



**ANDICAT**  
Association Nationale des  
Directeurs et Cadres d'ESAT

# Les besoins de places en ESAT

## Synthèse des travaux

Réalisé par

**respir'oh**  
pour des territoires ouverts de l'insertion

**Juin 2015**

## Un plan de création de places en ESAT interrompu, des disparités territoriales qui interpellent

Les acteurs locaux observent aujourd'hui, au cas par cas, des territoires aux ESAT ayant des places vacantes et d'autres totalement saturés<sup>1</sup>. Ces observations issues du terrain s'exercent dans un contexte précis avec :

- Un plan pluri-annuel de création de places en ESAT annoncé en 2008 visant à poursuivre le rééquilibrage territorial et la résorption des listes d'attente;
- L'interruption de ce plan depuis 2013<sup>2</sup> dans le cadre de la préparation du projet de loi de décentralisation et de réforme de l'action publique prévoyant à l'origine de confier aux 1<sup>er</sup> janvier 2015 aux départements les compétences de programmation, d'autorisation et de tarification des ESAT<sup>3</sup>.

En amont même de la question de création de places d'ESAT, ces constats de différences territoriales interpellent. De quels ordres sont ces disparités ? Comment les expliquent-t-on ? :

- Relèvent-elles d'une inadéquation entre le nombre de places accordés par territoire, c'est-à-dire d'une inadéquation quantitative et/ou d'une meilleure répartition territoriale ?
- Où relèvent-elles d'une inadéquation qualitative : accès de certains de type de handicap, métiers proposés et adéquation aux besoins et projets des personnes orientées, conditions d'accueil, prestations offertes – par exemple accès au milieu ordinaire ?... et relèvent-elles ainsi d'une meilleure adaptation de l'offre existante ?

Avant toute création effective de places, il importe en effet de répondre à ces questions pour une optimisation des places existantes.

## La planification des places, un besoin...ancien

Comme le précisait un ancien, mais toujours d'actualité, rapport de l'IGAS sur l'évaluation du besoin de places en CAT<sup>4</sup>, MAS et FAM (Décembre 2003), l'analyse des listes d'attente fait ressortir nombre de disparités :

- Définition de ce qu'est une liste d'attente tant pour les établissements que pour la Cotorep d'alors – MDPH et CDAPH<sup>5</sup> d'aujourd'hui,
- Modalités de gestion et d'actualisation de ces listes,
- Méthodologies diverses utilisées pour évaluer quantitativement et qualitativement le nombre de places selon les départements (rapprochement des listes d'attentes des ESAT, rapprochement entre ces listes ESAT et les orientations de la CDAPH...).

Depuis plus de 10 ans, la situation n'a pas changé, les études se multiplient, les critères et méthodologies pris en compte sont différents, le plus souvent partiels; en partie liés à des préoccupations particulières des acteurs institutionnels (ARS et ex DDASS, MDPH et ex COTOREP, PRITH et ex-PDITH...).

---

<sup>1</sup> Remontées qualitatives des ESAT adhérents à Andicat ayant suscité les travaux actuels.

<sup>2</sup> Au total, le plan de création de 10 000 places, lancé en 2008 a été réalisé à hauteur de 6 400 places. Source : Présentation des crédits en commission des Finances, Mission "Solidarité, insertion et égalité des chances" et article 60, M. Eric Bocquet, rapporteur spécial, 30 octobre 2014. Le rapporteur spécial regrettait par ailleurs dans ses principales observations « le faible effort effectué en faveur des établissements et services d'aide par le travail (ESAT), dont le nombre de places autorisées reste stable à 119 211 en 2015, et pour lesquels l'aide à l'investissement, avec 2 million d'euros, relève davantage d'un saupoudrage que d'un véritable soutien à la modernisation des structures ».

<sup>3</sup> CIRCULAIRE N°DGCS/3B/2013/170 du 22 avril 2013 relative à la campagne budgétaire des établissements et services d'aide par le travail et au financement des instituts nationaux des jeunes aveugles et des jeunes sourds pour l'exercice 2013.

<sup>4</sup> Ancienne dénomination des ESAT modifiée par la loi du 11 février 2005.

<sup>5</sup> Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées de la MDPH

## De multiples dimensions à prendre en compte

L'analyse de la documentation montre par ailleurs que cette évaluation des listes d'attente associée aux flux d'entrée/sortie des ESAT est centrale mais n'est pas suffisante pour évaluer le besoin de places<sup>6</sup>. En effet :

- **une partie des publics orientés peut ne pas vouloir accéder à un ESAT** ou ne pas être disponible à date pour une entrée. Ce dernier point n'est pas à minimiser. En effet, des travaux (répertoriés dans la précédente enquête IGAS<sup>7</sup>) montraient des différentiels extrêmement interpellant entre les listes d'attente ESAT basées sur les seules décisions d'orientation et les listes d'attente « actives » (personnes se déclarant effectivement en recherche et prêtes à rentrer en ESAT). A titre illustratif, sur deux départements, la déperdition entre ces deux listes variait entre 40% et 67%<sup>8</sup>. Un écart que l'on retrouve encore aujourd'hui dans des travaux plus récents d'actualisation des listes<sup>9</sup>. Que deviennent ces personnes ? Pourquoi ce non recours ? Aucune étude complète ne semble exister sur ce point.
- **l'offre qualitative des ESAT peut être inadaptée pour une partie des publics orientés qui reste ainsi sur liste d'attente** (par exemple pour certaines typologies de handicap ou dans l'adaptation des activités proposées);
- **une offre insuffisante en co-accompagnement ou en sortie d'ESAT** peut générer artificiellement des besoins de places en ESAT alors que les besoins se situent en fait dans cette offre complémentaire. Des usagers d'ESAT, réorientés mais en attente d'admission dans d'autres établissements occupent ainsi des places potentiellement libérables - ce qui vient potentiellement accroître les listes d'attente à l'entrée à l'ESAT. Cette liste – ou tout du moins une partie de cette liste - devient ici le reflet d'un déficit de places non en ESAT mais dans d'autres établissements (SAESAT<sup>10</sup>, accueil de jour en cas de temps partiel, Foyers de vie...)
- enfin, **des évolutions tant quantitatives que qualitatives chez les prescripteurs principaux des ESAT peuvent** être à anticiper et **avoir une influence sur les besoins à venir**.

## Des enjeux actuels importants

Il n'en reste pas moins que l'analyse des besoins d'un territoire – dont les listes d'attente – reste un enjeu central d'adéquation de la réponse « Milieu protégé » au territoire.

A ce titre, ces analyses concernent tout autant l'ARS, la MDPH que chaque ESAT et bien entendu les personnes orientées vers le milieu protégé. Ces analyses de besoins constituent en effet :

- ⇒ **Un outil de planification et de gestion territoriale par les ARS** (en termes de programmation et allocation des places); ce qui intègre :
  - La gestion prévisionnelle de ces places (anticipation des entrées/sorties au regard de l'évolution de la population orientée en ESAT et de l'offre locale)
  - L'articulation avec d'autres offres (habitat, soins...)
  - La reprise potentielle des agréments par type de handicap – au regard notamment de la montée du handicap psychique.
- ⇒ **Un outil d'adaptation de leur offre par les ESAT eux-mêmes aux publics accueillis et plus largement aux publics de leur territoire** : palette des métiers offerts, prestations d'accompagnement apportées, accessibilité (dont transports), locaux, politique et conditions d'admission, communication de l'ESAT sur leur offre aux usagers et aux partenaires...
- ⇒ **Un outil pour les MDPH de suivi de leurs décisions d'orientation**, d'articulation avec les ESAT et d'information aux personnes.

<sup>6</sup> Cf. note méthodologique en annexe de ce document.

<sup>7</sup> IGAS, Evaluation du besoin de places en CAT, MAS et FAM, décembre 2003.

<sup>8</sup> IGAS, Evaluation du besoin de places en CAT, MAS et FAM, décembre 2003 : respectivement, Nord et Ille et Vilaine après analyses qualitatives menées au sein de ces départements.

<sup>9</sup> Ces remontées sont présentées dans les parties suivantes.

<sup>10</sup> Section Annexe d'ESAT permettant un accueil sur les temps libérés.

## **La demande d'Andicat et les travaux réalisés : des travaux spécifiques ESAT mais transférables à d'autres ESMS<sup>11</sup>**

Dans ce contexte dense en interrogations et en enjeux mais méthodologiquement hétéroclite, il s'agit ici d'analyser plus avant les motifs des disparités territoriales d'accès aux ESAT, d'appréhender et caractériser l'ensemble des motifs jouant sur les disparités territoriales en termes de besoin et d'utilisation des places en ESAT en s'appuyant sur la documentation existante.

**Ces travaux ont abouti à l'élaboration d'une synthèse documentaire présentant les résultats des travaux existants repérés ; Ce document est complété par l'élaboration de deux outils** (avec vigilance aux conditions de coûts et de réalisation, à mesurer au regard des enjeux financiers locaux) :

- **Un outil « territorial » à destination des pilotes et institutionnels (ARS/CG, MDPH) en termes d'analyse des besoins de places d'ESAT d'un territoire et de programmation** (par exemple, dans le cadre de l'élaboration des diagnostics territoriaux ou encore d'actions ponctuelles des MDPH...). Cet outil récapitule, à partir de l'analyse documentaire, les données et éléments méthodologiques nécessaires à cette évaluation des besoins.
- **Un outil « établissement » à destination des ESAT en termes d'adaptation de leur offre aux besoins de leur territoire** (par exemple, dans le cadre de leur évaluation interne et de la reprise de leur projet d'établissement) **via un outil d'auto-diagnostic.**

**Ces deux outils, dans leur structure et leur conception sont déclinables à d'autres établissements médico-sociaux.** Ils sont présentés à la suite de la synthèse.

## **Des travaux suivis et validés par un Comité de pilotage élargi, un appui fort du Comité à la mise en œuvre d'une recherche documentaire approfondie**

Ces travaux demandés par Andicat ont été suivis et validés par un Comité de pilotage composé de (par ordre alphabétique de structure) :

- **ANAP**, Julien Marcelle, Chef de projet
- **ANDICAT et directeurs d'ESAT** :
  - **ACODEGE**, Michel Gambey, Directeur
  - **Les Ateliers du Coudray**, Sébastien Honoré, Directeur
  - **L'ESSOR Falaise**, Jacques Serpette, Directeur
  - **IRIS MESSIDOR**, Agnès Ducre-Sié, Directrice
- **APF**, Véronique Bustreel, Conseillère nationale Emploi-Formation
- **ARS Haute-Normandie**, Martine Gilles, Inspectrice de l'action sanitaire et sociale
- **MDPH de l'Eure**, Fabienne Provot, Directrice adjointe
- **PRACTHIS** (en charge de l'animation de PRITH), Pascal Clarke, Directeur

**Nous adressons nos remerciements à l'ensemble des partenaires et membres du Comité de pilotage pour leur implication dans ses travaux.**

---

<sup>11</sup> Etablissements et Services Médico-Sociaux.

## Les éléments-clés de la synthèse documentaire

### Une analyse documentaire en mode « parcours »

Afin d'identifier les données utiles à l'évaluation des besoins de places<sup>12</sup>, nous avons décliné chaque étape d'un parcours d'une demande d'orientation et d'accès à un ESAT. Cette analyse permet d'appréhender les quatre parties-clés principales pour lesquelles les travaux disponibles<sup>13</sup> ont été synthétisés :

1. **L'analyse de la structure d'un territoire** (taux d'équipement en ESAT et offre associée, spécificités locales)
2. **L'analyse des besoins en amont de l'accès effectif en ESAT via :**
  - **Les besoins quantitatifs et qualitatifs des prescripteurs**
  - **Le suivi des orientations MDPH et l'évaluation des listes d'attente**
3. **L'analyse des besoins liés à l'offre en ESAT, en co-accompagnement et en sortie d'établissement** que ce soit en termes :
  - **Quantitatifs** : analyse du taux d'activité des ESAT et des flux sortants à prendre en compte (réels et potentiels/anticipés).
  - **Qualitatifs** : analyse de l'adaptation qualitative de l'offre aux besoins du territoire ; une offre inadaptée peut en effet générer des listes d'attente non par défaut de places mais par inadaptation de la réponse.
4. **Enfin, la dernière partie concerne le pilotage** dans ses différentes dimensions (acteurs et organisations, outils et systèmes d'information).

#### Pour démarrer, un exemple « fictif » d'une analyse des besoins de places en ESAT, illustratif des différentes dimensions à prendre en compte

La prise en compte de l'ensemble des volets précédemment cités (structure du territoire, besoins en amont de l'ESAT dont notamment état des listes d'attente et offre des ESAT) apparaissent fréquemment disjoints dans les analyses réalisées mais ont leur importance. Afin d'en appréhender pleinement les enjeux, prenons un exemple fictif mais illustratif et pas nécessairement caricatural<sup>14</sup> :

- ✓ **Constat** : Une région a un taux d'équipement en places d'ESAT dans la moyenne nationale mais sa liste d'attente tous départements confondus dépasse les 3000 personnes.  
Cette région manque-t-elle de 3000 places (soit environ 67 M€ aides aux postes comprises<sup>15</sup>)?
- ✓ **Analyse 1 – les listes d'attente** : Le nombre de personnes orientées en ESAT et en en liste d'attente n'est pas nécessairement en attente effective d'entrée en ESAT : ici sur les 3000 comptabilisées, il apparaît après enquête auprès des personnes que 1500 personnes sont en attente réelle et disponible pour une entrée (soit 50% de la liste). Cette région manque t-elle de 1500 places (soit 34 M€ aides aux postes comprises) ?
- ✓ **Analyse 2 – l'offre en ESAT** : Après analyse de l'offre en ESAT, il apparaît :

<sup>12</sup> Ceci également afin de construire les deux outils associés à cette synthèse.

<sup>13</sup> Et repérés compte tenu de la faible diffusion d'une partie des travaux existants.

<sup>14</sup> Les différents décomptes se sont appuyés sur la recherche documentaire et des résultats d'études partiels disponibles obtenus sur différents territoires.

<sup>15</sup> Coût à la place en ESAT (dotation globale + aide aux postes) de 22 649 euros par ETP (2,7 mds d'euros pour 119 211 places autorisées) hors AAH (source : PLF 2014).

- Des différentiels de taux d'occupation (places réellement vacantes et non liées à des arrêts maladies ou congés longs) : l'équivalent de 50 places pourrait être mobilisé.
- Des mouvements importants à anticiper avec l'équivalent de 1000 places susceptibles de se libérer sur les 5 ans à venir dont :
  - 500 ETP de personnes en ESAT réorientées mais en attente de places dans un autre établissement et 200 ETP déclarées par l'ESAT comme susceptibles d'être réorientées (soit environ 10% des places disponibles) ; Cette réorientation pouvant être complète ou partielle;
  - 300 départs à la retraite sans prise en charge complémentaire ;
  - 200 autres motifs de sorties (hospitalisation, raisons personnelles, formation longue, emploi en entreprise adaptée ou dans d'autres entreprises du milieu ordinaire...)

✓ **Bilan** : Sur 3000 personnes initialement en attente d'ESAT :

- La liste d'attente réelle à date est de 1500 personnes et en ESAT, il apparaît qu'il existe 1050 places potentiellement libérables.
- **Soit un besoin « affiné » de 550 places sur 5 ans** au regard :
  - D'une part, des mouvements supplémentaires à anticiper sur la liste d'attente
  - Et d'autre part, des anticipations de sorties indiquées par les ESAT.

Par ailleurs, au regard des premiers résultats, des travaux complémentaires sur les listes d'attente, l'offre des ESAT et les besoins des publics accueillis ont été menés. Ils ont montré **des axes de travail qualitatifs à mener par les ARS** :

- avec les ESAT sur une adaptation de leur offre en faveur de l'accueil de publics handicapés psychiques ainsi que sur une meilleure identification auprès de la MDPH des personnes susceptibles d'être réorientées ;
- avec les Conseils Départementaux sur l'articulation des offres (foyer de vie, accueil de jour, MAS, FAM...) notamment pour les publics vieillissants et les besoins de places afférents identifiés,
- avec les MDPH sur le suivi des décisions d'orientation, l'information et l'accompagnement apporté aux personnes durant les temps d'attente avant l'entrée en ESAT.

## 1. L'analyse structurelle des besoins en places d'ESAT dans un territoire

L'analyse structurelle des besoins de places en ESAT repose sur plusieurs interrogations : quelle répartition des places en ESAT ? Le territoire est-il sous-équipé ou sur-équipé vis-à-vis de la moyenne nationale ? En termes de réponses, il ressort :

- **De fortes variations du taux d'équipement en places d'ESAT** : les 3 principales régions françaises – les plus peuplées : Ile de France, Paca, Rhône-Alpes - ont un taux d'équipement inférieur à la moyenne et à la médiane nationale.
- **Une forte influence des caractéristiques socio-démographique et sanitaire des territoires : le taux d'équipement est un indicateur utile mais qui n'est pas suffisant pour analyser les besoins structurels d'un territoire.** Les caractéristiques sanitaires<sup>16</sup> et socio-démographiques d'un territoire peuvent nettement influencer sur la prévalence du handicap dans cette zone.
- **Le taux d'équipement ne permet donc pas l'obtention d'une équité territoriale.** Cette fragilité d'un objectif d'adaptation des réponses par la seule recherche d'une égalité des taux d'équipement a ainsi été pointée par le rapport Vachey-Jeannet<sup>17</sup>. Le rapport recommandait de revoir les critères de répartition des enveloppes régionales et les indicateurs de programmation dans un objectif de péréquation en fonction des besoins et non de stricte

<sup>16</sup> Au niveau sanitaire, plusieurs indicateurs existent : espérance de vie et indices comparatifs de mortalité (INSERM CépiDc-INSEE), mortalité prématurée évitable, indicateurs spécifiques de santé publique qui permettent d'étudier en détail certains domaines précis tels que les causes et contextes des accidents et les différents types d'affection.

<sup>17</sup> Vachey L., Jeannet A. et alii « Etablissements et services pour personnes handicapées : offres et besoins, modalités de financement », IGAS-IGF, octobre 2012.

convergence<sup>18</sup>. **Cet indicateur serait à compléter par les caractéristiques socio-démographiques et sanitaires locales et à la présence plus ou moins importante de personnes handicapées « enfance-adultes »** (taux de bénéficiaires de l’AEEH et de l’AAH dans la population<sup>19</sup>).

## 2. L’analyse des besoins en amont de l’accès effectif en ESAT

### 2.1. Les prescripteurs des ESAT : des éléments susceptibles à terme d’engendrer un décalage entre l’offre et la demande, des enjeux de réponses plurielles aux besoins

***Les prescripteurs : une logique de « filière » IME-ESAT toujours prépondérante mais en évolution : la présence non négligeable de parcours diversifiés***

Si les IME représentent le principal type de prescripteurs des ESAT (à l’origine de 29,8% des entrées en ESAT)<sup>20</sup>, on remarque que plusieurs « origines » d’entrée nécessitent approfondissement : les personnes « en attente de placement » sans autres précisions et celles « à domicile sans prise en charge et sans orientation médico-sociale » représentent à elles deux plus de 30% des entrées.

Une enquête réalisée par le CREAI Bourgogne<sup>21</sup> montre que ces éléments sont indicatifs **de parcours diversifiés même si ces derniers peuvent inclure des parties de parcours antérieures toujours en IME**. Ces éléments rompent avec la vision classique de filière IME vers ESAT; On peut mettre ces résultats en perspective avec les données nationales issues de la dernière enquête ES<sup>22</sup> - Ce sur quoi on insistera ici :

- **Des entrées et des sorties d’ESAT à tout âge**. Au niveau national en 2010<sup>23</sup>, l’âge moyen à l’admission en ESAT était de 29,6 ans avec 20,6% de travailleurs de 40 ans et plus. D’autres travaux<sup>24</sup> indiquaient qu’il pouvait s’agir de « *personnes vers 30-35 ans qui, ayant refusé initialement leur orientation, ont fait des tentatives en milieu ordinaire plus ou moins fructueuses ou encore des personnes qui ont eu un emploi stable en milieu ordinaire pendant une longue période et qui n’ont pu s’y maintenir pour raisons de santé.*
- **Une logique locale restant prépondérante : les personnes accueillies sont majoritairement originaires du même département que celui de l’ESAT** ; Près de 91% de la population accueillie en ESAT – France entière, était située – avant son admission - dans le même département.
- **Une augmentation sensible du taux de personnes présentant des handicaps d’origine psychique induisant des mouvements tant en entrées qu’en sorties** : en Bourgogne, ces publics représentaient à la fois 25,19% des entrées et 19,35% des sorties.

<sup>18</sup> Cf. recommandation n°4 du rapport.

<sup>19</sup> En ayant une vigilance à ce que les différences observées ne soient pas liées à des pratiques différentes des MDPH : l’écart à la moyenne des refus et accords des prestations peut en être un indicateur.

<sup>20</sup> Source : DREES, enquête ES 2010. Cf. Makdessi Y., Mordier B., « Établissements et services pour adultes handicapés. Résultats de l’enquête ES 2010 », Document de travail, DREES, Série Statistiques, n°180, mai 2013.

<sup>21</sup> P. Guyot, L’évolution des caractéristiques et des parcours des personnes accueillies en ESAT, Bulletin d’information du CREAI Bourgogne n°329, octobre 2012 (résultats d’enquête – région Bourgogne). Cette enquête a eu 40% de taux de réponse environ et a permis de recueillir des données sur les entrées et sorties d’ESAT entre 2007 et 2011.

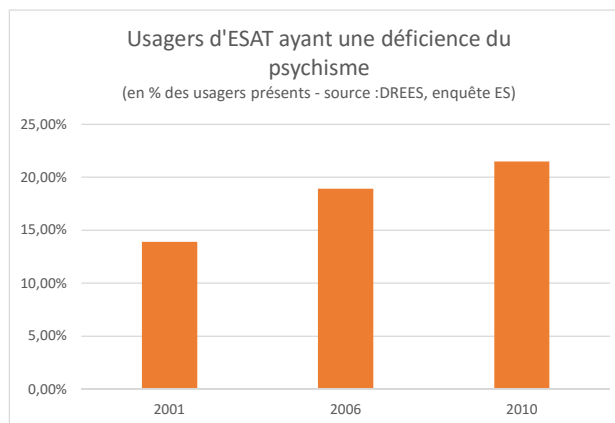
<sup>22</sup> Enquête ES de la DREES.

<sup>23</sup> Source : DREES, Enquête ES 2010 dans Makdessi Y., Mordier B., « Établissements et services pour enfants et adolescents handicapés. Résultats de l’enquête ES 2010 », Document de travail, DREES, Série Statistiques, n°177, mars 2013.

<sup>24</sup> CREAI Bretagne, Les travailleurs handicapés en Bretagne – volet 1, A propos de..., n°23, mars 2007.



Au niveau national, plusieurs travaux<sup>25</sup> montrent une montée en charge du public en ESAT ayant une déficience du psychisme sur le long terme (13,9% en 2001, 18,9% en 2006, 21,5% en 2010 d'après l'enquête ES). **Cette montée de la population en situation de handicap psychique ne signifie pas que le nombre de personnes ayant une déficience intellectuelle diminue.**



En effet, le nombre de places d'ESAT allant à la hausse sur cette période (en lien avec le Plan de création de places), le nombre de personnes ayant une déficience intellectuelle s'accroît toujours entre 2006 et 2010<sup>26</sup> mais cette augmentation est moindre que celle des personnes ayant une déficience du psychisme.

### **Des prescripteurs alternatifs à repérer, des collaborations à renforcer ?**

**En tout état de cause, de telles évolutions incitent à s'intéresser aux liens entre ESAT et IME mais également à renforcer les coordinations avec d'autres types de prescripteurs. Ces derniers seraient à repérer à partir des parcours du tiers des personnes pour lesquels il n'y a pas de prescripteur identifié.**

Par exemple:

- **Les collaborations avec les opérateurs du Service Public de l'Emploi** avec des exemples liés à Pôle Emploi (où des personnes orientées ESAT sont présentes dans les listes de demandeurs d'emploi) ou encore aux Missions Locales (permettant une continuité des parcours des jeunes sortants du secteur spécialisé qu'ils soient orientés milieu protégé ou ordinaire...).
- **Les liens avec l'Insertion par l'Activité Economique (IAE) et notamment les Chantiers d'Insertion** où, d'après une enquête de la DARES<sup>27</sup>, il existe certes des publics handicapés (6% de salariés reconnus handicapés accueillis) mais plus largement des problèmes de santé durables mais non reconnus (24% des salariés déclarent une maladie ou un problème de santé chronique ou durable). Si toutes les personnes ne sont pas concernées par le milieu protégé, ces éléments donnent du sens à l'articulation ESAT-EA et structures de l'Insertion par l'Activité Economique (SIAE)<sup>28</sup> tant dans le cadre de parcours d'accès à une reconnaissance en qualité de travailleur handicapé et d'orientation associée que de parcours d'insertion sociale et professionnelle diversifiés pour des personnes handicapées.
- Et d'autres prescripteurs à repérer...

**Ces partenariats ponctuels entre acteurs du handicap, de l'insertion par l'activité économique ou des acteurs du Service Public de l'Emploi sont brièvement évoqués mais se retrouvent dans divers travaux<sup>29</sup>. Ils indiquent une tendance et invitent à une plus grande diversification des prescripteurs.**

<sup>25</sup> DREES, Enquête ES 2001, 2006 et 2010 – également cité par les travaux du CREA I Bourgogne précédemment décrits et E. Cohen, P. Velut et M. De Sahb, Appui des services de l'Etat à la modernisation et au développement des Esat dans leurs missions médico-sociale et économique. Paris : OPUS 3, DGAS, novembre 2009.

<sup>26</sup> Population ayant une déficience intellectuelle estimée à près de 79000 usagers en 2006 et 83500 en 2010 (effectifs reconstitués à partir des proportions indiquées dans les enquêtes ES, source DREES).

<sup>27</sup> M. Avenel, V. Remy, Les salariés des structures de l'insertion par l'activité économique, Profil, accompagnement et situation à la sortie – DARES Analyses, mars 2014, n°020.

<sup>28</sup> Ateliers et Chantiers d'Insertion (ACI), Associations Intermédiaires (AI), Entreprises d'Insertion (EI), Entreprises de Travail Temporaire d'Insertion (ETTI) et par extension, GEIQ (Groupements d'Employeurs pour l'Insertion et la Qualification) et Régies de Quartier.

<sup>29</sup> ARS Bretagne-CREAI de Bretagne, Etude et analyse des freins à la sortie des jeunes adultes handicapés de plus de 20 ans d'institution pour enfants, octobre 2012 ; ANSA – Agence Nouvelle des Solidarités Actives, L'insertion professionnelle des



### ***Des relations avec les IME à renforcer et des adaptations réciproques – en lien avec les besoins des jeunes en amendements Creton***

Plusieurs études montrent, pour les prescripteurs traditionnels des ESAT, des besoins d'amélioration quantitatifs<sup>30</sup> et qualitatifs dans leurs relations au secteur protégé. **Ces travaux sont relatifs aux IME et plus particulièrement aux jeunes en amendements Creton** (en 2010, 6176 jeunes en France étaient accueillis en établissement en Amendement Creton – tous ne relevant pas nécessairement d'une solution « ESAT »). Les propositions effectuées dans le cadre de ces études font écho à la construction de réponses territoriales modulaires mises en avant en 2014 dans le rapport de Denis Piveteau<sup>31</sup> pour les « zéro sans solutions ».

Sont notamment évoqués – concernant les ESAT :

- Un rapprochement IME-ESAT (stages, pratiques professionnelles, activités...) et un renforcement de la préparation « amont » ;
- La mise en œuvre à analyser de réponses graduées et diversifiées, modulables : possibilités de temps partiels dès l'entrée en ESAT, ateliers à « faible productivité » en ESAT à valoriser via par exemple les CPOM, activités de services ouvertes sur l'extérieur, activités hors les murs, adaptabilité (en interne et en partenariat) à l'accueil de différents types de handicap notamment handicap psychique...
- La prise en compte, en lien avec l'accès à l'ESAT, des besoins globaux du jeune (habitat notamment) : ceux-ci pouvant constituer un frein à une entrée effective.

**Ces aspects liés aux jeunes en amendements Creton sont à rapprocher de l'ensemble des personnes en situation d'attente.** Ce rapprochement est d'autant plus important que les parcours des (futurs) usagers d'ESAT apparaissent, on l'a vu, comme diversifiés.

## **2.2. Les personnes en attente d'entrée en ESAT : le suivi des orientations, un enjeu central**

Le suivi des orientations et la connaissance des listes d'attente est bien évidemment un enjeu central pour la connaissance des besoins de places en ESAT et ce, sous deux angles. Il s'agit notamment de :

- **Suivre les orientations et connaître les personnes effectivement en attente d'admission en ESAT ;**
- **Orienter et accompagner les personnes durant ce temps d'attente.** Des dispositifs spécifiques d'accompagnement, des pratiques d'animation des MDPH et de communication des ESAT ont ainsi pu être mis en place.

### ***Un point de vigilance préalable sur la possible influence des pratiques des MDPH en matière de RQTH<sup>32</sup> et d'orientation***

En amont du suivi des orientations, ce point de vigilance a été exprimé avec :

- Des doctrines différentes des MDPH en termes d'attribution de la RQTH ou d'orientations ;
- Des difficultés d'évaluation du handicap psychique dans l'attribution de la RQTH et la réalisation d'orientations ;

---

demandeurs de l'AAH, enquête auprès de trois départements, Travaux réalisés dans la Sarthe, la Marne et les Côtes d'Armor entre décembre 2012 et février 2013, note de synthèse, mars 2013 ; Anesm, E. Cohen-Respir'oh, Document d'appui pour la recommandation de bonnes pratiques professionnelles sur l'adaptation de l'accompagnement des travailleurs d'Esat à leurs besoins et attentes des Etablissements et Services d'Aide par le Travail, avril 2013.

<sup>30</sup> On reviendra sur la dimension quantitative dans les parties suivantes.

<sup>31</sup> D. Piveteau, « Zéro sans solution » : Le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches, 10 juin 2014.

<sup>32</sup> Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé

- Une « auto-censure » pouvant exister dans les orientations en raison de l'absence de places. Auto-censure que vise à résoudre la proposition d'un système de double-orientation proposé par le Rapport Piveteau et annoncé en février 2015 par Ségolène Neuville, Secrétaire d'Etat aux personnes handicapées et à l'exclusion.

***La nécessité de suivre les orientations et le besoin de connaître le nombre réel de personnes en attente d'entrée en ESAT : un point fondamental de l'évaluation***

Ce suivi est plus complexe qu'il n'y paraît, il suppose, au regard des travaux réalisés plusieurs conditions:

- **un indispensable suivi des orientations et des listes d'attente en articulation MDPH-ESAT ;** Ce qui implique la définition et l'organisation des échanges réciproques d'informations entre MDPH et ESAT : besoins d'admission, personnes effectivement entrées en ESAT, identification des personnes en établissements pour lesquelles une réorientation complète ou partielle serait souhaitable... Hors il ressort que cette organisation peut être mise à mal.
- **Une qualification nécessaire de ces listes auprès des personnes concernées** afin de savoir si elles sont effectivement disponibles pour une éventuelle admission ; les écarts pouvant être importants diminuant ainsi la liste, à titre d'exemple, de 50% voire plus.
- **La connaissance des besoins affinés des publics sur plusieurs critères pouvant influencer sur l'admission en établissement.** L'analyse des besoins est sensible aux échelles de territoire et aux possibilités de mobilité des personnes en attente d'entrée en ESAT mais également à d'autres critères (hébergement, type de handicap, temps plein/partiel, types d'activités notamment en lien avec l'efficacité des publics...). Leur prise en compte est importante tant pour des questions de programmation<sup>33</sup> que d'adaptation qualitative de l'offre des ESAT.

**Ces éléments ont pu conduire à la mise en œuvre de plusieurs bonnes pratiques dans les territoires:**

Mise en place de systèmes d'information, de conventions avec des opérateurs pour le suivi des listes d'attente, de procédures et outils permettant de gérer les priorités par les MDPH.

**Il s'agit ici d'avoir une quantification réelle des besoins quantitatifs et qualitatifs au-delà des seules orientations et de leur actualisation à partir des entrées en établissement.**

Précisons qu'il ne s'agit pas dans ce travail de qualification de retirer systématiquement de la liste d'attente toutes les personnes orientées ESAT « non disponibles dans l'immédiat » mais d'estimer le nombre de celles qui sont, à date, effectivement en attente d'un ESAT : les projets des personnes orientées peuvent évoluer dans les deux sens et leurs droits restent ouverts.

***Le besoin d'orienter et d'accompagner les personnes durant ce temps d'attente.***

Plusieurs travaux montrent que les personnes orientées en ESAT peuvent avoir besoin de soutien dans le repérage des ESAT auprès desquels elles peuvent s'adresser. Hors cet accompagnement, ainsi qu'une lisibilité suffisante de l'offre disponible, ne semblent que peu mis en place.

Ainsi que le relève une étude de l'ANSA<sup>34</sup>, **il est globalement admis aujourd'hui par les professionnels que les personnes handicapées les plus éloignées de l'emploi sont les moins bien accompagnées.**

Il ressort notamment des travaux recensés les points suivants :

- **Des informations, une lisibilité de l'offre des ESAT et de leur politique d'admission à renforcer auprès des personnes handicapées.** Il apparaît en effet que les personnes orientées peuvent se retrouver démunies dans leurs recherches et face aux informations fournies,

---

<sup>33</sup> Y compris par redéploiement de places.

<sup>34</sup> ANSA – Agence Nouvelle des Solidarités Actives, L'insertion professionnelle des demandeurs de l'AAH, enquête auprès de trois départements, Travaux réalisés dans la Sarthe, la Marne et les Côtes d'Armor entre décembre 2012 et février 2013, note de synthèse, mars 2013

qu'elles ont une faible compréhension du mode opératoire d'admissions en ESAT qui leur paraît « peu clair »<sup>35</sup>.

- **Un accompagnement durant les temps d'attente et de transition à organiser et à coordonner entre acteurs.** Cet accompagnement apparaît comme important car lorsque la durée d'attente est trop importante, ces listes peuvent constituer<sup>36</sup> de véritables impasses professionnelles et contribuer à une désocialisation progressive des personnes qui se trouvent alors démunies dans leur parcours d'insertion.

**Afin de répondre à ces problématiques, plusieurs actions ont pu être mises en place – notamment par les MDPH ainsi que par les ARS en lien avec les ESAT :**

- L'organisation d'informations collectives par plusieurs MDPH sur les ESAT du territoire et leur offre.
- La constitution d'un outillage et l'apport d'informations détaillées sur l'offre disponible aux bénéficiaires comme aux partenaires via des cartographies et des guides.
- La mise en œuvre d'une organisation territoriale permettant d'organiser et de coordonner les parcours : la MDPH de l'Eure a notamment travaillé avec les ESAT sur ces questions d'articulation MDPH-ESAT<sup>37</sup> avec la mise en place d'une plate-forme d'évaluation ou encore la constitution d'un film de présentation.
- La mise en place de dispositifs d'accompagnement des personnes en attente d'ESAT et de coordination opérationnelle.

Le repérage plus large et le rapprochement des prescripteurs, le besoin d'organiser le suivi des orientations, de mieux connaître les situations des personnes en attente tout en les soutenant et en les accompagnant dans leurs démarches ressortent ainsi du parcours « amont » d'une orientation « milieu protégé » ; autant d'éléments nécessaires et utiles à l'évaluation des besoins de places en ESAT. Qu'en est-il des éléments relatifs à l'offre des ESAT ?

### **3. L'analyse des besoins liés à l'offre en ESAT, en co-accompagnement et en sortie d'établissement**

L'adaptation aux besoins du territoire de l'offre en ESAT fait référence à plusieurs types d'interrogations :

- Existe-t-il des places inoccupées dans l'ESAT et pourquoi ?
- Des mouvements importants sont-ils à anticiper ? Les ESAT ont-ils tous des difficultés d'admission/des demandes importantes ou des disparités peuvent-elles être observées ?
- L'ESAT est-il suffisamment adapté aux besoins des publics ? Son offre est-elle qualitativement adaptée ? Doit-il anticiper des évolutions de ses publics - et potentiellement une adaptation de son offre ?

Ces interrogations quantitatives et qualitatives s'exercent en prenant en compte l'offre en co-accompagnement et en sortie d'ESAT.

---

<sup>35</sup> Afpa Transitions, Etat des lieux de la situation des Travailleurs Handicapés inscrits en liste d'attente ESAT en Vendée, avril 2014 ; Afpa Transitions, Etude relative à la situation des travailleurs handicapés orientés ESAT en recherche d'emploi, avril 2014 et Afpa Transitions, Etat des lieux de la situation des Travailleurs Handicapés inscrits en liste d'attente ESAT en Vendée, avril 2014 – Travaux AFPA menés dans le cadre du PRITH Pays de la Loire

<sup>36</sup> ANSA – Agence Nouvelle des Solidarités Actives, L'insertion professionnelle des demandeurs de l'AAH, enquête auprès de trois départements, Travaux réalisés dans la Sarthe, la Marne et les Côtes d'Armor entre décembre 2012 et février 2013, note de synthèse, mars 2013 - Ce document est disponible en annexe de l'étude pré-citée.

<sup>37</sup> Document de présentation « PLATEFORME D'EVALUATION » du Comité de Pilotage MDPH-ESAT du 13 février 2015, Maison Départementale des Personnes Handicapées de l'Eure.

### 3.1. Un nécessaire travail sur les taux d'occupation afin de connaître l'utilisation des dispositifs « ESAT », optimiser l'offre disponible et repérer les places mobilisables

*Le taux d'occupation est un indicateur important sur lequel on dispose de relativement peu de données consolidées*

Pourtant il s'agit d'un indicateur-clé indicatif de l'utilisation des dispositifs « ESAT » sur un territoire permettant de contribuer à repérer des besoins d'adaptation quantitatifs ou qualitatifs de l'offre<sup>38</sup> et d'identifier les places effectivement mobilisables.

**De fait sa définition fait l'objet de multiples interprétations – y compris dans les comptes administratifs empêchant sa consolidation.** Sa composition relève en effet de plusieurs éléments dont certains sont consécutifs à des places certes vacantes mais, en l'état de la réglementation, non mobilisables pour de nouvelles entrées (arrêts maladie y compris longs, congés parentaux...) ; Hors, il s'agit d'identifier les places effectivement mobilisables sur un territoire.

Le précédent Plan ESAT<sup>39</sup> proposait ainsi une gestion annualisée des effectifs afin d'utiliser l'ensemble des places vacantes – y compris celles non utilisées pour des arrêts ou congés longs - non mobilisables réglementairement aujourd'hui – en dépassant ou en étant en dessous des effectifs agréés selon la période.

L'outil d'auto-diagnostic ESAT (cf. document complet) propose un mode de calcul de ce taux d'occupation et un analytique permettant d'en analyser les causes (places vacantes, absentéisme ...); Cet outil peut également être utilisé dans le cadre d'une analyse territoriale consolidée afin d'identifier les places effectivement mobilisables<sup>40</sup>.

*En lien avec le taux d'occupation, une politique de stages à valoriser*

Les stages constituent une donnée importante mise en avant par les prescripteurs en lien avec les évolutions des publics et la diversité de leurs parcours. Plusieurs travaux insistent sur l'accueil de stagiaires ; démarche à relier au taux d'occupation et à valoriser car nécessaire aux évaluations dans le cadre d'élaboration de projets, d'orientations de la MDPH ou de mise en œuvre de transitions.

### 3.2. Des flux sortants à anticiper à la hausse mais à accompagner : un ensemble de mouvements connaissant des rigidités

Sur les éléments pouvant influencer quantitativement sur les places d'ESAT, les trois aspects principaux relevés sont relatifs :

- au vieillissement et à la fatigabilité,
- aux temps partiels,
- ainsi qu'aux sorties liées à un accès au milieu ordinaire de travail (dont entreprises adaptées) pour les personnes en ayant le projet et la capacité.

Ces trois mouvements ci-après présentés connaissent des rigidités.

---

<sup>38</sup> Par exemple, simultanéité de listes d'attente et de taux d'occupation faible sur une même zone.

<sup>39</sup> DGCS-Respir'oh - Plan d'adaptation et de développement des Esat – Rapport et annexes, 2012

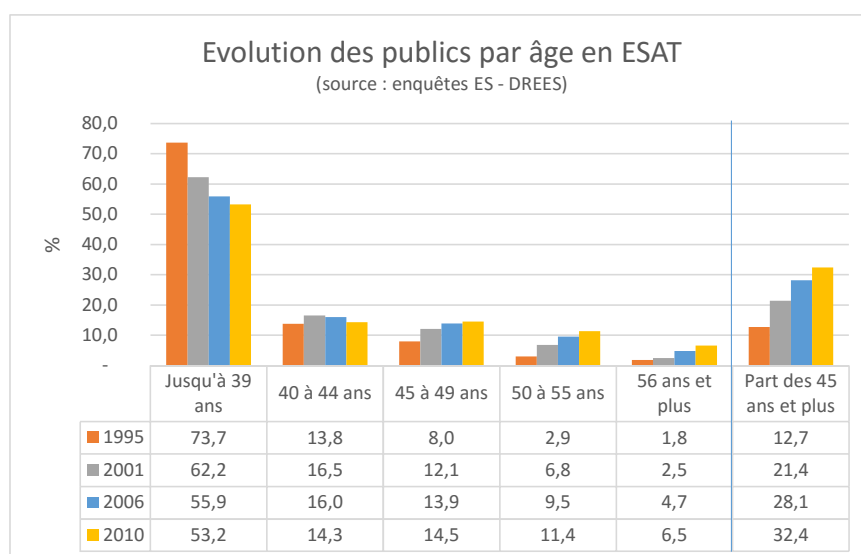
<sup>40</sup> Ces places effectivement mobilisables correspondent aux places inoccupées dans l'année (rubrique « g » dans le bilan chiffré).

**Des mouvements à anticiper liés au vieillissement et à la fatigabilité : 18% de travailleurs de 50 ans et plus, 23% de travailleurs décrits comme particulièrement fatigables**

Les données issues des ESAT montrent plusieurs évolutions bien connues liées au vieillissement et au-delà à la question de la fatigabilité. Il apparaît ainsi au niveau national **un accroissement continu des classes d'âge de 45 ans et plus et ce depuis 1995**. Ainsi <sup>41</sup> :

- la part des 55 ans et plus en ESAT<sup>42</sup> est de 6,5% en 2010 (soit environ 7600 usagers). Elle était de 2,5 % en 2001, et 4,7% en 2006
- les 50-54 ans représentent 11.4% des usagers d'ESAT en 2010 (pour 9.5% en 2006).

**Ces proportions des 50 ans et plus devraient continuer de s'accroître : la part de 45 ans et plus est de 32% en 2010 (soit plus de 38 000 usagers) ;** une proportion qui ici également s'accroît de façon continue depuis 1995 (12,7% en 1995, 21,4% en 2001..).



**En corollaire à ce vieillissement, l'ANCREAI<sup>43</sup> notait l'augmentation en sortie du nombre de personnes à temps partiel et celles bénéficiant d'un accueil complémentaire :**

- Le nombre de personnes travaillant à temps partiel uniquement au moment de leur sortie (13,3% en 2006 – 15,3% en 2010)
- Le nombre de personnes travaillant à temps partiel avec une prise en charge sur des activités occupationnelles (SAS, accueil de jour...) : 7,2% en 2006, 11,1% en 2010.

Le lien est net entre âge et temps partiel : **si près de 15 % des travailleurs handicapés des ESAT exercent leur activité professionnelle à temps partiel, cette modalité est deux fois plus souvent mise en œuvre pour les travailleurs de 55 ans et plus** en raison de leur plus grande fatigabilité mais possiblement, en raison d'une baisse de motivation vis-à-vis de tâches pouvant être répétitives.

**Enfin, tous les territoires et tous les établissements ne sont pas égaux face à ces évolutions nationales.** Ces proportions moyennes peuvent en effet cacher des différences territoriales importantes. Les travaux réalisés en font largement écho avec des écarts possiblement liés aux caractéristiques démographiques du territoire tout comme aux dates de création des ESAT présents.

<sup>41</sup> A partir de : Ancreai, Les personnes de 55 ans et plus accueillies dans un établissement médico-social pour adultes handicapés, 9emes journées nationales des services pour les adultes handicapés, 23 et 24 janvier 2014 – réalisé par le CREAHI d'Aquitaine (données nationales).

<sup>42</sup> Source : DREES, Enquête ES 2010 dans Makdessi Y., Mordier B., « Établissements et services pour enfants et adolescents handicapés. Résultats de l'enquête ES 2010 », Document de travail, DREES, Série Statistiques, n°177, mars 2013.

<sup>43</sup> Ancreai, Les personnes de 55 ans et plus accueillies dans un établissement médico-social pour adultes handicapés, 9emes journées nationales des services pour les adultes handicapés, 23 et 24 janvier 2014 – réalisé par le CREAHI d'Aquitaine (données nationales).

**Leurs résultats invitent à une gestion prévisionnelle des places en établissement comme au niveau territorial.**

*Des flux potentiels de sorties liés au vieillissement peuvent être anticipés mais sont à mettre en parallèle avec les listes d'attente.*

Quel impact du vieillissement sur les sorties ? Sur la base de premières simulations à partir des données existantes - mais qui restent à approfondir – il ressortirait que :

- **La montée en âge en ESAT engendre des flux de sorties globaux qui s'accroissent mais se répartissent dans le temps avec des flux sensibles à l'âge effectif de sortie** (50, 55 ou 60 ans par exemple). Au plus haut, les flux de sorties annuels prévisionnels pour retraite resteraient au global somme toute relatifs au regard de l'ensemble de la population accueillie en ESAT. Des différences territoriales ou liés à des établissements peuvent cependant être importantes comme évoqués précédemment.
- Ces flux interrogent surtout sur :
  - o **La disponibilité des offres en sortie ainsi qu'en co-accompagnement d'ESAT.** Toutefois, hormis des études menées localement, les besoins prospectifs afférents aux solutions en co-accompagnement et en sorties ne sont pas quantifiés. A décharge, ces solutions peuvent qui plus est faire l'objet de débats. Il est ainsi aujourd'hui difficile de distinguer ce qui tient de l'absence d'orientation par défaut de place, des orientations par défaut et des orientations adaptées.
  - o **L'adaptation des ESAT à l'accueil et l'accompagnement de travailleurs vieillissants ou fatigables** – et plus largement sur leurs possibilités d'adaptation et de modularité.
  - o **Le besoin de s'interroger en ESAT sur :**
    - **la diversité des prescripteurs et les politiques d'admission au regard d'un taux de sortie en potentiel accroissement – tous motifs confondus** (en lien avec des parcours plus diversifiés de même que les flux en entrées comme en sortie des publics en situation de handicap psychique, des temps partiels...)
    - **La mise en place précédemment évoquée d'une gestion prévisionnelle des places**, ou mieux d'une politique de Gestion Prévisionnelle des Emploi et des Compétences (GPEC) auprès des usagers (en établissement comme au niveau territorial).

*Le vieillissement, une donnée plus structurelle qu'appréhendée initialement ?*

Au regard de ces éléments, la question du vieillissement peut également apparaître comme une donnée durable venant impacter structurellement les ESAT. **En l'état actuel des données disponibles, la montée en âge en ESAT ne s'interprète pas nécessairement uniquement comme le fruit d'une « transition générationnelle » liée aux dates de création des ESAT qui une fois passée permettra de retrouver une pyramide des âges plus équilibrée.**

Plusieurs raisons peuvent être avancées :

- D'une part compte tenu des évolutions sanitaires, de l'espérance de vie et de la montée en âge de la population handicapée à l'instar de la population française,
- Mais également au regard des parcours diversifiés. On ne rentre pas nécessairement en ESAT jeune mais à tout âge. Certes les changements d'ESAT peuvent influencer sur cet âge moyen à l'admission mais on notera surtout que dans les territoires où ce type de travail a été effectué, les listes d'attente laissent apparaître des moyennes d'âge proches de l'âge moyen en ESAT (38,3 ans en 2010<sup>44</sup>). Pour rappel, en 2010, l'âge moyen à l'admission en ESAT est de 29,6 ans. On peut ainsi citer quelques travaux réalisés en Pays de Loire :

---

<sup>44</sup> Source : DREES, Enquête ES 2010 dans Makdessi Y., Mordier B., « Établissements et services pour enfants et adolescents handicapés. Résultats de l'enquête ES 2010 », Document de travail, DREES, Série Statistiques, n°177, mars 2013.

- en Vendée, l'âge moyen sur les listes est de 34 ans<sup>45</sup>,
- en Maine et Loire<sup>46</sup>, cet âge moyen est de 44 ans (se répartissant entre 36% de 25-39 ans, 41% de 40-49 ans et 23% de 50 ans et plus).

**Cet ensemble implique-t-il potentiellement une offre structurellement pensée comme plus modulable et adaptable aux personnes fatigables ?** Au regard des données disponibles, il ne s'agit que d'hypothèses effectuées sur le rapprochement de données partielles. Ces aspects nécessitent plus d'approfondissements auprès des MDPH et des ESAT afin de faire la part entre vieillissement global du territoire – pouvant potentiellement engendrer un (re)déploiement de places vers les personnes vieillissantes, présence de publics jeunes et recours plus tardifs aux ESAT liés à des parcours diversifiés voire pratiques d'orientation des MDPH (éventuelle auto-censure précédemment évoquée). **Encore une fois l'importance de l'analyse des listes d'attente et des besoins associés prend toute son ampleur compte tenu des choix programmatiques qu'elle peut impliquer.**

### *Places en ESAT et temps partiels : une mise en œuvre qui dépasse le cadre du vieillissement ou de la fatigabilité, des places libérables complexes à chiffrer*

A fin 2010, d'après l'enquête ES<sup>47</sup>, 13.4% des travailleurs d'ESAT en France étaient à temps partiel (9% à temps partiel seul et 4,4% avec des activités occupationnelles - SAS, accueil de jour...) soit près de 16 000 usagers. Bien que plus fortement mobilisé pour des publics vieillissants, les temps partiels peuvent concerner tous les âges de la vie.

Cette question du déploiement des temps partiels a fait l'objet de travaux réguliers aux niveaux national et local <sup>48</sup> avec **des obstacles remontés et réitérés** :

- **de difficultés à gérer les temps libérés : disponibilité de l'offre en co-accompagnement,**
- **d'un seuil au-delà duquel les ESAT indiquent avoir du mal à absorber les surcoûts afférents dans son organisation** (temps d'accompagnement notamment liés aux projets personnalisés et administratifs, moyens matériels ne dépendant pas nécessairement du temps de travail de la personne).

**Le déploiement des temps partiels a lui aussi potentiellement un impact sur la capacité des ESAT à admettre de nouvelles personnes et donc sur le besoin de places. Toutefois, hormis des éléments qualitatifs et issus d'études territoriales, il est complexe de chiffrer les places potentiellement mobilisables faute d'évaluation tant sur les aspects quantitatifs** (repérage des besoins des usagers et des besoins en offre associée aux ESAT) **que financiers.** Des travaux menés par l'ARS Haute-Normandie en 2015 dans le cadre du Plan ESAT-EA<sup>49</sup> pourront apporter des informations intéressantes sur ces deux axes.

---

<sup>45</sup> Afpa Transitions, Etat des lieux de la situation des Travailleurs Handicapés inscrits en liste d'attente ESAT en Vendée, avril 2014.

<sup>46</sup> Etude CREAI Maine et Loire, 2014 reprise dans Diversesea-Practhis, « Les listes d'attente en ESAT » dans le cadre du PRITH des Pays de la Loire.

<sup>47</sup> Source : DREES, Enquête ES 2010 – données au 31/12 dans Makdessi Y., Mordier B., « Établissements et services pour enfants et adolescents handicapés. Résultats de l'enquête ES 2010 », Document de travail, DREES, Série Statistiques, n°177, mars 2013.

<sup>48</sup> E. Cohen, P. Velut et M. De Sahb, Appui des services de l'Etat à la modernisation et au développement des Esat dans leurs missions médico-sociale et économique. Paris : OPUS 3, DGAS, novembre 2009 ; DGCS-Respir'oh - Plan d'adaptation et de développement des Esat – Rapport et annexes, 2012 ainsi que CREAI Pays de la Loire-ARS Pays de la Loire, Modalités d'accueil à temps partiel dans les ESAT de la région Pays de la Loire, mars 2013. La quantification des surcoûts fait l'objet de travaux par l'ARS Haute-Normandie dans le cadre du Plan ESAT-EA. Cf. travaux menés par la DGCS, la DGEFP et l'ANAP « Promouvoir la démarche de parcours en ESAT et en EA – recueil d'initiatives », guide et rapport de synthèse – documents de travail, mai 2015.

<sup>49</sup> Travaux menés par la DGCS, la DGEFP et l'ANAP « Promouvoir la démarche de parcours en ESAT et en EA – recueil d'initiatives », guide et rapport de synthèse – documents de travail, mai 2015.



### *Des sorties pour un emploi en milieu ordinaire pouvant être favorisées mais sous conditions d'une levée des freins à la fluidité des parcours*

**Le taux de sortie pour un emploi en milieu ordinaire (dont entreprises adaptées) reste relativement faible d'après l'enquête ES : 0,36%<sup>50</sup> (soit environ 420 personnes en emploi en milieu ordinaire ou en entreprise adaptée après leur sortie pour l'année 2010).** Cette démarche, si elle apparaît à valoriser plus fortement et à structurer dans les établissements au regard à la fois des politiques d'inclusion ainsi que de l'évolution des publics et de leurs demandes fait également l'objet de rigidités indiquées dans les Plans ESAT<sup>51</sup> (articulation avec le Service Public de l'Emploi, freins liés à la perte de l'AAH pour une partie des publics et selon leur temps de travail, financement de l'accompagnement dans l'emploi, mise en œuvre sécurisée du droit au retour...).

**Des travaux réalisés sur l'emploi accompagné pour le GPS Emploi<sup>52</sup> réalisaient une première estimation – indiquée comme très indicative compte tenu des données disponibles – des publics potentiellement concernés par un accès au travail en milieu ordinaire *sous réserve d'un accompagnement dans l'emploi dans la durée* (publics sortants du secteur spécialisé, issus d'ESAT et d'EA, bénéficiaires de l'AAH en recherche d'emploi, publics accompagnés par les Cap Emploi aux besoins spécifiques...). Toutes précautions prises, concernant les ESAT, cette première approximation était réalisée à partir des publics mis à disposition - entre 4 et 9,5% des publics accueillis<sup>53</sup> soit environ entre 4700 et 11200 personnes. **Il s'agit de volumes globaux de publics potentiels - données dites de « stock » - qui ne sont bien sûr pas représentatifs de flux annuels et de volumes actuellement moindres que ceux liés à l'âge et à la fatigabilité.****

**Les travaux recensés font ainsi ressortir des rigidités d'ensemble liées aux parcours des personnes vieillissantes et fatigables, à la mise en œuvre de temps partiel ou encore à l'accès au milieu ordinaire de travail.** Dans les trois situations, les besoins sont à identifier afin de pouvoir quantifier des solutions adaptées en co-accompagnement et en sortie d'ESAT ; De même qu'en partie, à une tarification en ESAT qui serait à adapter. **Ces rigidités peuvent avoir logiquement des impacts sur les listes d'attente.**

### *Des situations réciproques « d'engorgements » dans les offres associées aux ESAT*

L'absence d'offres en co-accompagnement ou en sortie d'ESAT peut engendrer la présence de personnes en attente d'orientation dans les établissements. Hors **des effets d'engorgement en chaîne entre ESMS peuvent générer des listes d'attente importantes pour chaque type d'établissement et une vision « artificielle » de besoins pour une partie d'entre eux.** En effet des manques de places dans certains types d'établissements médico-sociaux peuvent générer un accroissement des listes d'attente dans d'autres établissements de la par la présence « par défaut » d'effectifs. Les ESAT ne font pas exception.

**Une étude réalisée par le CREAI Centre<sup>54</sup> sur les listes d'attente des ESMS est particulièrement illustrative.** Ainsi, il ressort des travaux que près de 60% de la liste d'attente est composée d'enfants ou adolescents en attente de places. Hors, outre les difficultés de réorientation entre même type

<sup>50</sup> Le taux de sortie est relatif aux effectifs présents en ESAT. A partir des données de l'enquête ES, 2010, DREES.

<sup>51</sup> DGCS-Respir'oh - Plan d'adaptation et de développement des Esat – Rapport et annexes, 2012 ; Travaux menés par la DGCS, la DGEFP et l'ANAP « Promouvoir la démarche de parcours en ESAT et en EA – recueil d'initiatives », guide et rapport de synthèse – documents de travail, mai 2015

<sup>52</sup> GPS Emploi avec le soutien de la CNSA, Respir'oh, Etude d'opportunité sur l'emploi accompagné, juillet 2014.

<sup>53</sup> Pourcentages issus de l'enquête Opus 3 pour la DGAS : usagers en mise à disposition individuelle (4%) et individuelle et collective (9,5%) - E. Cohen, P. Velut et M. De Sahb, Appui des services de l'Etat à la modernisation et au développement des Esat dans leurs missions médico-sociale et économique. Paris : OPUS 3, DGAS, novembre 2009. Ratios appliqués au nombre d'usagers d'ESAT en 2012 (source DGCS).

<sup>54</sup> ARS Centre- CREAI Centre, Etat des lieux des listes d'attente concernant les enfants, les adolescents et les adultes en situation de handicap en région Centre, Focus sur les amendements Creton, 2014.

d'établissements (entre ESAT, entre FAM), il ressortait que concernant les réorientations d'un dispositif à un autre :

- ⇒ Les personnes accueillies en IME étaient en attente de place en ESAT (27,5%) ou en Foyer de Vie (23,8%),
- ⇒ Les personnes accueillies en Foyer de Vie-Foyer Occupationnel étaient en attente de place en FAM (25,2%),
- ⇒ Les personnes accueillies en ESAT étaient en attente de place en Foyer de Vie (23,3%).

**Les difficultés « en chaîne » apparaissent ici clairement.** Signe de ces rigidités, sur ces données, il apparaissait que plus de trois personnes en situation de handicap sur dix étaient inscrites sur liste d'attente depuis au moins deux ans. Les préconisations de l'étude invitait ainsi à multiplier les initiatives de FAM et de MAS pour les personnes handicapées vieillissantes ou encore de structures plus médicalisées pour libérer des places dans le secteur adulte.

**En conséquence, il ressort clairement la nécessité d'une analyse complète et non uniquement sur les ESAT ou un seul type d'ESMS.** En logique de parcours, l'analyse des besoins de places ne peut être relative à un seul type d'établissement sans prise en compte de son environnement.

### *Des personnes en attente d'orientation présentes dans les établissements à identifier*

**Au regard des éléments précédents, cela apparait comme un impératif.** Cette identification est nécessaire afin que les usagers concernés soient pleinement intégrés dans les listes d'attente.

Si les données nationales ne sont pas connues, plusieurs travaux réalisés localement indiquent un nombre de personnes en attente d'orientation représentant environ 10% des travailleurs d'ESAT. Il est cependant complexe d'en tirer un enseignement au niveau national.

Cette évaluation est d'ailleurs l'objet des initiatives de l'Unapei avec l'outil Obs'serveur<sup>55</sup>. Cet outil permet aux établissements et services impliqués de faire connaître le nombre de personnes sans solution (à domicile, sur liste d'attente) ou accueillies par défaut (décalage entre l'orientation CDAPH et l'établissement d'accueil, maintien faute de place) avec une dimension prospective à 5 ans ; Ou encore de l'initiative de l'ARS Haute-Normandie qui a mis en place un outil permettant de recueillir le nombre de personnes en attente d'une place après réorientation ou dont la demande est en cours avec le type de réorientation impliquée.

### **3.3. L'adaptation qualitative de l'offre en ESAT aux besoins des publics et du territoire**

L'analyse ne serait pas complète sans aborder les questions liées à l'offre qualitative des ESAT. Celle-ci peut, elle aussi, engendrer des décalages entre offre et demande.

#### *Un cumul d'évolutions simultanées liées au « cahier des charges » des ESAT, aux publics accueillis, aux évolutions économiques*

Ce cumul d'évolutions lié à la loi du 11 février 2005, aux évolutions économiques et aux évolutions des publics a été détaillée dans l'étude d'Opus 3 en 2009<sup>56</sup>. Ces mouvements étaient et sont générateurs de risques de déséquilibre entre les actions économiques et médico-sociales et de risques de sélection des publics. Ils représentent également l'opportunité d'une meilleure réponse : meilleure synergie entre les actions économiques et celles menées auprès des usagers, accroissement d'actions supports

---

<sup>55</sup> Plaquette de présentation d'Obs'serveur et entretien avec C. Drouet, chargée de projet à l'Unapei.

<sup>56</sup> E. Cohen, P. Velut et M. De Sahb, Appui des services de l'Etat à la modernisation et au développement des Esat dans leurs missions médico-sociale et économique. Paris : OPUS 3, DGAS, novembre 2009.

à leur intégration sociale et professionnelle – VAE, formation..., développement d'activités valorisantes pour les travailleurs.

Ces évolutions multiples et simultanées peuvent impacter l'ensemble du fonctionnement de l'ESAT que ce soit en interne ou en partenariat. **L'adaptation qualitative de l'offre de l'ESAT est ainsi relative à de multiples critères à appréhender :**

- Le positionnement de l'ESAT et les types de handicap accueillis
- Le réseau prescripteur de l'ESAT
- La politique d'admission
- La communication et l'attractivité de l'ESAT, sa localisation
- L'offre de l'ESAT et son adaptation aux besoins : activités et métiers, soutiens, rythme et conditions de travail...
- Les ressources humaines de l'ESAT (taux d'encadrement, qualification...)
- Le réseau partenarial de l'ESAT en co-accompagnement et en sortie ;
- L'organisation de l'ESAT en matière d'anticipation des besoins

Ces éléments sont à relier à la recommandation de bonnes pratiques faites par l'Anesm et adressée aux ESAT<sup>57</sup> pour laquelle on retrouve les différents aspects cités ci-dessus. L'ensemble de ces critères peut potentiellement générer une inadéquation entre offre et demande, des listes d'attente et/ou des taux d'occupation insuffisants. Il peut ainsi exister de réels paradoxes entre des listes d'attente importantes et des difficultés de recrutement sur un même territoire.

**Aussi, le raisonnement s'appuyant seulement sur le nombre de places n'est pas suffisant.**

Il est proposé dans le document complet un outil d'auto-diagnostic ayant pour objectif de permettre aux ESAT d'analyser leur adaptation aux besoins des publics de leur territoire. Cet outil peut être utilisé de façon large dans le cadre d'une analyse territoriale en cas de difficultés observées.

### *Une adaptation qualitative de l'offre de l'ESAT relative à de multiples critères*

Plusieurs éléments relatifs à ces critères sont à relever :

- **La montée en charge du handicap psychique** : 21,5% des publics d'ESAT en 2010<sup>58</sup> mais des interrogations sur un accueil suffisant de ces travailleurs selon les territoires. **Des premiers indicateurs issus du tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social de l'ANAP – qui sont à approfondir - montrent une présence très variable de ces publics selon les départements et questionnent la complétude de la réponse.**
- **De nettes interrogations sur la disponibilité d'activités de travail pour les publics à faible efficience.** Il s'agit ici très clairement de besoins à évaluer et à suivre. Ainsi en 2009<sup>59</sup> :
  - o 44% des activités en ESAT étaient liées au conditionnement, au montage, au tri et à des actions de contrôle ; activités où la concurrence peut être importante en raison du mouvement de mondialisation.
  - o 74% des ESAT indiquaient vouloir développer de nouvelles activités – notamment en raison de la diminution structurelle des activités de conditionnement.

**La disponibilité d'activités accessibles à des publics à faible efficience** (souvent matérialisée par les activités de conditionnement) **apparaît régulièrement dans les travaux repérés.** Ces interrogations sont à mettre en parallèle avec :

- o Les besoins évoqués dans le cadre des amendements Creton de publics entrants à « plus faible efficience »,

---

<sup>57</sup> ANESM, Adaptation de l'accompagnement aux attentes et besoins des travailleurs handicapés en ESAT – synthèse, juin 2013 et ANESM – Respir'oh, guide d'appui à l'élaboration de la recommandation, juin 2013.

<sup>58</sup> Enquête ES, DREES, au 31/12/2010.

<sup>59</sup> E. Cohen, P. Velut et M. De Sahb, Appui des services de l'Etat à la modernisation et au développement des Esat dans leurs missions médico-sociale et économique. Paris : OPUS 3, DGAS, novembre 2009.

- La montée en charge des publics de 45 ans et plus (32,4% en 2010)<sup>60</sup> et des problématiques de fatigabilité (23% en 2009)<sup>61</sup>
- L'indication dans les différents travaux locaux de tensions sur les activités dites de conditionnement – et plus largement accessibles au plus grand nombre.

**Ces évolutions et celles liées aux publics interpellent sur la disponibilité suffisante d'activités ou de postes accessibles aux publics à « faible efficience » dans les ESAT : une disponibilité qui renvoie tant à la nature des activités proposées qu'à l'adaptation des postes et conditions de travail. Elle peut en tout cas très clairement constituer un frein à l'entrée dans le secteur protégé : au regard des évolutions du secteur et des tensions sur les activités économiques, le risque est net d'une sélection des publics – bien que difficilement mesurable.**

- **L'importance de la localisation des ESAT : un critère important mais une analyse par territoire insuffisamment menée** (par type de territoire – ruraux, péri-urbains, urbains ou encore en fonction de leur répartition infra-départementale sur la base d'une échelle commune). La localisation de l'ESAT et la proximité géographique sont fréquemment cités en premier motif de candidature et les nouveaux entrants sont très majoritairement issus du même département. On ne dispose toutefois pas aujourd'hui au niveau national d'une analyse de la localisation des ESAT : par exemple, entre zones rurales, péri-urbaines et urbaines ou encore de leur répartition infra-départementale sur la base d'une échelle commune.
- **Des besoins à évaluer : importance et réponses aux problématiques sociales en ESAT, situations de non réponses de ESAT en lien avec les listes d'attente** (par exemple, à certains types de handicap : VIH, maladies orphelines... ou en fonction d'autres caractéristiques ou besoins des personnes)
- **Une attractivité des ESAT à évaluer localement en lien avec leur taux d'occupation** : les activités de l'établissement, les types de handicaps accueillis ou un projet spécifique d'insertion peuvent être ainsi indiqués comme déterminants de choix d'un ESAT<sup>62</sup>.

**L'ensemble de ces éléments constituent tout autant de critères à évaluer localement car pouvant influencer sur le taux d'occupation des établissements.**

### *Des évolutions venant questionner le contour de l'ESAT et sa tarification ?*

On relève au fur et à mesure des points-clés précédents, des évolutions amenant à une cohabitation de population (types de handicaps, efficience, parcours antérieurs, classes d'âge...) et de besoins associés très hétérogènes.

Les phénomènes de vieillissement, la réponse aux « sans solution » amènent à une volonté d'assouplir et de décloisonner les dispositifs mais aussi, en partie, à une redéfinition des missions des structures médicosociales dans leur ensemble. Il ressort en effet qu'en partie ce mouvement constaté - notamment à la faveur des réponses en direction des publics vieillissants - se réalise en dehors des cadres habituels. Ainsi que le note l'ANCREAI<sup>63</sup>, « *très rares sont les schémas qui posent la question des contraintes administratives, réglementaires et financières qui peuvent peser sur la mise en œuvre concrète de ce décloisonnement* ».

Du point de vue des ESAT et de leurs partenaires, l'ensemble de ces mouvements (publics, offres conjointes, modularité...) vient également questionner le contour de l'ESAT et son projet ainsi que, plus globalement la constitution d'une offre locale afin de répondre aux besoins des publics.

<sup>60</sup> Enquête ES, DREES, au 31/12/2010.

<sup>61</sup> E. Cohen, P. Velut et M. De Sahb, Appui des services de l'Etat à la modernisation et au développement des Esat dans leurs missions médico-sociale et économique. Paris : OPUS 3, DGAS, novembre 2009.

<sup>62</sup> CREA Rhône-Alpes – DDASS du Rhône, Fonctionnement et perspectives de développement des ESAT du Rhône, mai 2009 et travaux sur la construction de l'outil d'auto-diagnostic.

<sup>63</sup> CNSA-ANCREAI, Comparaison nationale des schémas départementaux d'organisation médico-sociale, juin 2011.

**En l'occurrence, le modèle actuel des ESAT- tant dans ses missions que dans sa tarification - permet-il d'assurer cette adaptation ?**

- **S'agit-il de multiplier les agréments (ESAT, SAESAT par exemple...) ou de repenser les contours de l'ESAT et de ses possibilités d'accompagnement notamment pour les publics à faible efficience ?**
- **De même, ne s'agit-il pas de réfléchir à un autre mode de tarification en ESAT en fonction des prestations apportées mais aussi des caractéristiques des publics accueillis et de l'ampleur de leurs besoins<sup>64</sup> (prise en compte des temps partiels, accueil des publics les moins efficaces, gestion des transitions...)?**

**L'ensemble de ces aspects relatifs aux prescriptions, au suivi des orientations et à l'offre des ESAT tout comme de leurs partenaires vient interpeller le pilotage.**

#### **4. Les enjeux majeurs du pilotage**

L'analyse des besoins de places en ESAT en co-accompagnement et en sortie d'ESAT implique plusieurs financeurs et parties prenantes (ARS, Conseils Généraux et MDPH, établissements). Les enjeux en matière de pilotage prennent logiquement une forte place ; et ce dans toutes ses dimensions :

- L'organisation du pilotage et notamment l'articulation ARS/Conseils Départementaux ;
- Les moyens dédiés avec la définition d'indicateurs communs et la mise en place de systèmes d'information.

Il est peu de dire que ces enjeux ont été soulignés. **La quasi-totalité des travaux et missions citées quel qu'en soit leur date indiquent cette nécessité essentielle d'un renforcement du pilotage et d'évaluation des besoins réels.** Certes des études sont régulièrement lancées – notamment sur la base de premières remontées qualitatives. Mais elles ne permettent pas nécessairement la constitution d'un diagnostic complet : l'imbrication des enjeux entre ESMS et le besoin d'une vision d'ensemble se heurtent en effet au manque de données disponibles et à la commande non pas des financeurs mais de l'un ou l'autre d'entre eux, fréquemment sur des thématiques partielles (par exemple les seuls amendements Creton). Pourtant, ainsi que le souligne le CREA Centre<sup>65</sup>, *« dans un environnement en transformation rapide, cette absence de réflexion prospective partagée apparaît surprenante au regard des sommes engagées importantes au profit de l'insertion professionnelle des personnes en situation de handicap, avec des enjeux humains considérables, dans un contexte budgétaire de plus en plus contraint ».*

##### ***L'articulation « obligatoire et nécessaire » entre ARS et Conseils Départementaux***

**L'organisation du pilotage et la coordination entre acteurs concernant la politique du handicap apparaissent complexes à mettre en œuvre :**

- Cette coordination entre acteurs et au premier titre en ARS et Conseils Départementaux est tout **l'enjeu des conférences de territoire mise en place par les ARS mais sur lesquelles on a encore peu de retours** consolidés sur leur fonctionnement.
- **La mise en œuvre des schémas est également l'occasion d'organiser ce pilotage mais la première génération ne semble pas, pour l'instant, avoir pleinement permis ce développement<sup>66</sup>.** De même, la mise en œuvre de diagnostics peut poser difficultés tant dans

---

<sup>64</sup> Ce point faisait l'objet d'une proposition dans le cadre du Plan ESAT 2012 précédemment cité.

<sup>65</sup> ARS Centre- CREA Centre, Etat des lieux des listes d'attente concernant les enfants, les adolescents et les adultes en situation de handicap en région Centre, Focus sur les amendements Creton, 2014.

<sup>66</sup> CNSA, SROMS – Bilan national de la première génération des schémas régionaux d'organisation médico-sociale 2012-2016, Dossier technique, octobre 2013.

**leur élaboration que dans leur partage et par voie de conséquence dans la définition d'objectifs communs ou coordonnés** même si des situations locales plus favorables existent.

- **La prise en compte des personnes dites « sans solution » et les travaux engagés à la suite du rapport Piveteau peuvent cependant participer à ce rapprochement.**

### *Les thématiques des schémas régionaux et départementaux*

Les évolutions en ESAT, les dynamiques de parcours interfèrent logiquement, on l'a vu avec d'autres ESMS. Les thématiques liées au vieillissement et aux temps partiels, à la montée en charge du handicap psychique ou encore à la mobilité vers le milieu ordinaire de travail, ressortent. Qu'en est-il de leur prise en compte dans les schémas départementaux et régionaux ?

**Les analyses réalisées par l'ANCREAI et la CNSA sont illustratives : si l'on retrouve effectivement ces thématiques dans les schémas, qu'ils soient régionaux ou départementaux, cette prise en compte fait ressortir des hétérogénéités selon les territoires :**

- Les thématiques du vieillissement, du handicap psychique et de l'insertion sociale et professionnelle ressortent ainsi nettement des travaux départementaux comme régionaux.
- Toutefois, alors qu'il s'agit d'enjeux importants pour le secteur protégé, les premiers éléments recueillis interrogent sur une possible disparité dans leur prise en compte selon les régions et les départements ainsi qu'une diversité d'angles de vue ; diversité dans laquelle les ESAT et besoins afférents ne semblent pas toujours pris en compte.
- En lien, les problématiques évoquées précédemment relatives à l'évaluation quantitative et qualitative des besoins reviennent régulièrement au gré de l'analyse de ces thématiques.

### *Focus sur les outils et informations nécessaires au pilotage*

Au regard de la nécessité d'une meilleure connaissance des besoins, plusieurs orientations ont été prises notamment sur les Systèmes d'Information avec **le chantier de fond du SipaPH, celui des Systèmes d'information des MDPH et l'optimisation de l'enquête ES et de ses exploitations.**

Il ressort également des travaux et bilans effectués :

- **Le besoin d'une échelle de territoires commune ou compatibles.** L'échelle de territoire n'est pas à mésestimer car elle doit correspondre à l'échelle de mobilité des personnes handicapées autant que faire se peut et permettre une articulation des évaluations de besoins et des actions en découlant sur une échelle similaire ou compatible. Hors selon les travaux précédemment répertoriés, ce sont les territoires de santé qui sont utilisés, d'autres vont s'appuyer sur les bassins de vie<sup>67</sup> limitant ainsi leur rapprochement...et celui des financeurs. Très clairement, cet enjeu reste aujourd'hui entier.
- **Les questions de coordination des différents partenaires et de l'inter-opérabilité des systèmes informatiques mis en place** (échanges ARS-MDPH et Conseils Départementaux) sont relevés.
- **Ainsi que des moyens mobilisables pour le développement de ces SI** (les MDPH<sup>68</sup> évoquent notamment un manque de moyens). Néanmoins, des initiatives de suivi de listes d'attente peuvent se mettre en place sans être nécessairement intégré immédiatement au SI.

---

<sup>67</sup> Le bassin de vie est défini par l'INSEE comme étant «le plus petit territoire sur lequel les habitants ont un accès aux équipements et services les plus courants. Il est animé par un pôle (commune ou unité urbaine) disposant d'un panier d'équipements intermédiaires ».

<sup>68</sup> CNSA, « MDPH : Entre optimisation et innovation, une exigence toujours plus forte, Synthèse des rapports d'activité 2013 des maisons départementales des personnes handicapées », Dossier Technique, décembre 2014.



### ***Après l'identification des besoins, la question de la programmation dans un cadre budgétaire contraint***

L'identification des besoins vise tant à optimiser l'offre qu'à organiser la programmation des places par redéploiement ou création de places nouvelles.

Le bilan national des SROMS 2012-2016 réalisé par la CNSA<sup>69</sup> précisait que **la plupart des ARS inscrivent le développement de l'offre comme une priorité du schéma ; des carences en matière d'accompagnement des personnes en situation de handicap étant fréquemment identifiées. Toutefois, si la plupart des ARS affichent des orientations, le plus souvent aucun chiffre précis n'est réalisé.** En effet, comme l'indique la CNSA, la faible visibilité donnée aux besoins nets de création de places<sup>70</sup> renvoie à deux constats : beaucoup d'ARS envisagent de mieux documenter la connaissance des besoins afin de mieux identifier ces besoins nets de créations de places ; le contexte des schémas est conditionné par le volume de places prédéfini dans les plans nationaux existants et par des contraintes budgétaires.

## **En conclusion**

**En l'absence d'éléments sur les listes d'attente – dont les personnes effectivement disponibles pour une entrée en ESAT, en l'absence d'identification des personnes réorientées ou réorientables en ESMS, il est impossible d'évaluer les besoins de places.** Ces besoins peuvent exister mais hors situations locales organisées, ils ne peuvent être consolidés. En ce sens, la connaissance affinée des listes d'attente est un enjeu central. De même que ressort en lien, le besoin d'accompagnement des personnes en attente.

**Du point de vue des publics accueillis, des flux sortants en ESAT peuvent certes être anticipés notamment liés au vieillissement mais un éventuel impact quantitatif majeur reste, au global, à démontrer et à mettre en parallèle des listes d'attente.**

En effet, si le vieillissement est un phénomène important, les flux de sortie qu'il génère s'accroissent – en lien notamment avec les vagues de création des ESAT - mais semblent se répartir dans le temps et sont à mesurer au regard des effectifs accueillis et des taux de rotation et taux de sorties très faibles qui prévalaient jusqu'à présent.

**Cette analyse est globale : elle peut cependant masquer des disparités territoriales avec des impacts plus importants en fonction des évolutions socio-démographiques et sanitaires locales.** Au niveau national et compte tenu de ces possibles disparités territoriales, ces flux de sortie, tous motifs confondus - interrogent potentiellement moins sur une capacité à répondre quantitativement des ESAT que sur :

- **la mise en œuvre d'une gestion prévisionnelle des places d'ESAT au niveau territorial et en établissement** ainsi que la consolidation d'une politique d'admission tenant compte d'une diversité suffisante de prescripteurs au regard de parcours diversifiés,
- **un meilleur rééquilibrage territorial prenant en compte les situations socio-démographiques et sanitaires des territoires,**
- **l'adaptation qualitative de l'offre des ESAT aux évolutions du public** (mise en œuvre de temps partiels, adaptation des postes et conditions de travail, meilleure prise en compte de l'efficacité des publics, réponse aux publics en situation de handicap psychique, localisation des sites...).

---

<sup>69</sup> CNSA, SROMS – Bilan national de la première génération des schémas régionaux d'organisation médico-sociale 2012-2016, Dossier technique, octobre 2013.

<sup>70</sup> Une fois prises en compte les transformations et redéploiements envisagés ; besoins nets au-delà des mesures nouvelles restant à installer pendant la durée du SROMS.



**Ces mouvements interpellent toutefois sur la disponibilité de l'offre en co-accompagnement ou en sortie d'ESAT (SAESAT, SAVS, SAMSAH, solutions d'accueil pour les retraités, accompagnement dans l'emploi pour les sortants d'ESAT vers le milieu ordinaire). Mais, pour une vision juste, ces besoins sont à évaluer de façon territoriale au-delà d'un seul agrément compte tenu des effets en chaîne que ces blocages peuvent engendrer.**

Ces adaptations peuvent enfin avoir un impact sur les contours de l'ESAT (ESAT, SAESAT) et sur sa tarification (temps partiels, prise en compte de l'efficacité des publics).

**L'évaluation des besoins de places se heurte ainsi à des freins organisationnels sur le recueil des données mais aussi à des besoins de renforcement d'un pilotage coordonné ARS-Conseils départementaux et ce, dans un cadre budgétaire contraint.**

**Dans ce cadre, la question centrale d'une réponse « ESAT » - et plus largement « ESMS » - dimensionnée aux besoins du territoire reste donc entière.**

## Proposition d'outils

En lien avec cette synthèse, deux outils ont été construits<sup>71</sup> :

- Un outil de diagnostic territorial réunissant les éléments méthodologiques et données nécessaires afin d'analyser les besoins de places en ESAT.
- Un outil d'auto-diagnostic à destination des ESAT leur permettant d'analyser leur réponse quantitative et qualitative aux besoins du territoire. Cet outil est notamment à utiliser en cas de taux d'occupation insuffisant afin d'en analyser les causes et lors du renouvellement du projet d'établissement.



<sup>71</sup> L'auto-diagnostic ESAT a également été testé auprès de 4 ESAT.