

Contribution de l'Uniopss aux GT DGCS sur la Transformation de l'offre

L'essentiel en bref :

L'UNIOPSS exprime sa vigilance face aux risques suivants :

- une territorialisation imposée et sans base légale ;
- des regroupements forcés d'organismes gestionnaires ;
- des fusions déguisées ;
- une uniformisation de l'offre au détriment de la diversité associative et des spécialisations ;
- les CPOM pluri-OG ;
- le détricotage de la loi de 2005 ou du décret du 5 juillet 2024 sur le fonctionnement en dispositif intégré ;
- Le principe de co-affectation entre ARS et éducation nationale.

L'UNIOPSS demande :

- une plus grande souplesse des autorisations et des modalités de financement,
- des coopérations volontaires et fédéralistes fondées sur la co-responsabilité des acteurs de droit commun parties aux conventions cadre territoriales, avec une gouvernance plurielle associant les associations et les familles,
- un calendrier consolidé des réformes ;
- une phase d'expérimentation préalable et une étude d'impact à l'issue ;
- une concertation sur les cahiers des charges et une évaluation partagée associant les acteurs concernés.

Sommaire

Introduction

- I. Définitions
 - a) Dispositif intégré dans le décret du 5 juillet 2024
 - b) Offre de services coordonnés
- II. Territorialisation
 - a) Absence de base légale à une territorialisation des ESMS dans le CASF
 - b) Revoir le système des autorisations
 - c) Place des SAD dans l'offre de services coordonnés
- III. Modalités de regroupement entre OG, coopération avec les acteurs de droit commun et responsabilité territoriale partagée
 - a) Modalités de regroupement et coopération entre OG

- b) Rôle du SPDA comme instance de coopération et de coordination de l'offre
- c) Appui-ressources
- d) Engagements minimaux devant figurer dans la convention cadre territoriale et ce qui doit être laissé à l'appréciation des acteurs locaux
- e) Articulation avec les services publics dans le cadre d'une responsabilité territoriale partagée
- f) Articulation avec le secteur adulte et le droit commun

IV. Enjeux de tarification

- a) CPOM simplifiés & territorialisés, mais qui doivent rester mono-OG
- b) Articulation avec SERAFIN PH

Conclusion

Introduction

L'évolution des politiques publiques du handicap vers un fonctionnement en dispositifs intégrés et d'offres de services coordonnés dans le secteur enfant constitue une étape importante de la transformation de l'offre médico-sociale. Cette évolution peut représenter une opportunité pour renforcer la continuité des parcours, améliorer l'articulation avec le droit commun et développer des réponses plus souples, modulaires et personnalisées.

Pour autant, cette dynamique appelle plusieurs points de vigilance. L'UNIOPSS rappelle que la transformation de l'offre ne doit pas conduire à une standardisation des réponses, à une territorialisation imposée ou à des restructurations forcées des acteurs associatifs.

Le présent document vise à préciser les points d'attention et propositions du réseau concernant l'offre de services coordonnés et les orientations portées par l'instruction de la DGCS à paraître.

I. Définitions :

A) Dispositif Intégré dans le décret du 5 juillet 2024

Le décret de 2024 relatif au fonctionnement en dispositif intégré apporte des clarifications utiles concernant les attendus en matière de gouvernance, de pilotage, de coordination des parcours et de prestations proposées.

Ainsi, le décret dispose qu'une convention cadre doit être conclue entre l'ensemble des acteurs concourant au dispositif intégré qui doit lui-même être autorisé par l'ARS. Celle-ci prévoit les modalités d'organisation et les engagements attendus par

les différentes parties et vise à ancrer les engagements respectifs de chacun et à sécuriser le dispositif.

La transformation de l'offre doit également conduire à renforcer les interventions sur les environnements de vie afin de rendre ceux-ci davantage « capacitants ». Pour répondre au mieux aux besoins de l'enfant, l'ESMS doit proposer des prestations « *adaptées, souples et modulaires* », c'est-à-dire en milieu ordinaire, avec un accueil de jour et de nuit, à temps partiel ou complet. L'ESMS met également à disposition son expertise, notamment grâce à l'appui-ressources, permettant d'apporter une réponse aux personnes intervenant dans la vie de l'enfant. Cela implique notamment la capacité d'intervenir hors file active dans le cadre d'une intervention précoce, en amont d'une notification MDPH le cas échéant.

B) Offre de services coordonnés

Il y a pu y avoir des confusions entre la notion de « plateforme » et « l'offre de services coordonnés ».

À ce jour, le code de l'action sociale et des familles (CASF) ne reconnaît juridiquement que le fonctionnement en dispositif intégré. Le terme de « plateforme », largement utilisé par l'ARS Île-de-France, ne dispose pas d'assise réglementaire clairement établie. Les travaux nationaux récents, notamment ceux de l'IGAS, privilégient d'ailleurs la notion « d'offre de services coordonnés ». L'ARS Ile-de-France assimile les « plateformes » aux dispositifs intégrés. Il ne semble pas il y avoir de réelle différence.

En revanche, au national, les premiers travaux menés distinguent bien le dispositif intégré, qui est l'échelon d'organisation du secteur médico-social, de l'« offre de services coordonnés », comme finalité de cette nouvelle étape de transformation consistant en l'organisation intégrée du secteur médico-social et des acteurs de droit commun.

Au-delà de la terminologie utilisée, c'est la capacité des organisations à garantir des réponses lisibles, coordonnées, accessibles et adaptées aux besoins des personnes qui constitue le cœur du débat. À ce titre, l'Uniopss appelle à une clarification des concepts mobilisés et à une sécurisation du cadre juridique (avec intégration de la terminologie retenue dans le CASF) en **écartant le terme de "plateforme"** pouvant porter à confusion afin d'éviter les ambiguïtés d'interprétation et les difficultés de mise en œuvre sur les territoires.

II. Territorialisation

A) Absence de base légale à une territorialisation des établissements dans le CASF

La notion de territoire d'intervention n'apparaît pas dans la réglementation de droit commun applicable aux ESMS. Ainsi, l'article L. 313-8-1 du CASF se limite à indiquer

que « L'établissement ou le service habilité *est tenu, dans la limite de sa spécialité et de sa capacité autorisée, d'accueillir toute personne qui s'adresse à lui* ». Comme on peut le voir, la notion de territoire n'est pas évoquée.

De même, les procédures applicables à l'attribution des autorisations visent bien l'extension des autorisations, mais cette notion ne s'applique qu'aux extensions en capacité autorisée (nombre de places notamment) servant de base au calcul de la tarification. L'extension de capacité implique une augmentation de la capacité en termes de financement mesuré en unité de tarification (places, heures...). Cela ressort notamment de l'article D. 313-2 du CASF qui dispose :

« I.-Le seuil mentionné au 1° du II de l'article L. 313-1-1, à partir duquel les projets d'extension d'établissements ou de services sociaux et médico-sociaux doivent être soumis à la commission d'information et de sélection, correspond à une augmentation d'au moins 30 % de la capacité de l'établissement ou du service, quel que soit le mode de définition de la capacité de l'établissement ou du service prévu par les dispositions du code pour la catégorie dont il relève.

(...)

III.-Le seuil mentionné au 7° du II de l'article L. 313-1-1 au-delà duquel les projets d'extension des établissements ou services sociaux et médico-sociaux n'excédant pas une capacité de dix places ou lits sont soumis à la commission d'information et de sélection, correspond à une augmentation faisant porter la capacité autorisée à au moins quinze places ou lits.

La capacité retenue pour l'application des dispositions de l'alinéa qui précède est identique à celle prévue au I.

IV.-Lorsque la capacité de l'établissement ou du service n'est pas exprimée par un nombre de places ou de lits, de personnes accueillies ou accompagnées, de prestations délivrées ou de durées d'intervention, le seuil de 30 % prévu au I du présent article correspond à une augmentation des produits de la tarification induite par le projet et déterminée au regard des dotations annuelles prévisionnelles. Il en est de même quand la demande d'extension porte non sur la capacité autorisée, mais sur la fraction de celle-ci donnant lieu à financement public au sens de l'article L. 313-1-1. »

Comme on peut le constater, la modification de territoire ou de zone d'intervention n'est pas expressément visé comme pouvant donner lieu à extension, cette notion s'appliquant uniquement aux augmentations de capacité. De même, concernant les appels à projet, l'article L. 313-3-1 du CASF qui fixe le contenu du cahier des charges des appels à projet se borne à indiquer :

« II.-Sauf pour les projets expérimentaux ou innovants, les rubriques suivantes doivent figurer dans le cahier des charges :

1° La capacité en lits, places ou bénéficiaires à satisfaire ;

2° La zone d'implantation et les dessertes retenues ou existantes ;

3° L'état descriptif des principales caractéristiques auxquelles le projet doit satisfaire ainsi que les critères de qualité que doivent présenter les prestations ;

4° Les exigences architecturales et environnementales ;

5° Les coûts ou fourchettes de coûts de fonctionnement prévisionnels attendus ;

6° Les modalités de financement ;

7° Le montant prévisionnel des dépenses restant à la charge des personnes accueillies ;

8° Le cas échéant, l'habilitation demandée au titre de l'aide sociale ou de l'article L. 313-10. »

Le seul élément ayant trait à une notion géographique est affecté du tropisme « établissement » du CASF renvoyant à la **notion d'implantation et de dessertes**, dessertes correspondant aux voies d'accès à l'établissement et certainement pas à la notion de territoire.

En fait, les seuls ESMS pour qui, à ce jour, la notion de territoire est visée par la réglementation sont les SAD : les deux derniers alinéas de l'article L. 313-8-1 du CASF dispose :

« L'établissement ou le service habilité est tenu, dans la limite de sa spécialité et de sa capacité autorisée, d'accueillir toute personne qui s'adresse à lui.

Pour les services d'aide et d'accompagnement à domicile relevant des 6° ou 7° du I de l'article L. 312-1, la capacité d'accueil est exprimée uniquement en zone d'intervention. »

En d'autres termes, pour tous les ESMS, y compris les SSIAD mais à l'exception des SAD habilités, **la notion de territoire ne fait pas l'objet d'un cadre juridique mais correspond plutôt à une pratique qui, concernant les services médico-sociaux, vise à caractériser le périmètre de l'autorisation.** Toutefois, il n'existe aucun critère légal ou réglementaire permettant de déterminer la fixation de ce territoire ni sa **modification**. Peut-on en déduire que ce territoire d'intervention autorisé, une fois fixé lors de la délivrance de l'autorisation initiale, ne peut plus être modifié ? En fait, selon l'Uniopss c'est l'inverse qui est vrai : dès lors que les paramètres essentiels de l'autorisation peuvent tous être modifiés (capacité autorisée et financée, catégorie de bénéficiaire, nature des prestations), et qu'aucun texte n'interdit la modification des territoire/zone d'intervention, ceux-ci peuvent être modifiés.

Le CASF vient confirmer cette interprétation. Selon le code, la modification des territoires est une modification des autorisations qui ne constitue ni une extension ni une transformation. A ce titre, une harmonisation des territoires aide et soins relèverait de l'article R. 313-8-3 du CASF qui dispose :

« Un changement de l'établissement ou du service ne requérant aucun financement public et ne comportant pas d'extension ou de transformation n'est pas soumis à autorisation.

Ce changement doit être porté à la connaissance de l'autorité ou des autorités ayant délivré l'autorisation et donner lieu, le cas échéant, à une actualisation des données figurant dans l'arrêté d'autorisation. »

Ainsi, si l'extension ne renvoie qu'à une augmentation de la capacité, une modification du territoire sans changement de la capacité financée implique que l'autorité ne peut pas s'opposer à cette modification : elle en est informée et doit actualiser l'arrêté d'autorisation.

La loi n° 2024-317 du 8 avril 2024 portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir et de l'autonomie a, dans son article 35 modifié certaines règles de contrôle des autorisations par les autorités qui les ont délivrées. Ainsi, l'article L. 313-1 du CASF s'est vu modifier par l'introduction des paragraphes suivants :

« II.-Au moins deux mois avant sa mise en œuvre, tout changement important dans l'activité, l'installation, l'organisation, la direction ou le fonctionnement d'un établissement, d'un service ou d'un lieu de vie et d'accueil soumis à autorisation est déclaré à l'autorité compétente ayant délivré l'autorisation. Celle-ci peut faire opposition dans un délai de deux mois à compter de la déclaration par une décision motivée, s'il apparaît que le changement envisagé méconnaît les dispositions du présent code, ne respecte pas les conditions de l'autorisation mentionnées à l'article L. 313-4 ou présente des risques susceptibles d'affecter la prise en charge des personnes accueillies ou accompagnées ou le respect de leurs droits. »¹

L'enjeu est donc de coconstruite avec les ESMS et les acteurs de droit commun des territoires d'interventions qui prennent en compte trois dimensions :

- La zone d'implantation historique et les dessertes retenues ou existantes des ESMS,
- La zone d'intervention du dispositif intégré couverte par tous les acteurs impliqués dans la responsabilité territoriale partagée telle que formalisée dans la convention cadre,
- La cohérence avec d'autres dispositifs et champs du droit commun (ex. PAS, carte scolaire,...)

B) Revoir le système des autorisations

Le système actuel des autorisations apparaît trop rigide pour permettre l'agilité attendue dans le cadre d'une offre de services coordonnés.

L'ampleur des transformations engagées implique de clarifier les dimensions opérationnelles et financières pour opérer un tel changement de paradigme, notamment sur les modalités de transfert ou d'évolution des autorisations.

En premier lieu, le transfert d'autorisation d'un gestionnaire à un autre est soumis à accord de l'autorité qui l'a délivrée comme le dispose l'article L. 313-1 du CASF :

« L'autorisation ne peut être cédée qu'avec l'accord de l'autorité compétente pour la délivrer, qui s'assure que le cessionnaire pressenti remplit les conditions pour gérer l'établissement, le service ou le lieu de vie et d'accueil dans le respect de l'autorisation préexistante, le cas échéant au regard des conditions dans lesquelles il gère déjà, conformément aux dispositions du présent code, d'autres établissements, services ou lieux de vie et d'accueil. La décision autorisant la cession est prise et publiée dans les mêmes conditions qu'une autorisation délivrée en application de l'article L. 313-2. Toutefois, le délai prévu au deuxième alinéa de cet article est alors réduit à trois mois. »

Cette procédure se justifie par le caractère *intuitu personae* de l'autorisation et par la nécessité de s'assurer que le repreneur offre les mêmes garanties d'exercice de l'activité autorisée que lors de la délivrance initiale de l'autorisation. Il doit alors être fait application de l'article D. 313-8-2 du CASF qui dispose :

« Les opérations de regroupement d'établissements ou de services sociaux et médico-sociaux qui ne requièrent aucun financement public ne sont pas soumises à autorisation si elles n'entraînent ni extension ni transformation. Dans ce cas, elles sont portées à la connaissance des autorités ayant délivré l'autorisation des établissements ou services regroupés et donnent lieu à une actualisation des données figurant dans l'arrêté d'autorisation. »

Cet article vise le regroupement entre ESMS au sens regroupement d'autorisations déjà détenues par une entité unique après l'opération de transfert d'activité et dont le regroupement n'entraîne pas de financement public supplémentaire.

De même, certaines autorisations pourraient évoluer en fonction des besoins sur le territoire. C'est déjà le cas dans le cadre de la réforme SERAFIN-PH où certains ESMS ont vu des places de Dispositif Intégré requalifiées en TND.

Cette interprétation est confirmée par la circulaire n° DGCS/SD5B/2014/287 du 20 octobre 2014 relative à la procédure d'appel à projets et d'autorisation des établissements et services sociaux et médico-sociaux qui indique :

« Il est à noter que les opérations de regroupement s'analysent comme le rassemblement, par un même gestionnaire, d'établissements ou de services sociaux et médico-sociaux préexistants et déjà autorisés sans modification de leurs missions et de leur champ d'intervention (art. D. 313-2). Ainsi il s'agit de cumuler les autorisations existantes. La nouvelle capacité ainsi créée n'est pas considérée comme une extension au sens de la présente procédure. »

A ce titre, la même circulaire indique dans le tableau page 5 de son annexe que le regroupement des autorisations n'est pas soumis à appel à projet ni à demande d'autorisation en l'absence de transformation et d'extension supérieur au seuil. Dans ce cas, le regroupement des autorisations en une seule ne donne lieu qu'à une information des autorités qui les oblige « à une actualisation des données figurant dans l'arrêté d'autorisation ».

L'UNIOPSS souhaite :

- des autorisations plus modulaires et évolutives ;
- la possibilité d'extensions fonctionnelles sans lourdeur administrative excessive ;
- des garanties explicites contre les regroupements forcés ou les fusions déguisées d'OG.

C) Place des SAD dans l'offre de services coordonnés

Il est important de prendre en compte les SAD dans l'offre de services coordonnés car de nombreux enfants reçoivent des soins et un accompagnement à domicile, mais les SAD ne sont pas inclus dans les dispositifs intégrés ni dans le périmètre de la réforme SERAFIN PH. Les SAD jouent également un rôle dans le transport de personnes, qui représente un enjeu capital et un poste de dépense croissant dans le fonctionnement en dispositif intégré, pour l'instant insuffisamment pris en compte dans la réforme SERAFIN PH.

III. Modalités de regroupement entre OG, coopération avec les acteurs de droit commun et responsabilité territoriale partagée

A) Modalités de regroupement et coopération entre OG

L'Uniopss défend un modèle fédéraliste fondé sur la coopération volontaire entre acteurs pour ne pas reproduire les écueils qui ont compliqué la mise en œuvre de la réforme des SAD. Le respect des libertés associatives implique qu'aucune obligation de regroupement ne puisse être imposée aux organismes gestionnaires.

Les groupements de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS) constituent des outils utiles dans certains contextes, mais ils doivent demeurer optionnels. Leur fonctionnement peut par ailleurs s'avérer complexe et lourd pour certaines structures. Pour les associations gestionnaires, l'entrée dans ces groupements suppose une évolution des modes de gouvernance et une inscription plus forte dans une stratégie territoriale partagée, avec un risque réel de réduction de l'autonomie décisionnelle.

Les GCSMS « délégataires », s'inscrivent clairement au-delà de simples dispositifs de coopération entre établissements : ils instituent un nouvel outil de gouvernance territoriale du champ social et médico-social, dotés de la personnalité morale (ou d'une délégation de gestion des autorisations...), d'un projet d'accompagnement partagé et de capacités étendues en matière de mutualisation, de pilotage budgétaire et de transformation de l'offre.

Le CPOM inter-OG apparaît comme un outil difficile à suivre en termes de pilotage, surtout au regard des difficultés à maintenir une logique de contractualisation vécue comme contraignante et lente par les acteurs. De plus, il n'y pas de définition juridique du "porteur de dispositif". **Si l'Uniopss est historiquement favorable aux CPOM territorialisés, les regroupements forcés d'OG dans un CPOM pluri-OG constituent une ligne rouge.**

Une attention particulière doit être portée aux petites associations, qui jouent, elles aussi, un rôle essentiel d'innovation sociale et d'ancrage territorial. Elles contribuent à la proximité des réponses, à la créativité des pratiques et à la diversité du tissu associatif. Cette richesse doit être préservée contre tout risque d'uniformisation de l'offre.

Le rapport de l'IGAS préconise de favoriser "le regroupement entre ESSMS, soit par un droit au regroupement des structures relevant d'un même organisme gestionnaire, soit par constitution de GCSMS délégataires sur un territoire pertinent."¹

A ce titre, l'exemple francilien s'avère éclairant. La question du caractère mono-gestionnaire ou pluri-gestionnaire des futures structures a particulièrement cristallisé les débats dans la première année de mise en œuvre de la stratégie francilienne.

Alors que certaines délégations départementales des ARS ont initialement encouragé des réflexions autour de plateformes multi-gestionnaires, la doctrine régionale privilégie un modèle principalement mono-gestionnaire, avec possibilité de conventions partenariales, notamment sur les modalités d'hébergement.

Cette évolution est notamment justifiée par les difficultés juridiques liées au partage de responsabilités entre organismes gestionnaires et aux règles de tarification. Elle apparaît toutefois en décalage avec certaines orientations nationales récentes, notamment :

- Les travaux de l'ANAP ;
- Les annonces issues des COPIL nationaux relatifs à la transformation de l'offre ;
- Les premières orientations connues du futur projet de loi relatif à l'école inclusive, qui évoquent explicitement des dispositifs intégrés pouvant fonctionner « seuls ou en partenariat ».

L'Uniopss considère que les différents modèles organisationnels envisagés — qu'ils reposent sur des logiques mono-gestionnaires ou pluri-gestionnaires — présentent chacun des avantages et des limites. Dès lors, **l'enjeu principal réside moins dans la promotion d'un modèle unique que dans la capacité à garantir, dans chaque territoire, des coopérations effectives, une gouvernance claire et la continuité des**

¹ Rapport IGAS "Handicap : comment transformer l'offre sociale et médico-sociale pour mieux répondre aux attentes des personnes ?" Mars 2025

accompagnements. La liberté de choix des personnes accompagnées doit continuer à être garantie, tout comme la liberté associative.

Cette absence de cadre stabilisé soulève plusieurs interrogations :

- Responsabilités juridiques de chaque gestionnaire dans un cadre pluri-gestionnaire et enjeux d'articulation entre acteurs ;
- Responsabilité populationnelle et territoriale : cette responsabilité repose a priori exclusivement sur le secteur médico-social et non sur une responsabilité partagée de l'ensemble des acteurs du territoire (y compris de l'Education nationale)
- Continuité de l'accompagnement en cas d'intervention de différents gestionnaires et d'acteurs du droit commun : qui assure la coordination ?

L'Uniopss salue le fait que les zones d'interventions en parcours par types de handicap mises en place par certaines ARS aient été écartées au niveau national, bien que certaines ARS aient impulsé leur déploiement en région.

B) Rôle du SPDA comme instance de coopération et de coordination de l'offre

L'Uniopss plaide pour que le SPDA deviennent une instance de discussion et d'élaboration de l'offre médico-sociale à l'échelle départementale. En effet, cela s'inscrirait au cœur de sa mission : créer de nouveaux modes de coopération entre les acteurs existants pour « faire service public ». Cette instance serait le lieu indiqué pour réunir les acteurs de droit commun, les associations et les représentants des personnes concernées pour élaborer les modalités opérationnelles de la responsabilité populationnelle territoriale partagée à l'échelle des bassins de vie du département, eu égard notamment à l'exigence de continuité du service public (ex. rôle des communes dans l'accueil sur les temps périscolaires, lien avec le service public de la petite enfance, avec la protection de l'enfance, etc.)

Ainsi, le SPDA apparaît comme un acteur pivot essentiel dans l'élaboration du découpage territorial impliquant les ESMS et tous les acteurs de droit commun concernés. Dans sa mission "d'aller vers" s'inscrirait l'évaluation des zones blanches qui restent à couvrir. L'enjeu consisterait aussi à faire du SPDA une instance de discussion et de concertation entre OG pour les inciter à les couvrir dans le cadre de sa troisième mission, le soutien à des parcours personnalisés, continus, coordonnés.

Par ailleurs, le SPDA aurait pour intérêt de permettre un processus de coconstruction des zones d'interventions impliquant en premier lieu les ESMS et les acteurs de droit commun en dehors de toute logique mercantile, quand on sait que des cabinets de conseil ont été recrutés pour accompagner les ATC dans cette démarche (Capgemini en Nouvelle Aquitaine, KPMG en Auvergne Rhone Alpes, signes de sens en Hauts De France...) alors qu'il est hautement douteux que ces derniers produisent des résultats probants.

Le SPDA a donc vocation à devenir une instance pivot dans le cadre du découpage territorial et de la mise en œuvre d'une responsabilité populationnelle territoriale partagée entre des associations gestionnaires et des acteurs de droit commun, en associant les représentants des personnes concernées par le biais des CDCA notamment.

C) Appui ressources

Les dispositifs intégrés doivent être conçus comme des ressources au service du territoire et des acteurs de droit commun. Pour aller au bout de la promesse du fonctionnement en dispositif intégré, il faut ajouter dans la description de l'activité en plus des modalités d'accompagnement « classiques » l'appui ressource et la prévention (en dehors des PAS) comme des activités à part entière dans le rendu compte de l'activité. Cela implique d'avoir la capacité d'accompagner même hors file active, par exemple à l'école quand il y a un signalement pour pouvoir agir en amont sans attendre la notification de la CDAPH. De même pour les PCPE dans le cadre des interventions précoces et/ou prévention des ruptures de parcours.

Cette logique peut notamment se traduire par :

- le développement d'équipes mobiles ;
- des cellules d'appui aux établissements scolaires ;
- des actions de soutien aux acteurs du logement, de l'emploi ou de la santé.
- la capacité d'intervenir hors file active dans le cadre d'une intervention précoce.

L'enjeu est de rendre l'environnement capacitant pour favoriser l'inclusion et le maintien en milieu ordinaire plutôt que de concentrer les réponses au sein de structures spécialisées.

Conséquences juridiques : l'accompagnement d'enfants hors admission implique des adaptations des documents de la Loi 2002-2 (contrat de séjour ou DIPC).

D) Engagements minimaux devant figurer dans la convention cadre territoriale et ce qui doit être laissé à l'appréciation des acteurs locaux

Il y a en fait deux conventions : la convention signée par un OG pour pouvoir se déclarer dispositif intégré, et le fonctionnement en offre de services coordonnées qui passe par une convention collective avec tous les acteurs impliqués dans la responsabilité territoriale partagée. Dans le contexte d'une généralisation du fonctionnement en dispositif intégré dans le secteur enfant se pose également la question de comment vont s'articuler les DI entre eux avec des objectifs partagés. Cela passe par un travail de contractualisation à faire avec les acteurs du territoire dans le cadre de la convention OSC : voir comment résorber les listes d'attentes,

avoir une réflexion sur les modalités d'admissions, développer les outils de coopération.

Certaines dimensions doivent figurer obligatoirement dans les conventions-cadres territoriales :

- Les modalités techniques garantissant le fonctionnement en DI, élargies en inter-OG le cas échéant ; faire bénéficier les conventions existantes avec les acteurs de droits communs aux autres associations membre du DI pluri-OG ;
- les modalités de coordination ; financer en commun les fonctions chargées de la coordination ;
- les engagements de continuité des parcours : repérage et besoins des jeunes de 0 à 25 ans sur les communes, faire évoluer leurs prestations en fonction de l'évolution des besoins constatée sur ledit territoire et en fonction des manques constatés de service minimal sur le territoire pour organiser une réponse de premier niveau ;
- Les modalités opérationnelles de fonctionnement en DI : les règles de partage sécurisé de l'information ; modalité de comptage de la file active du dispositif, modalités de mise en communs moyens : ETP, budget, etc.
- Une gouvernance plurielle associant notamment les associations et les familles.

L'enjeu est de préciser les engagements concrets, au-delà des déclarations d'intention : le DI doit s'inscrire dans la construction d'une offre territorialisée, c'est en ce sens que le DI prend part à une responsabilité populationnelle territoriale partagée. De plus, la convention doit prévoir les cas et conditions de sortie d'un OG du service coordonné ainsi que les éventuels cas de litige. Elle doit enfin définir le partage des responsabilités civiles, pénales, administratives afin d'être exhaustive sur le périmètre de la coopération.

En revanche, doivent relever de l'appréciation locale :

- l'organisation interne des acteurs ; définir le porteur et selon quels critères ? Celui qui a le plus de capacité dans le dispositif ? ou le plus grand nombre de services ou au début du repérage ou début du parcours ?
- la répartition des missions ;
- les modalités opérationnelles de coopération.

Pour ce qui est des signataires obligatoires, en plus de ceux prévus par le décret du 5 juillet 2024, il faut y ajouter :

- Les MDPH, les collectivités territoriales, le communal pour le périscolaire à titre obligatoire ;
- Le sanitaire, les départements pour le versant protection de l'enfance.

Dans les ESMS fonctionnant déjà en dispositif intégré, on s'aperçoit que la fiche de liaison ne fonctionne pas très bien. L'interopérabilité des SI devient indispensable et porte de forts enjeux pour ce qui a trait aux ouvertures de droits (caf, mdph). Ainsi, le

fait de ne pas avoir d'interopérabilité avec les SI de l'éducation nationale est très bloquant. Une politique fortement incitative doit être mise en place pour encourager les éditeurs de logiciels à avancer sur ce sujet.

Cela implique également de sortir de l'approche par mode d'accompagnement car ça change au fil de l'eau ; c'est tout l'enjeu d'avoir une file active, en tenant compte des délais de rétractation pour les familles pour pouvoir changer les modes d'accompagnement le cas échéant.

E) Articulation avec les services publics dans le cadre d'une responsabilité territoriale partagée

L'école, les départements pour la protection de l'enfance, les communes pour l'accueil périscolaire et plus largement l'ensemble des services publics doivent être pleinement intégrés dans une logique de responsabilité territoriale partagée. Dans les territoires où la démarche est entamée, plusieurs partenaires essentiels apparaissent encore insuffisamment associés dans certains départements, notamment :

- L'Éducation nationale
- Les MDPH
- Les représentants des usagers
- Les acteurs du droit commun

Or, la réussite d'une logique de réponse territorialisée suppose précisément un renforcement des coopérations interinstitutionnelles et une gouvernance partagée des parcours.

L'Uriopss Ile-de-France a relevé certaines pratiques départementales qui mériteraient d'être partagées au niveau national :

- La participation de l'Education nationale aux différents groupes de travail départementaux doit être systématisée.
- L'adhésion des conseils départementaux, qui seront concernés par le déploiement des parcours adultes dans un second temps gagnerait à être recherchée.
- L'association des instances de démocratie en santé, CDCA, CTS et CRSA pourrait être confortée.

F) Articulation avec le secteur adulte et le droit commun

La transformation de l'offre suppose également une articulation renforcée avec les politiques de droit commun du secteur adulte :

- **logement** : coopération avec les bailleurs, les SIAO et les dispositifs d'accompagnement ;

- **emploi** : articulation avec le Service Public de l'Emploi, les ESAT, les entreprises adaptées et les missions locales ;
- **santé** : coordination avec les CPTS, les maisons de santé pluriprofessionnelles, les DAC et les établissements hospitaliers.
- **Loisir** : association sportives et culturelles, lieux culturels.

Ne doit pas être non plus être oubliée l'articulation avec les ESSMS du secteur adulte comme les ESPO (établissements et services de pré-orientation) et les ESRP (établissements et services de réadaptation professionnelle). Pouvant intervenir auprès des personnes dès l'âge de 16 ans, ils peuvent évaluer la situation de la personne dans ses dimensions sociale, santé/handicap, professionnelle et psychosociale. Ils accompagnent les personnes dans la validation de leur projet professionnel ainsi que sa mise en œuvre, le cas échéant par une formation dans l'ESRP ou avec le soutien de l'ESRP dans le cadre du DFA (dispositif de formation accompagnée).

Une transformation profonde s'effectue actuellement dans le secteur enfant, il est nécessaire de penser le lien avec le secteur adulte, surtout en anticipant les périodes de transition des jeunes accompagnés pour éviter les ruptures de parcours.

IV. Enjeux de tarification

A) CPOM simplifiés & territorialisés, mais qui doivent rester mono-OG

Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) doivent évoluer afin d'être adaptés à l'offre de services coordonnés.

La mise en place d'une convention-cadre territoriale visant à acter et formaliser les partenariats attendus entre les acteurs d'un territoire et leurs engagements respectifs, aussi pertinente soit-elle, vient interroger le lien avec le CPOM conclu entre l'ARS et l'organisme gestionnaire.

Certes, la convention-cadre viendrait fixer les modalités de coopération, la modularité et l'organisation des accompagnements, de même que la fonction appui-ressource mise en œuvre entre les acteurs, sans qu'aucun financement ne soit intégré.

Toutefois, la tarification dont le modèle qui s'imposait dans le décret de 2024 était le CPOM, alors que pour l'avenir c'est la tarification SERAFIN-PH qui va se mettre en place à partir de 2027. Il est envisagé, dans le cadre d'une nouvelle trame de CPOM en adéquation avec la réforme SERAFIN-PH, que celui-ci puisse intégrer des engagements relatifs à la modulation sur objectifs au regard de leur lien étroit avec les enjeux de politiques publiques pilotées par les ARS.

Or, le périmètre pris en compte pour les modulations activité et sur objectifs pour la remontée de données et la détermination du financement, est celui du dispositif, dès lors que l'ESMS effectue et organise ses accompagnements dans ce cadre. Il apparaît ainsi nécessaire que soit éclairci et défini l'articulation entre les engagements du CPOM et ceux de la convention-cadre, l'ARS étant par ailleurs signataire des deux documents.

Par ailleurs, certaines régions envisagent dans le cadre du déploiement d'une offre de services coordonnés territorialisée la mise en place de CPOM pluri-OG, ce qui constitue une ligne rouge. En effet, au-delà des aspects conceptuels, le CPOM engage les signataires en tant que personnes morales. Si un CPOM est signé par trois personnes morales, et que l'une seule d'entre elles ne respecte pas les termes du contrat, qui est responsable juridiquement ? Le signataire qui a failli à ses obligations, tous les signataires solidairement ? Tous ces aspects nécessitent un travail de fond préalable pour apporter la sécurité juridique indispensable à de tels changements. C'est pourquoi, si l'Uniopss est historiquement favorable aux CPOM territorialisés, l'imposition de CPOM pluri-OG constitue une ligne rouge.

Toutefois, le déploiement de la fonction ressource et des interventions croisées démontre l'intérêt des CPOM territorialisés.

B) Articulation avec SERAFIN PH

Le modèle SERAFIN-PH a permis d'engager une dynamique essentielle, mais les indicateurs de modulation de l'activité qui l'accompagnent ont été conçus dans une logique transitoire. Ils ont pour objectif de valoriser des pratiques émergentes et d'inciter à la transformation de l'offre. Ils n'ont pas vocation à constituer durablement le modèle de rendu compte des dispositifs intégrés.

Cette question reviendra nécessairement au premier plan à mesure que la réforme entrera dans sa phase pleinement opérationnelle, parce que l'enjeu dépasse largement la question technique des indicateurs. Dans un monde idéal, les données produites par les dispositifs pourraient être automatiquement alimentées à partir des systèmes d'information, puis enrichies par l'analyse qualitative des équipes.

Financement des fonctions de coordination : à date, il n'existe pas de financements complémentaires permettant la prise en compte des nouvelles fonctions de coordination, d'évaluation.

Financement de l'appui-ressource : Concernant l'appui ressource, des financements sont prévus par la modulation sur objectifs de SERAFIN-PH. Cependant les ESMS ont encore peu de visibilité sur les modalités et les volumes de financements envisagés. Or si la réforme de la tarification se veut être un outil « incitatif » par la bonification de la dotation en réponse à des éléments de transformation, pour autant le périmètre de la réforme exclut tous les services en amont d'une orientation par la CDAPH. Aussi, quelle serait l'incitation ou le bénéfice pour ces services de s'engager dans ce type d'interventions précoces ? La fonction appui-ressource ne pourra pas

se développer si elle ne prévoit pas de professionnaliser cette fonction au sens d'une prestation facturable.

Articulation avec les financements existants (FATO, CNR, équation tarifaire SERAFIN-PH) : l'annonce d'une attribution de CNR conditionnée à la transformation peut s'entendre. Néanmoins, celle-ci ne doit pas venir pénaliser les ESMS n'ayant pas atteint un niveau de maturité suffisant ou ne disposant pas des capacités (ensemble des modalités d'accompagnement) pour se transformer.

Le Fonds d'appui à la transformation doit permettre d'accompagner financièrement l'ensemble des transformations.

Accompagnement financier des transformations : Certains postes budgétaires vont être amenés à évoluer à la hausse suite à la transformation en Dispositif Intégré. Si le poste « transports » a connu une forte augmentation en Seine-et-Marne par exemple (pouvant être attribuée à la superficie du territoire), le poste « RH » lié à d'importantes restructurations semble également nécessiter une attention particulière.

Prise en compte des modifications de l'activité liées à la transformation : Le passage d'une logique de place à une logique de file active est susceptible de se traduire par des changements dans le rendu-compte de l'activité, avec des actes qui ne trouvent pas à s'inscrire dans les modes actuels de reporting, avec une répercussion possible in fine sur la tarification. Ainsi, le risque d'avoir une place d'hébergement « inoccupée » du fait d'un autre mode d'accompagnement risquerait de se traduire comme une sous activité dans le CPOM avec un risque de débasage l'année suivante. A ce titre, **une phase transitoire, permettant d'objectiver les conséquences de la réforme par une étude d'impact et d'effectuer des réajustements à l'issue est nécessaire à la pérennité de la transformation des ESMS.**

Mesure de l'activité : Le modèle traditionnel fondé sur la place autorisée ou sur le taux d'occupation ne permet pas de rendre compte de la réalité de l'accompagnement réalisé par un dispositif intégré.

Une grande partie du travail effectué devient invisible :

- la coordination ;
- le travail avec les familles ;
- les interventions dans le milieu ordinaire ;
- l'appui-ressources ;
- la prévention des ruptures ;
- la coopération partenariale ;
- l'évaluation clinique ;
- la construction des parcours.

Or ce sont précisément ces activités qui donnent toute sa valeur au dispositif intégré. C'est pourquoi la proposition de **décompter l'activité par unité d'accompagnement selon le modèle de mesure de l'activité créé par l'AIRe apparaît particulièrement pertinente, car cela permet de rendre visible l'activité réellement produite.** Elle permet de mieux objectiver la mobilisation des ressources autour des parcours et

de reconnaître le travail clinique, éducatif, pédagogique et partenarial dans toutes ses dimensions.

Mais surtout, **elle est cohérente avec la philosophie même du dispositif intégré** : si nous affirmons que la personne est au centre, que le parcours prime sur la place et que les réponses doivent être modulables, alors il devient logique que nos outils de pilotage s'intéressent à l'accompagnement effectivement réalisé plutôt qu'à la seule occupation d'une place.

Les unités d'accompagnement constituent ainsi bien davantage qu'un outil de gestion : elles représentent une traduction concrète d'une ambition éthique et clinique.

L'instruction devrait apporter des précisions sur toutes les clauses qui s'organisent autour des frais :

- Les membres du DI peuvent-ils se facturer des prestations entre eux liées à la coordination de leurs services ? facturation du coordinateur, facturation d'un TS qui vient en appui auprès d'un membre, refacturation de services support pour le suivi de l'activité, les tâches administratives, la logistique... comment organise-t-on la mise en commun de moyens au sein de la convention, entre OG pour le dispositif ?
- Faut-il adjoindre à la convention cadre, ou doit-elle intégrer, les éléments de conventions de coopération plus classiques comme la mise à disposition de salariés, le mandat de facturation ou d'encaissement, une convention de trésorerie ?
- Dans la logique de fluidité entre les services, il faudrait pouvoir allouer les moyens là où se trouvent les besoins et faire ainsi « glisser » des ressources d'un OG à l'autre : comment faire sans convention de refacturation ? Comment adapter les budgets des différents services aux besoins si ces derniers évoluent ? Comment s'inscrit le dispositif dans le périmètre de contrôle budgétaire ? qu'est-ce que la convention prévoit comme transparence en termes de coûts de fonctionnement du dispositif ?

L'Uniopss souligne la nécessité de **sécuriser les trajectoires économiques des établissements et services** engagés dans la transformation afin d'éviter que les évolutions organisationnelles ne conduisent à des fragilisations financières des organismes gestionnaires.

Conclusion

En conclusion, les seuls leviers organisationnels ne pourront répondre à l'ensemble des besoins. La transformation de l'offre ne peut reposer uniquement sur les acteurs médico-sociaux, au risque de devenir uniquement une transformation technico-administrative qui raterait son ambition politique de permettre aux personnes en situation de handicap de vivre pleinement dans la Cité. Ainsi, l'enjeu de la transformation de l'offre dépasse aujourd'hui les réformes que le secteur médico-social peut mener à bien seul et consiste désormais à développer des coopérations territoriales volontaires et engageantes avec les acteurs de droit commun. A cette fin, le SPDA apparaît comme un acteur pivot capable de servir à la fois comme instance de concertation entre les acteurs et lieu de développement des coopérations avec le droit commun. Dans un contexte marqué par une diversification et une complexification des situations accompagnées, mais également par une augmentation des besoins d'accompagnements (meilleur repérage, interventions précoces en amont d'une notification CDAPH, augmentation brute du nombre de personnes concernées...), l'enjeu du développement capacitaire et de la création de places ne saurait être occulté.

Dans un contexte de tension persistante sur l'offre médico-sociale, cette réforme ne pourra produire ses effets sans une réflexion plus large sur les **moyens alloués au secteur** et sur les **conditions structurelles de l'accompagnement des personnes en situation de handicap**.