Une image contenant texte, assiette, arts de la table, vaisselle

Description générée automatiquement

ACTUALITÉS SEPTEMBRE -OCTOBRE 2021

[I. Depuis vingt ans, les acteurs se sont saisis de l'accès aux soins des personnes handicapées 2](#_Toc86674236)

[II. Comment gérer la sélectivité alimentaire des enfants autistes ? 5](#_Toc86674237)

[III. AAH ET PCH 7](#_Toc86674238)

[A. Une proposition de loi de l'Assemblée nationale veut secouer l'AAH et la PCH 7](#_Toc86674239)

[B. Le secteur du handicap défend l'autonomie complète des bénéficiaires de l'AAH 8](#_Toc86674240)

[C. Un rapport interroge les disparités territoriales de l'AAH à la lueur des compétences MDPH 9](#_Toc86674241)

[D. Comment est calculée la prestation de compensation du handicap ? 10](#_Toc86674242)

[**E.** Quelle PCH dans les établissements ? 12](#_Toc86674243)

[F. Le Sénat adopte la déconjugalisation de l'AAH en seconde lecture 13](#_Toc86674244)

[IV. Actualités sur les structures d’accueil et de prises en charge : 13](#_Toc86674245)

[A. Des outils pour la transformation des établissements et services sociaux et médico-sociaux -rapport IGAS: 13](#_Toc86674246)

[B. Les maisons d'accueil spécialisées pour les autistes complexes sont lancées 13](#_Toc86674247)

[C. Le CNCPH interroge l'avenir des dispositifs éducatifs spécialisés 16](#_Toc86674248)

[D. Les unités d'enseignement polyhandicap ouvrent à pas comptés 18](#_Toc86674249)

[E. Les instituts médico-éducatifs préparent leur passage en dispositif 20](#_Toc86674250)

[F. L'Igas recommande d'assouplir largement le système des autorisations des ESSMS 22](#_Toc86674251)

[G. Le projet Epop lance des formations sur l'autodétermination pour les professionnels 24](#_Toc86674252)

[H. Les revalorisations Ségur divisent les professionnels du médico-social 24](#_Toc86674253)

[I. Les sénateurs adoptent la proposition de loi pour un droit de visite en établissement 27](#_Toc86674254)

[J. Le CCNE recommande l'accompagnement aux gestes du corps et de l'intimité 28](#_Toc86674255)

[V. Actualités Santé Mentales 29](#_Toc86674256)

[A. Plan global en santé mentale avec accès facilité aux psychologues 29](#_Toc86674257)

[B. L'information par les médecins en cas d'isolement-contention pourrait être simplifiée 31](#_Toc86674258)

[VI. Actualités TND : 32](#_Toc86674259)

[A. Les plateformes de prise en charge précoce des TND intègrent les suivis psychologiques 32](#_Toc86674260)

[B. Un outil de prédiagnostic des TND utilisant l'intelligence artificielle va être expérimenté 33](#_Toc86674261)

[VII. Finances- Plan de finances (PLFSS (Plan de Financement de la Sécurité Sociale)): 34](#_Toc86674262)

[A. L'objectif global de dépenses médico-social augmente de 4,4% à 27,5 Md€ 34](#_Toc86674263)

[B. Le Gouvernement choisit une nouvelle fois le PLFSS pour réformer l'isolement-contention 36](#_Toc86674264)

[C. Le PLF 2022 conforte le périmètre du crédit d'impôt des services à la personne 37](#_Toc86674265)

[D. La dotation qualité des Saad s'inscrit dans la lignée de la préfiguration tarifaire 37](#_Toc86674266)

[E. Les dépenses de la CNSA devraient atteindre 34,2 milliards d'euros 39](#_Toc86674267)

[F. Les aides techniques pour l'autonomie entrent dans le giron de l'Assurance maladie 40](#_Toc86674268)

[G. La CNSA détaille les modalités d'expérimentation de la réforme de la tarification handicap 40](#_Toc86674269)

[VIII. INCLUSION : scolarisation, vie professionnelle 42](#_Toc86674270)

[A. La HAS invite les professionnels à rendre l'enfant handicapé plus acteur de sa scolarité 42](#_Toc86674271)

[B. Des outils numériques peuvent faciliter l'apprentissage des élèves handicapés 43](#_Toc86674272)

[C. Le FIPHFP invite à revisiter les modes de travail pour les fonctionnaires handicapés 45](#_Toc86674273)

[D. Anne Guillon rejoint le secrétariat d'État chargé des Personnes handicapées 45](#_Toc86674274)

[E. Le titre de responsable coordonnateur de services au domicile est créé 47](#_Toc86674275)

[IX. Les aidants sont davantage reconnus mais la crise sanitaire les a laissés exsangues 48](#_Toc86674276)

[X. Le Gouvernement veut prolonger de deux ans l'expérimentation de relayage 50](#_Toc86674277)

[XI. Des hospitaliers en Hauts-de-France créent un outil d'aide aux généralistes en psychiatrie 50](#_Toc86674278)

[XII. Les psychologues-Prise en charge des séances. 51](#_Toc86674279)

[A. Nous réclamons un conventionnement depuis 50 ans et on ne daigne même pas nous répondre" 51](#_Toc86674280)

[Lettre ouverte de la FFP [PDF] 53](#_Toc86674281)

[B. Le Gouvernement pose un cadre de prise en charge de séances chez un psychologue 53](#_Toc86674282)

# Depuis vingt ans, les acteurs se sont saisis de l'accès aux soins des personnes handicapées

Publié le 08/09/21 - 14h28

Partie 1/2  
Des progrès politiques lents et laborieux mais des avancées enthousiasmantes

La question de l'accès aux soins n'a pas toujours été au cœur des priorités. Pourtant, les améliorations du système en la matière sont désormais indéniables. Le résultat de changements profonds et systémiques de la place de la personne accompagnée.

Les débuts du XXIe siècle ont été riches d'avancées pour les droits des personnes en situation de handicap. Outre la [loi n° 2002-2](https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000215460/) du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, cette nouvelle époque s'ouvre par la grande [loi n° 2005-102](https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000809647)du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Pourtant, la question de l'accès aux soins des personnes en situation de handicap ne semble pas au cœur de préoccupations. "La santé n'a pas été la priorité de la loi de 2005, nous nous sommes attachés à leur donner des droits, pas la santé", estime Pascal Jacob, président d'Handidactique, interrogé par Hospimedia. "Mais celle-ci est un prérequis pour jouir de ceux-là !" Philippe Denormandie, auteur d'un rapport en 2018 sur le sujet (à télécharger ci-dessous), partage ce constat à Hospimedia : "Au départ, la santé n'était pas au cœur des préoccupations du monde associatif et des personnes concernées. La logique de bataille s'est faite sur d'autres sujets."

**La loi de 2005 a été un accélérateur.**  
Philippe Denormandie, auteur du rapport L'accès aux droits et aux soins des personnes en situation de handicap et des personnes en situation de précarité

**La grande loi de 2005**

En effet, la loi de 2005 s'étend peu sur la question de l'accès aux soins. Elle l'aborde principalement sous l'angle des soins liés directement au handicap. Ainsi, l'article 7 prévoit pour les professionnels des établissements sanitaires et médico-sociaux, "une formation spécifique concernant l'évolution des connaissances relatives aux pathologies à l'origine des handicaps et les innovations thérapeutiques [...]." Cependant, il serait faux de considérer qu'elle n'a pas eu d'effet sur la prise en charge sanitaire des personnes en situation de handicap. D'après Philippe Denormandie, "la loi de 2005 a été un accélérateur." Selon Marie-Anne Montchamp, présidente de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), l'impact a été majeur en ce que "la loi de 2005 affirme la pleine citoyenneté de la personne en situation de handicap." Le changement est donc politique, replaçant la personne en situation de handicap dans une position de sujet de droit et non objet de soins.  
  
Peu à peu, le sujet émerge. La Haute Autorité de santé (HAS) s'en saisit et mène une audition publique les 22 et 23 octobre 2008. Elle réaffirme ainsi que "le défaut de réponse aux besoins des personnes handicapées doit, quant au reste, être interprété comme une discrimination directe ou indirecte, prohibée tant par la Constitution qui prescrit l'égal traitement que par les engagements internationaux de la France." Il s'agit notamment de la convention relative aux droits des personnes handicapées (CDPH), signée en 2007 et ratifiée en 2010 par l'État. En 2013, Pascal Jacob est sollicité par la ministre des Affaires sociales et de la Santé de l'époque, Marisol Touraine pour l'écriture d'un rapport sur l'accès aux soins des personnes en situation de handicap (à télécharger ci-dessous). Rendu en avril, il retient l'attention des acteurs du secteur notamment dans sa proposition d'améliorer durablement la coordination entre les acteurs du système de soins, du secteur médico-social et social (lire notre [article](https://abonnes.hospimedia.fr/articles/20130611-politique-de-sante-le-rapport-jacob-accueilli-avec)).

**Reflet des métamorphoses du système de soins**

Il s'agit d'ailleurs d'une des idées phares du rapport rendu par Philippe Denormandie et Marianne Cornu-Pauchet en juillet 2018 (lire notre [article](https://abonnes.hospimedia.fr/articles/20181114-politique-de-sante-la-mission-sur-l-acces)). En effet, il estime que "les remèdes pour améliorer l'accès à la santé des personnes en situation de handicap ou de précarité reflètent les enjeux auxquels est confronté notre système de santé actuel." L'objectif est donc d'adopter une "approche plus inclusive du système de santé, attentive aux inégalités de santé." Les acteurs interrogés par Hospimedia s'accordent à dire que, si l'existence de dispositifs dédiés peut être bénéfique (voir partie 2), la question de l'accès aux soins des personnes en situation de handicap nécessite un profond changement du système de santé.. "C'est par la transformation même de ce que nous consentons en termes de politique publique que nous pourrons non seulement améliorer le standard de soins pour tous mais résoudre les freins qui bloquent la personne en situation de handicap", souligne Marie-Anne Montchamp.

**Handidactique rejoint la Cnam**

Une des grandes avancées récentes est le fait que Handidactique rejoigne la Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam). Cette dernière s'est pleinement saisie de la problématique de l'accès aux soins des personnes en situation de handicap. Philippe Denormandie estime d'ailleurs qu'il s'agit de l'avancée la plus importante des vingt dernières années. Cela n'allait pourtant pas forcément de soi, d'aucuns arguant que cela relevait plutôt des compétences de la CNSA. Pourtant, selon la présidente de cette dernière, Marie-Anne Montchamp, "que la Cnam soit chef de file est décisif car si nous produisons un modèle qui crée de la discrimination, nous n'arriverons pas à lever tous les freins !" Une manière de mieux ancrer la question dans le droit commun.

Le mouvement est inéluctable mais il est difficile de prédire quand il se réalisera.  
Marie-Anne Montchamp, présidente de la CNSA

La présidente de la CNSA se montre plutôt optimiste : "Le mouvement est inéluctable mais il est difficile de prédire quand il se réalisera." Philippe Denormandie se réjouit : "Aujourd'hui, le sujet est clairement sur la table et les secteurs commencent à se parler !" Les avancées sont donc là, palpables, bien que perfectibles. Ainsi, selon Pascal Jacob, "nous avons développé quasiment l'intégralité des efforts nécessaires mais ce n'est pas encore généralisé..." Des efforts tant de la part du secteur médico-social que du sanitaire sont donc toujours nécessaires. Selon la dernière analyse de Handifaction, datant du 15 juillet 2021, "le taux de refus de soin reste très élevé et atteint aujourd'hui 20%." Cela concerne en particulier, les spécialistes libéraux en ville (47%), les services hospitaliers (30%) et les généralistes (15%). La route est donc encore longue.

[Partie suivante](https://abonnes.hospimedia.fr/dossiers/20210903-special-20-ans-depuis-vingt-ans-les-acteurs/20210903-les-consultations-dediees-au-handicap-se-font-une)

Liens et documents associés

[Le rapport Pascal Jacob 2013 [PDF]](https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/static.hospimedia.fr/documents/165528/7094/Rapport_Pascal_Jacob.pdf?1630671701)

[Le rapport Denormandie et Cornu-Pauchet 2018 [PDF]](https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/static.hospimedia.fr/documents/165528/7095/rapport_acces_aux_soins_pp_et_ph_29.08.2018.pdf?1630673543)

[Le rapport Piveteau "Zéro sans solution" 2014 [PDF]](https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/static.hospimedia.fr/documents/165528/7096/Rapport_Zero_sans_solution_.pdf?1630673543)

**Les consultations dédiées au handicap se font une place dans l'offre de soins**

**Le dispositif de consultations dédiées a tâtonné pour trouver son mode de financement et de fonctionnement.. Désormais installées dans le paysage, celles-ci appellent néanmoins à adapter le système de santé au plus grand nombre.**

Depuis 20 ans, l'accès aux soins des personnes en situation de handicap a positivement évolué (lire partie 1). Parmi le panel de réponses apportées aux besoins, les consultations dédiées aux personnes en situation de handicap sont emblématiques. Ces dispositifs, aux noms et organisations diverses, ont émergé au cours des années 2010. En 2012, par exemple, naît la structure Handiconsult (lire notre [brève](https://abonnes.hospimedia.fr/articles/20120906-offre-de-soins-l-hopital-d-annecy-promeut)), au sein du CH Annecy-Genevois (Haute-Savoie). "*En faisant le tour des établissements médico-sociaux, nous nous sommes aperçus qu'il y avait une carence, que l'hôpital pouvait mieux faire*", raconte Jean-Henri Ruel, médecin coordonnateur de la plateforme. De cette rencontre entre le sanitaire et le médico-social naît l'idée de proposer un accompagnement adapté aux soins. Le concept est simple : une préparation en amont de la consultation, une prise en charge adaptée, une considération pour le savoir expérientiel des aidants familiaux et professionnels... Des approches qui répondent, avant l'heure, au guide d'amélioration des pratiques professionnelles émises en 2017 par la Haute Autorité de santé (HAS) en la matière (à télécharger ci-dessous)

*Nous cherchons à prendre le contrepied d'une filière de soins qui oublie l'ipséité.*  
*Jean-Henri Ruel, médecin coordonnateur du dispositif Handiconsult du CH Annecy-Gennevois*

Un montage financier délicat

Cependant, la théorie se heurte rapidement à la réalité financière. En effet, toutes ces actions sont chronophages et mal rétribuées au regard de la tarification à l'activité (T2A), lancée en 2004 dans le cadre du plan Hôpital 2007 (lire notre [article](https://abonnes.hospimedia.fr/articles/20040128-dr-martine-aoustin-mission-la-reforme-de-la)). "*Nous ne nous retrouvions pas dans la T2A*", explique Jean-Henri Ruel. "*Je savais qu'avec Handiconsult, nous n'arriverions pas à proposer des études médico-économiques intéressantes.*" C'est justement en opposition à cette conception du système de santé que se sont dressées les consultations dédiées : "*Nous cherchons à prendre le contrepied d'une filière de soins qui oublie l'ipséité.*" Un système de financement se dessine finalement grâce à l'inscription de certains patients en hospitalisation de jour. Les dispositifs se retrouvent renforcés par l'émission de l'instruction n° 2015-313 (à télécharger ci-dessous) émise en 2015. Cette dernière précise que "*le constat de l'apport réel de ces dispositifs a conduit le Gouvernement à soutenir* *[leur diffusion] sur le territoire national, en complément de l'offre de droit commun.*" L'instruction délègue également 10 millions d'euros (M€) sur trois ans au déploiement régional de ces dispositifs par les ARS.

Un petit dernier

Récemment, *Hospimedia* rapportait la création d'un nouveau dispositif Handiconsult à la Pitié-Salpêtrière (lire notre [article](https://abonnes.hospimedia.fr/breves/20210505-offre-medico-sociale-handiconsult-propose-a-paris-des)). Sa création résulte d'un appel à projets lancé par l'ARS Île-de-France et montre bien le chemin parcouru. Perrine Charles, coordinatrice du projet et neurologue, raconte à *Hospimedia* avoir pu s'appuyer sur l'expérience de ses prédécesseurs, notamment grâce aux travaux de la Société française des consultations dédiées handicap (Sofcodh). Son service propose trois niveaux de prise en charge : le contact avec une infirmière à même de rediriger sur des interlocuteurs pertinents du droit commun, une consultation unique pour un problème spécifique ou encore une hospitalisation de jour pour une prise en charge plus complète. Au sein du Handiconsult interviennent l'unité de chirurgie ambulatoire et l'équipe mobile de la douleur.

Ainsi, les consultations dédiées ont pu bénéficier de l'appui financier des tutelles. Le modèle de financement a d'ailleurs été stabilisé en 2020 par l'émission de l'instruction du 10 septembre relative à la gradation des prises en charge ambulatoires réalisées au sein des établissements de santé (à télécharger ci-dessous, lire notre [article](https://abonnes.hospimedia.fr/articles/20200922-info-hospimedia-la-refonte-de-la-circulaire-frontiere)). Cette dernière établit que le handicap est un motif pour une facturation d'un groupe homogène de séjours (GHS) dit plein ou intermédiaire. Jean-Henri Ruel est serein, "*aujourd'hui nous travaillons plus sur quels sont les critères d'éligibilité des différents dispositifs que sur le modèle de financement.*" La route est encore longue car se pose inéluctable le problème de la généralisation des dispositifs sur le territoire. Djéa Saravane, président de la Sofcodh et spécialiste de la douleur, déplore par exemple le manque de réponses dans les territoires ultramarins. La Direction générale de la cohésion sociale, sollicitée par *Hospimedia*, indique être en cours de recensement de ces dispositifs.

**Principe de subsidiarité**

*Je serai très heureux le jour où nous pourrons fermer les Handiconsult.*  
*Djéa Saravane, président de la Sofcodh*

Si la généralisation territoriale du dispositif est un but enviable, les acteurs ne souhaitent pas qu'il s'agisse d'un recours automatique pour toutes les personnes en situation de handicap. "*Ces dispositifs n'ont pas vocation à se développer en termes de démographie*, affirme Jean-Henri Ruel. *Il faut privilégier le droit commun.*" De son côté, Djéa Saravane déclare : "*Je serai très heureux le jour à nous pourrons fermer les Handiconsult.*" Ainsi, d'après Philippe Denormandie, auteur d'un rapport sur l'accès aux soins des personnes en situation de handicap, "*il ne faut surtout pas que les consultations dédiées soient un alibi pour que les autres professionnels de la santé ne s'occupent pas de cette question.*" C'est d'ailleurs tout le sens de la charte Romain Jacob (à télécharger ci-dessous), établie en 2014, qui enjoint aux signataires de "*promouvoir l'accès des personnes en situation de handicap aux soins courants et spécifiques en milieu ordinaire, quelle que soit la spécialité médicale ou paramédicale.*" Si les avancées sont enthousiasmantes, la métamorphose du système de soins ne fait que commencer.

[Partie précédente](https://abonnes.hospimedia.fr/dossiers/20210903-special-20-ans-depuis-vingt-ans-les-acteurs/20210903-des-progres-politiques-lents-et-laborieux-mais-des)

Liens et documents associés

[Le guide de la HAS [PDF]](https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/static.hospimedia.fr/documents/165529/7097/guide_handicap_etablissement.pdf?1630677748)

[L'nstruction sur les consultations dédiées [PDF]](https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/static.hospimedia.fr/documents/165529/7098/ste_20150012_0000_0082.pdf?1630677748)

[L'instruction sur l'hospitalisation de jour [PDF]](https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/static.hospimedia.fr/documents/165529/7100/Version_de%CC%81finitive_de_l'instruction_sept_20_.pdf?1630679263)

[La charte Romain Jacob [PDF]](https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/static.hospimedia.fr/documents/165529/7101/Handidactique-charteRomainJacob-Nationale.pdf?1630680901)

# Comment gérer la sélectivité alimentaire des enfants autistes ?

Publié le 08/09/21 - 12h11

Conséquence de leur hypersensorialité, la sélectivité alimentaire fait partie du quotidien de la majorité des enfants autistes. Pour leur équilibre nutritionnel, il faut parfois les amener à modifier leur comportement. Un travail de longue haleine.

Le moment du repas peut être vécu comme une épreuve par les enfants autistes et ceux qui les accompagnent. (Theobald/BSIP)

Le moment du repas peut être vécu comme une épreuve par les enfants autistes et ceux qui les accompagnent. (Theobald/BSIP)

Trier, n'accepter qu'un type d'aliment, une couleur, une texture, ne pas supporter un changement de conditionnement, rejeter les nouveaux aliments (néophobie)... selon les études entre 56 et 87% des personnes avec autisme seraient concernées à plus ou moins grande échelle par une forme de sélectivité alimentaire. Si de nombreux enfants peuvent présenter à un moment ou un autre une sélectivité alimentaire, la proportion est plus que doublée chez les enfants avec des troubles du spectre autistique (TSA) et souvent dans des proportions beaucoup plus importantes. Ce qui contraint, selon une étude britannique, 20 à 40% des familles à renoncer à partager un repas avec leur enfant autiste. Pour les professionnels aussi, le temps du repas et les particularités de chaque enfant peut apparaître comme une gageure.

Des causes multiples

Les causes de ces troubles alimentaires peuvent être diverses :

troubles d'origine sensorielle et proprement liés à l'aliment : couleurs, odeurs, textures, goût, température, voire bruit (des éléments d'autant plus important que l'autisme se caractérise par une hypersensibilité sensorielle, "certaines personnes ne supportent pas le craquement d'une chips qui résonne dans le crâne", explique Temple Grandin dans son autobiographie Ma vie d'autiste) ;

* troubles d'origine sensorielle liés à l'environnement du repas ;
* difficultés de mastication ou de déglutition ;
* intolérance alimentaire, allergies ;
* problèmes de satiété...
* Les particularités de l'autisme

Toutes ces difficultés risquent d'engendrer des refus de s'alimenter, des haut-le-cœur, des nausées et des vomissements. La sévérité des aversions alimentaires est extrêmement variable d'une personne à l'autre et peut toucher un seul type d'aliment ou des familles d'aliments entières qui ont des caractéristiques similaires. La question est d'autant plus préoccupante que ces particularités peuvent aller " jusqu'à consommer une variété ou une quantité insuffisante de nourriture pour combler les besoins nutritionnels ou garantir un équilibre alimentaire", analyse la formatrice Virginie Klamm dans un webinaire organisé par eeForm (société Ideereka) disponible en replay. Selon une revue de littérature américaine, les enfants autistes ont plus fréquemment que les autres des carences en calcium et en protéines, correspondant aux deux groupes d'aliments avec lesquels ils ont le plus de difficulté : le lait et la viande. Significativement plus élevée chez les enfants autistes, la néophobie n'est pas non plus liée à l'âge, à la différence des enfants neurotypiques.

Comme le souligne, le site Autisme info service, les personnes autistes ont une perception différente et s'attachent plus aux détails. Virginie Klamm cite l'exemple d'un enfant qui refusait de manger une portion de fromage depuis que la packaging avait changé. "Les enfants avec un TSA ont tendance à diriger leur attention, de façon atypique, vers de petits changements inattendus comme des nuances ou irrégularités visuelles (couleur, taille, surface…) et à surréagir à la nouveauté. Face à un aliment, ils vont donc capturer un grand nombre d'informations sensorielles, compliquant [...] l'identification de la catégorie à laquelle appartient cet aliment", précise ajoute Anne-Claude Luisier, dans le livret Autisme, des enfants bien dans leur assiette.

Elle ajoute qu'ils :

ont plus de difficultés à apprécier la représentation visuelle d'un aliment ;

explorent visuellement de la même façon tous les plats présentés, qu'ils se composent d'un seul ou de plusieurs aliments et ce quelle que soit la présentation dans l'assiette ;

ont besoin de plus de temps pour explorer visuellement la nourriture et juger du caractère plaisant ou non de l'aliment présenté (il est donc important de prendre en compte ces temporalités singulières lors de l’éducation à l'alimentation) ;

perçoivent les odeurs normalement attractives telles celles de l’ananas et de la banane, comme moins plaisantes.

Une analyse pluridisciplinaire

Avant toute intervention pour tenter de modifier le comportement, il est indispensable de faire bilan pluridisciplinaire complet avec un médecin pour élimer des causes physiques (déglutition, intolérance alimentaire, allergie...), un nutritionniste afin de faire le point entre les apports nutritionnels et besoins réels, un orthophoniste pour analyser d'éventuels problèmes liés à la sphère bucco-faciale et un ergothérapeute ou psychomotricien pour le bilan sensoriel. Pour compléter, professionnels et parents sont invités à bien analyser les comportements et l'environnement pendant les repas.

Renforcement positif et habituation

Amener un enfant autiste à modifier ses comportements alimentaires est un travail de longue haleine. Pour y arriver, il faut recourir au renforcement positif. "Le renforçateur sera quelque chose que l'enfant aime bien : un autre aliment, une peluche, une activité, un jeton... et dont il pourra bénéficier immédiatement", précise Virginie Klamm. Il est important que ce renforçateur soit lié à l'activité de diversification alimentaire et proportionnel à l'effort. Il faut aussi travailler l'habituation, rendre de plus en plus acceptable un stimulus sensoriel désagréable en modifiant des textures par micro-étapes en multipliant les expositions et le mode d'approche, par la vue, l'odeur, le toucher...

Les nutritionnistes estiment qu'il faut présenter au moins 20 fois un même aliment à un enfant avant de pouvoir dire qu'il ne l'aime pas. Certains enfants ont également des difficultés à mâcher correctement. Une rééducation des muscles de la sphère buccale en orthophonie peut être utile et complétée par des exercices et des jeux pour faire travailler cette partie du visage.

Aménager l'environnement

L'enfant doit manger dans un environnement agréable, calme et sans stimulation extérieure. Évitez le bruit, les jouets, les déplacements d'adulte qui peuvent le perturber, des lumières agressives dans son champ de vision... pour que son attention se concentre sur son assiette et pour l’encourager à rester assis. Trois orthophonistes proposent dans le petit livret didactique Alimentation et autisme des idées simples et illustrées pour aménager le temps du repas. Il est également important, pour Virginie Klamm, d'encourager l'enfant à découvrir l'aliment sous différentes formes en l'emmenant faire les courses, en faisant la cuisine avec lui...

Communication et écoute

"Les enfants avec un TSA ont besoin d'être acteurs et de se sentir des interlocuteurs écoutés pouvant eux-mêmes proposer des expériences nouvelles", précise Anne-Claude Luisier. D'où l'importance d'une communication étroite entre le professionnel et l'enfant autiste, qu'elle soit verbale ou non verbale (lire notre dossier). Elle insiste également sur l'importance d'une familiarisation olfactive afin de chercher à associer l'odeur de l'aliment à une émotion positive. "Le professionnel doit être constant, avoir un plan précis des attentes et prendre son temps", précise Virginie Klamm. Anne-Claude Luisier ajoute qu'il doit "veiller à adopter une posture d’accompagnement adéquate lui permettant de s’appuyer sur les savoirs de l’enfant et de pallier ses manques".

Pour aller plus loin :

Virgine Klamm webinaire Eeform, TSA et sélectivité alimentaire : origines, observations et stratégies possibles, juillet 2021 ;

Anne-Claude Luisier, livret Apicil Autisme, des enfants bien dans leur assiette, décembre 2020 ;

Site Autisme info service, page autisme et troubles alimentaires ;

Aude Labé, page Les rigidités alimentaires chez les enfants vivant avec un trouble du spectre de l'autisme sur le site Spectre de l'autisme.com, mars 2017 ;

C. Degenne Richard, M. Wolff, D. Fiard et J.-L. Arien, revue Anae, Les spécificités sensorielles des personnes avec autisme de l'enfance à l'âge adulte, 2014 ;

Pauline Laumonier, Marion Porier et Emmanuelle Prudhon, livret Alimentation et autisme, 2014.

# AAH ET PCH

## Une proposition de loi de l'Assemblée nationale veut secouer l'AAH et la PCH

Publié le 13/09/21 - 16h20

**Avec une nouvelle proposition de loi, deux députés Les Républicains visent à réformer les allocations pour personnes en situation de handicap. Ils reprennent Des mesures issues de la mission de Denis Leguay ou servant à la déconjugalisation de l'AAH.**

Une tentative de plus pour faire évoluer les allocations dédiées au handicap. Le 25 août dernier, les députés Les Républicains Aurélien Pradié (Lot) et Damien Abad (Ain) ont déposé une [proposition](https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/textes/l15b4423_proposition-loi) de loi visant à plus de justice et d'autonomie en faveur des personnes en situation de handicap. Renvoyée à la commission des affaires sociales, celle-ci vise notamment à mettre un terme aux "*réelles injustices et carences*" de la prestation de compensation du handicap (PCH) et à traduire les récentes réflexions sur la simplification de l'allocation et son adaptation aux nouvelles formes de handicap, notamment mental, cognitif et psychique.  
  
Avec ses huit articles, la proposition de loi reprend notamment certaines préconisations de la mission confiée à Denis Leguay (lire nos articles [ici](https://abonnes.hospimedia.fr/interviews/20201124-dr-denis-leguay-rapporteur-la-pch-doit-depasser), [ici](https://abonnes.hospimedia.fr/articles/20210519-protection-sociale-quatre-associations-demandent-a-integrer-la) et [là](https://abonnes.hospimedia.fr/articles/20210729-protection-sociale-denis-leguay-livre-son-rapport-sur)). Les parlementaires préconisent donc, *via* les articles 1er et 2 du texte, de définir la possibilité de bénéficier de la PCH pour des besoins d'assistance à la vie sociale et citoyenne. "*Cette évolution*, explique l'exposé des motifs, *permettra notamment d'accompagner les personnes ayant des troubles neurologiques ou psychologiques comme par exemple de jeunes autistes et des personnes souffrant de la maladie de Parkinson ou d'Alzheimer.*" La PCH pourra dans ce cadre être affectée, "*en cas d'altération des capacités, même non absolue*".  
  
Afin de simplifier les procédures d'évaluation, complexifiées plus encore avec l'examen de dossiers relevant de troubles d'ordre neurologique ou psychiatrique, l'article 3 appelle à inscrire dans la loi l'interdiction de tout refus de PCH par les commissions d'évaluation sans que le demandeur n'ait été reçu et entendu. Cette mesure, qui prévoit notamment au demandeur d'être "*librement représenté*" selon le texte, "*dépasse de loin la seule question de la procédure pour redonner du sens à notre approche individualisée du handicap*" aux yeux de ses auteurs.  
  
La proposition de loi entend également saisir "*la dernière opportunité qui nous est donné d'agir avant la fin de la législature*" pour faire avancer le débat sur l'individualisation et la déconjugalisation de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) après le tollé parlementaire du 17 juin dernier (lire notre [article](https://abonnes.hospimedia.fr/articles/20210617-protection-sociale-le-gouvernement-passe-en-force-la)). Quatre articles sont dédiés à la problématique. Une manifestation est par ailleurs prévue sur le sujet le 16 septembre prochain, à quelques semaines de la reprise de l'examen de la proposition de loi portant diverses mesures de justice sociale, désormais dépourvue de la mesure de déconjugalisation au profit d'un abattement forfaitaire prévu pour entrer en vigueur au 1er janvier 2022.

**Liens et documents associés**

* [La proposition de loi [PDF]](https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/static.hospimedia.fr/documents/216476/7119/l15b4423_proposition-loi.pdf?1631534198)

## Le secteur du handicap défend l'autonomie complète des bénéficiaires de l'AAH

Publié le 16/09/21 - 17h37

**Ce 16 septembre, usagers et représentants ont manifesté pour faire valoir la déconjugalisation de l'AAH. Une mesure de justice sociale selon eux, qui leur permettrait de vivre en réelle autonomie. Suffisant pour faire plier le Gouvernement ?**

La mobilisation sociale à l'œuvre. Ce 16 septembre, vingt et une organisations\* du secteur du handicap sont descendues dans les rues de France pour défendre la déconjugalisation de l'allocation adulte handicapé (AAH). Prévue par l'article 3 de la proposition de loi portant diverses mesures de justice sociale, la suppression de la prise en compte des revenus du conjoint dans le calcul de l'AAH avait été retoquée lors de la deuxième lecture du texte à l'Assemblée nationale, le 17 juin dernier, par recours du Gouvernement à un vote bloqué (lire notre [article](https://abonnes.hospimedia.fr/articles/20210617-protection-sociale-le-gouvernement-passe-en-force-la)). Décriée par les partisans de la déconjugalisation, la manœuvre parlementaire s'est traduite par l'instauration d'un abattement forfaitaire.. Mais les associations entendent bien faire entendre raison à l'exécutif.

[Ce 16 septembre, usagers et représentants associatifs se sont mobilisés à travers la France pour que le Gouvernement concède la déconjugalisation de l'AAH. À Paris, les manifestants se tiennent prêts. (Agathe Moret/Hospimedia)](https://cdn.hospimedia.fr/images/216541/14228/original/img_20210916_135900.jpg?1631798075" \t "_blank)

**Le positionnement "*contradictoire*" de l'exécutif**

Rappelant à l'envi que l'AAH n'est pas un minimum social comme les autres et que ses bénéficiaires doivent pouvoir jouir d'une indépendance financière vis-à-vis de leur conjoint — "*condition intrinsèque du respect de leurs droits, de leur santé et de leur dignité*" —, associations, fédérations et militants ont organisé plus de cinquante actions sur le territoire. À Paris, c'est place de la République que les forces vives se sont réunies. À quelques minutes du départ de la manifestation, les porte-paroles s'expriment devant la presse. "*Cela fait des décennies que nous demandons de déconjugaliser l'AAH*", débute Pascale Ribes, présidente d'APF France Handicap, en évoquant "*une véritable injustice*". "*Malheureusement, le Gouvernement reste sourd, imperméable à nos revendications*", poursuit-elle. Ce positionnement de l'exécutif, estime quant à lui Arnaud de Broca, président du Collectif handicaps, frise l'incohérence. "*Nous voyons des discours assez contradictoires d'un Gouvernement qui prône l'autonomie et l'inclusion mais refuse sur une mesure concrète de franchir le pas*", s'étrangle-t-il alors que Christophe Devys, président du Collectif Alerte, fustige le maintien dans le socle social d'une mesure "*archaïque*"..

**"*Il est encore temps*"**

L'individualisation de l'AAH constitue pourtant une mesure populaire. Soutenue par de nombreux parlementaires de tous les bords, mais également par le défenseur des droits, le Comité des droits des personnes handicapées de l'Organisation des Nations unies (Onu) et la Commission nationale consultative des droits de l'homme (CNCDH), celle-ci résiste néanmoins encore à la ténacité d'un Gouvernement "*isolé*", pour Arnaud de Broca. "*Il y avait une occasion en or de trouver un consensus sur ce texte* *[...] c'est une occasion manquée terrible*", complète Christophe Devys. Dans ce contexte, les organisations estiment "*qu'il est encore temps de faire évoluer*" la proposition de loi, dont l'examen en deuxième lecture au Sénat est prévu le 12 octobre. "*Il ne saurait y avoir de sous-citoyen, le Gouvernement doit revenir au premier vote*, insiste Gérard Raymond, président de France asso santé.*Chacun, chacune doit pouvoir vivre décemment et être acteur de sa santé indépendamment de sa situation sociale ou physique.*"  
  
La mobilisation citoyenne, à l'origine même de la remise de la proposition de loi à l'agenda sénatorial (lire notre [article](https://abonnes.hospimedia.fr/articles/20210127-protection-sociale-le-senat-accelere-le-debat-sur)), suffira-t-elle à faire flancher le Gouvernement ? Dans la négative, les défenseurs de la mesure pourront reporter leurs espoirs sur un nouveau véhicule législatif : la proposition de loi visant à plus de justice et d'autonomie en faveur des personnes en situation de handicap (lire notre [article](https://abonnes.hospimedia.fr/articles/20210913-protection-sociale-une-proposition-de-loi-de-l)). Portée par les députés Les Républicains Aurélien Pradié (Lot) et Damien Abad (Ain), celle-ci entend saisir "*la dernière opportunité qui nous est donné d'agir avant la fin de la législature*" pour faire avancer le débat en la matière. En cas d'échec, le Collectif handicaps se tient déjà prêt : "*Nous reviendrons vers* *[les partis politiques] au moment des élections présidentielles*."

**Pour une étude d'impact par le CNCPH**

D'après les fédérations, le débat souffre d'un manque de chiffrage précis de la mesure de déconjugalisation. "*Les sources disponibles relatives à l'impact financier* *[de la mesure] semblent aujourd'hui lacunaires*", détaillait APF France handicap dans son argumentaire de septembre dernier. Le [rapport](https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/rapports/cion-soc/l15b4231_rapport-fond) sur la proposition de loi portant diverses mesures de justice sociale estimait son coût à 700 millions d'euros (M€), avec 44 000 perdants sur les 270 000 allocataires en couple. L'association juge cependant qu'"*il serait judicieux de demander une étude d'impact pour mesurer*" l'effet de la déconjugalisation pour identifier le nombre de personnes concernées et l'impact financier selon les situations des couples. "*Cela pourrait être un des axes de travail des futures assises sur les ressources des personnes en situation de handicap que doit initier le Conseil national consultatif des personnes handicapées* *(CNCPH).*" Et l'organisation de plaider plus largement pour l'évolution de l'AAH vers un revenu individuel d'existence ou vers une prestation de sécurité sociale non contributive.

* *\* APF France handicap, Aides, Asei, CFPSAA, CH(s)OSE, Collectif Alerte, Collectif handicaps, Fédération santé mentale France, FFDys, Fisaf, Fnath, France Assos Santé, Ligue des Droits de l’Homme, Sidaction, Unafam, Unanimes, Unapei, Uniopss, Vaincre La Mucoviscidose, Valentin Haüy, Voir Ensemble.*

## Un rapport interroge les disparités territoriales de l'AAH à la lueur des compétences MDPH

Publié le 17/09/21 - 14h54

**Dans un rapport dédié aux MDPH et leur gestion de l'AAH, deux sénateurs expliquent les disparités territoriales par les difficultés d'appréhension de la réduction substantielle et durable d'accès à l'emploi par les équipes faute de compétence emploi.**

La réforme des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), pour une réforme des compétences départementales ? C'est l'une des conclusions portée par les sénateurs Arnaud Bazin (LR, Val-d'Oise) et Éric Bocquet (CRCE, Nord) dans le cadre de leur [rapport](http://www.senat.fr/rap/r20-748/r20-7481.pdf) sur le rôle des MDPH dans la gestion de l'allocation aux adultes handicapés (AAH). Le document, dont l'essentiel de la substance a été dévoilé le 7 juillet dernier (lire notre [article](https://abonnes.hospimedia.fr/articles/20210719-politique-de-sante-un-rapport-senatorial-preconise-de)), vient d'être publié ce 17 septembre.

**"*Importantes inégalités de moyens*"**

Les rapporteurs, qui plaident pour un renforcement des moyens, "*référentiel détaillé des objectifs, des tâches et des charges*" à l'appui pour déterminer "*une projection financière objectif et soutenable*", s'inquiètent notamment des "*importantes inégalités de moyens entre les MDPH*". Ces disparités concernent particulièrement les moyens humains avec des écarts marqués en termes de ratio population-équivalent temps plein (ETP). Les sénateurs identifient dans ce cadre quatorze MDPH "*dans une situation particulièrement tendue*", pour une moyenne de 1 000 à 1 808,9 décisions et avis par ETP travaillé par an.  
  
Malgré le travail engagé dans le cadre de la réforme des MDPH et latask force de la CNSA (lire nos articles [ici](https://abonnes.hospimedia.fr/articles/20201116-politique-de-sante-la-task-force-de-la) et [là](https://abonnes.hospimedia.fr/articles/20201015-politique-de-sante-etat-et-departements-signent-pour)), le rapport appelle donc à "*soutenir les MDPH les plus en difficultés*" en déterminant les moyens qu'il conviendrait d'allouer à ce type d'interventions. En parallèle, devront être poursuivis des travaux d'appréciation des charges des MDPH "*afin d'affiner encore la formule de calcul de la part variable de la dotation nationale*", calculée en fonction de critères d'activité des MDPH.

**Divergences de pratiques : l'impact de la RSDAE**

Autre crainte formulée par les rapporteurs : les inégalités de traitement entre départements. Selon les rapporteurs, le taux d'attribution de l'AAH présente des "*variations importantes*" allant de 53% dans le Val-d'Oise à 84% en Haute-Corse. Si certaines études, comme celle publiée par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) en 2013, mettent ces différences sur le compte des disparités locales et sur le taux de prévalence des handicaps moteur et mental, ces dernières "*ne peuvent cependant qu'expliquer partiellement les disparités constatées*", selon les députés. *"L'essentiel des écarts*, poursuivent-ils, *tiendraient en réalité à des divergences de pratiques des MDPH.*"  
  
En cause, la subjectivité de mise lors de l'évaluation de la réduction substantielle et durable d'accès à l'emploi (RSDAE), conditionnant l'accès à l'AAH-2\*. L'approche des instructeurs en la matière varie "*à plus forte raison lorsque les équipes pluridisciplinaires n'intègrent pas de réelle compétence emploi ou que les relations avec les partenaires du service public de l'emploi sont insuffisamment développés*". Aussi les rapporteurs interrogent-ils le manque de la compétence emploi, importante pour permettre aux départements d'exercer un pilotage global des MDPH, mais appellent également à répondre à l'enjeu "*décisif*" de clarification de l'appréciation de la RSDAE. Un axe d'amélioration à engager en cohérence avec un pilotage national renforcé. Les sénateurs demandent dans ce cadre à revoir le partage des rôles entre la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) en offrant à la première un rôle de pilotage opérationnel et à la seconde un rôle stratégique.

* *\* Attribués aux personnes présentant un taux d'incapacité compris entre 50% et 80%*

**Liens et documents associés**

* [Le rapport du Sénat](http://www.senat.fr/rap/r20-748/r20-7481.pdf)

## Comment est calculée la prestation de compensation du handicap ?

Publié le 22/09/21 - 11h00

**Perçue par plus de 180 000 bénéficiaires, la prestation de compensation du handicap est une aide personnalisée qui vient répondre au plus près des besoins de la personne. Son calcul est donc unique pour chaque dossier.**

[[](https://cdn.hospimedia.fr/images/216361/14269/original/bsip_014057_024_-2.jpg?1632296569)](https://cdn.hospimedia.fr/images/216361/14269/original/bsip_014057_024_-2.jpg?1632296569" \t "_blank)

[Le calcul de la prestation de compensation du handicap est essentiellement fondée sur les impacts de la situation de handicap sur la vie de la personne. (Amélie Benoist/BSIP)](https://cdn.hospimedia.fr/images/216361/14269/original/bsip_014057_024_-2.jpg?1632296569" \t "_blank)

La notion de compensation est introduite dans le droit par la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, qui précise que "*la personne en situation de handicap a droit à compensation de son handicap quels que soient l'origine et la nature de sa déficience, son âge ou son mode de vie.*" Ces notions se concrétisent par la mise en place de la prestation de compensation du handicap (PCH) qui remplace l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) en 2006.  
  
Selon le rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) sur l'évolution de la prestation, daté de novembre 2016, "*la PCH est un dispositif dont les principes sont originaux et ambitieux* *: universalité* *(l'ensemble des surcoûts liés au handicap est visé), évaluation individualisée, attribution individuelle, absence quasi totale de condition de ressources.*" La prestation sociale doit théoriquement venir compenser les surcoûts de vie qu'induit la situation de handicap.

**Calculs des revenus**

C'est sur cette approche politique qu'est basée la PCH. Ceci explique que les revenus de la personne soient assez peu déterminants dans le calcul de la prestation.. Ainsi, les rétributions issues du travail de l'intéressé ou de son partenaire ne sont pas pris en compte. Seuls sont considérés les revenus des valeurs et capitaux ou les revenus fonciers du foyer (voir l'infographie). Si le total de ces profits dépasse 27 033,98 euros (€) par an, alors le taux maximum de prise en charge est de 80% des montants limites par type d'aide. Dans le cas contraire, le taux maximum est de 100%. L'aide financière ne peut être octroyée qu'aux personnes rencontrant une difficulté absolue pour la réalisation d'une activité importante du quotidien ou une difficulté grave pour la réalisation d'au moins deux activités quotidiennes.  
  
Une fois déterminée dans quelle tranche d'indemnisation se trouve le bénéficiaire et s'il est éligible à l'aide, le calcul de la PCH repose essentiellement sur le degré d'autonomie de la personne. Pour calculer les montants, la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) se base sur un formulaire rempli par la personne ainsi que sur le guide d'évaluation des besoins de compensation des personnes handicapées (Geva). Cela permet de constituer un plan personnalisé de compensation (PPC) qui ouvre les droits à la PCH.

Celle-ci ne fait pas l'objet d'un plafond global mais en fonction de ses différents volets. La PCH en possède six (voir infographie).

* l'aide humaine représente une grande majorité des aides versées : si le bénéficiaire bénéficie du taux maximal de prise en charge, l'aide humaine est plafonnée à un montant de 14,33 € de l'heure (€/h) pour l'emploi direct d'une tierce personne, 15,76 €/h si recours à un service mandataire, 18,25 €/h si recours à un service prestataire agréé ou 3,99 €/h pour un aidant familial (ou 5,98 €/h si l'aidant réduit ou abandonne son activité professionnelle) ;
* les aides techniques sont plafonnées à un total de 3 960 € sur 3 ans ;
* l'aménagement du logement est limité à 10 000 € ;
* l'aide au transport prévoit un remboursement de 100% des frais d'aménagement du véhicule jusqu'à 1 500 € et de 75% passé ce montant, dans une limite de 5 000 € sur 5 ans : elle prend en charge 100% du surcoût lié à un déplacement en véhicule personnel dans la limite de 0,50 € par kilomètre (km) et de 12 000 € sur 5 ans, si le bénéficiaire utilise d'autres moyens de transport, elle assume 75% des frais dans la limite de 5 000 € sur 5 ans ;
* les aides animalières sont plafonnées à 3 000 € sur 5 ans, avec une prise en charge à 100% des frais ;
* les aides spécifiques sont des dépenses permanentes et prévisibles, elles sont couvertes à 75% dans la limite de 100 € par mois, tandis que les aides exceptionnelles sont également prises en charge à 75% mais dans une limite de 1 800 € sur 3 ans.

## Quelle PCH dans les établissements ?

La PCH est compatible dans ses différents volets avec plusieurs autres prestations sociales comme l'allocation aux adultes handicapés (AAH) ou l'aide ménagère à domicile. Elle est surtout compatible avec un accompagnement médico-social.  
  
Concrètement, "*la MDPH doit [...] procéder à l'articulation des dispositifs*", précise le *Guide d'appui aux pratiques des maisons départementales des personnes handicapées* de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). "*Il s'agit d'éviter les doublons de prises en charge entre la prestation collective fournie par la structure et la prestation individuelle qu'est la PCH.*" Ainsi, si la personne en situation de handicap est hébergée dans un établissement donnant lieu à une prise en charge par l'Assurance maladie, le volet PCH aide humaine est réduit à 10% du montant antérieur de l'aide au bout de 45 jours. Si la personne effectue la demande alors qu'elle est prise en charge par l'établissement, la règle des 10% s'appliquera sur un montant estimé en fonction des besoins au domicile. Cependant, la somme ne pourra pas être réduite en dessous d'un montant minimum.  
  
Concernant l'aide à l'aménagement du logement, les aides techniques, les aides spécifiques et exceptionnelles et les frais de transport, elles sont toutes potentiellement couvertes par la PCH, dès lors qu'elles sortent des missions de l'établissement. Selon la fiche *Prestation de compensation du handicap en établissement* de l'association Valentin Haüy, "*rien n'est prévu pour l'aide animalière*".

**Pour aller plus loin :**

* Code de l'action sociale et des familles (CASF), [*Chapitre V*](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000041699992/)*: Prestation de compensation* (Article L245-1 à L245-14), en vigueur depuis le 8 mars 2020 ;
* Service-public.fr, [*Handicap*](https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F14764)*: peut-on cumuler la PCH avec d'autres allocations ?*, 7 juillet 2021 ;
* [Monparcourshandicap.gouv.fr](http://monparcourshandicap.gouv.fr/), [La prestation](https://www.monparcourshandicap.gouv.fr/aides/la-prestation-de-compensation-du-handicap-pch) de compensation du handicap, 3 août 2021 ;
* secrétariat d'État chargé des Personnes handicapées, [Prestation](https://handicap.gouv.fr/les-aides-et-les-prestations/prestations/article/prestation-de-compensation-du-handicap-pch) de compensation du handicap, 19 avril 2021 ;
* Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), [*Guide*](https://www.cnsa.fr/documentation/cnsa_guide_pch_aide_humaine_mars2017.pdf)*d'appui aux pratiques des maisons départementales des personnes handicapées*, mars 2017 ;
* Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), *Guide d'évaluation des besoins de compensation des personnes handicapées*, septembre 2012 ;
* Direction de l'information légale et administrative, [*Prestation*](https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F14202)*de compensation du handicap*, 2 septembre 2021 ;
* portail national d'information pour les personnes âgées et leurs proches, [*La PCH*](https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-a-domicile/aides-financieres/la-pch-prestation-de-compensation-du-handicap#anchor2), 26 mars 2021 ;
* portail national d'information pour les personnes âgées et leurs proches, [*Quelles*](https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-a-domicile/aides-financieres/quelles-differences-entre-la-pch-et-lapa)*différences entre la PCH et l'Apa*, 23 avril 2021 ;
* Inspection générale des affaires sociales (Igas), Rapport *Évolution de la prestation de compensation du handicap*, novembre 2016 ;
* Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), [Étude](https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/static.hospimedia.fr/documents/212828/6394/Etude_de_la_Drees_sur_la_PCH.pdf?1613663534) *Prestation du handicap : une majorité des paiements financent un aidant familial*, février 2021 ;
* association Valentin Haüy, [Fiche](https://www.avh.asso.fr/sites/default/files/fiche_prestation_de_compensation_du_handicap_en_etablissement.pdf) n°4 *Prestation de compensation du handicap en établissement*, 1 janvier 2021.

## Le Sénat adopte la déconjugalisation de l'AAH en seconde lecture

* Publié le 12/10/21 - 17h55
* Le 12 octobre, le Sénat a examiné en seconde lecture une proposition de loi portant diverses mesures de justice sociale, portée notamment par la députée Jeanine Dubié (Libertés et territoires, Hautes-Pyrénées). À la suite des débats pour le moins animés, l'assemblée a décidé d'adopter la déconjugalisation du mode de calcul de l'allocation adulte handicapé (AAH) à 320 votes contre 23. Le Sénat rejette par ailleurs l'amendement, soumis par le sénateur Martin Lévrier (Rassemblement des démocrates, progressistes et indépendants, Yvelines), qui prévoyait un abattement forfaitaire pour la prise en compte des revenus perçus par le conjoint dans le calcul de l'AAH, solution mise en avant par le Gouvernement. La version adoptée par le Sénat et celle votée par l'Assemblée nationale (lire notre [article](https://abonnes.hospimedia.fr/articles/20211007-protection-sociale-le-texte-sur-l-aah-et)) diffèrent donc sur ce point. Le processus législatif se poursuit et le texte devrait faire prochainement l'objet d'une commission mixte paritaire. Les acteurs ont rapidement réagi sur les réseaux sociaux. APF France handicap par exemple appelle à la poursuite des efforts : "*maintenons la pression pour que le texte puisse aller au bout du processus parlementaire et que la déconjugalisation soit enfin adoptée* *!*"

# Actualités sur les structures d’accueil et de prises en charge :

## Des outils pour la transformation des établissements et services sociaux et médico-sociaux -rapport IGAS:

<https://igas.gouv.fr/spip.php?article828>

## Les maisons d'accueil spécialisées pour les autistes complexes sont lancées

Publié le 15/09/21 - 17h39

**Une instruction précise les contours des futures unités de vie résidentielles pour adultes autistes en situation très complexe. Des moyens sans précédents vont être déployés, pour la première fois de façon pérenne, avec un coût à la place de 211 000 euros. Sous statut de maisons d'accueil spécialisées, 40 unités devraient être créées d'ici 2023.**

[[](https://cdn.hospimedia.fr/images/216535/14218/original/adulte_autisrte_-_1.jpg?1631717942)](https://cdn.hospimedia.fr/images/216535/14218/original/adulte_autisrte_-_1.jpg?1631717942" \t "_blank)

[Ces nouvelles structures centreront leur accompagnement sur l'apaisement et le bien-être de personnes ayant des troubles du comportement sévères. (Amélie Benoist/BSIP)](https://cdn.hospimedia.fr/images/216535/14218/original/adulte_autisrte_-_1.jpg?1631717942" \t "_blank)

Promise depuis six mois (lire notre [article](https://www.google.com/url?q=https://abonnes.hospimedia.fr/articles/20210317-politique-de-sante-la-strategie-autisme-veut-deployer&sa=D&source=hangouts&ust=1631805720630000&usg=AOvVaw0mtJ6E9KuJMpvARunRF46G)), l'instruction (à télécharger ci-dessous) relative au déploiement des unités de vie résidentielles pour adultes autistes en situation très complexe est parue au *Bulletin officiel "Santé-protection sociale-solidarité"* *(BO Santé)* du 15 septembre. Il s'agira de maisons d'accueil spécialisées de 6 places réparties en deux ou trois unités et avec un taux d'encadrement de l'ordre de 4 pour 1. Trois ouvertures sont budgétées d'ici la fin de l'année, 19 en 2022 et 18 en 2023.

**Un statut de Mas**

Afin de simplifier les sources de financement, le statut retenu est celui de la maison d'accueil spécialisée (Mas). Le cahier des charges des unités prévoit un coût à la place de 211 000 euros (€), soit un budget de 1 266 000 € pour une unité de 6 places. Ces nouvelles unités pourront être déployées par :

* extension d'établissements existants ;
* transformation de structures existantes médico-sociales ou sanitaires ;
* ou requalification d'une partie de la capacité d'établissements existants.

Les unités s'adressent aux adultes de plus de 16 ans voire moins en fonction "*des situations locales et de leur criticité*". Si ces nouvelles unités sont prévues pour un public aujourd'hui sans solution balloté entre les établissements, les séjours en psychiatrie voire le domicile des parents, l'instruction prévoit bien, à la demande du monde associatif, la possibilité de transformer les quelques structures déjà existantes qui se sont engagées dans l'accueil des situations très complexes. "*Il y a des foyers d'accueil médicalisé* *(Fam) qui gèrent déjà des situations très complexes et financent les postes nécessaires chaque année avec des crédits non renouvelables*, constate Danièle Langloys, présidente d'Autisme France, contactée par *Hospimedia, il est dommage que le statut retenu ne leur permette pas de transformer une partie de leurs places.*"

**Des compétences reconnues en autisme**

Les opérateurs devront disposer d'une autorisation médico-sociale et d'une expertise reconnue dans le domaine de la gestion des troubles graves du comportement et des troubles du spectre de l’autisme. S'agissant d'un public en situation très complexe, pour lequel les accompagnements plus classiques "*dans les différents lieux communément dédiés à l’accueil et au soutien spécialisé d’adultes en situations complexes*" ont été mis en échec, le cahier des charges prévoit également :

* la mise en œuvre de stratégies d'intervention face aux troubles du comportement majeurs, recommandées par la Haute Autorité santé (HAS) ;
* un plan de formation et l'organisation d’une supervision des pratiques adaptés et suffisamment calibrés pour faire face aux enjeux.

**Un personnel dédié et mutualisé**

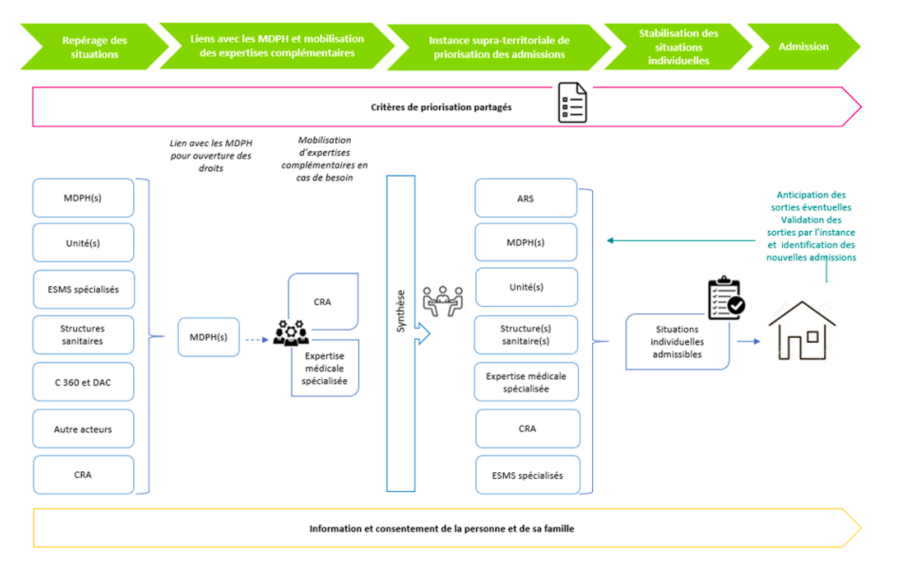
Afin d'éviter l'usure professionnelle et le turn-over, les opérateurs ont demandé et obtenu en outre que le personnel ne soit pas affecté à 100% dans ces unités. Le personnel dédié à l’accompagnement disposera en effet d'un temps de travail partagé (au moins 10%) avec d'autres organisations sur son site ou à l'extérieur pour des actions de formation, des interventions dans d’autres unités, en appui à domicile ou encore en articulation avec les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) et les communautés 360. "*Dans la mesure du possible, des démarches d’identification des personnes remplaçantes seront initiées afin d’anticiper les remplacements et la formation de ces professionnels",* précise encore le cahier des charges annexé à l'instruction. Enfin, des protocoles de gestion de crise seront définis.  
  
Le personnel devra être composé a minima des professionnels suivants :

* pour les postes mutualisés : encadrement, secrétaire, comptable, médecin généraliste, psychiatre, psychologue, psychomotricien, kinésithérapeute, ergothérapeute, orthophoniste, personnel de restauration et de blanchisserie ;
* pour les postes non mutualisés (sans préjudice du temps partagé) : coordonnateur pour le suivi des prises en soin, l’organisation des séjours de répit, le lien avec les familles et les structures du réseau, personnel éducatif et soignant (infirmier, aide-soignant, accompagnant éducatif et social, éducateur spécialisé), veilleur de nuit et agent de service et ouvrier d'entretien.

Le nombre de personnes sur place de jour comme de nuit privilégie l’organisation mutualisée avec la structure porteuse, voire avec les autres structures environnantes.

**Des partenariats à tisser**

Ces unités doivent impérativement fonctionner par association étroite et coordonnée des secteurs médico-social et sanitaire. En raison de la dimension somatique prégnante dans la survenue des comportements-problèmes, le projet devra être situé à proximité d'une structure hospitalière disposant d'un plateau technique avec une consultation dédiée aux personnes en situation de handicap. La coordination avec le secteur sanitaire est détaillée dans l'annexe 4. Par ailleurs la coordination doit être effective avec les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), les équipes 360, les ARS et l'aide sociale à l'enfance, les centres de ressources autisme et les autres établissements accueillant des personnes avec autisme. La décision d'admission reste à la main du directeur de la structure mais l'annexe 3 indique qu'une instance régionale de coordination devra être créée afin de prioriser les situations individuelles admissibles.

[[](https://cdn.hospimedia.fr/images/216535/14217/original/capture_d-ecran_2021-09-15_a_15-58-02.png?1631716426)](https://cdn.hospimedia.fr/images/216535/14217/original/capture_d-ecran_2021-09-15_a_15-58-02.png?1631716426" \t "_blank)

[L’ARS et ses partenaires restent libres soit de constituer une instance ad hoc soit de mobiliser des instances existantes (extrait de l'annexe 3 de l'instruction).](https://cdn.hospimedia.fr/images/216535/14217/original/capture_d-ecran_2021-09-15_a_15-58-02.png?1631716426" \t "_blank)

Sophie Biette qui a participé au groupe de travail préparant l'instruction est globalement satisfaite du résultat, notamment au niveau des moyens humains accordés. Danièle Langloys reconnaît un effort sans précédent mais regrette que certaines remarques du Comité national consultatif des personnes handicapées (CNCPH) n'aient pas été prises en compte notamment le fait que la notion de très complexe soit uniquement associée à des comorbidités relevant d'autres troubles du neurodéveloppement (TND) "*alors que l'épilepsie n'est pas un TND*" et la non-suppression de la référence à la contention dans la gestion des troubles du comportement.

**Liens et documents associés**

* [L'instruction [PDF]](https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/static.hospimedia.fr/documents/216535/7135/instruction_autisme_complexe.pdf?1631716426)

**Cahier des charges des unités résidentielles :** <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2021/2021.16.sante.pdf>

## Le CNCPH interroge l'avenir des dispositifs éducatifs spécialisés

Publié le 24/09/21 - 15h52

**L'Éducation nationale doit-elle reprendre la main sur l'ensemble des solutions de scolarisation ? Changement indispensable pour les uns, la question reste accessoire pour d'autres qui préfèrent focaliser sur la formation et la coopération.**

Les dispositifs spécialisés pour enfants doivent-ils relever de l'Éducation nationale ? C'était le thème d'un des débats des universités d'été du Conseil national consultatif des personnes handicapées (CNCPH) le 22 septembre. À l'issue de la table ronde la question est loin d'être tranchée entre ceux qui, à l'instar d'APF France handicap (lire notre [interview](https://abonnes.hospimedia.fr/interviews/20210913-pascale-ribes-presidente-d-pour-rendre-le-systeme)), estiment qu'il faut changer de modèle pour progresser dans l'inclusion et ceux, plus pragmatiques, qui préfèrent développer les outils et les méthodes plutôt que de se focaliser sur la tutelle.

**Des parents sceptiques**

Échaudées par des années d'inclusion pas toujours bien accompagnées, avec des personnels absents et ou des temps de scolarisation très faibles, les représentantes du collectif parental Handi actif France ne cachent par leur inquiétude à l'idée de voir l'Éducation nationale devenir pilote unique. "*Cela nous fait peur et même très peur,* commente Sandrine Eiferman. *L'école aura-t-elle les moyens d'accueillir nos enfants correctement ? À chaque rentrée, nous avons l'angoisse de la relation qui va pouvoir s'instaurer avec le personne éducatif, de l'architecture des bâtiments quand il faut changer d'école, et des activités qui n'ont pas été pensées avec les particularités de nos enfants. Par exemple, ma fille ne peut pas aller à la piscine avec les autres.*"  
  
"*Ajouter un enfant handicapé sans préparation dans une classe déjà chargée, est-ce que ce n'est pas de la maltraitance pour cet enfant comme pour l'enseignant ?"*interroge Anne Gauthier qui s'insurge également contre le principe du maintien des enfants dans leur classe d'âge sans pédagogie adaptée. "*Sans co-enseignement, sans pédagogie différente comme les méthodes Montessori ou Up brainding, nos enfants se retrouvent dans des classes où ils ne comprennent rien. Ils ont l'impression de courir un marathon permanent. Leur estime de soi est abimée*." Plus que la tutelle, ce qui l'importe c'est que les rééducateurs puissent vraiment entrer à l'école et y travailler avec les enfants qui en ont besoin dans des conditions correctes. Elle demande également à l'Éducation nationale de renforcer ses équipes psychologiques avec des psychologues formés aux handicaps. "*L'inclusion ne se décrète pas, elle se prépare. Commençons par augmenter les temps d'enseignement dans les instituts médico-éducatifs (IME) et instituts d'éducation motrice (IEM) qui sont aujourd'hui ridiculement bas, multiplions les coopérations...*" conclut Anne Gauthier.

**Sortir du modèle médical**

Si l'école, avec sa valse d'accompagnants des élèves en situation de handicap (AESH) doit balayer devant sa porte, selon Olivier Paolini, enseignant dans une unité d'enseignement externalisée (UEE) et président de l'association l'Inclusion en marche, le turn-over des équipes éducatives du médico-social est également "*hallucinant*". Il milite pour une véritable désinstitionnalisation, dans la droite ligne des recommandations de l'Onu (lire notre [article](https://abonnes.hospimedia.fr/articles/20210915-politique-de-sante-l-onu-encourage-la-france)) et pour que les enfants aient tous les mêmes droits : un vrai temps de scolarisation, des équipes de suivi de scolarisation... "*Le fonctionnement médico-social est guidé par un modèle trop médical d'accompagnement du handicap. Faut-il attendre que les regards changent pour que les enfants handicapés aient accès à leurs droits. Non ! Soyons proactifs sur les politiques publiques : c'est en changeant l’organisation que les regards changeront. Pas l’inverse*", estime-t-il.

**Formation, coopérations**

D'après Caroline Desombres, professeur de psychologie à l'Institut national supérieur du professorat et de l'Éducation (Inspé) de Lille (Nord), l'inclusion scolaire est plutôt bien acceptée par les enseignants, la sensibilisation est efficace mais "*sur la manière de faire ça reste plus compliqué*", reconnaît-elle. "*Former des enseignants à l'inclusion a des effets positifs sur leurs pratiques et sur le taux de scolarisation. Cela alimente l'acceptation mais aussi le sentiment d'efficacité des enseignants et permet de réduire leur stress. On observe des effets positifs rien qu'avec 20 heures de formation.*" Toutefois avoue-t-elle, "*il reste encore un angle mort : celui des formations interprofessionnelles avec les personnels médico-éducatifs*".  
  
Édouard Geffray, directeur général de l'enseignement scolaire (Dgesco), se réjouit de la construction d'une culture professionnelle autour de l'école inclusive, de l'accueil massif des enfants en situation de handicap à l'école, y compris dans le second degré. "*Nous devons maintenant travailler pour tous ces enfants qui sont à cheval entre le médico-social et l'école et là nous sommes dans un parcours, un processus : l'école doit être plus investie dans l'établissement médico-social pour qu'à terme les enfants puissent trouver pleinement leur place à l'école*", conclut-il. Comme le souligne Emmanuel Guichardz, assesseur de la commission éducation du CNCPH, "*un changement de tutelle ne va pas résoudre tous les problèmes, il faut d'abord régler deux questions fondamentales qui sont celles de la formation d'une part et du partenariat d'autre part, avec le médico-social et les familles*".

## Les unités d'enseignement polyhandicap ouvrent à pas comptés

 Ne pas oublier que polyhandicap n’est pas un diagnostic mais un agrément ESMS.

Beaucoup d’enfants catalogués polyhandicapés sont en fait autistes et donc n’ont aucune intervention adaptée à leur trouble spécifique.

Publié le 13/10/21 - 17h38

**Longtemps les enfants polyhandicapés ont été considérés comme non scolarisables. Les établissements médico-sociaux qui arrivaient alors à offrir quelques heures d'enseignement y parvenaient en mutualisant le temps de leurs enseignants. Le cahier des charges, publié en 2020, devrait changer la donne mais il faut encore vaincre certaines réticences.**

[[](https://cdn.hospimedia.fr/images/217049/14454/original/polyhandicap__-_1.jpg?1634135937)](https://cdn.hospimedia.fr/images/217049/14454/original/polyhandicap__-_1.jpg?1634135937" \t "_blank)

[Les unités d'enseignement polyhandicap recourent à des outils de communication personnalisés adaptés à chaque enfant. (Emmanuelle Deleplace/Hospimedia)](https://cdn.hospimedia.fr/images/217049/14454/original/polyhandicap__-_1.jpg?1634135937" \t "_blank)

Alors que le Gouvernement s'est félicité à la rentrée de l'ouverture de cinq nouvelles unités d'enseignement externalisées (UEE) polyhandicap, qu'il a inscrit 6 millions d'euros pour leur création dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2022 et annoncé une UEE polyhandicap par département d'ici 2023, l'atelier consacré à la scolarité des enfants polyhandicapés aux journées nationales de formation des IME, IEM et EEAP\* le 5 octobre montre toute la distorsion entre la volonté politique affichée et la réalité de terrain.

**Sont-ils scolarisables ?**

Lors de cet atelier, Virginie Sanguin, enseignante spécialisée à l'IEM La Guiberdière à Trélazé (Maine-et-Loire), raconte comment l’association HandicCap'Anjou lui a demandé d'évaluer la scolarisation possible des enfants polyhandicapés. "*Au sein de l'association, de la direction à de nombreux collègues pourtant pleins de bienveillance, tout comme au sein de l’Éducation nationale, il y avait la conviction que tous les enfants ne pourraient pas bénéficier de temps d'enseignement. Il a fallu déconstruire ce qu'était la scolarisation et objectiver l’apport de la démarche pédagogique de l'enseignant auprès de ces enfants qui ne peuvent apprendre comme les autres. J'ai dû aussi me battre pour les voir tous car d'emblée certains avaient été écartés de la démarche car jugés non scolarisables*", explique-t-elle.  
  
Son travail d'évaluation n'est pas achevé mais l'enseignante en est convaincue : ces élèves peuvent tous apprendre et oui il faudra un poste supplémentaire pour leur offrir un enseignement adapté. D'ores et déjà son travail a changé des pratiques dans l'établissement. Ainsi les évaluations avec l'outil ECP (pour évaluation-cognition-polyhandicap), qui étaient auparavant pris en charge uniquement par la psychologue avec les parents, associent désormais les enseignants. C'est le même ECP qui a servi de base pour la construction de la grille d'évaluation scolaire mise en place à l'institut Calypso géré par APF France handicap à Laval (Mayenne). Une évaluation qui n'a pas pour finalité de déterminer quel jeune a droit à un temps de scolarisation mais bien quels objectifs peuvent être travaillés sur le temps de scolarisation.  
  
L'institut Calypso dispose depuis 2014 d'une classe dédiée en interne (lire notre [article)](https://abonnes.hospimedia.fr/articles/20200123-education-la-scolarisation-des-enfants-polyhandicapes-passe-par) et envisage une externalisation pour l’année prochaine. "*Scolariser des enfants qui ne l'ont jamais été et qui ne parlent pas, qui sont enfermés dans leur corps, c'est une situation inédite*, explique Géraldine Charron, enseignante spécialisée. *Il faut aménager, questionner, adapter, réadapter, trouver les outils de communication et le langage propre à chacun"*. Les temps de scolarisation, individuels ou par tout petits groupes, sont forcément limités dans le temps avec une enseignante pour 32 élèves. Alors depuis trois ans, avec Laurence Seras, éducatrice de jeunes enfants, elle a monté un groupe J’apprends autrement inspiré de pratiques développées par le Comité d'études, d'éducation et de soins auprès des personnes polyhandicapées (Cesap) où sont travaillées d'autres compétences dans un cadre plus ludique.

**Un enfant polyhandicapé sur quatre scolarisé en 2018**

Dans le cadre de la préparation du cahier des charges polyhandicap (lire notre [article](https://abonnes.hospimedia.fr/articles/20200709-education-un-cahier-des-charges-va-permettre-le)), la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) a interrogé, en 2018, les établissements médico-sociaux sur la réalité de la scolarisation des enfants polyhandicapés. Seul un sur quatre était scolarisé en unité d’enseignement interne aux établissements (60% de ceux qui ont répondu en ont une). Leur scolarisation est plutôt individuelle ou en collectif restreint (majoritairement en groupes de 2 à 5 enfants) et sur des temps courts (moins de 6 heures par semaine).

**L'externalisation comme solution**

Au sein du Cesap, l'IME La Loupière à Meaux (Seine-et-Marne) a ouvert une UEE polyhandicap en septembre. "*Cette ouverture, nous la devons d'abord aux parents qui se sont mobilisés pour réclamer l'ouverture dès la parution du cahier des charges. Une maman qui fait partie du conseil municipal de Meaux a embarqué la ville dans la démarche qui a repéré l'école du Luxembourg. Cette dernière nous a accueillis à bras ouverts"*, explique à *Hospimedia* Laurence Moureux, directrice du pôle. L'ARS Île-de-France et l'inspection académique ont joué le jeu également dégageant tous deux des moyens supplémentaires budgétaires pour la première et humains pour la seconde. Douze enfants de l'IME fréquentent désormais l'école primaire quatre jours par semaine à raison d'un groupe le matin et un autre l'après-midi.  
  
Au sein de l'UEE, l'enseignant spécialisé est accompagné d'un aide-soignant et à mi-temps d'un ergothérapeute et d'un éducateur médico-sportif. Les six élèves présents sont ainsi accompagnés en permanence par trois professionnels. L'école a mis à disposition de l'UEE une grande salle de classe, adjacente d'une plus petite salle qui peut être mobilisée pour des exercices individuels, et son infirmerie." *Au sein du Cesap un groupe de travail s'est mis en place pour modéliser la méthodologie d'ouverture d'une UEE polyhandicap*", précise Laurence Moureux.  
  
Portée par l'Adapei-Aria de Vendée, une UEE a ouvert à l'école Odette-Roux d'Aubigny-Les Clouzeaux elle aussi en septembre. Elle accueille quatre enfants "*sans solution*" quatre matinées par semaine. Là encore c'est la mobilisation des parents qui a payé. "*On doit l'idée à une mère qui a remué ciel et terre pour trouver une solution à son enfant une année avant la fin de son inclusion en maternelle, sachant que nous avons une liste d'attente de plusieurs années sur l'IME. Elle a interpellé la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) et l'ARS Pays de Loire*", précise Brigitte Retailleau, directrice du dispositif médico-éducatif. *L'ARS nous a délégué des moyens éducatifs supplémentaires* *(2 x 0,80* *équivalent temps plein) mais nous n'avons pas pour l'instant d'enseignant, faute de disponibilité dans le secteur.*" En attendant les professeurs de l'école proposent aux enfants de l'UEE des temps partagés autour du jardin et d'activités sportives et l'inspection académique a accepté de leur financer une formation sur le polyhandicap qui sera assurée par les professionnels de l'Adapei-Aria.

**Vers des UEE en collège**

Pionnière, l'UEE de l'école Sainte-Marthe-Audisio à Marseille (Bouches-du-Rhône) a ouvert ses portes en septembre 2019. Cette ouverture est le fruit d'une réflexion engagée depuis 2012 par l'Unapei Alpes-Provence, l'association régionale d'accueil des infirmes moteurs cérébraux (ARAIMC), l'association régionale pour l'intégration (Ari) et animée par l'Uriopss Provence-Alpes-Côte d'Azur et Corse. 22 enfants issus de 5  établissements médico-sociaux différents y sont accueillis par petits groupes classe de 5 à 6.  
 *"Aucune association ne disposait en interne de moyens d'enseignement pour les enfants polyhandicapés*, explique Joëlle Harnould, directrice du complexe médico-éducatif de l'Unapei Alpes-Provence. *L'enseignante nous l'avons trouvée en visitant l'école. C'est une des professeurs de l'école qui souhaitait se former au handicap. Elle est venue s'immerger une journée dans chaque établissement avant sa prise de poste et a suivi une formation au Cesap avec les professionnels des établissements pressentis pour effectuer les accompagnements des enfants.*" Les transports domicile-école sont pris en charge par le conseil départemental des Bouches-du-Rhône. "*Avec deux ans de recul, les premiers résultats sont extrêmement encourageants. Tous les enfants ont pu se maintenir en classe et développé des compétences nouvelles. Nous travaillons désormais à poursuivre l'expérience en collège car certains de nos jeunes sont atteints par la limite d'âge*", conclut Joëlle Harnould.

* *\* Instituts médico-éducatifs (IME), instituts d'éducation motrice (IEM) et instituts pour enfants et adolescents polyhandicapés (IEAP). Ces journées sont organisées par l'Association nationale des centres régionaux d'études, d'actions et d'informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité (Ancreai) et les Creai de Bretagne et Pays de la Loire.*

## Les instituts médico-éducatifs préparent leur passage en dispositif

Publié le 06/10/21 - 18h08

**Prévu par la loi pour une école de la confiance, le décret permettant d'organiser les ESMS du secteur enfance en dispositif n'est pas encore paru. Mais ce fonctionnement se dessine comme la principale piste de transformation des IME.**

En raison de la crise Covid, il ne s'est passé deux mais trois ans depuis les dernières journées nationales de formation des IME, IEM et EEAP\* qui se sont tenues cette année à Saint-Malo (Ille-et-Vilaine) du 4 ou 6 octobre. Le travail sur les parcours et les coopérations qui faisait encore figure d'exception il y a trois ans est aujourd'hui largement développé avec la multiplication des dispositifs, l'externalisation des unités d'enseignement et autres équipes mobiles d'appui médico-social ([Emas](https://abonnes.hospimedia.fr/reportages/20210901-terrains-une-equipe-mobile-medico-sociale-au-service-47451726-b31f-4937-8972-7fd7550eac4c" \t "_blank), voir notre reportage).  
  
Si les deux derniers outils sont bien cadrés législativement, le décret sur la coopération censé préciser les conditions de déploiement du travail des établissements et services médico-sociaux (ESMS) du secteur enfance en dispositif n'est toujours pas paru ; la première version avait été retoquée en juin par le Conseil national consultatif des personnes handicapées (CNCPH, lire notre[article](https://abonnes.hospimedia.fr/articles/20210621-education-le-decret-precisant-l-intervention-du-medico)). Sans attendre ce sésame législatif, de plus en plus de structures s'organisent de leur propre initiative ou sur suggestion des ARS.

**L'occasion d'une transformation radicale**

C'est à la demande de l'ARS Grand-Est que le comité mosellan pour la sauvegarde de l'enfance, de l'adolescence et des adultes (CMSEA) a transformé son institut médico-professionnel (IMPro), son service d'éducation et de soins spécialisés à domicile (Sessad) et son service d'accueil familial thérapeutique (Safte) situés à Montigny-les-Metz et Morhange (Moselle) en dispositif d’accompagnement médico-éducatif (Dame). "*Ce qui nous a été présenté au départ comme une expérimentation s'est finalement transformé en juin* *2019 en agrément sur* *15 ans et avenant au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens* *(Cpom) avec un unique numéro de fichier national des établissements sanitaires et sociaux (Finess)*", explique Stéphane Rognon, directeur du Dame. Les objectifs affichés dans le Cpom sont d'accompagner plus en inclusion, d'éviter les ruptures de parcours, de diminuer les amendements Creton et de réduire de 30% les places d'IME au profit de places de Sessad, le tout à moyens constants.  
  
Un travail en dispositif modifie profondément les pratiques et doit être préparé. Le CMSEA s'est fait aider d'un prestataire extérieur et a impliqué l'ensemble des équipes concernées en particulier lors d'un séminaire hors les murs*. "Nous y avons travaillé deux scénarios à deux ans sur un fonctionnement en Dame qui échoue et la succession d'actions qui ont mené à cet échec et inversement un scénario de réussite. Aujourd'hui c'est plutôt ce dernier scénario qui se réalise*", analyse Stéphane Rognon. Les établissements de la Rogne sont passés d'un suivi de 92 jeunes de 14 à 21 ans à 125 avec une file active de 140.  
  
L'IMPro qui était jusque-là très peu ouvert sur l'extérieur a externalisé une classe en collège et une autre en lycée professionnel, trois ateliers techniques en établissements et service d'aide par le travail (Esat), dont deux n'appartenant pas à l'association, et un quatrième en entreprise. Des jeunes auparavant scolarisés en interne ont rejoint une unité localisée d'inclusion scolaire (Ulis). L'internat, ouvert 365 jours par an, pratique désormais l'accueil séquentiel en fonction des besoins de chaque enfant et les demandes d'accueil de nuit ont diminué, ce qui permet d'offrir désormais des chambres individuelles. L'association loue un appartement en ville où les jeunes peuvent être hébergés de façon autonome, des accords ont également été trouvés avec des pensions de famille. Enfin 19 conventions ont été signées avec des professionnels et des centres de santé ainsi qu'un hôpital psychiatrique.

**Des problématiques RH à ne pas négliger**

Pour préparer cette transformation, il a fallu revoir le fonctionnement et les métiers, passer d'un management pyramidal à un management de projet. L'établissement a bénéficié d'une pyramide des âges favorable qui a permis quelques remplacements opportuns mais la majorité des professionnels étaient déjà présents avant. Onze éducateurs sont devenus coordinateurs de parcours et suivent chacun douze jeunes prestations hors les murs. En amont, de juillet à décembre, quatre référents inclusion respectivement en scolarité, inclusion professionnelle (deux éducateurs), santé (une infirmière) et logement (une assistante sociale) ont littéralement vendu les capacités d'inclusion des jeunes accompagnés au milieu "ordinaire". "*Je leur ai demandé d'avoir une démarche commerciale pour mailler le territoire et nouer des partenariats, même sur des besoins qui n'étaient pas forcément ceux des jeunes accompagnés à l'instant T*", précise Stéphane Rognon. Les éducateurs référents inclusion continuent leur mission de développeur de réseau tout en rejoignant l'équipe des coordonnateurs.

Du point de vue de ressources humaines (RH), une telle révolution n'est pas simple. Si les coordonnateurs apprécient cette forme d'accompagnement dans laquelle ils se sont volontairement engagés, certains chefs de service ont pu se sentir dépossédés puisque les coordonnateurs dépendent directement de la directrice adjointe. Quant aux éducateurs restés dans des fonctions plus traditionnelles, ils ont parfois eu l'impression de devenir de simples exécutants. La Horgne a enregistré quelques démissions dans les équipes de nuit.

**Des rapprochements de gestionnaires**

Dans le Finistère, ce sont trois associations gestionnaires qui ont décidé d'unir leurs forces au sein d'un Dame, Une convention tripartite d'expérimentation entre APF France handicap, Vyv 3 Bretagne et la fondation Ildys a été validée par l'ARS Bretagne en avril dernier. "*Nous partagions les même valeurs, notamment sur l'autodétermination des jeunes et nous avions des compétences complémentaires*", explique Anne-Laure Le Gall, directrice du Sessad APF France handicap. *Aujourd'hui nous sommes dans une phase de démarrage, notre gouvernance et la répartition financière ne sont pas encore calées.*" Les opérateurs ont négocié un volet formation conséquent auprès de l'ARS et une première promotion de coordonnateurs de parcours sera formée en janvier par l'université de Bretagne occidentale. En attendant la généralisation, quelques enfants aux problématiques particulières ont d'ores et déjà pu bénéficier de services mutualités.

* *\* Instituts médico-éducatifs (IME), instituts d'éducation motrice (IEM) et instituts pour enfants et adolescents polyhandicapés (IEAP). Ces journées sont organisées par l'Association nationale des centres régionaux d'études, d'actions et d'informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité (Ancreai) et les Creai de Bretagne et Pays de la Loire.*

## L'Igas recommande d'assouplir largement le système des autorisations des ESSMS

Publié le 22/10/21 - 18h28

**Dans un rapport publié le 20 octobre, l'Igas dévoile des pistes de réflexion pour une transformation effective des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes en situation de handicap. Elle recommande d'assouplir les autorisations des ESSMS et notamment, dans un souci de clarté, d'en finir avec la segmentation du secteur.**

*[[](https://cdn.hospimedia.fr/images/217255/14536/original/2021-10-22.jpg?1634919230)](https://cdn.hospimedia.fr/images/217255/14536/original/2021-10-22.jpg?1634919230" \t "_blank)*

*[L'Igas plaide en faveur d'une désegmentation de l'offre médico-sociale afin de favoriser sa transformation. (Amélie Benoist/BSIP)](https://cdn.hospimedia.fr/images/217255/14536/original/2021-10-22.jpg?1634919230" \t "_blank)*

Rendu public le 20 octobre, un rapport (à télécharger ci-dessous) de l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) tire le bilan des assouplissements organisationnels autorisés par l'exécutif pour répondre aux besoins dans le contexte de la crise sanitaire (lire notre [article](https://abonnes.hospimedia.fr/articles/20200326-gestion-le-medico-social-peut-deroger-aux-taux)). Ainsi, des textes avaient permis aux établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) de déroger à leur zone d'intervention autorisée, de modifier leurs organisations afin de permettre un accueil au domicile ou encore de faire fi des limites d'âge normalement en action. Le secrétariat d'État avait subséquemment demandé à l'Igas, dans une lettre de mission datée du 18 décembre 2020, d'analyser les mesures prises et de proposer des "évolutions de nature juridique pour soutenir la transformation de l'offre dans le domaine du handicap". Dans ce cadre, l'inspection générale émet 21 recommandations portant sur 4 objectifs : réduire la segmentation des autorisations, améliorer les règles d'attribution des autorisations, lever des freins au parcours des personnes et développer des outils pour une appréhension globale et territorialisée du handicap.  
  
La mission suggère tout d'abord de pallier la segmentation des autorisations, source de confusion pour les professionnels, les autorités, les familles et les personnes accompagnées. Elle constate en effet qu'une spécialité n'est représentée en moyenne sur l'ensemble du territoire que par trois unités pour les ESSMS dédiés aux enfants et 18 unités pour les autres structures. L'Igas rapporte que cette segmentation peut engendrer et motiver des refus de prises en charge et qu'elle "rend difficile toute programmation globale." Elle recommande donc de supprimer rapidement la mention des spécialités "sans trouble associé" ou dépendant de la gravité du handicap ainsi que de supprimer "la plupart" des bornes d'âges, surtout celles comprises entre 16 et 20 ans. En effet, "le fait qu'il y ait ainsi une zone commune d'intervention entre les deux grandes catégories d'établissements est de nature à faciliter les transitions de l'une à l'autre."

**Une meilleure articulation avec la protection de l'enfance**

Se basant sur les retours du terrain, l'Igas réinsiste sur l'importance de mieux accompagner les enfants en situation de handicap qui relèvent de l'aide sociale à l'enfance (lire notre [dossier](https://abonnes.hospimedia.fr/dossiers/20210330-offre-medico-sociale-comment-le-secteur-handicap-soutient)). Elle invite donc à "rechercher un cadre pérenne adéquat pour les structures mixtes intervenant à la fois au titre de la protection de l'enfance et du handicap et, sans attendre, prévoir explicitement par décret la gestion de structures conjointes par simple convention avec les autorités publiques compétentes."

Toujours dans cette même logique de fluidification des parcours, la mission recommande de généraliser le droit pour un établissement d'intervenir au domicile d'une personne accompagnée et de pouvoir les accueillir à titre temporaire dans un délai d'un an, sans pour autant remettre en cause la possibilité pour cet accompagnement d'adopter une forme plus modulaire. Cette intervention au domicile pourrait être réalisée soit par les professionnels de l'établissement en question soit par des services d'aide à domicile partenaires. Toujours dans le but de faciliter les parcours individuels et de diversifier les prises en charge, elle souhaite également faciliter le regroupement des ESSMS et reconnaître le droit à tout organisme gestionnaire de "regrouper sous cette forme l'ensemble des établissements et services qu'il gère au niveau d'un territoire donné, au moins jusqu'au niveau départemental."

**Vers la fin des appels à projets *?***

À ce titre, afin de simplifier les transformations des ESSMS, la mission estime qu'il pourrait être profitable de dispenser d'appels à projets les regroupements, les transformations d'établissements de santé en structures médico-sociales et les autorisations à titre expérimental. Elle souligne que "l'autorisation sociale ou médico-sociale assortie d'un financement de la puissance publique d'un ESSMS constitue un mandat de service d'intérêt économique général (SIEG), qui échappe ainsi aux règles de mise en concurrence de la commande publique". Il reste néanmoins loisible à l'autorité publique d'émettre des appels à projets afin de répondre à des besoins spécifiques qu'elle a identifiés. En revanche, la mission balaye la suggestion de sortir du système de double compétence ARS et conseil départemental. À son sens, celle-ci n'est "pas en soi une cause de moindre adaptabilité." Mettre fin à cette logique relèverait d'un "choix politique extrêmement fort et implique notamment d'en régler les conséquences budgétaires pour les parties prenantes." La mission insiste donc sur l'intérêt pour les autorités publiques à travailler conjointement afin que chacune puisse "ainsi avancer à son rythme en fonction de ses priorités et capacités de financement du moment."

**Nouvelle politique patrimoniale**

La mission relève qu'un des freins puissants à la transformation inclusive des établissements reste le caractère reclus de nombre d'entre eux. Les mises en place d'accueils modulaires, de solutions de répit ou encore d'équipes mobiles se heurtent aux temps de déplacements trop importants. En outre, l'inclusion dans la société est rendue presque impossible de par la distance. L'Igas estime que ces situationsconcernent 5% des ESSMS dédiés aux jeunes et 9% des autres. Malgré la volonté de nombreux gestionnaires, la transformation patrimoniale reste complexe. L'inspection générale appelle donc à mettre en place, avec l'appui de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), "une politique incitative de transformation patrimoniale pour les établissements particulièrement isolés, avec des subventions d'investissement".

Dans un contexte plus large, la mission s'est penchée sur la notion de responsabilité populationnelle des établissements. Elle relève que certains ESSMS, à savoir les services d'aide et d'accompagnement à domicile (Saad) fonctionnent d'ores et déjà sur cette modalité. Si elle conçoit que les financeurs puissent être effrayés que ce nouveau paradigme fasse exploser les coûts, elle note qu'il serait possible d'inclure dans le Code de l'action sociale et des familles l'obligation de conclure un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens afin d'encadrer les effets financiers de telles autorisations. Elle appelle donc à rendre possible la délivrance d'une autorisation territorialisée non quantifiée à tout ESSMS dédié aux personnes en situation de handicap.

***Liens et documents associés***

* [*Le rapport de l'Igas [PDF]*](https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/static.hospimedia.fr/documents/217255/7252/2021-010r-rapport_%281%29.pdf?1634910174)

## Le projet Epop lance des formations sur l'autodétermination pour les professionnels

Publié le 27/10/21 - 12h22

**Débuté en février, le projet Epop concrétise son action avec le lancement de formations à destination des professionnels des établissements et services. Ces futurs référents du pair-accompagnement seront chargés d'en massifier le recours.**

Annoncé en grande pompe le 8 février (lire notre [article](https://abonnes.hospimedia.fr/articles/20210208-insertion-le-projet-epop-se-lance-sur-cinq)), le projet Epop rend plus palpable son action sur le terrain avec le début de ses formations. Concrètement les deux porteurs de la démarche dans les Hauts-de-France et en Nouvelle-Aquitaine, à savoir respectivement le centre régional d'études, d'actions et d'informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité (Creai) et Ladapt, vont prochainement former des professionnels et des personnes en situation de handicap sur le sujet du pair-accompagnement. Au sein des établissements et des services, des salariés sont ainsi appelés à devenir des référents pair-accompagnement. Pauline Tursi, chargée de mission au Creai Hauts-de-France, explique à *Hospimedia* le but de cette action : "*Nous souhaitons que se crée un poste de référent qui puisse venir travailler en interne afin de construire un plan d'action travaillé avec le collectif de la structure médico-sociale.*" Selon la fiche sur les missions d'un référent pair, le poste de référent pair représente au minimum 20% d'un équivalent temps plein.  
  
Pour que ces professionnels puissent mener à bien le projet au sein de leur structure, Epop a pour vocation de les outiller grâce à un kit et des outils pédagogiques. Cependant "*ce n'est pas une formation en "*one-shot*"*, signale Pauline Tursi. *Nous allons faire du sur-mesure et proposer des temps d'accompagnement après la formation à proprement parler.*" En effet, le professionnel aura un rôle au-delà de son établissement au sein même de la société. Le plus est que "*Epop soit un levier qui vienne susciter des opportunités également dans le milieu ordinaire*". Néanmoins, cela demande que l'offre de prestations soit disponible sur le territoire. Le deuxième volet de la formation concerne donc des personnes en situation de handicap. Concernant ces derniers, l'objectif pédagogique est clair : "*Nous leur présentons tout ce qui existe et nous les accompagnons dans ce projet d'interventions et dans le déploiement.*" L'idée est d'ouvrir ces personnes à la possibilité du pair-accompagnement en leur expliquant les possibilités d'intervention, tout en travaillant simultanément sur les opportunités elles-mêmes au sein des établissements et services et dans le milieu ordinaire.

## Les revalorisations Ségur divisent les professionnels du médico-social

Publié le 07/10/21 - 17h58

**La mobilisation pour l'attractivité des métiers lancée par l'Uniopss ce 6 octobre a trouvé un écho auprès des grandes fédérations du privé non lucratif. Les gestionnaires du secteur handicap constatent impuissants l'hémorragie de leurs ressources humaines. Une concurrence déloyale entre professionnels est déjà engagée.**

[[](https://cdn.hospimedia.fr/images/216915/14409/original/013583_014_-1.jpg?1633612451)](https://cdn.hospimedia.fr/images/216915/14409/original/013583_014_-1.jpg?1633612451" \t "_blank)

[Le compte Ségur n'est pas bon pour les professionnels des établissements associatifs du grand âge et du handicap. (Amélie Benoist/BSIP)](https://cdn.hospimedia.fr/images/216915/14409/original/013583_014_-1.jpg?1633612451" \t "_blank)

À l'occasion de sa conférence de rentrée il y a quelques semaines, l'Uniopss a annoncé pour ce 6 octobre le lancement d'une mobilisation nationale visant à dénoncer les problèmes de recrutements, le manque de reconnaissance du secteur ou encore l'épuisement des personnels (lire notre [article](https://abonnes.hospimedia.fr/articles/20210923-ressources-humaines-l-uniopss-encourage-le-secteur-associatif)). Le message a très vite été repris par les fédérations sanitaires, sociales, médico-sociales du grand âge et également du handicap.

**L'urgence d'une juste revalorisation**

Pour de nombreux acteurs, l'heure n'est plus à alerter ou prévenir des risques. Le mot urgence est dans toutes les têtes. Tous attendent un nouveau positionnement politique constatant déjà un turn-over de professionnels attirés dans des secteurs mieux valorisés financièrement que l'associatif ou le privé non lucratif. Les représentants des principales associations du handicap de Gironde dénoncent ainsi par communiqué "*la non-prise en compte du champ du handicap dans les mesures du Ségur depuis quinze mois qui a entraîné des départs massifs des personnels soignants et d'accompagnement et donc une insuffisance dans la permanence des soins jamais vue pour des publics ultra vulnérables...*".

Les témoignages de ce type se succèdent dans toutes les régions entraînant dans le secteur l'incompréhension des gestionnaires sans oublier les familles et le sentiment de répéter les mêmes choses sans être entendu. Beaucoup redoutent en ultime recours des retours forcés à domicile pour des personnes en situation de handicap qui ne pourraient plus être accueillies. Il semblerait que d'ores et déjà certains aient déjà pris une telle décision. Des services ferment et des familles sont sollicitées pour compenser des absences de professionnels. Des chiffres alarmants circulent. Brigitte Bourguignon, ministre déléguée à l'Autonomie, et Sophie Cluzel, secrétaire d'État chargée des Personnes handicapées, restent pour l'instant discrètes sur ce sujet.

**Une problématique politique**

Le député Michel Larive (LFI, Ariège) dans une [question](https://questions.assemblee-nationale.fr/q15/15-41674QE.htm) écrite à Olivier Véran, ministre des Solidarités et de la Santé, publiée ce 5 octobre, se fait de son côté le porte-parole des doléances d'une délégation interfédérale d'associations du secteur social et médico-social qui l'a alerté de la baisse d'attractivité des métiers du soin et de l'accompagnement sur le terrain. Il épingle dans sa requête tout particulièrement les choix gouvernementaux faits à travers le Ségur de la santé. Ce dispositif installe une discrimination importante "*entre d'un côté l'hôpital et les Ehpad et de l'autre le secteur social et le médico-social. Les conséquences sur ces secteurs qui n'ont pas bénéficié de revalorisation salariales sont délétères* *: fuite des compétences vers les secteurs mieux rémunérés, forte dégradation du climat social, mouvements de grève, difficultés de recrutement, fragilisation des équipes qui sont confrontées à une baisse des taux d'encadrement, exacerbation des tensions interpersonnelles entre les professionnels du soin et de l'accompagnement...*" Par ailleurs, il estime que la mission Laforcade, qui devait compléter le Ségur, a encore plus accentué les différences. "*Établissements et services concernés sont mis en tension, confrontés au risque d'une application doublement différenciée des mesures de revalorisation des professionnels du social et du médico-social selon le métier et selon le financeur*." La question est en attente de réponse.  
  
Michel Larive n'est pas le premier député à interpeller Olivier Véran sur cette problématique. Avant lui, début juillet, Mireille Robert (LREM, Aude) a alerté le ministre de la Santé sur le fait que "*les professionnels du secteur associatif craignent de voir une différenciation plus grande s'opérer entre les rémunérations des établissements du secteur public, justement revalorisés, et ceux des structures auxquelles ils appartiennent pour l'instant hors du champ de ces revalorisations*". Elle a alors dénoncé "*le sentiment de déclassement dont les professionnels de ces structures pourraient souffrir à terme, avec des conséquences néfastes en termes d'attractivité de ces métiers*". Ses questionnements n'ont pas encore reçu de réponse d'Olivier Véran alors que l'actualité et la multiplication des mobilisations lui donnent raison.

**Une concurrence déloyale**

Dans un courrier du 30 septembre au Premier ministre, Jean Castex, le réseau de Paralysie cérébrale dénonce à son tour les effets qu'il qualifie de désastreux des revalorisations à plusieurs vitesses du Ségur.. Il rapporte constater des démissions "*de très nombreux salariés*" pour travailler dans les Ehpad et les hôpitaux publics. "*Ceux-ci offrent dorénavant de meilleures conditions de salaires (de l'ordre de* *600 à 1* *000* *euros de plus pour les infirmiers par exemple)*". Et d'ajouter que "*le secteur de l'intérim ne trouve plus de candidat et nos établissements, le plus souvent médicalisés, ne permettent aucun déploiement des ressources humaines en interne pour pallier les insuffisances d'effectifs*". Interrogé par *Hospimedia*, Jacky Vagnoni, président de Paralysie cérébrale France insiste en effet sur l'hémorragie des ressources humaines qui s'est emballée car exacerbée par des revalorisations Ségur ne passant pas par les établissements médico-sociaux du handicap. Les gestionnaires associatifs se retrouvent impuissants face à des professionnels démissionnaires, épuisés, sans parler de l'absentéisme. Si ces problématiques de recrutements existent depuis plusieurs années, la situation actuelle paraît inextricable. Les témoignages dans les médias et sur les réseaux sociaux se multiplient.

**Le secteur mobilisé**

Lors d'un nouveau point presse organisé par l'Uniopss ce 6 octobre, son président, Patrick Doutreligne, a insisté sur les inégalités de rémunérations ou de reconnaissance des professionnels du secteur associatif par rapport à ceux du public. "*Ces inégalités cumulées alimentent un sentiment d'injustice. La crise Covid-19 n'a donc été qu'un accélérateur de particules par rapport a ces inégalités*".  
  
Éric Yapoudjian, directeur général de la fondation de l'Armée du salut, confirme que les professionnels des établissements médico-sociaux se sentent abandonnés. Plus globalement, il souligne qu'il manque des infirmiers et des aides-soignants et que les établissements de formation ne peuvent pallier ces manques qui vont s'accroître encore. Pour Pascale Ribes, présidente de APF France handicap, cette crise des professionnels menace plus largement notre système social.

Elle se demande si la fuite des compétences ne risque pas également d'aggraver les tensions entre les personnels du soin et ceux de l'accompagnement. Elle doute aussi que dans ces conditions le secteur médico-social puisse assurer la vaste transformation de l'offre de services attendue "*si les professionnels ne sont pas reconnus à leur juste valeur*".  
  
Enfin, derrière tout cela se cache une question primordiale : comment garantir à l'avenir aux personnes accueillies dans les services médico-sociaux du grand âge et du handicap un accompagnement de qualité sans professionnels ? Et surtout sans professionnels qualifiés ?

## Les sénateurs adoptent la proposition de loi pour un droit de visite en établissement

Publié le 13/10/21 - 17h14

**La proposition de loi portée par le parlementaire Bruno Retailleau créant un droit de visite pour les malades, les personnes âgées et handicapées qui séjournent en établissements a été adoptée par les sénateurs à l'unanimité en première lecture.**

La [proposition de loi](http://www.senat.fr/petite-loi-ameli/2021-2022/19.html) instaurant un droit de visite pour les malades, les personnes âgées et handicapées qui séjournent en établissements a été adoptée par les sénateurs, ce 12 octobre, à la majorité des suffrages exprimés (soit 318 voix sur 345). Le Gouvernement ne valide pas cette proposition portée par le sénateur de la Vendée Bruno Retailleau, président du groupe Les Républicains au Sénat (lire aussi notre [article](https://abonnes.hospimedia.fr/articles/20210428-droit-un-senateur-veut-faire-entrer-les-visites)). Brigitte Bourguignon, ministre déléguée à l'Autonomie s'en est expliqué : "*Ne pas soutenir ce texte n'est pas s'opposer au droit de visite*". Elle considère que cette proposition ferait doublon. Il s'agit "*déjà d'un principe législatif pour les établissements de santé comme pour les établissements médico-sociaux*". Outre la législation existante, "*il ne serait pas réaliste de rendre ce droit de visite opposable compte tenu des exceptions nombreuses* *: réanimation, urgences, maternité, psychiatrie, infectiologie, soins de suite, pour ne citer que ces cas. Il faut tenir compte aussi de la configuration des locaux ou des nécessités d'organisation des services.*" Elle ajoute que "*dans le cas d'une fin de vie, le caractère particulier de la visite est déjà reconnu, avec possibilité de mesures adaptées. L'article*[*R1112-68*](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006908246/2003-05-27)*du Code de santé publique est même plus ouvert que le dispositif proposé.*"

**Un cadre existant et un droit à conforter**

Confortant le positionnement du Gouvernement, le sénateur Dominique Théophile (RDPI, Guadeloupe) a préféré s'abstenir de voter la proposition de loi du sénateur des Républicains qui pour lui complexifierait le droit. Comme la ministre chargée de l'Autonomie, il argumente sa décision en soulignant qu'un cadre juridique relatif aux visites en établissement est déjà en place. Il reconnaît qu'"*il est en revanche évident qu'il reste beaucoup à faire pour rendre ce droit de visite effectif*". Il suggère au passage de remettre à jour la charte du patient hospitalisé, vieille de quinze ans.  
  
Jocelyne Guidez (UC, Essonne) estime de son côté — comme la grande majorité des sénateurs — que les textes en vigueur ne garantissent pas le droit de visite. Plusieurs ont rappelé les interdictions de visites en Ehpad et à l'hôpital tout particulièrement lors de la première vague Covid-19 ou encore les interdictions posées dans un premier temps de rendre visite aux résidents et patients décédés. Selon la sénatrice de l'Essonne, "*cette proposition de loi comble un vide juridique. Interdire le droit de visite ne serait plus le fait du directeur d'établissement mais du médecin chef ou d'un professionnel de santé, qui connaissent mieux la situation des résidents. Dans les Ehpad, le refus doit être motivé au cas par cas. Ce texte cherche à concilier liberté et protection* *: le tout sanitaire atteint ses limites*", déclare-t-elle.

**Pour un régime des droits et libertés**

La sénatrice Corinne Imbert (LR, Charente-Maritime), rapporteuse de la commission des affaires sociales, souligne que le texte de la commission du Sénat qui a examiné son rapport "*est très proche de la proposition de loi initiale. Il consacre le droit de visite comme principe fondamental, responsabilise les directeurs d'établissement pour sa mise en œuvre et le sanctuarise dans les cas extrêmes comme garde-fou contre les situations d'inhumanité*". Elle considère que la charte des personnes hospitalisées et le livret d'accueil du résident en Ehpad sont des "*documents de droit souple, plus ou moins précis*" qui ne suffisent pas, "*il appartient à la loi de définir le régime des droits et libertés. Au reste, elle est déjà plus explicite sur le secret médical ou encore le droit d'aller et venir*".  
  
D'après Brigitte Bourguignon, concilier le droit d'être protégé en établissements avec le droit d'être libre n'est pas évident. Elle a aussi rappelé qu'avec le ministre de la Justice Éric Dupond-Moretti, le ministre des Solidarités et de la Santé Olivier Véran et la secrétaire d'État en charge des Personnes handicapées Sophie Cluzel, elle a missionné un groupe de travail interministériel réunissant la direction générale des affaires civiles et du sceau (Dacs) et la direction générale de la cohésion sociale (DGCS), chargé d'élaborer un cadre juridique clair pour les mesures de restriction de la liberté d'aller et venir.

**Liens et documents associés**

* [Le dossier législatif (site du Sénat)](http://www.senat.fr/dossier-legislatif/ppl20-543.html)

## Le CCNE recommande l'accompagnement aux gestes du corps et de l'intimité

Publié le 14/10/21 - 15h22

**Le comité consultatif national d'éthique a rendu sa très attendue réponse à sa saisine concernant l'assistance sexuelle. Il recommande la mise en place d'un accompagnement aux gestes du corps et de l'intimité "dans le cadre législatif actuel".**

Saisi en 2020 par la secrétaire d'État chargée des Personnes handicapées Sophie Cluzel, le comité consultatif national d'éthique (CCNE) pour les sciences de la vie et de la santé a publié sa réponse concernant l'accès à la vie affective et sexuelle et l'assistance sexuelle des personnes handicapées (à télécharger ci-dessous). Des acteurs du secteur attendent avec impatience une évolution du cadre législatif, permettant la formation d'assistants sexuels, à l'instar des législations belges, suisses ou québécoise (lire notre [article](https://abonnes.hospimedia.fr/articles/20210923-insertion-le-cncph-interroge-sur-les-modalites-de)). Cependant, dans sa réponse, le CCNE renvoie cette question au législateur.  
  
Le comité explique ainsi que "*s'agissant des personnes en situation de handicap empêchées physiquement d'accéder à des relations sexuelles, la recherche d'une solution à leur égard de nature à permettre un droit effectif d'accès à une vie sexuelle ne soulève pas de questions éthiques en soi, mais nécessiterait de modifier le cadre légal relatif à la prostitution et donc de s'affranchir des principes éthiques qui s'y référent, auxquels le CCNE est également particulièrement attaché. Cette décision est éminemment politique et législative.*" Il rappelle en outre que "*la loi sur la prostitution, s'appuyant sur les principes éthiques de respect de la dignité humaine et de l'indisponibilité du corps, et les textes de lutte contre les violences faites aux femmes constituent un cadre incontestable pour réprimer la traite des êtres humains et le proxénétisme.*" En outre, il rappelle la difficulté de créer un droit à la sexualité qui, dès lors, induirait un droit-créance et résulterait en une "*obligation difficilement concevable pour l'État d'assurer l'accomplissement d'une vie sexuelle.*"

**Respect du corps de la femme**

Comme le souligne le CCNE, si le sujet "*engendre une grande souffrance, il se heurte en même temps à la question de la non-marchandisation du corps*". Les enjeux féministes sont particulièrement saillants en la matière dans un contexte où "*les demandes sont majoritairement formulées par les hommes*" et où "*la prostitution, qui concerne majoritairement les femmes, est considérée comme une violence en soi*". Dans un avis publié en 2012 (à télécharger ci-dessous), le comité avait rappelé qu'il incombait surtout à la société de permettre une meilleure inclusion des personnes : "*Faire toute leur place à ces personnes est en effet une affaire collective dont chacun porte la responsabilité.*"

Toutefois, au regard des témoignages de souffrance de nombreuses personnes en situation de handicap, le CCNE élabore différentes pistes de réponse, au premier rang desquelles "*l'accompagnement aux gestes du corps et de l'intimité*", ceci s'inscrivant "*dans le cadre législatif actuel*". Il relève qu'"*il est primordial d'opérer une distinction claire entre aide sexuelle et accompagnement à une vie affective et sexuelle*". Le comité fixe que cette prestation serait réservée aux professionnels volontaires et formés : "*La formation et l'exercice de cette mission d'accompagnement des gestes du corps devraient relever d'un service réglementé au niveau national.*" Cependant, le financement resterait à définir sachant que "*le CCNE estime* *[...] que sa prise en charge ne devrait pas être couverte par le droit à la compensation du handicap, ne relevant pas directement d'un soin.*"

**Dynamique d'établissements et services**

Le comité invite également à inscrire dans les projets d'établissements et des services à domicile, "*une politique favorisant un droit d'accès à la vie relationnelle, affective et intime.*" Il constate en effet que "*la vie en établissement peut contribuer à restreindre la vie relationnelle.*" Les actions en établissement, qui d'ailleurs ont fait l'objet d'une récente circulaire (lire notre [article](https://abonnes.hospimedia.fr/articles/20210901-qualite-les-directeurs-d-esms-sont-rappeles-a)), tournent principalement autour de la formation et de la sensibilisation aussi bien des professionnels que des personnes accompagnées et de leurs familles. Sur la base du recueil des attentes des usagers, le CCNE invite les établissements à revoir le règlement de fonctionnement afin de mieux respecter la vie privée de chacun et de faciliter les rencontres. Plus globalement, il s'agit d'"*impulser une réflexion collective au sein de chaque établissement et service sur l'accompagnement*", et de "*mener une réflexion éthique au sein de chaque établissement et service.*"

**Liens et documents associés**

* [La réponse du CCNE [PDF]](https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/static.hospimedia.fr/documents/217083/7222/reponse_a_la_ministre_sophie_cluzel.pdf?1634202244)
* [L'avis du CCNE de 2012 [PDF]](https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/static.hospimedia.fr/documents/217083/7223/Avis_CCNE_.pdf?1634213622)

# 

# Actualités Santé Mentales

## Plan global en santé mentale avec accès facilité aux psychologues

Publié le 28/09/21 - 23h11

**En clôture des assises de la santé mentale et de la psychiatrie, le président de la République a annoncé une série de mesures, dont le remboursement de consultations de psychologues sur prescription via un forfait, le renforcement des effectifs des centres médico-psychologiques ou encore le financement de programmes de recherche.**

[En clôture des assises de la santé mentale et de la psychiatrie, le président de la République a annoncé plusieurs mesures, dont le remboursement de consultations de psychologues sur prescription médicale via un forfait. (capture d'écran ministère de la Santé)](https://cdn.hospimedia.fr/images/216788/14328/original/macronpsy_-16_9e.png?1632845782" \t "_blank)

Dans un discours très attendu en clôture des assises de la santé mentale et de la psychiatrie, le président de la République Emmanuel Macron a dévoilé ce 28 septembre plusieurs mesures, censées répondre à "*l'urgence*" touchant ce secteur, qui "*n'a pas attendu la crise"*Covid, et pallier le "*sous-investissement*" dont la santé mentale a longtemps souffert. Elles s'inscrivent donc dans un "*plan d'urgence*", selon le dossier de presse interministériel diffusé par l'Élysée, qui représente un investissement de 1,9 milliard d'euros sur cinq ans. Le chef de l'État a abordé trois grands axes : information et prévention, organisation des soins et recherche. Parmi les mesures phares développées dans cette allocution, la mise en place d'une nouvelle modalité de remboursement de soins psychologiques, mais dans des conditions contestées par une grande majorité de la profession.

**Forfait de consultations remboursées**

Le président a ainsi annoncé le remboursement dès 2022 de consultations psychologiques, pour l'ensemble de la population âgée de plus de trois ans, sous forme d'un forfait renouvelable soumis à prescription médicale. Il a précisé que la première consultation serait remboursée à hauteur de 40 euros, les suivantes à hauteur de 30 euros. Des modalités qui ne manqueront pas de faire réagir les représentants de la profession. Ils manifestaient ce 28 septembre pour défendre en particulier un accès direct du public aux psychologues sans prescription, assorti d’une prise en charge par la Sécurité sociale à des "*tarifs décents*" (c'est-à-dire selon eux autour des 60 euros).. L'Élysée a précisé à l'issue de cette intervention que cette mesure ferait l'objet d'un amendement au projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS). Le coût de cette mesure est chiffré à 660 millions d'euros sur cinq ans, dont 50 M€ en 2022, 100 M€ en 2023 et 170 M€ annuellement sur 2024-2026.  
  
Au volet de la prévention, Emmanuel Macron a évoqué la nécessité de déstigmatisation en santé mentale et psychiatrie, au travers notamment de grandes campagnes d'information. Il a évoqué la nécessité d'accélérer le développement des premiers secours en santé mentale avec l'objectif de 60 000 personnes d'ici 2023. Le président a également évoqué la mise en place d'un "*entretien postnatal obligatoire avec une sage-femme*" pour toutes les jeunes mères, afin de prévenir la dépression postpartum ou encore la perspective de renforcement de l'accueil familial thérapeutique. L'objectif est de créer 100 places sur deux ans. Une enveloppe de 22,5 M€ sur cinq ans est prévue, dont 2,5 M€ en 2022.

**800 ETP annoncés pour renforcer les CMP**

Afin de renforcer les centres médico-psychologiques (CMP), il est prévu d'augmenter sur trois ans (2022-2024) de 400 équivalents temps plein (ETP) les effectifs des CMP et de 400 ETP ceux des CMP infanto-juvéniles. Il s'agirait d'effectifs non médicaux, a fait savoir l'Élysée. Le coût de ces renforcements est chiffré en deux enveloppes — pour chaque type de CMP — de 96 M€ sur cinq ans, dont 8 M€ en 2022. D'autre part, le président a annoncé la création de vingt équipes mobiles pour la prise en charge des personnes âgées en Ehpad et dans les structures médico-sociales (lire l'encadré). Le coût de cette mesure est de 5 M€ annuel (25 M€ sur cinq ans). Le plan prévoit aussi de renforcer le déploiement des groupes d'entraide mutuelle (Gem) et des *club-houses* pour 8 M€ dès 2022 (48 M€ sur cinq ans) et de favoriser l'émergence d'intervenants-pairs professionnels pour 4 M€ en 2022 (20 M€ sur cinq ans). La prise en charge psychologique des personnes dans les centres d'hébergement se voit consacrer 10 M€ en 2022 (120 M€ au total).

**Des mesures au PLFSS pour les personnes âgées**

En clôture de la première journée des assises le 27 septembre, la ministre déléguée à l'Autonomie Brigitte Bourguignon a indiqué que des mesures pour la santé mentale des personnes âgées, qu'elles soient à domicile ou en établissement, figureraient dans le PLFSS pour 2022. "*Nous avons décidé de renforcer sur les territoires les équipes mobiles de psychiatrie de la personne âgée pour offrir une expertise* *[...] à un maximum d'Ehpad*", a-t-elle annoncé. Par ailleurs, "*nous déployons un accompagnement psychologique poussé au sein des services de soins infirmiers à domicile et des services d'accompagnement à domicile*", a-t-elle ajouté. Cet accompagnement sera "*également ouvert au bénéfice des aidants de la personne âgée, ainsi qu'aux professionnels des services*". Cette dernière mesure est chiffrée à 5 M€ par an, selon l'Élysée. Parallèlement, "*une stratégie nationale est en cours d'élaboration pour promouvoir le bien-être des personnes âgées à partir de 60* *ans, afin de prévenir leur souffrance psychique et mieux la prendre en charge*", a indiqué la ministre.

Parmi les autres mesures figurant au volet offre de soins, il est précisé que le volet psychiatrie du service d'accès aux soins (Sas) sera financé à hauteur de 1,2 M€ en 2022 et 2,4 M€ par an à partir de 2023. L'amélioration de l'accès aux soins somatiques pour les patients souffrant de troubles psychiatriques bénéficie d'une enveloppe de 4 M€ en 2022 puis 10 M€ par an à partir de l'année suivante. Il est également annoncé un dispositif de "*lits à la demande*" en psychiatrie afin "*d'adapter l'offre de soins pour mieux répondre aux besoins*", sur le modèle de ce qui avait été annoncé au cours du Ségur de la santé pour le secteur MCO. Cette mesure représente un investissement de 15 M€ en 2022 puis 25 M€ par an (soit environ 500 ETP) dès 2023.

**Des efforts en matière de formation et recherche**

La création de douze postes d'enseignants-chercheurs en psychiatrie supplémentaires entre 2022 et 2025 a également été annoncée par Emmanuel Macron. Le plan prévoit "*d'augmenter le nombre de postes de chefs de clinique et de disposer d’un poste hospitalo-universitaire titulaire en pédopsychiatrie par faculté et CHU*" à un objectif de 0,5 M€ en 2022 (7,77 M€ en cinq ans). Près de 11 M€ sont budgétés pour "*améliorer la formation initiale des futurs psychiatres et pédopsychiatres*". Le chef de l'État a souhaité aussi promouvoir les infirmiers de pratique avancée en psychiatrie et santé mentale. Un budget de 3 M€ en 2022 est prévu à cet effet (27 M€ sur cinq ans).  
  
En matière de recherche, le président a fait part de sa volonté d'investir, avec des efforts portant en particulier sur "*les neurosciences, l'intelligence artificielle et les dispositifs médicaux*". Il a annoncé que 80 M€ des fonds du quatrième programme d'investissement d'avenir (PIA 4) seraient consacrés à lancer un programme de recherche dans le domaine de la santé mentale. Près de 3,3 M€ en 2022 seront alloués au projet d'institut de stimulation cérébrale porté par le groupement hospitalo-universitaire Paris-psychiatrie et neurosciences (19,2 M€ sur cinq ans). Enfin, la création du centre E-Care de prise en charge et de recherche sur l'enfant, qui sera un institut du cerveau à vocation nationale, bénéficiera de 40 M€ au total sur la période 2023-2024.

## L'information par les médecins en cas d'isolement-contention pourrait être simplifiée

Publié le 18/10/21 - 18h02

Le rapporteur général sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale à l'Assemblée nationale souhaite simplifier la procédure d'information qui incombe aux médecins dans le cadre d'une mesure d'isolement ou de contention en psychiatrie.

Alors que l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2022 va bientôt débuter en séance publique, le député LREM de Charente et rapporteur général sur le texte, Thomas Mesnier, a indiqué vouloir "faciliter le travail du médecin quant aux personnes à contacter quand il y a prolongation de la mesure d'isolement ou de contention en psychiatrie". Il a en effet expliqué souhaiter de manière pragmatique rendre la mise en œuvre de cette obligation faite aux psychiatres plus aisée. Le rapporteur a ainsi évoqué différents amendements à venir sur le PLFSS, en plus de ceux déjà adoptés en commission les 13 et 14 octobre dernier, lors d'une conférence de presse organisée ce 18 octobre par l'association des journalistes de l'information sociale (Ajis).

Personnes agissant "dans l'intérêt du patient"

Cet [amendement](https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/amendements/4523/AN/2013.pdf) à l'article 28 du PLFSS précisera quels sont les proches du patient devant être informés des mesures de contrainte en restreignant la liste des personnes devant être obligatoirement mises au courant. Le projet de loi initial prévoit que lorsque le médecin renouvelle au‑delà des durées totales prévues, il doit en informer "les personnes mentionnées à l'article [L.3211‑12](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000042686174) [du Code de la santé publique (CSP)], dès lors qu’elles sont identifiées, dans le respect de la volonté du patient et du secret médical". Les personnes mentionnées dans cet article du CSP sont les suivantes :

* la personne faisant l'objet des soins ;
* les titulaires de l'autorité parentale ou le tuteur si la personne est mineure ;
* la personne chargée d'une mesure de protection juridique relative à la personne faisant l'objet des soins ;
* son conjoint, son concubin, la personne avec laquelle elle est liée par un pacte civil de solidarité ;
* la personne qui a formulé la demande de soins ;
* un parent ou une personne susceptible d'agir dans l'intérêt de la personne faisant l'objet des soins ;
* le procureur de la République.

Le député propose via son amendement de remplacer : "en informe également les personnes mentionnées à l’article L.3211-12, dès lors qu’elles sont identifiées" les mots : "informe du renouvellement de ces mesures au moins un membre de la famille ou une personne susceptible d’agir dans l’intérêt du patient, dès lors qu’une telle personne est identifiée".

Un "sujet" constitutionnel

Interrogé lors de la conférence plus largement sur le choix fait par le Gouvernement de faire passer de nouveau une réforme touchant à l'isolement et à la contention via le PLFSS, le rapporteur a reconnu qu'il s'agit là encore d'un cavalier social et qu'en cas d'examen par le Conseil constitutionnel il y aurait matière à "un sujet constitutionnel" (lire notre [article](https://abonnes.hospimedia.fr/articles/20210926-plfss-2022-le-gouvernement-choisit-une-nouvelle-fois)). Il a rappelé que l'exécutif devait légiférer avant le 31 décembre 2021. "De ce que je comprends, vu l'agenda parlementaire, il était compliqué de passer par un autre vecteur que celui du PLFSS pour le Gouvernement, c'est pour cela qu'il a fait ce choix-là", a estimé Thomas Mesnier, tout en soulignant entendre et comprendre les réserves des personnes soulevant des risques d'inconstitutionnalité.

Ce sujet mériterait une proposition ou un projet de loi probablement dédié, en tous cas quelque chose de plus large, hors du PLFSS.  
Thomas Mesnier, rapporteur général du PLFSS

"Nous ne pouvions pas en rester en l'état du droit sinon nous avions un vrai sujet, comme l'année dernière d'ailleurs, au 1er janvier prochain", a-t-il poursuivi (lire notre [article](https://abonnes.hospimedia.fr/articles/20210604-droit-le-gouvernement-est-contraint-a-legiferer-de)). Le député a alors confié que ce sujet "mériterait une proposition ou un projet de loi probablement dédié, en tous cas quelque chose de plus large, hors du PLFSS". Questionné sur l'éventuelle intention de l'exécutif de s'exonérer de cette manière d'un texte dédié justement large, le député a estimé qu'au moins les sujets de santé mentale seraient discutés à l'occasion du PLFSS par deux fois, à savoir cet article 28 sur l'isolement-contention mais aussi l'amendement\* gouvernemental à venir sur l'accès aux consultations des psychologues, traduisant l'annonce faite par le président de la République (lire notre [article](https://abonnes.hospimedia.fr/articles/20210928-politique-de-sante-l-elysee-annonce-un-plan)).  
  
"Là, nous allons avoir de vrais débats sur la santé mentale", a assuré le rapporteur général. Il a souhaité aussi "un débat de meilleure qualité sur l'article 28 qu'il n'a eu lieu l'année dernière". Mais cela "dépend aussi beaucoup des amendements qui seront déposés et déposés par qui, parce que ce n'est pas tout à fait neutre [selon qui les dépose], en particulier sur ce sujet-là". Il a enfin confié qu'il "sera intéressant un jour de revenir par voie législative sur ces mesures-là car elles sont ici règlementées dans le cadre des hospitalisations sous contrainte. Or il arrive parfois que l'on soit amené à ces pratiques en dehors" de la psychiatrie.

* \* Cet amendement n'était pas encore rendu public à l'heure où nous publions.

# Actualités TND :

## Les plateformes de prise en charge précoce des TND intègrent les suivis psychologiques

Publié le 21/09/21 - 09h45

**Un nouveau contrat type est proposé aux professionnels libéraux intervenant dans les plateformes de coordination et d'orientation des troubles du neurodéveloppement. Les interventions de suivi des psychologues sont intégrées.**

Un [arrêté](https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000044053421) paru au*Journal officiel* du 17 septembre fixe les nouveaux contrats types à signer entre les professionnels libéraux (psychologues, psychomotriciens et ergothérapeutes) et les structures portant les plateformes de coordination et d'orientation (PCO) pour la mise en œuvre du parcours de bilan et d'intervention précoce afin d'accompagner les enfants présentant des troubles du neurodéveloppement (TND). Il remplace l'arrêté d'avril 2019 (lire notre [article](https://abonnes.hospimedia.fr/articles/20190429-politique-de-sante-les-modalites-du-conventionnement-des)) et intègre le programme individualisé d'intervention fonctionnelle des psychologues dont les modalités d'intervention avaient été précisées en avril (lire notre[article](https://abonnes.hospimedia.fr/articles/20210407-politique-de-sante-le-role-des-psychologues-est)).  
  
Ces derniers seront rémunérés de la même façon que leurs confrères pour une séquence d'interventions précoces d'un minimum de 35 séances de 45 minutes chacun e, à savoir 1 500 euros (€). Mais une intervention plus courte de 12 séances est également prévue pour un montant forfaitaire de 513 €. Il n'est pas certain que les volontaires affluent puisque, dans l'appel à manifestation qu'ils lancent pour le 28 septembre, l'Union fédérale médecins, ingénieurs, cadres, techniciens (UFMICT) de la CGT, la Fédération française des psychologues et de psychologie (FFPP), le Syndicat national des psychologues (SNP) et le Séminaire interuniversitaire d'enseignement et de recherche en psychopathologie et psychanalyse (SIUEERPP) dénoncent la sous-tarification de tous les dispositifs dont les plateformes TND\*.  
  
Pour les autres professionnels, pas de grand changement, à l'exception de l'élargissement de l'âge des patients à 12 ans, au lieu de 7 précédemment. "*Les conditions tarifaires ne nous conviennent pas non plus*, rappelle à *Hospimedia* Nicolas Raynal, président de la Fédération française des psychomotriciens (FFP), *et nous espérons bien pouvoir enfin reprendre les négociations avec la délégation interministérielle à l'autisme."* Des négociations qui ne sont pas uniquement tarifaires puisque ces professionnels réclament également les mêmes droits que les autres professionnels de santé tarifés par l'Assurance maladie comme le financement de la formation ou l'accès au dossier médical partage (DMP). Enfin, Nicolas Raynal souligne que de nombreux professionnels participant aux PCO se voient encore refuser l'accès aux établissements scolaires.  
  
L'arrêté rappelle par ailleurs que les professionnels doivent suivre les recommandations de bonne pratique de la Haute Autorité de santé. Il précise les éléments attendus dans les comptes rendus de bilans et donne une liste indicative actualisée des outils à utiliser par chaque type de professionnel.

* *\* À l'heure de publication de cet article, Hospimedia n'avait pas eu d'avis plus précis des représentants des psychologues contactés sur l'arrêté.*

**Liens et documents associés**

* [L'arrêté [PDF]](https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/static.hospimedia.fr/documents/216612/7150/joe_20210917_0217_0017.pdf?1632152573)

## Un outil de prédiagnostic des TND utilisant l'intelligence artificielle va être expérimenté

Publié le 30/09/21 - 17h17

**Utiliser les neurosciences et l'intelligence artificielle pour proposer en quelques heures un bilan prédiagnostic des TND, c'est l'ambition d'une start-up française qui lance d'ici quelques semaines une étude clinique auprès de 1 000 enfants.**

La start-up CrocosGoDigital spécialisée dans le développement d'ateliers pédagogiques autour de la programmation de robots notamment pour des enfants ayant des troubles du neurodéveloppement (TND) franchit une nouvelle étape en lançant une étude scientifique co-élaborées avec des laboratoires universitaires(1). Menée auprès de plus 1 000 enfants à Paris, Nice (Alpes-Maritimes) et Montpellier (Hérault), elle vise à vérifier la pertinence d'un outil ludo-éducatif dans le diagnostic des TND pour les enfants de 7 à 12 ans.  
  
Cette approche, inspirée du projet Research Domain Criteria (RDoc) développé par le National Institute of Mental Health, institut public consacré aux maladies mentales aux États-Unis, met l'accent sur les dimensions du fonctionnement normal du cerveau, au croisement des recherches génétiques, des neurosciences cognitives et des sciences comportementales et se présente comme une alternative au DSM 5(2). L'outil CrocosGoDigital combine tests psychométriques numériques et ludiques avec une capture de données comportementales multiples *via* les nouvelles technologies à l'aide d'une tablette et d'un casque électro-encéphalogramme, le tout en mois d'une demi-journée.

**Une aide rapide au diagnostic**

Vincent Bergé, parent d'un enfant dyslexique et entrepreneur de la French tech a embarqué dans son aventure la chercheuse Vanessa Douet qui partage son temps désormais entre le start-up et le laboratoire de recherche risques, épidémiologie, territoires, informations, éducation et santé (Rétines) de l'université Côte d'Azur. "*Fort de ses premières expériences d'ateliers, Vincent Bergé avait une intuition. Ensuite j'ai fait un gros travail de revue de littérature pour voir quels types de phénotypes pouvaient être détectés pour réinventer un bilan permettant de faire le tri entre des attitudes neurotypiques et neuro-atypiques*", explique la responsable recherche et développement à *Hospimedia.*CrocosGoDigital n'a pas pour ambition de remplacer la batterie de tests classiques qui permettent d'étayer un bilan TND mais de se proposer comme une aide au prédiagnostic qui permettra au praticien de santé de déterminer rapidement les enfants pour lesquels des explorations complémentaires seront nécessaires.  
  
*"Nos jeux ont été conçus pour stimuler certaines activités cérébrales sans que l'enfant en ait conscience. Pendant la séance nous enregistrons l'enfant, ses réactions, les mouvements de son doigt sur la tablette, l'activité électrique du cerveau. De toutes ces données, grâce aux algorithmes et à l'intelligence artificielle, nous extrayons des indicateurs de sa capacité à réfléchir, de son comportement, de sa motricité. Cela permet de classifier le comportement de l'enfant sans poser pour autant la prédiction d'un trouble*", précise Vanessa Douet. À côté de ce bilan scientifique destiné aux professionnels de santé, CrocosGoDigital entend fournir aux familles un bilan des forces, des faiblesses et des capacités de l'enfant.

**De la clinique à la prise en charge**

Après une preuve de concept réalisée en 2020 sur 120 enfants, la start-up démarre mi-octobre l'étude scientifique proprement dite en recrutant 1 000 enfants de 7 à 12 ans de langue française (800 neurotypiques et 200 neuro-atypiques). "*Nous allons travailler avec les CHU de Nice, Montpellier et l'Assistance publique-hôpitaux de Paris mais nous sommes ouverts à tout autre type de collaboration",* ajoute Vanessa Douet. Les écarts à la norme observés concerneront les troubles Dys, les troubles du déficit de l'attention, des problèmes de motricité fine et d'interactions sociales. L'étude scientifique devrait durer au moins 24 mois. Si le bilan est positif, la société fera une demande de prise en charge dans le cadre d'une expérimentation d'innovation organisationnelle en santé dite article 51.

* *(1) Étude élaborée avec le laboratoire de recherche risques, épidémiologie, territoires, informations, éducation et santé (Rétines) de l'université Côte d'Azur et en collaboration avec l'institut de neurosciences de la Timone et le laboratoire de psychologie cognitive de l'université d'Aix-Marseille, le laboratoire de bioélectronique de l'école des mines de Saint-Étienne Gardanne (Bouches-du-Rhône), l'École nationale du jeu et des médias interactifs numériques du Conservatoire national des arts et métiers (Paris).*

*(2) Version 5 du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*

# Finances- Plan de finances (PLFSS (Plan de Financement de la Sécurité Sociale)):

## L'objectif global de dépenses médico-social augmente de 4,4% à 27,5 Md€

**Pour "transformer radicalement" la perte d'autonomie, le dernier PLFSS du quinquennat présente des mesures structurantes pour le secteur du domicile, avec l'appui d'Ehpad aux nouvelles missions. 143 M€ de crédits nouveaux seront fléchés au handicap.**

Au lendemain des annonces du Premier ministre, Jean Castex, les éléments de réforme du secteur médico-social ont fait l'objet de précisions lors de la présentation, ce 24 septembre, du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) 2022 en commission des comptes de la sécurité sociale. "*Marque de l'engagement*" de l'exécutif pour le grand âge et l'autonomie, le texte prévoit un objectif global de dépenses (OGD) médico-social de +4,4% (hors dépenses liées à la crise sanitaire) à 27,5 milliards d'euros (Md€). Soit 0,6 point de plus que l'évolution de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) global. Et Brigitte Bourguignon, ministre déléguée à l'Autonomie", de vanter des dispositions visant à "*transformer radicalement la façon dont notre société accompagne la perte d'autonomie de nos concitoyens*".

**Ondam : +2,5 et +1,6% à périmètre constant**

À périmètre constant (hors mesures Ségur), les crédits consacrés par l'Ondam affichent une augmentation de respectivement +2,5 et +1,6%. En englobant les mesures du Ségur de la santé, les moyens octroyés par le PLFSS se traduisent par un sous-Ondam personnes âgées en progression de 4,2% et un Ondam personnes handicapées de +4,7%. 14,3 Md€ et 13,3 Md€ seront ainsi consacrés à chaque secteur. Ces derniers bénéficieront d'une enveloppe de 1,2 Md€ de financements nouveaux en 2022, partagés pour moitié entre les deux sous-Ondam.  
  
750 M€ concernent le financement de revalorisations salariales, dont 658 M€ consacrés aux mesures Ségur. Au sein de cette enveloppe, 419 M€ traduisent les extensions consenties dans le cadre de la mission Laforcade et 37 M€ l'impact de la signature de l'avenant 43 (lire nos articles [ici](https://abonnes.hospimedia.fr/analyses/20210510-aide-a-domicile-la-prefiguration-de-la-reforme) et [là](https://abonnes.hospimedia.fr/articles/20210910-aide-a-domicile-le-secteur-associatif-appelle-les)). Le développement de l'intéressement collectif dans les établissements et services médico-sociaux sera quant à lui financé à hauteur de 53 M€ et la revalorisation des grilles salariales et le renforcement de l'attractivité des métiers du soin et de l'autonomie dans les établissements privés à hauteur de 119 M€. Dans la prolongation des mesures du plan de relance, 440 M€ seront par ailleurs fléchés à l'investissement et 100 M€ sur le numérique. 30 M€ abonderont le programme annuel d'investissements (PAI) de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) hors Ségur..

**Domicile : fusion des modèles de services**

En parallèle, le Gouvernement acte des mesures d'évolutions structurelles du secteur. Comme annoncé par Jean Castex (lire notre [article](https://abonnes.hospimedia.fr/articles/20210923-economie-jean-castex-annonce-1-3-md-de)), le PLFSS actera un renforcement de l'accompagnement à domicile. Au total, 250 M€ seront assurés pour le virage domiciliaire en 2022 et 390 M€ à horizon 2025. Outre le tarif horaire minimal de référence à 22 € pour tous services d'aide et d'accompagnement à domicile (Saad), habilités ou non à l'aide sociale, le texte entérine la refonte de la tarification des services de soins infirmiers à domicile (Ssiad). En cours de construction avec les représentants du secteur, celle-ci "*permettra de prendre en compte le besoin en soins et le niveau de perte d'autonomie des personnes*", détaille le dossier de presse.  
  
Les services intégrés évoqués par le Premier ministre traduiront quant à eux la généralisation des services polyvalents d'aide et de soins à domicile (Spasad), dont est prévue la génération d'un financement complémentaire aux services disposant des deux prestations. "*Ce financement permettra d'encourager la recomposition et la simplification du paysage des services à domicile, en accompagnant la fusion entre* *2022 et* *2025 des différentes catégories de services à domicile existants en une seule catégorie.*" *Exit* donc les Saad, les Ssiad et les Spasad, place aux "services autonomie".  
  
Afin de faciliter l'accès aux soins à domicile, le Gouvernement a également confirmé le financement de l'avenant 9. Celui-ci étend la visite longue et complexe de 70 € pour les médecins libéraux à tous les patients de plus de 80 ans en affection longue durée, "*dans la limite de quatre fois par an et par patient*" et entérine la consultation très complexe à 60 € pour le secteur handicap dans le cadre de la constitution et la transmission de dossier aux maisons départementales des personnes handicapées (MDPH, lire notre [article](https://abonnes.hospimedia.fr/articles/20210802-politique-de-sante-le-nouvel-avenant-a-la)).

**Ehpad : une nouvelle mission**

Le Gouvernement prévoit également des mesures d'évolution de l'offre. L'Ehpad sera notamment appelé à se doter d'une nouvelle mission. Considérant que "*les Ehpad disposent d'une expertise précieuse qui bénéficie aujourd'hui quasi exclusivement à leurs résidents*" et afin de "*contribuer à l'émergence de l'Ehpad de demain"*, l'exécutif entame la mue des Ehpad vers des "*centres de ressources territoriaux*". Ces derniers auront deux modalités d’intervention : un appui aux professionnels du territoire intervenant à domicile comme en établissement allant de la formation à l'appui administratif et logistique en passant par la mise à disposition ponctuelle d'expertise gériatrique ; le déploiement d'une offre d'accompagnement à domicile pour des personnes âgées nécessitant un soutien plus intensif. Les financements spécifiques de la branche autonomie en la matière ont été fixés à hauteur de 20 M€ en 2022 (80 M€ d'ici 2025).  
  
Dispositifs ayant "*fait leurs preuves*" en temps de crise sanitaire, les équipes mobiles d'hygiène et les équipes mobiles gériatriques seront quant à elles pérennisées pour apporter aux Ehpad l'appui du secteur sanitaire. Les annonces relatives au renforcement de temps de soignant en Ehpad se matérialiseront par une enveloppe de 54 M€ pour 0,4 équivalent temps plein (ETP) minimum de médecin coordonnateur par établissement et la généralisation des astreintes infirmières de nuit. L'actualisation des coupes Pathos sera elle financée à hauteur de 200 M€, le soutien à l'accompagnement des maladies neurodégénératives disposera d'un budget de 115 M€ et la création de places nouvelles, limitées à "*un peu plus de 2* *000* *places par an*" à compter de 2024, sera soutenue dans le cadre d'une enveloppe de 10 M€. De premières places seront d'ores et déjà construites en priorité en outre-mer et en Corse dès 2022.

**Un SI commun pour la gestion de l'Apa**

Le PLFSS prévoit la création d'un système d'information national pour la gestion de l'allocation personnalisée d'autonomie (Apa). Fourni aux départements par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), cet outil de gestion commun devrait se traduire par "*une harmonisation des processus de gestion entre les départements à la faveur d'une égalité de traitement accrue des demandeurs de l'Apa*". Il permettra également "*de mieux identifier les différences de pratiques entre les départements*". Enfin, à noter à domicile la généralisation du crédit d'impôt instantané pour les particuliers employeurs. Entamé en 2022, le processus de déploiement interviendra en 2023 pour les bénéficiaires de l'Apa et de la prestation de compensation du handicap (PCH). 130 M€ seront alloués dans ce cadre.

**Handicap : 143 M€ de mesures nouvelles hors Ségur**

Sur le volet handicap, 143 M€ seront dédiés aux mesures nouvelles : 67 M€ pour le financement de places nouvelles ; 10 M€ pour la réponse aux situations critique ; 15 M€ pour la convergence des réponses aux problématiques croisées enfance et handicap ; 7 M€ pour le déploiement de services d'accompagnement à la parentalité en région et 6 M€ pour la création d'unités d'enseignement pour les élèves polyhandicapés....  
  
Comme déjà annoncé, 5 M€ seront consacrés au recrutement d'assistants de projets et de parcours de vie dans le cadre des Communautés 360 et 8 M€ à la création d'unités résidentielles de petite taille pour les adultes autistes présentants des troubles sévères (lire nos articles [ici](https://abonnes.hospimedia.fr/articles/20210917-politique-de-sante-les-communautes-360-disposeront-pour) et [là](https://www.google.com/url?q=https://abonnes.hospimedia.fr/articles/20210915-politique-de-sante-les-maisons-d-accueil-specialisees&sa=D&source=hangouts&ust=1632574186351000&usg=AOvVaw1FkKCrWhCb4Rqkmv06Nj_B)). 12 M€ seront également débloqués pour les unités d'enseignement autisme et 9 M€ pour l'élargissement des plateformes de coordination et d'orientation.

## Le Gouvernement choisit une nouvelle fois le PLFSS pour réformer l'isolement-contention

Publié le 27/09/21 - 10h18

**Contraint à légiférer de nouveau sur l'isolement-contention, le Gouvernement a encore choisi le PLFSS comme véhicule pour réformer. Il s'agit ici de rendre automatique le contrôle par le juge des mesures dépassant certaines durées totales prévues.**

C'est un pari sans doute risqué que fait une nouvelle fois le Gouvernement, en choisissant de profiter cette année encore du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour légiférer sur l'isolement et la contention en psychiatrie. En effet, selon une version de l'avant-projet de loi datée du 24 septembre, dont *Hospimedia* a eu copie (lire notre [dossier](https://abonnes.hospimedia.fr/dossiers/20210924-plfss-2022-le-nouveau-plfss-vise-a-batir)), un article sera consacré aux dispositions que le Gouvernement doit modifier avant la fin de l'année 2021 sur le sujet, à la suite d'une décision du Conseil constitutionnel rendue en juin dernier (lire notre [article](https://abonnes.hospimedia.fr/articles/20210604-droit-le-gouvernement-est-contraint-a-legiferer-de)).

**Instaurer un contrôle automatique du juge**

L'an dernier, c'est déjà par le PLFSS qu'est passée la réforme encadrant l'isolement-contention permettant au juge des libertés et de la détention (JLD) de contrôler la régularité de ces mesures privatives de liberté, dès lors qu'elles dépassent certaines durées (lire notre [article](https://abonnes.hospimedia.fr/articles/20200930-plfss-2021-le-gouvernement-prevoit-d-encadrer-via)). Le choix du PLFSS a fait courir un risque d'inconstitutionnalité à l'article dédié à cette réforme, celui-ci pouvant être considéré comme un cavalier social, étant donné que ces dispositions médico-légales ont peu à voir avec le financement de la sécurité sociale. Mais le Conseil constitutionnel n'a finalement pas été saisi — fait rare — sur le PLFSS 2021. Les juges constitutionnels n'ont donc pas à l'époque examiné l'article 84 du PLFSS ni sur la forme (cavalier ou non) ni sur le fond (alors que plusieurs dispositions de la réforme ont été suspectées d'inconstitutionnalité au cours du débat parlementaire).  
  
Cette suspicion d'inconstitutionnalité sur le fond s'est confirmée quelques mois plus tard, puisqu'à la faveur de plusieurs questions prioritaires de constitutionnalité (QPC), les sages ont dû se pencher sur ces dispositions et ont décidé d'abroger, avec effet différé, une partie de l'article 84 car le contrôle par le juge des mesures en cas de dépassement des durées prévues n'était pas systématique mais facultatif. Dans leur décision, ils ont censuré les troisième et sixième alinéas du paragraphe II de l’article [L.3222-5-1](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000042686162/2020-12-16) du Code de la santé publique. Les dispositions proposées dans l'article 30 de l'avant-projet de loi en "*tirent les conséquences* *[...] en instaurant un contrôle automatique* *[du JLD] en cas de maintien des mesures d’isolement et de contention au-delà d’une certaine durée*", explique l'exposé des motifs.

**Information "sans délai" du JLD par le directeur**

L'avant-projet prévoit qu'à titre exceptionnel, "*le médecin peut renouveler, au-delà des durées totales prévues* *[...] —* 48 heures pour l'isolement, 24 heures pour la contention —*la mesure d’isolement et de contention, dans le respect des conditions prévues*" par l'article L.3222-5-1. Le directeur de l’établissement informe alors "*sans délai*" le JLD du renouvellement de ces mesures. Ce dernier "*peut se saisir d’office pour mettre fin à la mesure*". Le médecin informe également de la mesure les personnes mentionnées à l’article [L.3211-12](https://abonnes.hospimedia.fr/articles/20201026-plfss-2021-les-deputes-valident-l-instauration-d)(le patient, ses proches, etc.), "*dès lors qu'elles sont identifiées, dans le respect de la volonté du patient et du secret médical*". La mention relative aux souhaits de la personne soignée et au secret médical est nouvelle, elle ne figure pas à l'article du Code de la santé publique actuellement en vigueur.

**Des évaluations mentionnées**

Les dispositions proposées dans l'avant-projet de loi apportent des précisions sur l'évaluation des mesures. Le texte prévoit qu'une mesure d'isolement renouvelée dans la limite d'une durée totale de 48 heures, si l'état du patient le nécessite, devra faire l'objet de deux évaluations par 24 heures. La mesure de contention renouvelée dans la limite d'une durée totale de 24 heures, toujours si l'état du patient le justifie, devra elle aussi faire l'objet de deux évaluations, par période de 12 heures.

"*Si l’état de santé du patient rend nécessaire*" le renouvellement de la mesure au-delà de ces durées, le directeur de l’établissement de santé saisit le JLD soit avant l’expiration de la 72e heure d’isolement, soit avant l'expiration de la 48e heure de contention. Le JLD doit statuer dans les 24 heures après l’expiration de ces durées. Il peut autoriser le médecin à maintenir la mesure ou ordonner la mainlevée de cette dernière. Cependant, "*si le renouvellement de la mesure est encore nécessaire après deux décisions de maintien du* *[JLD], celui-ci est saisi au moins 24* *heures avant l’expiration d’un délai de sept jours à compter de la précédente décision rendue*". Il doit statuer avant l'expiration de ce délai d'une semaine. Il peut être saisi de nouveau au moins 24 heures avant l'expiration de chaque délai de sept jours et statue dans les mêmes conditions.  
  
En cas de mainlevée de la mesure par le JLD, "*aucune nouvelle mesure ne peut être prise avant l'expiration du délai de 48* *heures sauf survenance d'éléments nouveaux dans la situation du patient, qui rendent impossible d’autres modalités de prise en charge permettant d’assurer sa sécurité ou celle d’autrui*". Les dispositions encadrant les renouvellements au-delà des durées totales prévues "*s'appliquent lorsque le médecin prend plusieurs mesures d'une durée cumulée de 48* *heures pour l'isolement et de 24* *heures pour la contention sur une période de quinze jours*". Enfin, il est précisé que les conditions d'application de cet article doivent faire l'objet d'un décret en Conseil d'État.

## Le PLF 2022 conforte le périmètre du crédit d'impôt des services à la personne

Publié le 12/10/21 - 17h30

**Le projet de loi de finances pour 2022, à son article 3, vise à préserver la stabilité du cadre fiscal des services à la personne. Il sanctuarise ainsi le périmètre du crédit d'impôt et la notion d'offre globale de services.**

L'article 3 du [projet](https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/textes/l15b4482_projet-loi) de loi de finances (PLF) pour 2022 a été discuté et adopté en première lecture par les députés ce 11 octobre. Cette mesure, annoncée dès février par le Gouvernement, vient conforter le périmètre d'application du crédit d'impôt pour les bénéficiaires de services à la personne. Le 30 novembre 2020, le Conseil d'État a en effet annulé pour excès de pouvoir des commentaires administratifs, réservant ainsi le crédit d'impôt aux services effectués au sein du domicile des bénéficiaires (lire nos articles [ici](https://abonnes.hospimedia.fr/analyses/20210212-aide-a-domicile-le-gouvernement-rassure-quant-au) et [là](https://abonnes.hospimedia.fr/articles/20201210-droit-le-conseil-d-etat-restreint-le-credit)). Jusqu'à présent, les services — comme le portage de repas ou le transport — réalisés depuis ou vers le domicile pouvaient ouvrir droit à un crédit d'impôt, s'ils entraient dans une offre globale incluant une activité exercée au domicile. C'est donc tout l'enjeu de cet article 3 qui vise à "*préserver la stabilité du cadre fiscal dont bénéficie le secteur des services à la personne*", indique le Gouvernement en exposé des motifs. Le PLF vient donc rétablir le droit antérieur à la décision du Conseil d'État, dès l'imposition des revenus de l'année 2021, en inscrivant notamment dans la loi les commentaires administratifs annulés.  
  
Plusieurs amendements, en commission et en séance publique, ont proposé d'élargir le périmètre du crédit d'impôt au portage de repas et à la téléassistance, sans que ceux-ci soient inclus dans une offre globale de services. Tous ont été rejetés. Pour Olivier Dussopt, ministre délégué chargé des Comptes publics, il est nécessaire de distinguer ce qui relève des services à la personne et ce qui entre dans le champ du maintien à domicile. Ainsi, le portage de repas et la téléassistance ne permettent pas, à eux seuls, d'ouvrir droit au crédit d'impôt, "*puisque nous considérons qu'il s'agit soit d'un élément de confort soit d'un élément de maintien à domicile éligible à l'allocation personnalisée d'autonomie* *(Apa)*", a expliqué le ministre lors de la séance publique.  
  
Outre la stabilité règlementaire du secteur, l'autre raison de sanctuariser le droit existant avant la décision du Conseil d'État est la généralisation de la contemporanéité, a ajouté Olivier Dussopt (lire notre [article](https://abonnes.hospimedia.fr/breves/20210929-economie-l-experimentation-de-credit-d-impot-immediat)). Modifier les montants et périmètres du crédit d'impôt pourrait perturber cette réforme, attendue par le secteur, a-t-il précisé. La contemporanéité sera étendue aux particuliers employeurs qui passent par des services mandataires au 1er avril. Les bénéficiaires de l'Apa et de la prestation de compensation du handicap (PCH) seront eux éligibles à cette mesure en 2023, a détaillé le ministre, "*le temps que nous ayons conventionné avec tous les départements*".

## La dotation qualité des Saad s'inscrit dans la lignée de la préfiguration tarifaire

Publié le 18/10/21 - 17h03

**Un amendement du Gouvernement au PLFSS 2022 vient préciser la future dotation qualité des services d'aide à domicile. Ce dispositif vient compléter l'instauration d'un tarif national plancher à 22 €. Le modèle proposé s'inscrit dans la droite ligne de la préfiguration de la réforme tarifaire, menée depuis 2019 et largement décriée par le secteur.**

[[](https://cdn.hospimedia.fr/images/217149/14484/original/dotation_qualite_twitter.jpg?1634565049)](https://cdn.hospimedia.fr/images/217149/14484/original/dotation_qualite_twitter.jpg?1634565049" \t "_blank)

[Le modèle proposé par le Gouvernement conditionne le versement de la dotation qualité à la conclusion d'un Cpom. (Amélie Benoist/BSIP)](https://cdn.hospimedia.fr/images/217149/14484/original/dotation_qualite_twitter.jpg?1634565049" \t "_blank)

La future dotation qualité pour les services d'aide et d'accompagnement à domicile (Saad) se précise. Un amendement du Gouvernement\* au projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2022, qui sera discuté en séance publique, vient préciser les attentes du Gouvernement en la matière (à télécharger ci-dessous). Cette dotation qualité, qui devrait être de 3 euros (€) en moyenne par heure d'intervention, vient en complément de l'instauration d'un tarif national plancher à 22 €, attendu de longue date du secteur. Le projet du Gouvernement concernant la dotation qualité fait largement écho à la préfiguration de la réforme de la tarification des services, initiée en 2019 et décriée par le secteur (lire nos articles [ici](https://abonnes.hospimedia.fr/articles/20210923-economie-jean-castex-annonce-1-3-md-de) et [là](https://abonnes.hospimedia.fr/analyses/20210510-aide-a-domicile-la-prefiguration-de-la-reforme)). L'amendement vise en effet à "*tirer, dès* *2022, les enseignements*" de cette préfiguration. Cette dernière va d'ailleurs fait l'objet d'un bilan, "*qui doit être présenté au Parlement avant le 31* *décembre* *2021*", précisent les pouvoirs publics en exposé des motifs.  
  
Le Gouvernement encadre donc la mise en œuvre d'une dotation qualité mais précise toutefois que celle-ci interviendra "*dans les départements qui en font le choix*". Cette tarification complémentaire serait versée aux Saad en contrepartie de leur engagement à mettre en œuvre des actions améliorant le service rendu à l'usager, dans le cadre d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (Cpom). Ces objectifs pourraient être liés au profil des personnes prises en charge ou aux caractéristiques du territoire d'intervention, ajoute-t-il. La dotation pourrait ainsi permettre la garantie d'un accompagnement le soir et le week-end, le financement de temps de coordination ou d'heures supplémentaires pour éviter les plannings fractionnés, la mise en œuvre d'actions favorisant le parcours professionnel ou encore le financement d'heures dédiées à la prévention ou à la lutte contre l'isolement des personnes. Elle vise aussi à permettre aux Saad d'apporter une aide aux aidants des personnes accompagnées. Le dispositif du Gouvernement prévoit, tout comme pendant la préfiguration, la possibilité pour les services non habilités à l'aide sociale de s'en saisir, sous condition toujours de la conclusion d'un Cpom. "*De plus, cette possibilité sera conditionnée à l'obligation de maîtriser le reste à charge des personnes accompagnées*", signale le Gouvernement.

**Appels à candidatures départementaux**

Cette dotation qualité serait attribuée après l'organisation d'un appel à candidatures par les départements. Ceux-ci ne pourront pas inscrire de critères d'éligibilité supplémentaires "*qui seraient notamment liés au statut juridique du service, à un volume d'activité minimal ou à une part minimale d'heures effectuées*". Les départements pourraient être amenés à motiver leur décision en cas de refus. Les Saad ayant déjà signé un Cpom seraient amenés à conclure un avenant au contrat pour en bénéficier. Quant aux structures déjà impliquées dans la préfiguration, le Gouvernement envisage un versement de la dotation à la date à laquelle les précédents crédits cessent d'être perçus.  
  
Côté financement, le surcoût pour les départements devrait être couvert par la branche autonomie *via* un concours spécifique versé par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) "*et à condition que les sommes versées viennent effectivement répondre aux objectifs d'un engagement supplémentaire des départements*". Les modalités de versement, le suivi national des dépenses et la répartition du concours de la CNSA devront être précisés par voie réglementaire dans un second temps. La montée en charge progressive de ce dispositif représente pour l'État un investissement vis-à-vis des services d'environ 500 millions d'euros (M€) supplémentaires par an d'ici 2025, ajoute-t-il. Ces dépenses continueront de progresser "*avec les évolutions démographiques et l'inflation jusqu'à environ 800* *M€ d'ici* *2030*".

* *\* L'amendement a été transmis par le rapporteur général Thomas Mesnier (LREM, Charente), à l'occasion d'un point presse organisé ce 18 octobre par l'Association des journalistes de l'information sociale (Ajis).*

**Liens et documents associés**

* [L'amendement n° 2032 [PDF]](https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/static.hospimedia.fr/documents/217149/7233/PLFSS.pdf?1634563243)

## Les dépenses de la CNSA devraient atteindre 34,2 milliards d'euros

Publié le 18/10/21 - 14h16

**Les annexes du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 estiment à 34,2 milliards d'euros les dépenses de la CNSA pour l'année à venir et ses recettes à 33,3 Md€. L'enjeu pour la caisse est de trouver un équilibre.**

Les annexes du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2022 ont été publiées. L'annexe 10, concernant les *Dépenses de la branche autonomie et effort de la nation en faveur du soutien de l'autonomie* (à télécharger ci-dessous), rappelle que, selon les prévisions sous-jacentes au projet de loi, les recettes de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) atteindraient 33,3 milliards d'euros (Md€) en 2022. Les dépenses se situeraient elles à 34,2 Md€, soit une hausse de 6,3% par rapport à 2021, dont 1,4 Md€ pour l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) et 27,5 Md€ pour les établissements et services médicaux sociaux selon l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam) médico social (lire notre [dossier](https://abonnes.hospimedia.fr/dossiers/20210924-plfss-2022-le-nouveau-plfss-vise-a-batir)). L'annexe estime à environ 1,03 Md€ les nouvelles dépenses pour l'année 2022 (voir l'infographie).

Le rapport d'évaluation des politiques de sécurité (à télécharger ci-dessous), dont un volet est consacré à la nouvelle branche autonomie, indique que "*la création d'une branche à part entière de sécurité sociale consacrée à l'autonomie doit conduire à un renforcement du pilotage financier des dépenses.*" Le portage financier de la branche est un véritable enjeu pour la CNSA (lire notre [dossier](https://abonnes.hospimedia.fr/dossiers/20210427-politique-de-sante-la-cnsa-se-prepare-a)). Jusqu'en 2019, les comptes de la caisse étaient plus ou moins à l'équilibre. Par exemple, en 2018, la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (Casa) a été ainsi compensée par une hausse des dépenses. Cependant, l'année 2020 et la crise sanitaire sont venues grever cet équilibre dynamique à cause du double effet de l'augmentation de 13,6% des dépenses pour soutenir les établissements et services médico-sociaux (ESMS), pour environ 3 Md€, et de la baisse des recettes simultanée. Ainsi, le rapport d'évaluation relève en effet que la CNSA a enregistré un solde de -0,6 Md€ en 2020.

**Excédent en 2024**

Selon l'annexe 4 (à télécharger ci-dessous) du PLFSS 2022 sur les *Recettes, dépenses et soldes des régimes par catégorie et par branche*, si la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) 2021 "*a acté l'intégration de la CNSA au régime général de la sécurité sociale*", elle a omis toutefois de prévoir une compensation financière pour couvrir "*les dépenses de gestion et de non-recouvrement supplémentaires résultant de ces nouvelles recettes.*" Le PLFSS pour 2022 prévoit donc une "*mesure rectificative*" pour l'année précédente, à savoir l'allocation de 0,6 Md€ de taxe sur les salaires en 2021 provenant de la branche maladie. L'annexe B du PLFSS (voir lien ci-dessous) admet ainsi qu'"*en* *2022, le déficit de la CNSA se creuserait, en dépit de recettes très dynamiques* *(+3,9%).*" La branche est en effet affectataire depuis 2021 de 1,93 point de contribution sociale généralisée (CSG). En 2024, une fraction de 0,15 point de cette même CSG, actuellement perçue par la Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades), devrait être affectée à la CNSA. Selon cette annexe, cela permettrait à la caisse d'afficher un excédent de 1,6 Md€ en 2024 puis de 1,7 Md€ en 2025. À ce titre, Marie-Anne Montchamp, présidente de la CNSA, s'est félicitée lors de son audition par la commission des affaires sociales du Sénat, le 13 octobre : "*Le fait que ce soit une fraction de CSG activités assure à cette recette un dynamisme que les autres recettes n'avaient pas.*"

**Liens et documents associés**

* [PLFSS 2022 (Assemblée nationale)](http://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/textes/l15b4523_projet-loi#D_Article_62)
* [Le rapport d'évaluation autonomie [PDF]](https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/static.hospimedia.fr/documents/217126/7227/PLFSS-2022-REPSS-Autonomie.pdf?1634308117)
* [L'annexe 4 [PDF]](https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/static.hospimedia.fr/documents/217126/7228/PLFSS-2022-Annexe_4_.pdf?1634308117)
* [L'annexe 10 [PDF]](https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/static.hospimedia.fr/documents/217126/7229/PLFSS-2022-Annexe_10.pdf?1634308117)

## Les aides techniques pour l'autonomie entrent dans le giron de l'Assurance maladie

Publié le 21/10/21 - 17h04

**Sur proposition du Gouvernement, le PLFSS pour 2022 prévoit l'extension des dispositifs inscrits sur la LPPR pour intégrer les aides techniques à usage individuel favorisant l'autonomie. Celles-ci pourront être remboursées dès janvier 2024.**

Nouvel amendement au projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2022. Ce 21 octobre, le Gouvernement a déposé un article additionnel après l'article 32 pour faciliter l'accès des aides techniques aux personnes âgées en perte d'autonomie et aux personnes en situation de handicap.  
  
Dans la droite ligne du rapport de Philippe Denormandie et Cécile Chevalier d'octobre 2020 (lire notre [article](https://abonnes.hospimedia.fr/articles/20201029-equipement-l-etat-va-experimenter-rapidement-des-equipes)), l'exécutif propose la prise en charge par l'assurance maladie de certaines aides techniques à usage individuel favorisant l'autonomie de la personne "*et dont la fonction n'est pas l'aménagement du logement de l'usager*".. Ce financement s'appliquera à des "*aides dont l'intérêt pour la prise en charge médicale est reconnu*" à compter du 1er janvier 2024.  
  
En modifiant le Code de la sécurité sociale, l'[amendement](https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/amendements/4523/AN/2297.pdf) étend à un nouveau champ les prérogatives de la Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé (Cnedimts) de la Haute Autorité de santé (HAS) en matière d'évaluation périodique des dispositifs à même d'être inscrits sur la liste des produits et prestations remboursables (LPPR). La composition, les règles de fonctionnement et les critères d'évaluation de la commission pourront dans ce cadre faire l'objet d'aménagements spécifiques par décret en Conseil d'État.  
  
Les aides techniques inscrites à la LPPR seront ainsi "*directement remboursées par l'assurance maladie*" et donneront la possibilité de supprimer la participation de l'assuré, notamment pour les frais d'acquisition ou de mise à disposition de l'appareil ou de l'aide technique. Dans son exposé des motifs, le Gouvernement signale que "*des travaux sont déjà engagés et se poursuivront dans les années à venir, en lien avec les représentants des usagers et les différentes parties prenantes concernées, pour concevoir l'intégration à la LPPR de certaines de ces aides techniques* *[...] et clarifier l'articulation avec les modalités de solvabilisation déjà existantes au sein des prestations d'autonomie*" que sont l'allocation personnalisée d'autonomie (Apa) et la prestation de compensation du handicap (PCH).

**Liens et documents associés**

* [L'amendement gouvernemental [PDF]](https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/static.hospimedia.fr/documents/217228/7250/amendement_2297.pdf?1634824639)

## La CNSA détaille les modalités d'expérimentation de la réforme de la tarification handicap

Publié le 22/10/21 - 15h52

**Officialisée le 20 septembre dernier, l'expérimentation Serafin-PH a fait l'objet de précisions ce 19 octobre. Échantillons, objectifs, périmètre... Le point sur les modalités du dispositif et son défraiement.**

Le 20 septembre dernier, la secrétaire d'État en charge des Personnes handicapées Sophie Cluzel annonçait le lancement de l'expérimentation de la nouvelle tarification handicap dans le cadre du projet Serafin-PH\* (lire notre [article](https://redaction.hospimedia.fr/articles/20210921-economie-la-reforme-serafin-ph-entame-sa-phase)). Avant la généralisation prévue pour 2024, 1 200 établissements — soit près de 10% du parc — sont invités à se faire connaître pour contribuer à ajuster le prémodèle de tarification cible et d'en simuler les impacts (lire notre [article](https://abonnes.hospimedia.fr/appels-a-projets/20211022-finance-l-inclusion-de-l-experimentation-serafin-ph)). La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) a pour ce faire détaillé ce 19 octobre les modalités d'inclusion au dispositif ainsi que les éléments de sa conduction.  
  
L'expérimentation, pilotée par la CNSA, l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) et la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) prévoit ainsi un recueil de données complémentaires à celles des études nationales de coûts handicap 2018 et 2019. Il sera réalisé à partir de deux périodes de coupe obligatoires, à raison d'une semaine sur la période mars-avril 2022 et de deux semaines sur la période mai-juin 2022.

**Trois échantillons**

Trois modalités de participation distinctes seront proposées aux établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESMS) volontaires. Outre l'échantillon "tronc commun" prévu pour les 1 200 ESMS et dédié à la simulation de financement à blanc, chaque structure pourra proposer sa candidature à un sous-échantillon parmi deux :lesous-échantillon "temps" et le sous-échantillon "parcours". La participation à ces sous-échantillons sera défrayée à hauteur de 10 000 euros.  
Doté de300 ESMS, le sous-échantillon "temps" devra collecter en complément du recueil de base les temps des prestations directes et de transports réalisées ou financés par la structure. Le sous-échantillon "parcours", comprenant 150 ESMS "*engagés dans une démarche suffisamment aboutie de transformation de l'offre*", aura pour objectif de recueillir des données descriptives de l'organisation des accompagnements. Sa visée : "*mieux appréhender la manière dont ils se structurent et se complètent*". Pour la CNSA, cela se traduira par "*le recueil du parcours complet des personnes en intégrant les accompagnements des partenaires de l'établissement ou du service*". Le recueil des accompagnements non réalisés par l'ESMS de rattachement permettra dans ce cadre "*d'identifier la nature des accompagnements extérieurs à l'ESMS et de les traduire en prestations selon la nomenclature des prestations*".

**Les structures concernées par l'expérimentation**

Comme annoncé, seront concernées les structures dont l'admission est subordonnée à une décision de la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH). À savoir les :

* instituts médico-éducatifs (IME) ;
* instituts d'éducation motrice (IEM) ;
* instituts thérapeutiques éducatifs et pédagogiques (Itep) ;
* établissements pour enfants et adolescents polyhandicapés (EEAP) ;
* instituts pour déficients auditifs (IDA) et instituts pour déficients visuels (IDV) ;
* services d'éducation spéciale et de soins à domicile (Sessad) ;
* centre d'accueil familial spécialisé ;
* établissements ou services d'aide par le travail (Esat) ;
* établissements et services de réadaptation professionnelle (ESRP, ex-centres de réinsertion professionnelle) ;
* établissements et services de préorientation (ESPO, ex-centres professionnels d'orientation) ;
* unités d'évaluation de réentrainement et d'orientation sociale et professionnelle (Ueros) ;
* services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) ;
* services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (Samsah) ;
* maisons d'accueil spécialisées (MAS) ;
* établissements d'accueil médicalisé (EAM, ex Fam) ;
* établissements d'accueil non médicalisés pour personnes handicapées (ex-foyers de vie et foyers d'hébergement) ;

Sont à l'inverse exclus du dispositif les centres de ressources, centres d'action médico-sociale précoce (Camsp), centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP), bureaux d'aide psychologique universitaire, services de soins infirmiers à domicile (Ssiad), services d'aide et d'accompagnement à domicile (Saad) et services polyvalents d'aide et de soins à domicile (Spasad).

* *\* Services et établissements : réforme pour une adéquation des financements aux parcours des personnes handicapées*

# INCLUSION : scolarisation, vie professionnelle

## La HAS invite les professionnels à rendre l'enfant handicapé plus acteur de sa scolarité

Publié le 27/09/21 - 17h22

**Le parcours scolaire des enfants accompagnés par les établissements médico-sociaux ou la protection de l'enfance est souvent confronté à des ruptures et échecs. Afin de le fluidifier, la HAS propose un socle commun d'actions pour les professionnels.**

La Haute Autorité de santé (HAS) publie des [recommandations](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-09/_rbpp_parcours_scolaires_final.pdf) de bonnes pratiques pour permettre aux professionnels du secteur social et médico-social de contribuer à mieux accompagner et soutenir les parcours scolaires des enfants en situation de handicap ou relevant de la protection de l'enfance. Comme le rappelle la HAS en préambule, le risque de déscolarisation est accru pour ces enfants tant en protection de l’enfance où les décisions d’orientation et de placement s'appuient en priorité sur d'autres enjeux, que dans le handicap où les longs délais d'évaluation des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), le manque de dispositifs et les difficultés constatées dans la gestion des aides humaines "*sont autant de freins dans la mise en place d'un parcours scolaire adapté à leurs besoins*".  
  
Elle précise également que trop souvent le système scolaire, plutôt que de tenter de s'adapter aux besoins et capacités de ces enfants, préfère externaliser la prise en charge vers les secteurs sanitaire, social ou médico-social. Toutefois, c'est à ces derniers secteurs spécifiquement que s'adressent ces recommandations même si leur mise en œuvre opérationnelle doit être complémentaire des interventions des autres acteurs de la communauté éducative.

**Aider l'enfant à être acteur de sa scolarité**

La participation de l'enfant à la construction de son parcours scolaire n'est pas évidente pour un enfant, de surcroît quand il est en situation de handicap ou qu'il bénéficie d'une mesure de protection. La HAS insiste sur l'importance de reconnaître et favoriser son autodétermination pour tout le travail d'accompagnement à mettre en place avec lui. Elle rappelle que les difficultés de communication ne constituent pas une raison suffisante pour ne pas interroger l'enfant sur ses souhaits et encourage les professionnels à recourir à la communication alternative si besoin. Elle demande aux professionnels de s'appuyer sur l'approche positive (dont elle propose un outil en annexe) pour identifier et valoriser avec l'enfant ses points forts, ses qualités, ses réussites, ses potentialités, d'associer ce dernier aux réunions qui concernent son parcours scolaire en le préparant en amont si besoin.  
  
Le recueil des besoins et des attentes de l'enfant est essentiel pour contribuer ensuite, en lien avec la famille et l'ensemble de la communauté éducative, aux adaptations éventuelles de son parcours scolaire, qui doit lui-même être un axe essentiel du projet personnalisé de l'enfant, quelle que soit sa situation. La haute autorité demande également aux professionnels de faciliter le développement de liens amicaux avec les camarades à l'école et de faire un travail important pour sécuriser toutes les périodes de transition, plus nombreuses pour ces enfants, et qui constituent un risque accru de rupture.

**Encourager l'implication des parents**

Tout comme les professionnels, les parents peuvent soutenir le parcours de l'enfant par une approche positive, reposant sur l'intérêt bienveillant pour les apprentissages scolaires, l'encouragement de l'enfant dans ses efforts, la valorisation de ses compétences et de ses progrès, la confiance dans sa capacité de réussite. À l'exception des cas dans lesquels la relation parents-enfants est fixée par décision de justice, les parents sont les principaux acteurs de la scolarité de l'enfant et doivent être associés comme tels. Cela implique, pour les professionnels sociaux et médico-sociaux, de s'adapter à la situation singulière de chaque famille, notamment en évaluant avec les parents, s'ils le souhaitent, leurs besoins et leurs attentes éventuelles, et en mettant en place au sein des établissements un cadre favorisant cette coopération constructive au bénéfice de l'enfant.

**Des ressources pour accompagner**

Le troisième chapitre de ces recommandations vise à identifier er développer des ressources au sein de l'établissement ou du service pour accompagner collectivement les parcours scolaires. Cela passe par l'inscription dans le projet institutionnel de la scolarité comme un axe essentiel de l’accompagnement. Les professionnels veilleront à rechercher, pour chaque enfant, le maintien de la scolarité. Et, en cas d'exclusion, même temporaire, ils essayeront d'organiser prioritairement un temps d'échange avec le ou les enseignants et l'équipe de direction de l'établissement scolaire pour analyser les difficultés rencontrées et définir des solutions à court, moyen et long termes. Ils pourront également solliciter les professionnels ressources de l'établissement scolaire pour définir avec eux les solutions à mettre en place. Les ressources mobilisées par les établissements et services pour accompagner la scolarité peuvent faire l'objet d'un diagnostic, pour être éventuellement développées ou réorganisées. Enfin, l'accompagnement de l'enfant dans son parcours scolaire doit s'appuyer sur un aménagement des espaces et une organisation du quotidien propices aux apprentissages et à la scolarité.

**Développer la coopération**

Dans la droite ligne des politiques publiques actuelles, la HAS incite les professionnels à mettre en œuvre des actions de coopération avec les partenaires de la communauté éducative, notamment les professionnels de l'Éducation nationale. "*Cela implique d'identifier et de connaître ces partenaires, de construire un partenariat solide et réactif, et de recueillir et partager les informations permettant une plus grande continuité et fluidité de parcours pour l'enfant*", précisent ces recommandations qui consacrent leur dernier chapitre aux missions d'appui ressources de type équipe mobile (voir notre [reportage](https://abonnes.hospimedia.fr/reportages/20210901-terrains-une-equipe-mobile-medico-sociale-au-service-47451726-b31f-4937-8972-7fd7550eac4c)).

## Des outils numériques peuvent faciliter l'apprentissage des élèves handicapés

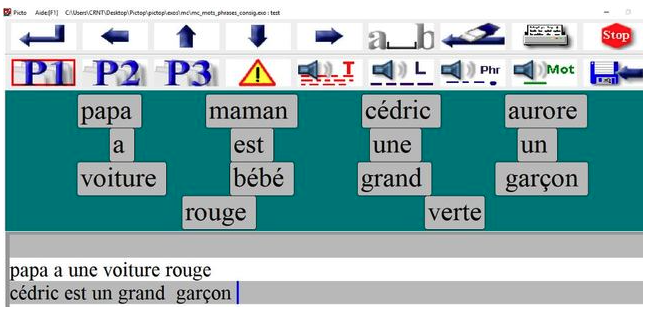
Publié le 27/10/21 - 12h52

**En soulageant la charge cognitive, les outils numériques peuvent aider les élèves en situation de handicap à se concentrer sur les tâches principales. Mais tous les outils sont loin d'avoir cette fonction nativement.**

Lors du colloque d'ouverture de la chaire handicap, éducation et numérique (Hen, lire notre [article](https://abonnes.hospimedia.fr/articles/20211022-education-l-accessibilite-numerique-n-existe-que-si)) les 21 et 22 octobre à l'Institut national supérieur de formation et de recherche handicap et enseignements adaptés (INSHEA), plusieurs ateliers ont présenté des outils numériques qui visent à diminuer la charge cognitive pour des élèves en situation de handicap. "*Dans une tâche scolaire il y a toujours une tâche centrale et des tâches périphériques. Alors que pour les autres élèves, ces dernières sont fluides, elles entraînent une surcharge cognitive importante pour les élèves en situation de handicap qui peut les empêcher d'atteindre la tâche centrale*", explique Jack Sagot, ancien formateur à l'INSHEA et chercheur associé au laboratoire cognitions humaine et artificielle (Chart) du laboratoire Paris 8.

**Des outils pour les élèves sévèrement handicapés**

Il a ainsi développé le logiciel Pictop à la fois pour la scolarisation d'enfants très sévèrement handicapés sur le plan moteur (quadriplégie et absence de parole) et pour ceux en difficulté d'apprentissage de la lecture et de l'écriture. Ce logiciel donne la possibilité de créer des activités de lecture et d'écriture fondées sur la sélection de lettres, de mots ou de phrases disposés dans des grilles et venant s'insérer dans un éditeur de texte, accompagné d'une synthèse vocale et d'un enregistrement de exercices réalisés qui permet de voir la progression. En soulageant l'élève de la lecture et/ou de l'écriture, il lui permet de se concentrer sur les tâches liées à l'apprentissage. Il peut ainsi apprendre de façon différenciée et à son rythme.

[[](https://cdn.hospimedia.fr/images/217306/14550/original/capture_d-ecran_2021-10-26_a_14-54-16.png?1635254014)](https://cdn.hospimedia.fr/images/217306/14550/original/capture_d-ecran_2021-10-26_a_14-54-16.png?1635254014" \t "_blank)

[Pictop dispose à la fois d'une fonction supplétive qui permet de remplacer un geste moteur parfois impossible et d'une fonction augmentative pour gérer l'effort cognitif. (INSHEA)](https://cdn.hospimedia.fr/images/217306/14550/original/capture_d-ecran_2021-10-26_a_14-54-16.png?1635254014" \t "_blank)

Jacques Sagot a également contribué au développement de l'environnement Genex qui permet de déposer sur un écran des objets dont on peut modifier les propriétés. Son système intégré de sélection par balayage met ces activités pédagogiques à la portée de tous les enfants en particulier les enfants polyhandicapés. Les deux logiciels sont téléchargeables gratuitement sur demande.

**Au service de la déficience sensorielle**

Postdoctorante à l'Institut de recherche en informatique de Toulouse (Irit, Haute-Garonne), Julie Mulet développe avec le laboratoire Cherchons pour voir de l'institut des jeunes aveugles de Toulouse le programme Deri (pour document en relief interactif). Un Deri est composé d'une couverture en relief fixée sur un écran tactile (table au format A3 ou A4 ou tablette au format A5). Les zones d’interactions sur le document en relief déclenchent des informations sonores comme le nom des villes sur une carte géographique ou d'une figure sur une page de géométrie. Le Deri permet ainsi de rassembler un grand nombre d’informations multimodales sur un même document sans pour autant ajouter des légendes annexes. Aujourd'hui, les deux laboratoires ont produit une soixantaine de documents différents à la demande d'enseignants et d'ergothérapeutes.  
  
C'est encore à Toulouse qu'est né le projet [Byblos](https://www.youtube.com/channel/UCWYQaaSUyed_JBCrYlk34XQ), de bibliothèque visuelle et sonore traduite en langue des signes francaise (LSF) de la rencontre entre le directeur de la Cave poésie, Yann Valade, et un professeur de LSF, Patrick Garche. Ils proposent des lectures par un comédien accompagné d'un interprète LSF. Byblos permet ainsi un accès à la littérature, quel que que soit le niveau de lecture. *" J'aime développer les lectures hybrides avec un danseur, un musicien, un vidéaste... qui apporte son propre regard sur l'œuvre* explique Yann Valade. *L'interprète en LSF fait de même. Loin de déranger l'entendant, cette interprétation lui procure un choc émotionnel et lui fait prendre conscience de la diversité."* "*Les sourds ont un rapport au monde qui est essentiellement visuel, pour bien comprendre un texte, ils ont aussi besoin de se l'entendre dire. Il ne faut pas gommer l'oralité dans l'apprentissage de la lecture*", ajoute Patrick Garche.

Laetitia Castillan a consacré sa thèse en 2020 à l'accessibilité des manuels scolaires pour les élèves déficients visuels. "*Les manuels scolaires en version numérique proposent sur une même double page en format PDF énormément de contenus avec des encadrés et des illustrations dans tous les sens. Les synthèses vocales n'arrivent pas du tout à prendre en charge les pages. Quant aux jeunes déficients visuels, ils mettent en moyenne 1,5 fois plus de temps que les autres à naviguer dans la page, comprendre un exercice et le réaliser. La charge mentale est énorme*", souligne cette psychologue qui travaille dans un service de l'Institut régional des aveugles sourds de Marseille (Irsam, Bouches-du-Rhône).  
  
Elle a retravaillé une page pour proposer une version numérique en ne gardant que les informations utiles à la réalisation de l'exercice avec deux modèles : le premier avec les consignes écrites et le second avec les consignes écrites et lues, comparé à l'exercice présenté dans sa version originale sur le manuel numérique, à 24 collégiens malvoyants. Dans la première version, 9 élèves ont échoué à faire l'exercice dans les temps. Tous les élèves ont réussi les versions retravaillées. Ils y ont fourni des réponses plus élaborées et en moyenne dans un temps 1,7 fois inférieur. Au niveau des versions, la majorité des élèves a préféré la version sonore pour la maison et la version textuelle pour la classe " *afin de ne pas avoir à mettre les écouteurs*", précise Laetitia Castillan. Ses conclusions ont été présentées aux éditeurs qui devraient en tenir compte dans leurs développements futurs.

## Le FIPHFP invite à revisiter les modes de travail pour les fonctionnaires handicapés

Publié le 28/09/21 - 18h12

**La crise sanitaire n'a pas impacté le taux d'emploi des fonctionnaires handicapés mais elle a modifié des organisations de travail. Le FIPHFP invite les fonctions publiques à bien y intégrer les particularités des salariés en situation de handicap.**

Le 28 septembre, le Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique (FIPHFP) a présenté à la presse son bilan de l'année 2020. Une année particulière marquée par la crise du coronavirus. Cette crise n'a pas impacté le taux d'emploi des travailleurs handicapés en progression continue mais oblige à repenser, avec la progression du télétravail, les modes d'organisation et leur adaptation pour un public handicapé.

**Légère progression malgré la crise**

En 2020, le taux d'emploi direct dans la fonction publique s'est élevé à 5,58%, en légère progression de 0,06 point par rapport à 2019. "*Ce taux n'était que de 3,55% au moment de la création du FIPHFP en 2005 et il est aujourd'hui encore à moins de 4%* *dans le privé"*, précise Marc Desjardins, directeur du fonds. Au total, 32 229 recrutements ont été réalisés et 14 026 maintiens dans l'emploi ont été accompagnés par le FIPHFP en 2020. La fonction publique territoriale est toujours le bon élève avec un taux d'emploi direct de 6,70%, suivie par la fonction publique hospitalière (5,5 %). La fonction publique d'État se stabilise avec un taux d'emploi direct de 4,67%, équivalent à 2019.

## Anne Guillon rejoint le secrétariat d'État chargé des Personnes handicapées

Publié le 06/10/21 - 11h31

Selon un [arrêté](https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000044154650) publié au *Journal officiel* du 2 octobre, **Anne Guillon** devient conseillère école inclusive, enseignement supérieur, innovations, accessibilité, au sein du secrétariat d'État auprès du Premier ministre chargé des Personnes handicapées à partir du 29 septembre.  
  
Après un diplôme d'études supérieures spécialisées (DESS) d'économie obtenu à Sciences Po Toulouse en 2004, elle débute sa carrière d'enseignante en 2007 au sein de l'Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique (Itep) Saint-Martin-des-Cailles à Penne d'Agenais (Lot-et-Garonne). Elle est référente de scolarité au collège Paul-Froment à Sainte-Livrade-sur-Lot de 2010 à 2013, puis devient conseillère pédagogique généraliste pour les circonscriptions de Nérac et Marmande dans le même département jusqu'en 2015.  
  
Entre 2016 et 2018, elle poursuit sa formation et devient inspectrice de l'Éducation nationale (IEN) et inspectrice de l'Éducation nationale chargée de l'adaptation scolaire et de la scolarisation des élèves handicapés (IEN-ASH). Son premier poste en tant que tel est localisé à Auch (Gers). Depuis 2019, elle travaille dans la circonscription de Toulouse (Haute-Garonne) Rive Gauche

[[](https://cdn.hospimedia.fr/images/216774/14325/original/capture_d-ecran_2021-09-28_a_15-16-32.png?1632838459)](https://cdn.hospimedia.fr/images/216774/14325/original/capture_d-ecran_2021-09-28_a_15-16-32.png?1632838459" \t "_blank)

[Le taux d'emploi des personnes handicapées dans la fonction publique varie de 3,78 à Saint-Pierre-et-Miquelon et 8,23 en Corse. (FIPHPP)](https://cdn.hospimedia.fr/images/216774/14325/original/capture_d-ecran_2021-09-28_a_15-16-32.png?1632838459" \t "_blank)

Côté finances, en 2020 le FIPHFP a enregistré près de 106 millions d'euros (M€) de recettes pour 95 millions de dépenses. 96 conventions sont engagées dont 22 primo-conventions pour un budget total de 38 M€ dont près de 4 dans la fonction publique hospitalière. Composé des employeurs, des représentants des personnels et des associations en lien avec le handicap, le comité national a fixé 4 axes prioritaires pour 2020 :

* l'apprentissage (5,97 M€, ce qui représente 16% d'augmentation par rapport à 2019, pour 1 216 apprentis bénéficiaires de l'obligation d'emploi) ;
* l'emploi accompagné, pour un coût annuel de 3 à 9 000 € par personne accompagné ;
* le handicap psychique "*encore trop mal connu et pour lequel nous nous efforçons de rendre plus lisible les fiches catalogues"*, précise Jacques Zeitoun, vice-président du comité national ;
* l'autisme.

**Des référents handicap mutualisés avec la FHF**

Dans le Grand-Est puis dans le Nord, le FIPHFP expérimente en partenariat avec la Fédération hospitalière de France (FHF) des postes de référent handicap mutualisés à la disposition de tous les établissements hospitaliers et Ehpad publics d'un secteur. Le poste du CH Ravenel à Mirecourt (Vosges) est même doublement mutualisé entre trois professionnels : un psychologue, un ergonome et une administrative.

**Repenser les organisations**

Si l'emploi n'a pas été trop impacté par la crise sanitaire, les conditions de travail l'ont été. Et le FIPHFP a su s'adapter, en assouplissant les délais des aides mobilisables, en dotant les apprentis qui en avaient besoin d'équipements informatiques pour suivre les cours à distance, en finançant la visio-interprétation en langue des signes des salariés sourds en télétravail ou encore en finançant des masques inclusifs. "*Tous les employeurs n'ont pas le même niveau de réflexion mais cette cette crise oblige à repenser les organisations de travail"*, commente Hélène Bérenguier, directrice adjointe.  
  
Le conseil scientifique du FIPHFP vient d'envoyer à ses adhérents une note (à télécharger ci-dessous) où il revient sur des pratiques qui peuvent impacter négativement le travail des personnes en situation de handicap :

* sentiment d'isolement ;
* troubles accentués par le confinement ;
* crainte de devenir un travailleur indépendant : 21% des travailleurs en situation de handicap sont opposés au télétravail contre 8% des salariés ;
* la question de l'accessibilité. Ainsi 43% des personnes en situation de handicap déclarent que leur employeur n'a pas tenu compte de leur particularité au moment de déterminer les modalités de l'exercice professionnel lors du déconfinement.

Le conseil scientifique invite les employeurs à accompagner le retour en présentiel, trouver le bon rythme de travail adapté à la situation de chacun, aménager ou réaménager le poste de travail et être attentif aux signaux faibles. "*Nous voulions alerter les directions des ressources humaines et managers sur leurs responsabilités vis-à-vis de leurs salariés touchés par cette crise sanitaire et ses conséquences. Cette analyse est appelée à évoluer, nous continuons à l'enrichir*", précise Françoise Descamps-Crosnier, présidente du comité national du FIPHFP.

**Liens et documents associés**

* [Revisiter les modes de travail [PDF]](https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/static.hospimedia.fr/documents/216774/7176/FIPHFP_Nouveaux_modes_de_travail.pdf?1632846165)

## Le titre de responsable coordonnateur de services au domicile est créé

Publié le 05/10/21 - 11h00

**Un titre est créé dans le champ de l'aide à domicile, celui de responsable coordonnateur de services. Il est constitué de trois blocs de compétences et est inscrit pour trois ans au répertoire national des certifications professionnelles.**

Le titre professionnel de responsable coordonnateur de services au domicile a été créé par [arrêté](https://www.legifrance.gouv.fr/download/file/xxWCbXJe3pn6OqjlMvNYy-fkWQml7Mx0VO3v0rvCGCY=/JOE_TEXTE) du ministère du travail, publié le 1er octobre au *Journal officiel* *(JO)*. Trois blocs de compétences composent ce titre : concevoir et organiser une prestation de services au domicile, animer et coordonner une équipes d'intervenants à domicile, contribuer à l'amélioration de la qualité du service et représenter la structure auprès de ses partenaires. Ils sont sanctionnés par des certificats de compétences professionnelles, est-il précisé dans l'arrêté.  
  
L'annexe du texte résume le référentiel d'emploi. Le responsable coordonnateur est ainsi chargé d'assurer l'interface entre clients, intervenants et services d'aide à domicile. Au sein d'entreprises, d'associations ou de structures publiques, il "*élabore et organise des prestations de services pour des clients allant du particulier cherchant des services d'entretien domestiques, aux personnes en perte d'autonomie ou en situation de handicap ayant besoin d'une prestation plus étendue*". Analyse des besoins, construction du plan d'aide, élaboration des plannings, suivi des équipes et des prestations, recrutement, ou encore identification des besoins de formation, ses missions sont étendues. Le niveau d'autonomie et de responsabilité du responsable-coordonnateur varie en fonction de la structure et de son organisation. L'annexe précise par ailleurs qu'il peut être le responsable hiérarchique des intervenants ou encadrer plusieurs équipes autonomes d'intervenants. Il peut exercer son emploi à temps plein comme à temps partiel, dans les locaux de la structure ou à l'extérieur. Le titre est enregistré au répertoire national des certifications professionnelles pour une durée de trois ans à compter du 1er novembre.

**Liens et documents associés**

* [L'arrêté [PDF]](https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/static.hospimedia.fr/documents/216871/7189/joe_20211001_0229_0011.pdf?1633358240)

# Les aidants sont davantage reconnus mais la crise sanitaire les a laissés exsangues

Publié le 06/10/21 - 18h30

**Les différentes études publiées à l'occasion de la journée nationale des aidants, ce 6 octobre, montrent tout le chemin qu'il reste à parcourir pour un véritable accompagnement de cette population. La crise sanitaire a eu un impact considérable sur les aidants, dont les effets se font encore sentir.**

[[](https://cdn.hospimedia.fr/images/216916/14402/original/aidants2.jpg?1633535363)](https://cdn.hospimedia.fr/images/216916/14402/original/aidants2.jpg?1633535363" \t "_blank)

[Les aidants attendent encore et toujours un développement de l'offre de répit. (Amélie Benoist/BSIP)](https://cdn.hospimedia.fr/images/216916/14402/original/aidants2.jpg?1633535363" \t "_blank)

La quasi-totalité des aidants assurent au moins une mission relevant du rôle d'un soignant. Ce phénomène de médicalisation a été encore amplifié par la crise Covid, dévoilent la Macif, le cabinet Ipsos et Unknown dans une étude\* publiée à l'occasion de la journée nationale des aidants, ce 6 octobre. "*Ce passage d'un rôle d'aidant à celui de soignant n'est pas sans conséquence*", indiquent-ils par communiqué. Près des trois quarts des "*aidants-soignants*" estiment ainsi que les missions de soins ont rendu leur rôle plus difficile avec un fort impact sur leur santé physique, psychologique et/ou leur relation avec leur proche. Ce glissement de tâches "*insidieux*" prend sa source dans le manque de réponse sur les territoires, souligne l'étude. Les aidants sont "*ignorés, laissés de côté*", dénonce l'Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (Unafam). La psychiatrie "*doit repenser la place de l'entourage*", assure-t-elle. L'union publie la deuxième édition de son baromètre qui met en lumière un manque d'accompagnement dans le parcours de soins, ressenti par 71% des aidants. Plus de la moitié révèlent même ne jamais rencontrer l'équipe soignante.

**Une intensification de l'aide**

La crise sanitaire a entraîné pour les aidants un isolement accru et imposé de même qu'une intensification de l'aide. Le premier confinement a ainsi conduit à une "*nette augmentation*" de leur épuisement physique et moral, souligne le Collectif interassociatif des aidants familiaux (Ciaaf). "*Pourtant moins de 10% des aidants seulement ont pu bénéficier d'une modification du plan d'aide.*" Dès lors, "*il manque aujourd'hui de réponses concrètes*", estime le collectif et en particulier d'offres de répit, premier besoin exprimé par les aidants. En cause, la lourdeur administrative et le coût financier. Le Ciaaf formule alors trois propositions : la mise en place par les plateformes de répit d'un accompagnement par un *case manager*, l'allocation d'un crédit d'heures attribué automatiquement chaque année pour financer toute formule de répit mais aussi la mise en place d'un outil unique pour répertorier les différentes solutions de répit et informer de leur disponibilité en temps réel.  
  
L'offre de répit existe mais doit encore se développer. Depuis octobre 2020 par exemple, plus de 15 900 demandes d'allocation journalière du proche aidant ont été traitées par les caisses d'allocations familiales. D'autres réponses sont expérimentées, à l'image du relayage. Le dispositif toutefois se termine en fin d'année sans confirmation quant à son entrée dans le droit commun, pourtant annoncée en 2020 (lire notre [article](https://abonnes.hospimedia.fr/articles/20210827-aidants-baluchon-france-s-interroge-sur-la-perennisation)). Une situation qui inquiète la fédération d'aide à domicile ADMR, dont sept organisations départementales font partie de l'expérimentation. L'avenir est incertain, déplore-t-elle, "*alors même que 89% des aidants sont prêts à y recourir à nouveau et que 71% se déclarent satisfaits ou très satisfaits*". Aucune information n'a été fournie aux participants, ajoute-t-elle, et aucun financement n'est fléché pour 2022 dans l'avant-projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS). "*Une situation incertaine pour de nombreuses familles et leurs aidants qui pourraient y avoir recours ; certains services ont même décidé de ne plus proposer cette offre de relayage.*"

**Une "*génération pivot*"**

Les aidants ont parfois plus d'un proche à leur charge, puisque 725 000 d'entre eux (en 2015), ont également des enfants. C'est ce que dévoile la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) dans sa dernière étude. Elle parle ici de "*génération pivot*". Les trois quarts d'entre eux ont aussi un emploi. Toutefois, cette double charge ne semble pas accentuer les difficultés, indique la Drees, puisque les conséquences sur leur vie privée et leur santé apparaissent similaires à celles des autres aidants. Ainsi, un sur trois a réduit, en moyenne, ses loisirs, sorties ou vacances, un sur quatre déclare manquer de temps pour soi ou éprouver le sentiment de faire des sacrifices, enfin un sur sept signale connaître des tensions avec au moins un membre de son entourage.

*L'absence de dispositions [dans le PLFSS] en faveur des proches aidants témoigne d'une vision incomplète des besoins d'accompagnement pour l'autonomie.  
Motion du GR31*

Pour APF France handicap, la contribution des aidants familiaux "*doit aujourd'hui être reconnue à part entière et bénéficier de réponses adaptées. Ils doivent pouvoir choisir d'être aidants, ce qui passe obligatoirement par le développement de services professionnels de proximité pour les personnes, enfants ou adultes, en situation de handicap*". Face à des politiques publiques qu'elle juge insuffisante, APF porte ainsi un plaidoyer pour le libre choix d'aider et la reconnaissance du rôle de cette population. Elle propose dans ce cadre une série de mesures en matière d'information et de formation, d'accompagnement et de répit, de vie professionnelle, de droits sociaux mais aussi de santé.  
  
La réforme autonomie n'est plus, le PLFSS comprend donc une série de mesures en faveur des Ehpad et du domicile. Pour le GR31, composé d'associations représentées au conseil de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), ce projet de loi initie une trajectoire mais reste "*l'expression modeste et inaboutie de l'ambition de l'autonomie du fait d'un défaut de vision d'ensemble de ses enjeux*" (lire notre [article](https://abonnes.hospimedia.fr/articles/20211004-plfss-2022-la-cnsa-se-dit-favorable-au)). Dans sa motion, il indique que "*l'absence de dispositions en faveur des proches aidants témoigne d'une vision incomplète des besoins d'accompagnement pour l'autonomie*".

* *\* L'ensemble des études citées dans l'article peuvent être téléchargées ci-dessous.*

**Liens et documents associés**

* [L'enquête sur les aidants-soignants [PDF]](https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/static.hospimedia.fr/documents/216916/7194/Rapport-IPSOS_MACIF-_-Aidants-soignants-2.pdf?1633524215)
* [La baromètre de l'Unafam [PDF]](https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/static.hospimedia.fr/documents/216916/7195/Unafam_DP_barome%CC%80tre_Vdef.pdf?1633524750)
* [L'étude du Ciaaf [PDF]](https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/static.hospimedia.fr/documents/216916/7196/etude-CIAAF.pdf?1633526252)
* [L'étude de la Drees [PDF]](https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/static.hospimedia.fr/documents/216916/7197/DD83.pdf?1633526925)
* [Le dossier de l'APF [PDF]](https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/static.hospimedia.fr/documents/216916/7198/dossier_aidants_familiaux_et_handicap.pdf?1633528359)

# Le Gouvernement veut prolonger de deux ans l'expérimentation de relayage

Publié le 18/10/21 - 17h52

**Les porteurs du dispositif expérimental s'inquiétaient de la fin du système dérogatoire permettant la mise en œuvre du relayage. Par amendement au PLFSS, le Gouvernement souhaite consolider les résultats du projet en le prolongeant de deux ans.**

Le Gouvernement propose de prolonger de deux ans l'expérimentation de relayage. Il a déposé en ce sens un [amendement](https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/amendements/liasse/2021-10-18/b4fa7d17d86ccf3bc1ff9382aad71a66-1.pdf) au projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2022, qui sera discuté en séance publique. Les porteurs de projet s'inquiétaient en effet d'une fin abrupte du dispositif, qui nécessite une dérogation au droit du travail (lire nos articles [ici](https://abonnes.hospimedia.fr/articles/20210827-aidants-baluchon-france-s-interroge-sur-la-perennisation) et [là](https://abonnes.hospimedia.fr/articles/20190102-aidants-le-cahier-des-charges-de-l-experimentation)). En effet, le relayage — issu du baluchonnage québécois — permet d'octroyer un répit à l'aidant d'une personne en perte d'autonomie, plusieurs jours consécutifs, grâce à l'intervention d'un unique professionnel, 24h/24. L'intervention, de 36 heures minimum, peut aller jusqu'à 6 jours consécutifs, rappelle le Gouvernement en exposé des motifs. L'expérimentation compte 47 structures porteuses et représente 216 établissements ou services autorisés, ajoute-t-il.  
  
La pérennisation du relayage avait été un temps évoquée. Le Gouvernement lui préfère finalement une poursuite sous forme expérimentale. Pour les pouvoirs publics, la crise sanitaire a "*affecté le bon déroulement*" de l'expérimentation. Malgré des retours positifs de la part des aidants, des aidés et des intervenants, "*l'expertise doit être consolidée*", assurent-ils. La prorogation devra permettre d'affiner l'évaluation du dispositif, de mieux connaître son intérêt, d'améliorer les modalités de prise en compte des repos compensatoires et temps de pause mais aussi de préciser la nature des contrats de travail, détaille le Gouvernement. Ce dernier souhaite également que le relayage soit étendu à la fonction publique. Après validation de ce nouveau cadre, un financement complémentaire sera apporté par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) "*pour soutenir les porteurs de projet dans l'ingénierie de cette prolongation d'expérimentation*". Ce soutien sera de 5 millions d'euros maximum.

# Des hospitaliers en Hauts-de-France créent un outil d'aide aux généralistes en psychiatrie

Les fiches sur les TND sont en construction : je crains le pire

**Un outil d’aide au diagnostic et à la prise en charge pour les médecins généralistes consultés pour un motif psychiatrique a été conçu en collaboration entre le CHU de Lille et le GHT de psychiatrie du Nord-Pas-de-Calais.**

Lancé le 7 octobre, le site [Psychiaclic](http://www.psychiaclic.fr/" \t "_blank) offre un outil d'aide diagnostique et thérapeutique en psychiatrie destinée à l'accompagnement de la prise de décision des médecins généralistes pendant la consultation, annonce la Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale (F2RSM Psy) des Hauts-de-France. La fédération, qui a porté cette démarche, précise que cet outil est le fruit d'une collaboration associant notamment le département de médecine générale et le pôle de psychiatrie du CHU de Lille (Nord) et le groupement hospitalier de territoire (GHT) de psychiatrie du Nord-Pas-de-Calais (lire l'encadré ci-dessous).

**De nombreux partenaires impliqués**

La F2RSM Psy Hauts-de-France précise que les partenaires associés dans cette démarche sont les suivants :

* CHU de Lille ;
* Fondation de France ;
* EPSM de l'agglomération lilloise à Saint-André-lez-Lille (Nord) ;
* EPSM Lille-Métropole à Armentières (Nord) ;
* EPSM des Flandres à Bailleul (Nord) ;
* EPSM Val-de-Lys Artois à Saint-Venant (Pas-de-Calais) ;
* centre de ressources sur le handicap psychique (Crehpsy) des Hauts-de-France ;
* union régionale des professionnels de santé (URPS) médecins libéraux des Hauts-de-France ;
* centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé (CCOMS) pour la recherche et la formation en santé mentale de Lille.

Financée par la Fondation de France, cette initiative s'inscrit dans le projet PEP 48 visant à réduire le délai d’accès aux soins dans le premier épisode psychotique (PEP) chez les jeunes et impliquant professionnels, usagers et familles. Lancé dans les Hauts-de-France, ce projet a pour objectif de réduire le délai d’accès aux soins à moins de 48 heures lorsqu’un PEP ou des symptômes psychotiques à bas bruit sont suspectés, rappelle une thèse de médecine soutenue en 2020\*. Ce projet dirigé depuis 2018 par le Pr Pierre Thomas, chef de pôle de psychiatrie, médecine légale et médecine en milieu pénitentiaire du CHU de Lille, prévoit la mise en place de plusieurs outils au sein des établissements publics de la région ayant une activité de psychiatrie. La thèse signale des outils "*tels que le*case-management*, la création d'un réseau de professionnels ou l'utilisation de meilleurs outils de communication*".

La fédération souligne que les médecins généralistes sont les premiers professionnels de santé consultés en cas de symptôme psychiatrique mais ces derniers rapportent un besoin d'outils de dépistage, d'aide à l'évaluation clinique et à l'orientation. Dans ce contexte, Psychiaclic entend les aider, en mettant à leur disposition un algorithme décisionnel, des fiches pratiques sur les différents troubles ou encore un lexique des termes sémiologiques. Il les accompagne aussi dans la rédaction des certificats médicaux de soins sans consentement et du courrier d'adressage au psychiatre. Ce site vise ainsi à *"renforcer l'accessibilité aux services de santé mentale et donc à améliorer la qualité des parcours de soins*", en particulier pour les troubles psychotiques débutants.

* *\* Laetitia Hersent, "Évaluation de la durée de psychose non traitée des patients avec un premier épisode psychotique au sein du groupement hospitalier de territoire (GHT) de psychiatrie Nord Pas-de-Calais et du CHU de Lille", thèse de doctorat en médecine sous la direction du Dr Anaïs Vaglio, Lille, faculté de médecine Henri-Warembourg, 2020*

# Les psychologues-Prise en charge des séances.

## Nous réclamons un conventionnement depuis 50 ans et on ne daigne même pas nous répondre"

On peut leur suggérer de commencer par faire un peu moins de psychanalyse

Publié le 13/10/21 - 10h18



**Alors que le Gouvernement annonce le remboursement de séances de psychologues, la Fédération française des psychomotriciens demande dans une lettre ouverte le conventionnement a minima des bilans psychomoteurs.**

**Hospimedia : "Vous venez d'adresser une lettre ouverte au président de la République (à télécharger ci-dessous) pour faire part de votre incompréhension sur le non-remboursement des séances de psychomotricité alors même que celles de psychologie auront désormais accès au remboursement par l'Assurance maladie sous la forme d'un forfait. Qu'en attendez-vous ?**

**Nicolas Raynal** : Il n'est pas de notre ressort d'évaluer la pertinence de cette mesure. Nos collègues psychologues sont les mieux placés pour en juger. Néanmoins, cette proposition nous interpelle comme elle interpelle nos collègues ergothérapeutes et diététiciens. Nos trois professions sont sanctionnées par un diplôme d'État, qui fait que l'exercice de nos professions est réglementé, placé sous l'autorité du ministère des Solidarités et de la Santé. Nous sommes des auxiliaires médicaux travaillant sur prescription d'un médecin et nous sommes clairement identifiés dans les parcours de diagnostic et de soins pour de très nombreuses situations, notamment en santé mentale et plus particulièrement encore pour les enfants. Nos autorités de tutelle ne remettent pas en cause l'utilité de nos interventions pourtant nous ne sommes pas une profession conventionnée avec l'Assurance maladie et les soins dispensés par les psychomotriciens en libéral ne sont pas remboursés. Ce qui crée une vraie distorsion d'accès aux soins entre les familles qui ont les moyens de payer nos prestations et les autres.  
  
Ne pas être conventionné, c'est aussi ne pas avoir accès au dossier médical partagé (DMP), ne pas participer aux unions régionales des professionnels de santé (URPS) ou encore ne pas avoir accès au financement de la formation professionnelle continue. C'est le serpent qui se mord la queue car à chaque fois qu'on interpelle le ministère sur les mises à l'écart de notre profession, il nous répond que c'est parce que nous ne sommes pas conventionnés. Pourtant, nos interventions sont recommandées par la Haute Autorité de santé (HAS), nous sommes investis dans tous les plans de santé : Alzheimer, stratégie autisme et troubles du neurodéveloppement (TND), stratégie des 1 000 premiers jours. Il est quand même étrange qu'on propose une forme de conventionnement à une profession dans laquelle cette question fait profondément débat alors que nous réclamons un conventionnement depuis cinquante ans et que l'on ne daigne même pas nous répondre !

**H. : Vos activités sont pourtant en partie solvabilisées dans les plateformes de coordination et d'orientation (PCO) pour les enfants présentant des troubles du neurodéveloppement (TND)...**

**N. R.**: Oui, au même titre que les psychologues désormais. Nous sommes entrés dans le dispositif avec enthousiasme. À l'usage nous avons fait part de nos réserves sur la faiblesse du montant du forfait, les retards de paiement qui vont dans certains départements jusqu'à sept ou huit mois, l'importance des rapports demandés alors qu'il n'y a pas de coordination derrière et l'interprétation stricte par certains porteurs de PCO de la notion de séances. En effet, trente-cinq séances de quarante-cinq minutes sont censées être un prorata temps-horaire devant pouvoir s'adapter aux pratiques des professionnels et au profil des enfants mais cette interprétation est loin d'être partagée, ce qui crée des tensions sur le terrain. Nous espérions que tout cela serait rediscuté avant l'extension aux 7-12 ans. Ça n'a pas été le cas et nous n'avons toujours pas de date pour la reprise des négociations. Par ailleurs, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) a ouvert une réflexion depuis le printemps dernier sur la mise en place d'un forfait pour les enfants polyhandicapés ou atteints de paralysie cérébrale.

**H. : Quelles sont à l'heure actuelle vos revendications ?**

**N. R.** : Nous ne remettons pas du tout en question la pertinence des parcours coordonnés mais ce que nous souhaitons aujourd'hui c'est sortir les bilans des PCO et d'un éventuel forfait polyhandicap, obtenir un conventionnement pour tous les bilans et pas uniquement pour les enfants du parcours PCO ou polyhandicap. Il n'y a pas que ces derniers qui ont besoin de psychomotriciens, il y a aussi les enfants qui ont des retards de développement, des problématiques qui apparaissent à l'adolescence, les personnes adultes qui ont un handicap ou des problèmes de stress au travail, les personnes âgées pour le maintien à domicile... De plus, dans le cadre de la PCO, les familles ne peuvent bénéficier que d'un seul bilan, même si l'enfant bénéficie d'un suivi au-delà d'une année. Or on ne peut pas faire un travail de suivi psychomoteur sur le long terme sans refaire des bilans *a minima* au bout d'un an. Le bilan permet de pouvoir faire un véritable travail de prévention, de détection et d'accompagnement des familles. Bénéficier pour le bilan d'une lettre d'actes à la nomenclature générale des actes professionnels nous donnerait aussi le droit d'accès aux URPS et la reconnaissance que nous sommes véritablement des professionnels de santé."

**Liens et documents associés**

## [Lettre ouverte de la FFP [PDF]](https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/static.hospimedia.fr/documents/217034/7218/Lettre_ouverte_Pree%CC%87sident_Macron_-_11X2021.pdf?1634045125)

## Le Gouvernement pose un cadre de prise en charge de séances chez un psychologue

Cela ne concerne pas l’autisme, est-ce la peine de le dire...

**En écho aux annonces de l'Élysée, l'exécutif propose dans le PLFSS un cadre de prise en charge de séances chez le psychologue. Plusieurs modalités importantes du dispositif seront cependant fixées ultérieurement, via un décret en Conseil d'État.**

Conformément aux annonces du président de la République Emmanuel Macron en conclusion des assises de la santé mentale et de la psychiatrie fin septembre (lire notre [article](https://abonnes.hospimedia.fr/articles/20210928-politique-de-sante-l-elysee-annonce-un-plan)), un cadre de prise en charge des séances chez le psychologue est proposé par le Gouvernement, *via* un [amendement](https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/amendements/4523/AN/2283.pdf) au projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2022. Très attendu, ce dispositif va être cependant extrêmement scruté dans le détail, tant les représentants des psychologues sont échaudés sur leur inscription dans des dispositifs nationaux dont ils dénoncent les conditions de mise en œuvre (lire notre [analyse](https://abonnes.hospimedia.fr/analyses/20210517-sante-mentale-les-psychologues-denoncent-leur-instrumentalisation-dans)). Comme l'explique l'exposé des motifs, cet amendement a "*pour objet d’instaurer la prise en charge par l’assurance maladie obligatoire de prestations d’accompagnement psychologique pour les personnes souffrant de troubles psychiques d’intensité légère à modérée, à partir de début* *2022, sur l’ensemble du territoire*". Mais il renvoie à un décret en Conseil d'État sur des points essentiels, comme les tarifs, le nombre de séances remboursées ou encore les modalités d'adressage par un médecin.

**Psychologues sélectionnés et sous convention**

Cet amendement crée un article additionnel au PLFSS, qui intègre une nouvelle "*section* *12*" au second chapitre du titre 6 du livre 1 du Code de la sécurité sociale, intitulée : "*prise en charge de séances d’accompagnement réalisées par un psychologue*". Il indique que ces séances sont réalisées par un psychologue "*dans le cadre d'un exercice libéral ou d’un exercice en centre de santé ou en maison de santé*" et font l’objet d’une prise en charge par les régimes obligatoires d’assurance maladie dès lors qu’elles s’inscrivent dans un dispositif précis.  
  
En premier lieu, le psychologue réalisant la séance a fait "*l’objet d’une sélection par l’autorité compétente désignée par décret permettant d’attester de sa qualification pour la réalisation de cette prestation et il est signataire d’une convention avec l’organisme local d’assurance maladie de son lieu d’exercice*". D'autre part, l’assuré social bénéficiaire de la séance a fait "*l’objet d’un adressage par le médecin traitant ou à défaut un médecin impliqué dans la prise en charge du patient au regard de son besoin pour cette prestation d’accompagnement psychologique*".  
  
Le nombre de psychologues pouvant proposer des séances d’accompagnement psychologique ainsi prises en charge est "*fixé annuellement*" et leur répartition est "*déterminée au regard des besoins de chaque territoire*". Ces paramètres sont fixés annuellement par arrêté des ministres chargés de la Santé et de la Sécurité sociale, est-il précisé. D'autre part, les professionnels, médecins et psychologues intervenant dans le cadre du dispositif sont "*réputés appartenir à des équipes de soins, au sens de l'*[*article L1110-12*](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031919050/)" du Code de la santé publique.

**"Précisions" majeures dans un futur décret**

L'amendement indique ensuite que seront précisés par décret en Conseil d’État de nombreux points. En premier lieu, les caractéristiques des séances, notamment "*le nombre pouvant être pris en charge par les régimes obligatoires d’assurance maladie par patient et par année civile, ainsi que les patients éligibles à ces séances et les modalités d’inscription de ces séances dans le parcours de soins du patient, notamment les modalités d’adressage*". Les critères d’éligibilité des psychologues volontaires pour participer au dispositif seront aussi fixés dans ce décret. Cela dépendra notamment des diplômes et de l’expérience professionnelle. Il fixera également les modalités de sélection des psychologues participant au dispositif au regard de ces critères.

Les modalités de conventionnement entre les caisses primaires d’assurance maladie et les psychologues participants au dispositif ainsi que leurs obligations respectives dans ce cadre, seront aussi précisées dans le décret, ainsi que les modalités de fixation des tarifs des séances. Ce sera aussi par voie règlementaire que sera fixée la possibilité de mettre à charge du psychologue participant au dispositif une partie de la dépense des régimes d'assurance maladie, correspondant aux honoraires perçus au titre des soins dispensés dans des conditions ne respectant pas les mesures prévues par décret, et le cas échéant de l’exclure du dispositif.. "*Des dépassements d’honoraires ne peuvent être pratiqués sur des séances prises en charge*", est-il signalé. Enfin, l'amendement prévoit que le Gouvernement remette au Parlement un rapport d'évaluation du dispositif au plus tard le 1er septembre 2024.