire ». Il s'agit de généraliser et de cadrer davantage les dispositifs d'auto-régulation (DAR) expérimentés dans certains départements. Ces dispositifs permettent d'inclure des élèves (10 par dispositif) avec des troubles du neurodéveloppement en classe ordinaire, sans AESH. L'élève suit donc les apprentissages dans sa classe d'âge, et lorsqu'il en ressent le besoin pour gérer ses émotions ou son comportement peut se rendre en salle « d'auto-régulation » gérer par un enseignant non spécialisé formé à l'auto-régulation.

Il s'agit d'une attaque supplémentaire, qui s'inscrit dans l'acte 2 de l'École inclusive, contre l'existence de l'enseignement spécialisé et des structures spécialisées.

# POUR CONCLURE

- Les établissements et services médico-sociaux (ESMS) institués comme lieux d'éducation, de vie, de travail, de sociabilisation et de participation sociale disparaissent au profit de plateformes et de dispositifs, c'est-à-dire des services de consultation et de prestations privatisables, et des accueils à temps modulé et limité.

- La tarification à l'acte (Serafin-PH) permet l'ouverture du secteur médico-social au secteur privé lucratif. La transformation de l'offre est la voie d'accès à la marchandisation, seuls ceux qui ont les moyens pourront s'en sortir.

- C'est la fin programmée de notre Sécurité Sociale de 1945, fin de la solidarité nationale et du progrès social !

Sous prétexte de vouloir moderniser l'offre d'accompagnement et prôner l'inclusion, les gouvernements successifs remettent en cause le modèle institutionnel du secteur social et médico-social et actent finalement sa destruction.

La volonté du gouvernement est de masquer la réalité du manque de moyens pour prendre soin des personnes en situation de handicap. L'obligation de résultats ne concerne plus la situation réelle des personnes, mais vise uniquement à réduire les chiffres, à remplir des objectifs statistiques. C'est tout le concept du « zéro sans solution ».

La politique de l'offre, c'est partir du postulat que les moyens dédiés à la mise en œuvre des politiques publiques suffisent. C'est l'inverse de la réponse aux besoins.
Ce n'est pas le secteur médico-social que nos prédécesseurs ont construit, ce ne sont pas nos valeurs militantes ! FO revendique des moyens à hauteur des besoins, de façon à garantir l'effectivité des droits de chaque personne.

**Pour la défense du secteur médico-social financé par la Sécurité Sociale !**
**Avec un mode de financement pérenne afin de garantir la stabilité indispensable à tout accompagnement éducatif de qualité.**

# REPÈRES HISTORIQUES ET CHRONOLOGIQUES

# GLOSSAIRE

# Repères historiques et chronologiques

1975 : Loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales, généralise l'exigence d'encadrement professionnel et établit le régime juridique des établissements.

1983 : Loi n° 83-8 du 7 janvier 1983 relative à la répartition des compétences entre les communes, les départements, les régions et l'État. Elle modifie la répartition des compétences dans le champ médico-social au profit du département.

2002 : Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Elle renforce la planification, transforme les régimes d'autorisation et d'habilitation et généralise l'exigence d'évaluation.

2005 : Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées instituant notamment les maisons départementales du handicap (MDPH). Elle crée la prestation compensatrice du handicap (PCH). Elle institue les conférences nationales du handicap tous les 3 ans.

2007 : convention internationale relative aux droits des personnes handicapées (CIDPH), signée à New York le 30 mars 2007, ratifiée par la France. (Décret n° 2010-356 du 1er avril 2010 portant sa publication).

2009 : Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Elle crée notamment les agences régionales de santé (ARS) compétentes sur le sanitaire et le médico-social et généralise l'appel à projets.

2013 : la loi n°2013-595 du 8 juillet 2013 d'orientation et de programmation pour la refondation de l'école de la République a introduit dans le code de l'éducation la notion d'école inclusive et engage tous les acteurs dans une nouvelle conception de la scolarisation des élèves en situation de handicap.

2014-2022 : Réforme de la tarification des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes handicapées (séraphin-ph)

2014 : Rapports PIVETEAU « Zéro sans solution »

2022 : Rapport PIVETEAU « pour une société qui change » (du pouvoir d'agir, de la société inclusive)

2017 :

- circulaire N° DGCS/3B/2017/148 relative à la transformation de l'offre d'accompagnement des personnes handicapées dans le cadre de la démarche « une réponse accompagnée pour tous » de la stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre médico-sociale (2017-2021) et de la mise en œuvre des décisions du CIH (Comité interministériel du Handicap) du 2 décembre 2016.
- décret 2017- 620 relatif au fonctionnement des établissements et services médico-sociaux en dispositif intégré. Ce décret modifie le CASF, il définit les modalités selon lesquelles les établissements ESMS peuvent fonctionner en ITEP ou SESSAD.

2019 : Loi n° 2019-791 du 26 juillet 2019 pour une école de la confiance. Cette loi renforce les dispositions de la loi de 2005 en matière d'école inclusive et crée un service public de l'école inclusive.

2021 : circulaire N° DGCS/SD3/2021/236 du 30 novembre 2021 relative à la diffusion du cahier des charges des Communautés 360.
2024 : décret du 5 juillet 2024 relatif aux modalités de fonctionnement en dispositif intégré des établissements et services médico-sociaux. Il applique l'article 31 de la loi du 26 juillet 2019

## CONFÉRENCES NATIONALES DU HANDICAP

10 juin 2008 et 8 juin 2011 des annonces d'efforts et de moyens pour l'accessibilité, de créations de places et de compensations, surtout de belles paroles !

11 décembre 2014 dont le premier engagement annoncé par l'Etat est « Ouvrir l'école aux enfants et engager la « désinstitutionalisation »

19 mai 2016 « une opportunité pour le président de la République et le gouvernement de rappeler notre engagement en faveur d'une société plus inclusive » : mise en œuvre d'une stratégie quinquennale d'évolution de l'offre médico-sociale et du rapport « zéro sans solution »

11 février 2020 « l'école pour tous », « communautés 360 », « logement inclusif » ...

26 avril 2023 l'Acte II de l'école inclusive avec l'intégration des IME dans les écoles, à commencer par 100 expérimentations

# GLOSSAIRE

AESH : Accompagnants des Elèves en Situation de Handicap

ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance (pour soutien à la transformation de l'offre médico sociale, organisation de visio, principalement pour les cadres, pour partager des expériences nationales)

ARE : Accompagnant à la Réussite Educative

CAMPS : Centre d'Acitivité Médico-Sociale Précoce

CDSEI : Comités départementaux de suivi de l'école inclusive

CNCPH : Conseil National Consultatif des Personnes Handicapées

CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

Communauté 360

CRA : Centre Ressource Autisme

DAC : Dispositif d'Appui à la Coordination (médical)

DAVA : Dispositif d'Accompagnement à la vie active (Dépend de l'IME)

DAR : Dispositif d'Auto Régulation

DEA : Dispositif Emploi Accompagné

DITEP : Dispositif Institut Thérapeutique Educatif et Pedagogique

DUI :Dossier Unique de l'Usager

EAM : Etablissement d'Accueil Médicalisé (FAM, MAS)

EANM : Etablissement d'Accueil Non Médicalisé

ERHR : Equipe Relais Handicap Rare

EMAS : Equipe Mobile d'Appui Médico Social

EMASC : Equipe Mobile d'Appui aux Situations Complexes

EPO : Evaluation pour la Programmation des Objectifs

ESAT : Etablissement ou Service d'Aide par le Travail

ESIAA : Equipe de Soutien aux Intervenants et aux Aidants de personnes avec Autisme

ESMS : Etablissements et Services Médico-Sociaux

FAM : Foyer d'accueil Médicalisé

GEVASCO : Guide d'évaluation des besoins de compensation en matière de scolarisation

GOS : Groupe Opérationnel de Synthèse

IA-DASEN. Inspecteur d'Académie – Directeur Académique des Services de l'Education Nationale

IEM : Institut d'Education Motrice

MDA : Maison Départementale de l'Autonomie

MAS : Maison d'Accueil Médicalisée

PAG : Plan d'accompagnement Global

PCO : Plateforme Coordination et Orientation

PCPE : Pôle de Compétences et de Prestations Externalisées

PFR : Plateforme d'accompagnement et de Répit

PHV : Personnes Handicapées Vieillissantes

RAPT : Réponse Accompagnée Pour Tous

SAJ-SAAJ : Service d'Accueil de Jour-Structure d'Accueil et d'Activité de Jour

SAMSAH (parfois avec spécialité) : Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés

SAVS :Service d'Accompagnement à la Vie Sociale

SEES : Section D'enseignement et d'Education Spéciale

SERAFIN-PH : Services et Etablissements : Réforme pour une Adéquation des FINancements aux parcours des personnes Handicapées

SESSAD : Service d'Education Spéciale et de Soins à Domicile

SIPFP : Section d'Insertion Professionnelle et de Formation Professionnelle

TDAH : Trouble Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité

TDI :Trouble Dissociatif de la personnalité

TND : Trouble NeuroDéveloppemental

TSA : Trouble du Spectre de l'Autisme

TOP : Trouble Oppositionnel avec Provocation

UEE : Unité d'Enseignement Externalisé

UEMA : Unité d'Enseignement Maternelle Autisme

# REMERCIEMENTS

## Merci à

Sandrine CANAUD (SDAS 45)

Sandrine VAGNY (SDAS 41)

Nathalie JAMET (SDAS 36)

Françoise COUDERT (SDAS 74)

qui ont principalement participé à la rédaction de ce document fédéral (et qui ont tenu jusqu'au bout !),

Merci à toutes celles et ceux qui ont rejoint même pour une seule séance de travail ce groupe en défense du secteur médico-social

Corinne PETTE et Isabelle TESSIER

Secrétaires fédérales

# Les revendications Force Ouvrière

**Des moyens à la hauteur des besoins**

L'embauche du personnel médico-social nécessaire

L'ouverture de places dans les établissements pour qu'aucun enfant reste sans solution, en vrai.

**Une prise en charge en fonction des besoins de l'enfant et non morcelée en fonction de l'offre**

Pour la sauvegarde de nos diplômes, de nos métiers

Défense de notre Sécurité Sociale de 1945

Accompagnement inconditionnel de la personne et sa famille

Pour la formation professionnelle continue

Non à l'inclusion forcée

Oui à l'éducation spéciale

Oui à la gratuité des soins paramédicaux

Non au recul social, oui à l'accès aux droits inconditionnel

Augmentation des temps de présence et d'accompagnement auprès de la personne accompagnée

Retrait de la réforme du financement Sérafin-PH,
Fin de la recherche systématique d'économies,
Retrait de l'acte 2 de l'école inclusive

**FO ACTION SOCIALE**
7 Passage Tenaille
75 014 Paris
01 40 52 85 80
*lafnas@fnasfo.fr* - www.fnasfo.fr

# UNIS POUR DES MOYENS

Dans les secteurs sanitaire, social, médico-social, insertion, aide à domicile

# 14 Mai 2025 à PARIS

141 avenue du Maine - Paris 14ème - salle Léon Jouhaux

**Conférence des délégués FO - action sociale santé privée**

FO www.fnasfo.fr www.unsfo.org