



ANDICAT
Association Nationale des
Directeurs et Cadres d'ESAT

Les besoins de places en ESAT

Synthèse documentaire complète et propositions d'outils d'analyse

Réalisé par

respir'oh
pour des territoires ouverts de l'insertion

Juin 2015

Table des matières

Introduction	5
Un plan de création de places en ESAT interrompu, des disparités territoriales qui interpellent .	5
La planification des places, un besoin...ancien	5
De multiples dimensions à prendre en compte.....	6
Des enjeux actuels importants	6
La demande d'Andicat et les travaux réalisés : des travaux spécifiques ESAT mais transférables à d'autres ESMS	7
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.....	7
 Partie I. Synthèse documentaire	 9
Une analyse documentaire en mode « parcours ».....	10
Une analyse suivant le « parcours d'une demande en place d'ESAT » afin d'appréhender l'ensemble des éléments pouvant influencer sur les besoins territoriaux.....	10
Un exemple « fictif » d'une analyse des besoins de places en ESAT, illustratif des différentes dimensions à prendre en compte	11
1.1. L'analyse structurelle des besoins en places d'ESAT dans un territoire	13
Le taux d'équipement : de nombreuses disparités, des écarts de 1 à 3 en défaveur des territoires les plus densément peuplés	13
Une forte influence des caractéristiques socio-démographique et sanitaire des territoires : une analyse structurelle en « taux d'équipement » insuffisante	14
Des éléments structurels à relier aux taux d'occupation et à l'ampleur des listes d'attente	15
Des analyses utilement complétées par des travaux locaux : l'exemple de la Réunion	16
1.2. L'analyse des prescriptions et des orientations vers les ESAT	18
1.2.1. Les liens des ESAT à leurs prescripteurs	19
Les prescripteurs : une logique de « filière » IME-ESAT toujours prépondérante mais en évolution : la présence non négligeable de parcours diversifiés.....	19
Des prescripteurs alternatifs à repérer, des collaborations à renforcer ?.....	21
Des besoins spécifiques qualitatifs et quantitatifs évoqués par les IME - principaux partenaires prescripteurs des ESAT - en lien avec les amendements Creton	23
1.2.2. Les personnes en attente d'entrée en ESAT.....	30
Un point de vigilance préalable sur la possible influence des pratiques des MDPH en matière de RQTH et d'orientation.....	30
Le suivi des orientations vers les ESAT : un enjeu majeur pour évaluer le nombre de personnes en attente effective d'ESAT et connaître leurs besoins, des bonnes pratiques locales	31
Le besoin de suivre et d'accompagner les personnes en attente d'entrée en ESAT.....	40
1.3. Les ESAT entre adaptation de leur offre et mouvements à anticiper	45
1.3.1. L'activité des ESAT, les publics accueillis et les mouvements à anticiper	46
L'activité des ESAT et la question des taux d'occupation.....	46
Focus sur l'accueil de stagiaires.....	46
Des mouvements à anticiper en sortie d'ESAT	47
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.....	47
Le vieillissement, une donnée plus structurelle qu'appréhendue initialement ?	52
Places en ESAT et temps partiels : une mise en œuvre qui dépasse le cadre du vieillissement ou de la fatigabilité.....	53

Des sorties pour un emploi en milieu ordinaire pouvant être favorisées mais sous conditions d'une levée des freins à la fluidité des parcours.....	54
Un ensemble des mouvements générant des besoins en co-accompagnement et en sortie : la recherche d'une modularité des réponses dans un environnement contraint, une évaluation nécessaire.....	55
Des situations réciproques « d'engorgements » dans les offres associées aux ESAT	58
Des personnes en attente d'orientation... mais pas systématiquement prononcée par la MDPH : l'importance d'assurer leur repérage.....	59
1.3.2. L'adaptation qualitative de l'offre en ESAT aux besoins des publics et du territoire.....	62
Un cumul d'évolutions, de tensions et... d'adaptations des ESAT	62
Les évolutions de l'offre en ESAT liées aux types de handicaps accueillis.....	63
La question de l'adaptation et de la modularité des offres, la problématique de la prise en compte des différentes situations d'efficience des travailleurs	65
Les activités de travail proposées : des tensions sur les activités décrites comme adaptées aux publics à « à faible efficience » entre publics vieillissants et besoins d'une partie des entrants .	66
La localisation et l'attractivité des ESAT : une analyse par territoire insuffisamment menée, une attractivité à estimer localement	69
Un ensemble d'évolutions venant interroger les contours des ESAT et leurs modalités de financements ?.....	70
1.4. Les enjeux majeurs du pilotage.....	73
L'articulation « obligatoire et nécessaire » entre ARS et Conseils Départementaux.....	73
Les thématiques des schémas régionaux et départementaux.....	76
Focus sur les outils et informations nécessaires au pilotage	80
<i>Le besoin d'une échelle de territoires commune ou d'échelles compatibles.....</i>	<i>80</i>
<i>Les systèmes d'information (SI) et les indicateurs qu'ils intègrent : le chantier de fond du SIpaPH, les SI des MDPH, l'optimisation de l'enquête ES et de ses exploitations.....</i>	<i>80</i>
Après l'identification des besoins, la problématique de la programmation dans un cadre budgétaire contraint	83
En conclusion	84
 Partie II. Proposition d'outils.....	85
Existe-t-il des besoins en places d'ESAT sur votre territoire ? Méthodologie de diagnostic à destination des ARS et des MDPH	86
L'offre de votre ESAT est-elle adaptée au territoire et aux besoins des publics ? Auto-diagnostic	100

Introduction

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 saturés¹. 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 par le Président de la République. Ce plan avait pour principal objectif la poursuite du rééquilibrage territorial et la résorption des listes d’attente des personnes handicapées ayant une orientation vers le milieu protégé - en particulier les publics jeunes maintenus dans des structures moins adaptées à leur évolution par défaut de places en ESAT ;
- L’interruption de ce plan depuis 2013². 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^{er} janvier 2015 aux départements les compétences de programmation, d’autorisation et de tarification des ESAT, le gouvernement avait alors « *fait le choix de conforter l’offre existante en vue d’améliorer l’accompagnement des personnes accueillies avec en contrepartie, une pause dans le plan de création de places* »³.

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 CAT⁴, MAS et FAM (Décembre 2003), l’analyse des listes d’attente fait ressortir nombre de disparités :

¹ Remontées qualitatives des ESAT adhérents à Andicat ayant suscité les travaux actuels.

² 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 ».

³ 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.

⁴ Ancienne dénomination des ESAT modifiée par la loi du 11 février 2005.

- Définition de ce qu'est une liste d'attente tant pour les établissements que pour la Cotorep d'alors – MDPH et CDAPH⁵ 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...).

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 places⁶. 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 IGAS⁷) 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%⁸. Un écart que l'on retrouve encore aujourd'hui dans des travaux plus récents d'actualisation des listes⁹. 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 (SAESAT¹⁰, 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 :

⁵ Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées de la MDPH

⁶ Cf. note méthodologique en annexe de ce document.

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

⁸ 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.

⁹ Ces remontées sont présentées dans les parties suivantes.

¹⁰ Section Annexe d'ESAT permettant un accueil sur les temps libérés.

- 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.

La demande d'Andicat et les travaux réalisés : des travaux spécifiques ESAT mais transférables à d'autres ESMS¹¹

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 dans la seconde partie de ce document.

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

¹¹ Etablissements et Services Médico-Sociaux.

D'un point de vue méthodologique, les travaux se sont appuyés sur une recherche et analyse documentaire. Cette recherche s'est réalisée de façon large afin de couvrir l'ensemble des éléments pouvant influencer sur le besoins de places en ESAT. Elle s'est plus particulièrement appuyée sur la recherche des études existantes auprès des ARS, MDPH, et CREAI avec un appui fort du Comité de pilotage (ces travaux étant généralement peu ou pas diffusés, leur recueil constituait un enjeu pour nos travaux)¹². La réalisation de ces travaux documentaires a permis de lister les critères pouvant influencer sur le besoin et l'utilisation des places d'ESAT et d'en synthétiser les principaux résultats. Sur l'ensemble des données, plusieurs éléments étant manquants, les travaux analysent les situations par croisement de données partielles permettant, lorsque cela était possible, de dégager des tendances principales.

Des entretiens complémentaires ont par ailleurs été menés auprès de l'Unapei (outil Obs'serveur), de la MDPH du Pas de Calais (méthodologie de suivi des orientations et d'évaluation des listes d'attente) et de l'ADAPEI du Nord (en charge du suivi et de l'actualisation des listes d'attente)¹³.

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

¹² Sources citées au fur et à mesure de la synthèse.

¹³ Entretiens menés auprès de Cécile Drouet, chargée de projet à l'Unapei, d'Aurélié Hermetz, chargée du suivi des décisions, MDPH du Pas de Calais et de Jean-Marie Duvivier, chargé de mission à l'UDAPEI 59.

Partie I. Synthèse documentaire

Une analyse documentaire en mode « parcours »

Les analyses de besoins de places en ESAT et plus largement en établissements et services médico-sociaux (ESMS) visent à :

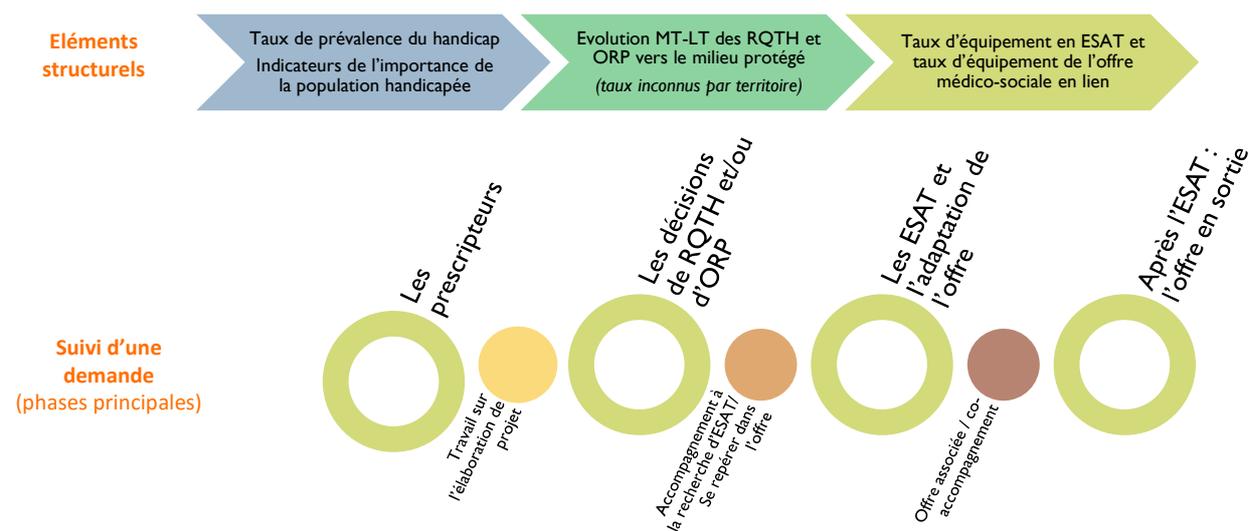
- Caractériser et anticiper les besoins ainsi que les mouvements,
- Repérer, le cas échéant, où se situent les principaux points de blocage.

Hors, la mise en œuvre de ces analyses font face à des données partielles et à une multiplicité de facteurs pouvant influencer sur ces besoins.

Une analyse suivant le « parcours d'une demande en place d'ESAT » afin d'appréhender l'ensemble des éléments pouvant influencer sur les besoins territoriaux

Afin d'identifier les données utiles à l'évaluation des besoins de places¹⁴, nous avons décliné chaque étape d'un parcours d'une demande d'orientation et d'accès à un ESAT – demande qui s'inscrit dans un environnement structurel. Ces éléments sont synthétisés dans le schéma 1 ci-dessous.

Figure 1. Schéma principal d'analyse – suivi d'une demande et mise en perspective des travaux documentaires



Cette analyse permet d'appréhender les quatre parties-clés principales pour lesquelles on synthétisera les travaux disponibles¹⁵ dans les pages suivantes :

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).

¹⁴ Ceci également afin de construire les deux outils associés à cette synthèse.

¹⁵ Et repérés compte tenu de la faible diffusion d'une partie des travaux existants.

- 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).

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 caricatural¹⁶ :

- ✓ **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 comprises¹⁷)?
- ✓ **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 apparait 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 apparait :
 - 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 apparait 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** :

¹⁶ Les différents décomptes se sont appuyés sur la recherche documentaire et des résultats d'études partiels disponibles obtenus sur différents territoires.

¹⁷ 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).

- 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.

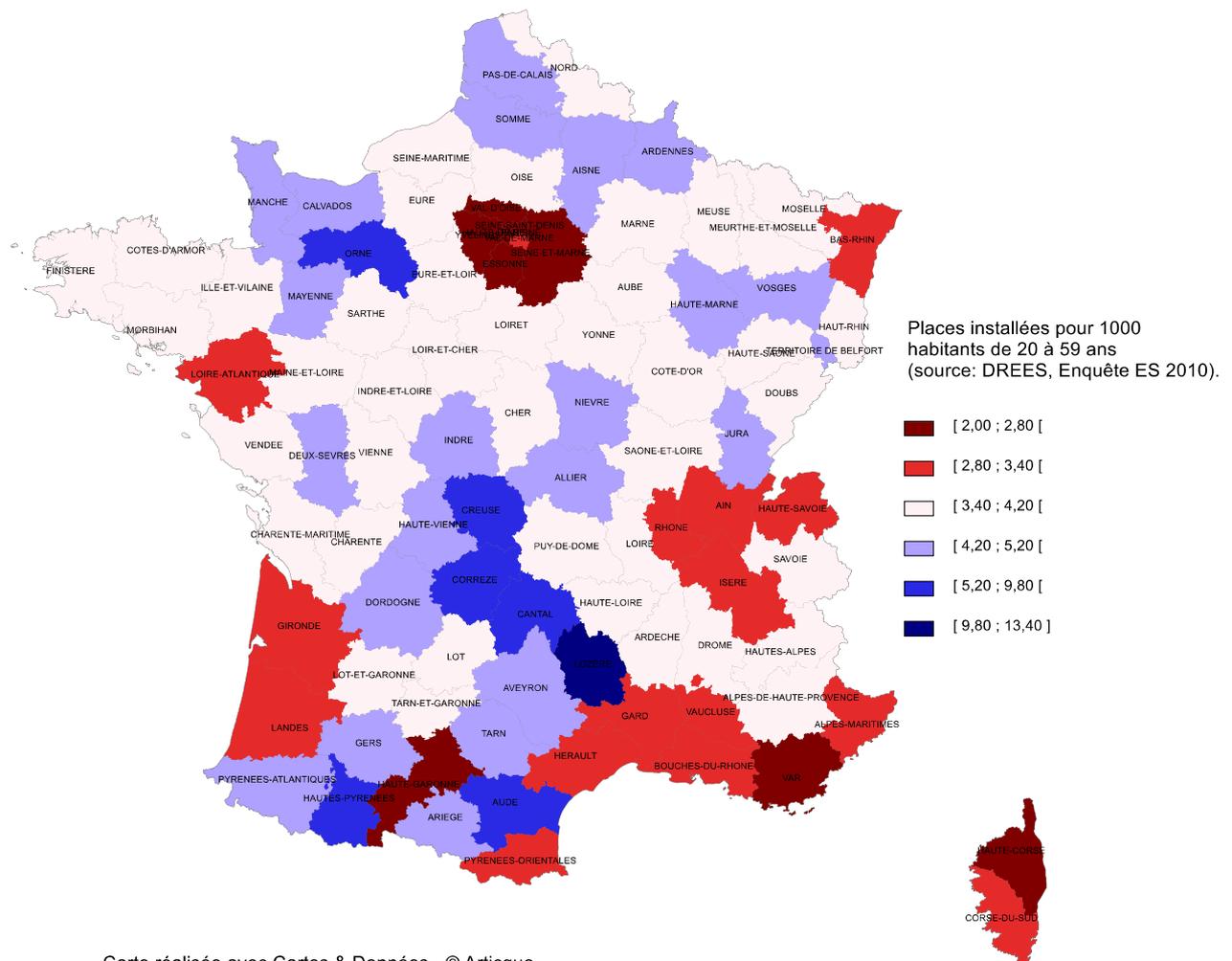
1.1. L'analyse structurelle des besoins en places d'ESAT dans un territoire

Dans et selon les travaux recueillis, cette analyse structurelle repose sur plusieurs questions-clés. Quelle répartition des places en ESAT ? Le territoire est-il sous-équipé ou sur-équipé vis-à-vis de la moyenne nationale ? Quelles sont les caractéristiques sanitaires et socio-démographiques du territoire ? Celles-ci engendrent-elles des besoins particuliers à prendre en compte ?

Le taux d'équipement : de nombreuses disparités, des écarts de 1 à 3 en défaveur des territoires les plus densément peuplés

La dernière enquête ES de la DRESS permet de dresser un portrait de la répartition territoriale des 116 016 places d'ESAT au 31/12/2010 et présente les taux d'équipement en places installées d'ESAT pour 1000 habitants de 20 à 59 ans¹⁸.

Figure 2. Taux d'équipement en places d'ESAT¹⁹ (moyenne et médiane nationales respectivement à 3,4 et 3,8)



Carte réalisée avec Cartes & Données - © Artique
Fond de carte IGN - GeoFla

¹⁸ En places installées et non financées (des écarts pouvant exister). Les données en places financées sont toutefois disponibles et publiées chaque année par la DGCS lors des circulaires budgétaires.

¹⁹ Carte Respir'oh – Données FINESS et données enquête ES 2010 corrigées par les ARS, DREES et Estimations de population au 01/01/2011, INSEE. 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.

Cette analyse laisse apparaître de nombreuses disparités territoriales avec des écarts allant de 1 à 3 : ce ratio varie ainsi de 2 à 6,1²⁰ selon les départements avec une exception à 13,4 pour la Lozère – département pourtant le moins peuplé de France²¹. Plus précisément, on note que des zones particulièrement denses en population disposent d'un nombre de places d'ESAT proportionnellement bien plus faible :

- **Les 3 principales régions françaises – les plus peuplées - ont un taux d'équipement en places d'ESAT inférieur à la moyenne et à la médiane nationale** (respectivement 3,4 et 3,8) : Ile de France, Paca, Rhône-Alpes
- En Rhône-Alpes, il s'agit notamment des départements les plus peuplés (Isère et Rhône) et dans d'autres régions, de départements tels que la Loire-Atlantique ou encore la Gironde.

On notera cependant qu'à la faveur du Plan de création de places – aujourd'hui interrompu, le taux d'équipement moyen en places installées est passé de 3,2 à 3,4 entre les enquêtes de 2006 et de 2010²².

Une forte influence des caractéristiques socio-démographique et sanitaire des territoires : une analyse structurelle en « taux d'équipement » insuffisante

Le taux d'équipement est un indicateur utile mais qui n'est pas suffisant pour analyser les besoins structurels d'un territoire. Les caractéristiques sanitaires²³ et socio-démographiques locales peuvent nettement influencer sur la prévalence du handicap dans cette zone.



L'enquête HID²⁴ démontre ainsi que l'origine et le milieu social avaient une influence sur la fréquence des déficiences :

- En domicile ordinaire, la proportion de personnes de milieu ouvrier déclarant au moins une déficience est 1,6 fois plus élevée que chez les cadres (une fois éliminé l'effet des différences de structures par âge).
- En institution, les inégalités en la matière étaient également très marquées : un enfant d'ouvrier a sept fois plus de risques d'entrer dans une institution pour enfants handicapés qu'un enfant de cadre ou de profession libérale.
- La capacité à garder un enfant handicapé au domicile familial est aussi différente : à handicap de gravité équivalente, la proportion d'enfants entrant en institution est trois fois plus élevée chez les ouvriers et employés que chez les cadres et professions intermédiaires.

Les diagnostics territoriaux conduits par les ARS incluent bien entendu ces dimensions socio-démographiques et de fait, celles-ci peuvent avoir une forte influence :



A titre d'exemple, l'ARS Nord Pas de Calais fait état dans son diagnostic²⁵, d'une situation sociale et sanitaire plus complexe et d'une présence plus importante de personnes handicapées dans la région influant nécessairement sur la demande locale en matière de prise en charge et ce, quel que soit le type d'établissement²⁶ ; Précision importante : cette situation n'est pas liée à des pratiques différentes des MDPH (taux

²⁰ La moyenne nationale est à 3,4 et la médiane à 3,8.

²¹ Source Insee, au 1^{er} janvier 2011.

²² Sources : DRESS ; enquêtes ES 2006 et 2010 – chiffres au 31/12 de chaque année considérée.

²³ 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.

²⁴ Enquête Handicap Incapacités Dépendance menée par l'INSEE en 1999. Cf. Pierre Mormiche, Le handicap se conjugue au pluriel, INSEE Première, n°742, octobre 2000.

²⁵ ARS Nord Pas de Calais, Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale - Synthèse du Diagnostic partagé, 1er juin 2011.

²⁶ Cf. détail des indicateurs mobilisables dans la note méthodologique en seconde partie de ce document.

d'accord et de refus des prestations AEEH²⁷ dans le champ de l'enfance et AAH²⁸ dans le champ adultes similaires aux moyennes nationales).

Ainsi, la liste d'attente pour rentrer en ESAT a été évaluée à 4088 personnes handicapées (2703 pour le Nord, 1385 pour le Pas-de-Calais). Hors, du strict point de vue de son taux d'équipement, la région se situe cependant dans la moyenne nationale voire au-dessus de cette moyenne pour le département du Pas de Calais (dont la liste d'attente est toutefois un tant soit peu plus faible que le département du Nord).

Nous reviendrons sur l'évaluation des listes d'attente qui nécessite de préciser le nombre de personnes effectivement en attente et disponibles pour rentrer en ESAT²⁹ mais au regard des caractéristiques de cette région et de l'ancienneté des besoins repérés, ceux-ci apparaissent comme structurels. L'analyse pluri-annuelle des listes d'attente sur le département du Nord (personnes en attente effective) montre par exemple des besoins en hausse quasi-continue depuis 5 ans.

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-Jeannet³⁰ qui indiquait que :



« Cette analyse pourrait et devrait être approfondie : d'abord avec une vision complète et harmonisée des listes d'attente d'admission en ESMS, ensuite avec une pondération de la prévalence des allocations (AAH) en fonction du revenu, puisque les critères de ressources jouent un rôle. Mais elle corrobore l'idée qu'on ne peut pas postuler une prévalence des situations de handicap identique sur tous les territoires. L'ensemble de ces éléments milite donc pour ne plus se fixer comme objectif une égalité stricte de taux d'équipement ou d'euro/habitant par département et région».

En ce sens, 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 convergence³¹.

De fait la recherche d'une équité territoriale est un enjeu de répartition de la réponse qui ne peut reposer sur les seuls taux d'équipement. On ajoutera que cette équité n'est pas forcément le gage d'une réponse à un niveau suffisant aux besoins d'ensemble de la population.

Des éléments structurels à relier aux taux d'occupation et à l'ampleur des listes d'attente

Le taux d'occupation et l'ampleur des listes d'attente sont ainsi à relier à ces éléments structurels afin de les conforter ou de les réinterroger; Ces deux éléments peuvent en effet être des indicateurs liés à la plus ou moins grande ampleur des besoins territoriaux locaux comme nationaux (besoins de places, répartition territoriale) mais également à l'adaptation qualitative de l'offre (par exemple, simultanéité de listes d'attente et de taux d'occupation faibles sur une même zone). On ne dispose malheureusement pas de données d'ensemble consolidées publiées sur les taux d'occupation et ces listes d'attente et sur lesquels on reviendra dans la suite de cette synthèse³².

²⁷ Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé

²⁸ Allocation Adulte Handicapé

²⁹ cf. partie 1.2 de cette synthèse.

³⁰ Vachey L., Jeannet A. et alii « Etablissements et services pour personnes handicapées : offres et besoins, modalités de financement », IGAS-IGF, octobre 2012.

³¹ Cf. recommandation n°4 du rapport.

³² Cf. partie 1.2 pour les listes d'attente et 1.3 pour le taux d'occupation.

Encadré 1 : Des analyses utilement complétées par des travaux locaux : l'exemple de la Réunion

Ces données structurelles peuvent être approfondies par des travaux locaux originaux. Ainsi la MDPH de la Réunion – avec la participation de la DIECCTE³³ Réunion - a mené une étude pluri-annuelle³⁴ (2006-2012) sur les bénéficiaires de la RQTH³⁵ et les orientations réalisées.

Cette étude permet notamment de quantifier l'importance des publics handicapés bénéficiaires d'une RQTH par territoire et par typologie de besoins. Il s'est ainsi s'agit dans les travaux :

- D'identifier par l'analyse des données pluri-annuelles les bassins de vie les plus impactés par les RQTH et pour lesquels les besoins sont potentiellement plus importants³⁶;
- D'identifier des « parcours de compensation » : RQTH seule, « RQTH+ ORP Milieu Ordinaire »³⁷, « RQTH+ ORP ESAT », « RQTH+Autres » en analysant ainsi les évolutions : en l'occurrence à la Réunion sur la période, il a pu être observé +89%/an de RQTH+ORP MO et +18% de RQTH + ORP ESAT.
- De construire 6 profils d'employabilité ou de distance à l'emploi en fonction de la présence ou non de certains droits complémentaires (allocations, orientation médico-sociale, orientation professionnelle) dans les plans de compensation des bénéficiaires de la RQTH. Six types de profils en fonction de leur éloignement supposé de l'emploi ont ainsi été construits dont deux en milieu protégé. Cette analyse « met en lumière trois grands types de situations : 59% d'individus proches de l'emploi avec ou sans besoin d'un accompagnement spécialisé (2 profils), 26% d'individus éloignés de l'emploi et vivant d'allocations avec ou sans besoin d'autonomisation pour se maintenir en milieu ordinaire (2 profils) et 15% d'individus très éloignés de l'emploi et orientés vers une activité à caractère professionnel ou occupationnelle (2 profils). Cette analyse par profil laisse également apparaître une sur-représentation dans le Sud des profils relevant du milieu « protégé »³⁸.
- De croiser ces éléments de parcours et de profils plus ou moins éloignés de l'emploi permettant ainsi de caractériser et de chiffrer plus spécifiquement les différentes populations. Par exemple, pour la population relevant de parcours ESAT, ce croisement permet d'identifier les principales déficiences, de préciser les orientations (ESAT et autres établissements) ainsi que la part des doubles-orientations. Ces éléments ont été complétés par des entretiens qualitatifs afin d'illustrer ces situations. Coté Milieu Ordinaire de Travail, on voit également plus particulièrement apparaître les publics frontières entre milieu protégé et milieu ordinaire.
- D'analyser les types de déficiences de ces populations.
- De décliner l'ensemble de ces éléments par bassin de vie afin d'identifier les zones les plus concernées.

Des données de ce type, à la fois annuelles et consolidées par une vision pluri-annuelle, sont ainsi particulièrement intéressantes dans le cadre d'un diagnostic territorial que ce soit pour le Conseil Général ou l'ARS. Ces travaux permettent de contribuer à la fois à la caractérisation des besoins de la population reconnue en qualité de travailleur handicapé et au repérage des zones les plus concernées.

³³ Les directions des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi sont les Direccte en France Métropolitaine (directions régionales) et Dieccte en Outre-mer.

³⁴ MDPH de la Réunion- DIECCTE Réunion, Etude sur les bénéficiaires de la RQTH à la Réunion, v2, Etude n°3, Septembre 2013.

³⁵ Reconnaissance en Qualité de Travailleur Handicapé

³⁶ Construction d'un taux de « prévalence RQTH » et d'un taux de « prévalence RQTH » par déficiences à partir des données de 2012.

³⁷ ORP MO : ORientation Professionnelle Milieu Ordinaire

³⁸ Le terme « protégé » est entendu ici au sens spécialisé et pas uniquement ESAT.

En conclusion



- ✓ **De fortes variations du taux d'équipement en places d'ESAT : les 3 principales régions françaises ont un taux d'équipement en places d'ESAT inférieur à la moyenne et à la médiane nationale.**
- ✓ **Le taux d'équipement : un premier indicateur utile mais insuffisant à l'obtention d'une équité territoriale. Un indicateur à compléter par les caractéristiques socio-démographiques et sanitaires locales** (répartition des catégories socio-professionnelles, revenu moyen, taux de chômage, espérance de vie, mortalité et mortalité prématurée évitable... comparativement au national).
- ✓ **Des indicateurs liés à la présence plus ou moins importante de personnes handicapées « enfance-adultes » à recueillir auprès des MDPH – en coordination avec les diagnostics territoriaux** (taux de bénéficiaires de l'AEEH et de l'AAH dans la population notamment³⁹).
-  **La possibilité d'un taux d'équipement « pondéré » à approfondir.**
La construction d'un taux d'équipement « pondéré » pour l'analyse structurelle des besoins de places serait un atout non négligeable. Il permettrait de mieux prendre en compte les caractéristiques locales dans l'analyse des écarts à la moyenne d'un territoire. Le coefficient de pondération pourrait être construit à partir d'indicateurs socio-démographiques et liés au handicap⁴⁰. Cette démarche pourrait permettre une meilleure répartition territoriale des places d'ESAT et plus largement des équipements médico-sociaux à destination des personnes handicapées.

³⁹ 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.

⁴⁰ Coefficient à construire et à tester à partir d'une sélection des indicateurs utilisés les plus pertinents (répartition des catégories socio-professionnelles, revenu moyen, taux de chômage, espérance de vie, mortalité et mortalité prématurée évitable, taux de bénéficiaires de l'AEEH et de l'AAH dans la population...)

1.2. L'analyse des prescriptions et des orientations vers les ESAT

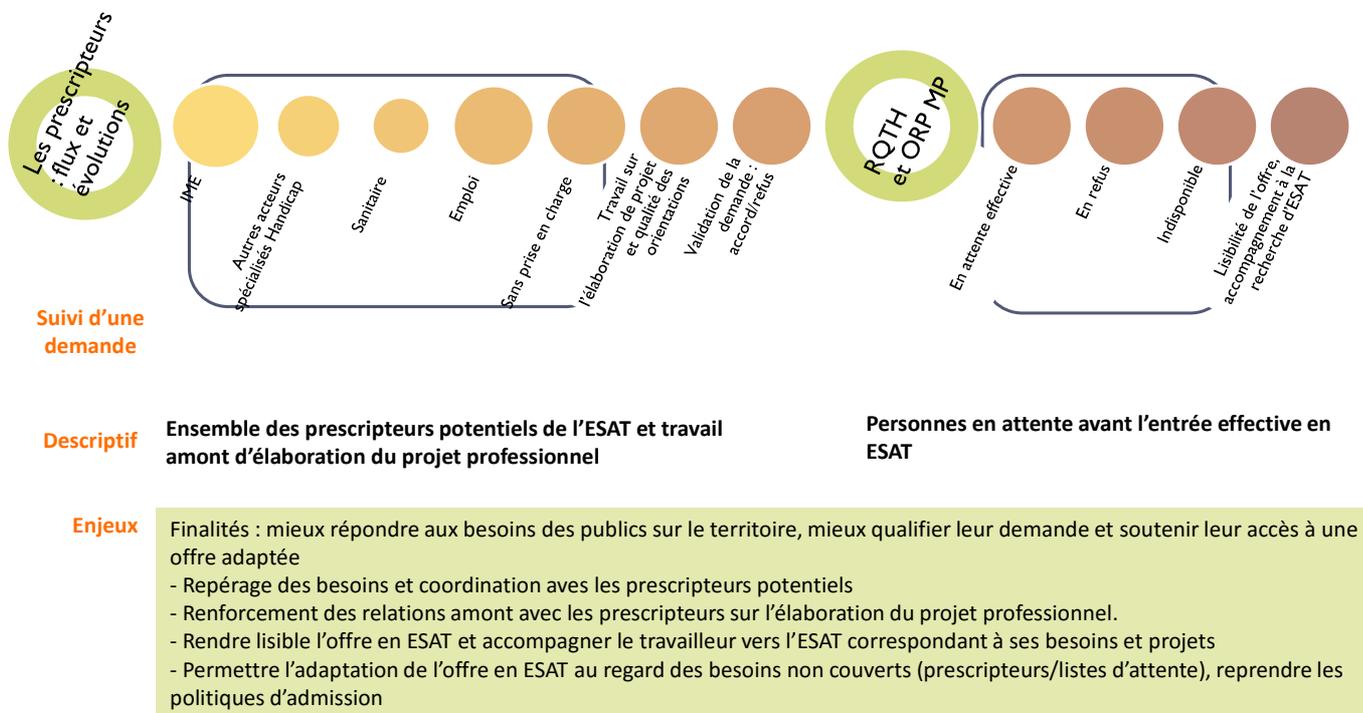
L'évaluation des besoins en amont de l'entrée en ESAT est prépondérante car elle inclue tous les éléments centraux liés aux listes d'attente mais également aux besoins des prescripteurs.

A cette phase, les travaux recueillis visent ainsi à répondre à plusieurs questions :

- Du point de vue des prescriptions tout d'abord : Quelle est l'origine des publics accueillis en ESAT ? Comment évoluent les orientations des principaux prescripteurs des ESAT ? Des personnes en attente d'orientation en ESAT sont-elles présentes dans les effectifs des principaux prescripteurs et des mouvements sont-ils à anticiper sur les prochaines années ? Il s'agit ici notamment des travaux sur les amendements Creton. Les prescripteurs font-ils remonter des évolutions des publics accueillis et susceptibles de rentrer en ESAT ?
- Du point de vue des orientations des MDPH ensuite⁴¹ : Les orientations des MDPH vers le milieu protégé (premières demandes) montrent-elles des besoins à la hausse ou à la baisse ? Sur quels territoires (départements voire infra-départementaux) s'expriment ces besoins ? Les personnes orientées accèdent-elles toutes à l'ESAT ? Comment explique-t-on les écarts éventuels ? A combien évalue-t-on les personnes en attente effective d'ESAT ?

L'ensemble de ces éléments et enjeux associés en termes d'adéquation des besoins tant pour le territoire que pour l'ESAT est récapitulé dans le schéma ci-dessous.

Figure 3. Analyse transversale – Prescription et orientation vers les ESAT



⁴¹ Outre les éléments liés à l'attribution des RQTH et aux orientations vus dans le point précédent sur les données structurelles (cf. encadré sur les travaux réalisés en Réunion).

1.2.1. Les liens des ESAT à leurs prescripteurs

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

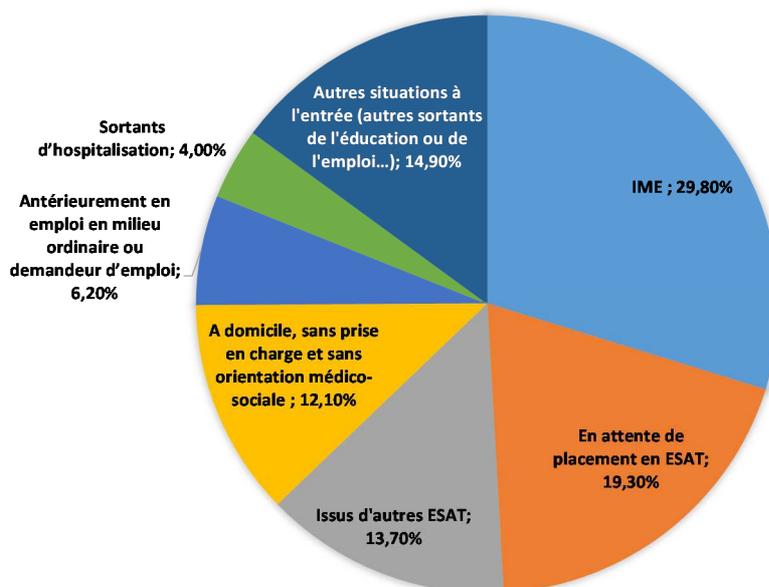
En matière de « prescription », plusieurs types de travaux sont mobilisables : les travaux sur les publics entrés en ESAT, d'une part et d'autre part, ceux sur les publics accueillis par les prescripteurs principaux ou potentiels des ESAT.

La répartition de la population admise en ESAT en 2010 montre différents prescripteurs principaux⁴² :

- Sans surprise, le principal type de prescripteurs est constitué des IME (à l'origine de 29,8% des entrées en ESAT) ;
- Les personnes en attente de placement en ESAT à 19,3% ;
- Les autres ESAT à 13,7% ;
- Des personnes à domicile, sans prise en charge et sans orientation médico-sociale à 12,1% ;
- Des personnes antérieurement en emploi en milieu ordinaire ou demandeur d'emploi à 6,2% ;
- Des sortants d'hospitalisation à 4%.

Situation avant son entrée de la population admise en ESAT en 2010

(source : DREES, enquête ES)



Plusieurs remarques à propos de ces chiffres :

- Le déploiement des SESSAD et en conséquence, l'entrée en IME de publics aux handicaps plus importants pourrait – c'est une hypothèse - avoir des impacts à terme sur les prescriptions vers les ESAT. Tel ne semble pas être le cas – en tout cas à ce jour : les données des sortants d'IME⁴³ montrent au contraire que 21.6% des sortants vont en ESAT en 2010, une proportion plus importante qu'en 2006 (18,7%).
- 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

⁴² Source : DREES, enquête ES 2010. Les données sur les publics entrants n'étaient pas disponibles en 2006, il n'y a pas – pour cette année considérée - de comparatif possible – 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.

⁴³ 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.

sans orientation médico-sociale » représentent à elles deux plus de 30% des entrées. Ces éléments ainsi que le faisait remarquer une enquête du CREAI Bourgogne⁴⁴ sont indicatifs de parcours diversifiés même si ces derniers peuvent inclure des parties de parcours antérieures toujours en IME (cf. ci-dessous).

- Autre aspect, signe d'une mobilité au sein du secteur protégé, les entrées d'usagers provenant d'autres ESAT pour 1 entrée sur 7 environ.



En complément de ces données, une enquête régionale du CREAI Bourgogne⁴⁵ montrait plusieurs éléments intéressants rompant avec la vision classique de filière IME vers ESAT – cette enquête a eu 40% de taux de réponse environ⁴⁶ et a permis de recueillir des données sur les entrées et sorties d'ESAT entre 2007 et 2011 ; **On peut mettre les résultats de cette enquête en perspective avec les données nationales issues de la dernière enquête ES⁴⁷ :**

- **Des entrées et des sorties d'ESAT à tout âge** : l'âge des personnes entrées en ESAT sur les 5 dernières années variait ainsi de 18 à 57 ans – avec bien sûr toujours un pic pour les 19-22 ans (41% des entrées);

Ainsi en 2010, pour les ESAT - France entière⁴⁸, l'âge moyen à l'admission était de 29,6 ans avec :

- o certes 46% de moins de 25 ans
- o mais également 20,6% de travailleurs de 40 ans et plus.



Cette dynamique – si elle rompt effectivement avec une vision classique n'est peut-être pas nouvelle. Elle avait déjà été notée il y a plus de 10 ans sur un autre territoire en Ille et Vilaine : des travaux antérieurs menés par AFPA Conseil⁴⁹ et cités par le CREAI Bretagne⁵⁰ montraient qu'en 2004, si effectivement, les travailleurs handicapés des ESAT étaient issus pour la majorité d'IME et d'IMPro, il ressortait toutefois que les ESAT étaient confrontés à une évolution des publics et de leur parcours : ainsi, arrivent en ESAT **« des 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. Par ailleurs, du fait d'une plus grande intégration scolaire en milieu ordinaire, la part de jeunes ayant connu cette intégration et orientés en ESAT est croissante. Or, ces jeunes sont moins préparés à la vie professionnelle ».**

- **Une logique locale restant prépondérante : les personnes accueillies sont majoritairement originaires du même département que celui de l'ESAT** ; Résultat local confirmé au niveau national puisqu'en 2010, 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** : ces publics représentaient à la fois 25,19% des entrées et 19,35% des sorties dans l'enquête menée par le CREAI en Bourgogne.

⁴⁴ P. Guyot, L'évolution des caractéristiques et des parcours des personnes accueillies en ESAT, Bulletin d'information du CREAI Bourgogne n°329, octobre 2012.

⁴⁵ 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).

⁴⁶ En proportion du nombre d'ESAT comme du nombre de places.

⁴⁷ Enquête ES de la DREES.

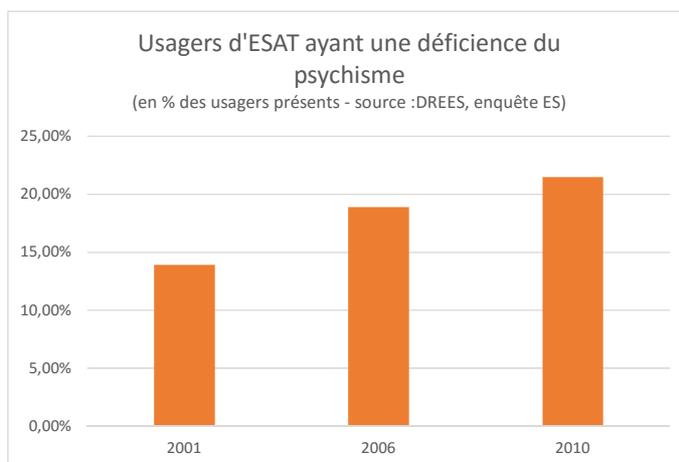
⁴⁸ Source : DREES, Enquête ES 2010 dans Makdessi Y., Mordier B., « Établissements et services pour enfants et adolescents handicapés. Résultats de l'enquête ES 2010 », Document de travail, DREES, Série Statistiques, n°177, mars 2013.

⁴⁹ Etude réalisée pour le PDITH 35 en Ille et Vilaine par AFPA Conseil auprès de 17 ESAT sur les 21 du département – données au 31/12/2004.

⁵⁰ CREAI Bretagne, Les travailleurs handicapés en Bretagne – volet 1, A propos de..., n°23, mars 2007.

Au niveau national, plusieurs travaux⁵¹ nationaux réalisés sur les ESAT montrent une montée en charge du public 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 2010⁵² selon les enquêtes ES 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 : ces usagers ont-ils été en contact avec des opérateurs du secteur sanitaire, du service public de l'emploi, d'autres opérateurs du médico-social et du champ de l'ESS... ? Cela reste à approfondir. A simple titre indicatif, et sans préjuger des besoins réels ou d'autres prescripteurs potentiels, on citera :

- **Les collaborations avec les opérateurs du Service Public de l'Emploi : des exemples liés à Pôle Emploi ou aux Missions Locales...**



Des travaux ont été menés en Vendée dans le cadre du PRITH⁵³ sur la situation des travailleurs handicapés orientés ESAT et inscrits à Pôle Emploi⁵⁴.

Ces derniers représenteraient 5,2% des demandeurs d'emploi handicapés inscrits (toutes catégories) en Vendée soit dans ce département environ 140 personnes. L'enquête faisait ressortir des publics ayant un âge moyen de 41 ans – ce qui fait écho aux parcours diversifiés cités précédemment, une durée moyenne d'inscription au chômage de 31 mois (30% des demandeurs orientés ESAT étaient inscrits depuis plus de 4 ans) et dont l'accompagnement était réalisé pour 70% d'entre eux par Pôle Emploi. **Ces éléments viennent ainsi interroger l'accompagnement de cette population spécifique et l'articulation Pôle Emploi – ESAT ;** démarche sur laquelle s'est engagé le PRITH plus largement dans la région avec les partenaires locaux via, par exemple, l'organisation de réunions collectives à la MDPH de Maine et Loire et la mise en œuvre d'appuis-conseils.

⁵¹ DREES, Enquête ES 2001, 2006 et 2010 – également cité par les travaux du CREAL 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.

⁵² 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 l'enquête ES).

⁵³ Plan Régional d'Insertion des Travailleurs Handicapés.

⁵⁴ Afpa Transitions, Etude relative à la situation des travailleurs handicapés orientés ESAT en recherche d'emploi, avril 2014.

Citons également, à titre d'exemple pour les publics jeunes, le partenariat développé par une Mission Locale et les Esat. Ce partenariat intervient à la fois en amont de l'entrée en Esat (voire de l'orientation en ESAT prononcée par la MDPH) et durant l'intégration au sein de l'Esat est détaillé dans le document d'appui pour la recommandation « ESAT » de l'ANESM⁵⁵ :

« En amont de l'admission (voire de l'orientation) en Esat : la Mission Locale accompagne les jeunes dans l'élaboration de leurs projets professionnels (mises en situation dans différents milieux de travail aboutissant le cas échéant à des projets d'orientations en Esat). Les publics accompagnés sont notamment des jeunes sortants d'IME ou des jeunes ayant eu une scolarité en milieu ordinaire et en classes spécialisées. Ce parcours est réalisé en lien avec les familles n'acceptant pas toujours une entrée en milieu protégé. Au fur et à mesure des étapes, les mises en situations permettent d'accepter la possibilité d'une entrée en Esat; la solution recherchée se situant d'abord en milieu ordinaire. La Mission Locale utilise des immersions en Esat et sur les différentes activités offertes sur le territoire afin de permettre aux jeunes de faire leur choix. Ces actions permettent, en l'absence de places en Esat d'éviter les ruptures de parcours en maintenant un accompagnement du jeune après sa sortie d'IME. Après l'entrée en Esat : comme pour une entreprise classique, la Mission Locale continue de réaliser un accompagnement du jeune, à sa demande, celle de sa famille ou à la demande de l'Esat : problématiques de logement, sociales, de santé.... Des problématiques de vie affective surviennent plus fréquemment pour ces jeunes. Cet accompagnement s'arrête lorsque les sollicitations cessent. Ces partenariats se sont développés depuis une dizaine d'années et se font dans le cadre du travail habituel de cette Mission Locale et de son accompagnement global sans conventions particulières. Ils concernent peu de jeunes mais avec des temps d'accompagnement décrits comme plus longs par son directeur. »

- **Les publics accueillis en chantiers d'insertion** (et plus largement dans les structures de l'insertion par l'activité économique – SIAE) où, d'après une enquête de la DARES⁵⁶, il existe certes des publics handicapés (6% de salariés reconnus handicapés accueillis) mais plus largement avec des problèmes de santé durables mais non reconnus (24% déclarent une maladie ou un problème de santé chronique ou durable). Si toutes les personnes ne sont pas concernées par le secteur protégé, ces éléments donnent du sens à la question de l'articulation ESAT-EA et structures de l'Insertion par l'Activité Economique (SIAE)⁵⁷ 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 :



Cette porosité possible entre secteur de l'exclusion et handicap était notamment cité par le rapport IGF-IGAS sur les ACI (Ateliers et Chantiers d'Insertion)⁵⁸ avec des influences territoriales sur les parcours IAE en fonction de l'offre locale repérée en ESAT et EA): « *Les travailleurs handicapés ne sont orientés vers les structures ACI que*

⁵⁵ Issu d'une enquête terrain. Cf. 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. Intérêt d'un partenariat également cité dans ARS Bretagne-CREAL de Bretagne, Etude et analyse des freins à la sortie des jeunes adultes handicapés de plus de 20 ans d'institution pour enfants, oct. 2012.

⁵⁶ 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.

⁵⁷ 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.

⁵⁸ IGF-IGAS, Rapport d'enquête sur les Ateliers et Chantiers d'Insertion, mai 2006

pour autant qu'ils ne trouvent pas de places dans les structures qui leur sont réservées (CAT⁵⁹ et Ateliers protégés⁶⁰) ».

De même, une étude réalisée par l'ANSA sur les parcours d'insertion professionnelle des bénéficiaires de l'AAH⁶¹ indique que les SIAE peuvent représenter une première étape pour le marché du travail et qu'elles peuvent également constituer un bon moyen d'éviter à la personne de décrocher ».

Ces partenariats ponctuels entre acteurs du handicap, de l'insertion par l'activité économique et/ou des acteurs du Service Public de l'Emploi sont brièvement évoqués mais se retrouvent dans divers travaux (sans être exhaustif, étude du CREAI menée par l'ARS Bretagne sur les amendements Creton, étude de l'ANSA sur les parcours des bénéficiaires de l'AAH, guide d'appui à l'élaboration de la recommandation sur l'accompagnement des usagers d'ESAT de l'ANESM...)⁶². **Ils indiquent une tendance et invitent à une plus grande diversification des prescripteurs.**

Des besoins spécifiques qualitatifs et quantitatifs évoqués par les IME - principaux partenaires prescripteurs des ESAT - en lien avec les amendements Creton

Au-delà de cette diversification potentielle des prescripteurs, plusieurs travaux montrent, pour les prescripteurs traditionnels des ESAT, des besoins d'amélioration quantitatifs⁶³ et qualitatifs liés aux relations prescripteurs/ESAT et offre en lien. **Ces travaux sont relatifs aux IME et ont été plus particulièrement menés sur les jeunes en amendements Creton.** 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 Piveteau⁶⁴ pour les « zéro sans solutions ».

La situation des jeunes en amendements Creton est en effet problématique et apparaît comme un des indicateurs de besoins du territoire – que ces besoins soient inhérents à des créations de places et/ou à une adaptation de l'offre Adolescence/Adulte et transitions afférentes.

Ainsi en 2010, 6176 jeunes en France étaient accueillis en établissement en Amendement Creton (cf. tableau ci-après).

⁵⁹ Aujourd'hui Etablissement et Service d'Aide par le Travail (ESAT).

⁶⁰ Aujourd'hui Entreprise adaptée (EA).

⁶¹ 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

⁶² 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 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.

⁶³ On reviendra sur la dimension quantitative dans les parties suivantes.

⁶⁴ 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.

Figure 4. Présence de jeunes sous amendement Creton selon la catégorie d'établissement (ES2010) Comparaison Aquitaine – France réalisé par le CREAHI d'Aquitaine⁶⁵

Catégorie d'établissement	Aquitaine			France		
	Présents	Jeunes Creton	%	Présents	Jeunes Creton	%
IME	3079	261	8,5%	68585	4712	6,9%
ITEP	1850	0	0,0%	14489	81	0,6%
IEM	484	33	6,8%	6978	440	6,3%
Polyhandicap	126	30	23,8%	5258	684	13,0%
IE auditive	311	3	1,0%	4654	42	0,9%
IE visuelle	100	7	7,0%	1560	65	4,2%
Etab. expérimental	44	9	20,5%	1235	22	1,8%
SESSAD	1782	13	0,7%	43680	130	0,3%
Ensemble	7776	356	4,6%	146439	6176	4,2%

Sources : DREES –ES 2010 - exploitation : CREAHI d'Aquitaine



Au niveau régional, les travaux menés par le CREAHI d'Aquitaine⁶⁶ montraient qu'au 1^{er} septembre 2013, il y avait au moins 325 jeunes en situation d'amendement Creton dans les établissements médico-sociaux aquitains⁶⁷ dont 94 jeunes en attente d'une admission en ESAT (avec un hébergement souhaité pour le tiers d'entre eux et avec une activité à temps partiel pour 10%). **L'étude notait qu'en Aquitaine, concernant les orientations notifiées par la MDPH concernant les jeunes sous amendement Creton que : « globalement, en ce qui concerne l'orientation vers le secteur adultes handicapés, 3 groupes d'importance assez équilibrée se distinguent entre les ESAT : 29%, foyer de vie : 31%, FAM et MAS : 35% ».**

Par ailleurs, si une tendance globale à la baisse en Aquitaine pouvait être observée par rapport aux données issues de l'enquête ES 2010, l'étude précise que cette décroissance ne devrait pas durer, et pourrait même s'inverser au vu des effectifs prospectifs fournis des jeunes de 18 et 19 ans actuellement présents dans les établissements concernés⁶⁸ ; **il est par ailleurs précisé que les départements ayant connu une baisse sensible de leurs effectifs étaient ceux qui avaient connus des extensions de places**⁶⁹. On reviendra sur ces dimensions quantitatives, au-delà des amendements Creton dans les parties suivantes.

Plus qualitativement concernant les amendements Creton, ces travaux du CREAHI d'Aquitaine ainsi qu'une autre étude du CREAI menée pour l'ARS Bretagne⁷⁰ ou encore en région Centre⁷¹ notaient plusieurs besoins (cf. encadré 1) et possibilités d'adaptation qualitative de l'offre et des pratiques professionnelles afin d'améliorer le lien entre les secteurs Adolescents et Adultes.

⁶⁵ Tableau tiré de : CREAHI d'Aquitaine-ARS Aquitaine, Les besoins des jeunes adultes handicapés accueillis dans les établissements médico-sociaux pour enfants et adolescents en Aquitaine, mars 2014.

⁶⁶ CREAHI d'Aquitaine-ARS Aquitaine, Les besoins des jeunes adultes handicapés accueillis dans les établissements médico-sociaux pour enfants et adolescents en Aquitaine, mars 2014.

⁶⁷ Cette estimation est une valeur-planche compte tenu des incertitudes existantes pour 2 établissements.

⁶⁸ Le CREAHI d'Aquitaine a en effet interrogé les établissements sur les orientations préconisées des jeunes de 18 ans et plus et non encore validées par les MDPH ainsi que sur les projections de besoins pour les jeunes de 16 à 17 ans.

⁶⁹ L'étude du CREAHI précise que deux départements ont vu une baisse sensible du nombre de ces jeunes : la Dordogne et les Pyrénées-Atlantiques compte tenu de la création de places. A l'inverse, en Gironde et dans les Landes, le nombre de jeunes sous amendement Creton a connu une augmentation importante, autour de 40%, très préoccupante en Gironde compte tenu du nombre de situations effectives (194), plus modérée dans les Landes car les effectifs concernés restent moins fournis (30). Le Lot-et-Garonne est le seul département dans lequel une stabilité des effectifs est observée (20).

⁷⁰ 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.

⁷¹ 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

Encadré 1 : Les problématiques repérées concernant l'accès des jeunes en aménagement Creton aux ESAT (Travaux du CREAI Bretagne, du CREAI d'Aquitaine et de CREAI Centre)

Plusieurs problématiques concernant les ESAT ont été mises en exergue par ces travaux :

- **Une employabilité décrite comme plus difficile des jeunes en aménagement Creton : des problématiques situées entre préparation amont des jeunes et accessibilité des ESAT.**

Les différents documents laissent apparaître des débats entre IME et ESAT sur les critères d'accès au travail protégé.



Parmi les jeunes de plus de 20 ans encore présents en IME et orientés vers un ESAT, ceux-ci, d'après des travaux menés en Bretagne⁷² « *apparaissent plus difficilement employables que ceux qui réussissent à quitter l'IME avant 20 ans (...). Leur employabilité apparaît (...) limitée du fait de leur rythme de travail (non adapté à un temps plein), ou de leur immaturité.* Cette question apparaît également dans les travaux aquitains où des prescripteurs des ESAT indiquent que les critères d'admission des ESAT sont très restrictifs (exigence de haute d'autonomie, de formation, de « rentabilité » des travailleurs).

A l'inverse, coté ESAT⁷³, il peut être regretté une insuffisante préparation en IME (adaptation des activités des ateliers professionnels d'IME Adolescents, travail sur les compétences et le projet professionnel);

- **En lien avec cette question d'employabilité, le besoin d'une prise en compte des besoins associés des usagers (habitat notamment et réponse globale aux besoins des jeunes en Aménagement Creton).** Cette question de l'employabilité n'est toutefois pas suffisante pour expliquer les décalages qui peuvent être liés à des besoins périphériques au travail du jeune.



L'étude bretonne note ainsi « *Mais c'est aussi l'enjeu de l'hébergement qui peut être le frein à la sortie de l'IME alors même que la capacité de travailler n'est pas remise en cause. Ces situations mettent en évidence la nécessité d'une approche multidimensionnelle (emploi, autonomie dans le logement, vie sociale...).* »

L'existence d'une offre d'hébergement et la distance avec le domicile familial étaient également mis en avant dans l'étude aquitaine.

- **La prise en compte de la place de la famille dans l'élaboration du projet :**



Il est noté également en Bretagne que les positionnements des parents peuvent être un frein. Plus particulièrement, l'Aquitaine note que pour les jeunes avec déficience profonde (et problématiques associées), la famille est souvent plus exigeante sur la proximité géographique du lieu de vie, quitte à attendre plus longtemps ;

- **La présence d'une offre locale à la hauteur des besoins locaux, suffisamment adaptable et organisée en réseau :** la disponibilité et la modularité de l'offre, la gestion des transitions, l'adaptation à l'accompagnement de handicaps spécifiques, la localisation des établissements au regard des besoins sont autant d'éléments pouvant influencer sur l'accès effectif aux ESAT des jeunes en aménagement Creton concernés et relevés par les différents travaux...

- o **Le besoin de temps partiels dès l'entrée en ESAT :** le manque de modularité des réponses en ESAT (temps partiel notamment) est pointé par les trois études en Bretagne, Aquitaine et région Centre.



En lien, l'Aquitaine note que « *les sections à temps partiel d'ESAT sont à ce jour surtout destinées aux personnes vieillissantes, il faudrait les ouvrir davantage aux jeunes arrivants qui ont besoin de temps pour s'adapter au rythme de travail et à un nouvel environnement* ».

Plus spécifiquement, l'étude Aquitaine note plusieurs points potentiellement liés à la disponibilité de l'offre locale et à son adaptation. Il s'agit de :

- o **La nécessité d'une disponibilité suffisante de l'offre en sortie pour favoriser les transitions.** La préparation des sorties des jeunes de leur établissement peut parfois connaître des difficultés.

⁷² 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.

⁷³ Issu du Rapport d'évaluation interne de l'ESAT de Bernay, APEI les Papillons Blancs de l'Eure, 2013.



En Aquitaine, il semble exister des délais parfois longs pour mettre en œuvre des essais et des stages que ce soit en ESAT (le temps d'attente pour faire un stage est jugé trop important, de 6 mois à un an et constitue un frein réel à l'orientation professionnelle) ou dans les structures d'hébergement tout en notant que certains établissements qui accueillent un public assez hétérogène ont mis en place des unités de préparation selon le type d'orientation (FO/FAM, ESAT, Milieu ordinaire)⁷⁴ ;

- **L'organisation d'une réponse aux publics en situation de handicap psychique au sein de l'ESAT et en partenariat.** Les relais et possibilités de partenariat notamment avec les services psychiatriques ainsi que la professionnalisation des équipes d'ESAT sur l'accompagnement de ces publics sont ainsi mis en avant afin d'améliorer les réponses existantes. Ce problème de réponse aux personnes en situation de handicap psychique n'est pas nécessairement lié uniquement aux ESAT mais aussi à la disponibilité d'une offre en co-accompagnement.



Le CREAHI Aquitaine note qu'une réponse est difficile à trouver pour des jeunes adultes présentant un handicap psychique. Ce public semble en Aquitaine « *en augmentation très sensible*⁷⁵ et les MDPH peinent à trouver des orientations correspondant à leurs besoins. Ces adultes, qui souvent ne supportent pas le collectif, restent à l'hôpital ou dans leur famille, faute de places adaptées. Beaucoup d'entre eux souhaiteraient intégrer un ESAT, mais ils ne sont pas prêts pour y rentrer. Les MDPH évitent de prendre une décision d'orientation dont elles ne sont pas sûres. Il n'y a pas suffisamment de réponses médico-sociales adaptées à ce public en sortie de crise ».

L'étude précise ainsi que « *la MDPH de Gironde constate, par exemple, que des jeunes sous aménagement Creton sont en demande d'ESAT, alors qu'il n'y a pas de tensions sur ce type de places et, le plus souvent, ce sont des troubles psychiques qui freinent ces sorties. Pour faciliter l'accueil des personnes avec handicap psychique en ESAT, il faudrait proposer un accompagnement en appui qui rassure les ESAT, peut-être un SAMSAH psy. D'une façon générale, des réponses innovantes, sont attendues pour ces publics* ». Il est cité à titre illustratif, dans le cadre des travaux du CREAHI⁷⁶, une expérience en Loire-Atlantique : des jeunes avec des troubles psychiques préparent leur orientation professionnelle vers le milieu ordinaire ou non avec un CATTP, centre d'activités thérapeutiques à temps partiel avec une association (association alternative à l'hospitalisation).

- **La localisation et l'offre territoriale des ESAT et de leurs partenaires :** outre cette question des temps partiels et de l'accueil de publics en situation de handicap psychique, d'autres éléments peuvent également être mis en avant.



L'étude aquitaine note ainsi que les ESAT sont souvent excentrés dans les zones rurales et les jeunes adultes sous aménagements Creton ne veulent pas forcément y aller car l'accès à ces établissements n'est pas aisé.

- **Les types d'activités proposés :** outre l'hébergement, la localisation de l'ESAT et la distance du domicile familial, d'autres critères liés aux activités à caractère professionnel proposées peuvent faciliter ou freiner l'admission : activités accessibles aux différentes efficacies des publics (à relier sur ce point aux problématiques évoquées précédemment d'employabilité) ou encore adaptées ou non avec un handicap psychique....

- En sus des IME, en Gironde, **la problématique spécifique des jeunes issus des ITEP est aussi évoquée.**



« *les ITEP dans leur grande majorité ne sont pas outillés pour l'orientation professionnelle, les ruptures d'accompagnement sont nombreuses, un jeune sur deux sortirait d'ITEP sans projet... Certains arriveraient en Mission Locale après 2 ou 3 ans. D'autres jeunes sont réorientés vers des IME ayant une section IMPro, ce qui permet de travailler avec eux la transition vers le monde adulte* » avec des besoins de réponses à adapter aux pathologies des jeunes accueillis⁷⁷.

⁷⁴ CREAHI d'Aquitaine-ARS Aquitaine, Les besoins des jeunes adultes handicapés accueillis dans les établissements médico-sociaux pour enfants et adolescents en Aquitaine, mars 2014.

⁷⁵ Jusqu'à 7 situations sur 10 pour la MLPH (MDPH des Landes) précise le CREAHI d'Aquitaine.

⁷⁶ CREAHI d'Aquitaine-ARS Aquitaine, Les besoins des jeunes adultes handicapés accueillis dans les établissements médico-sociaux pour enfants et adolescents en Aquitaine, mars 2014.

⁷⁷ L'étude du CREAHI Aquitaine précise que les pathologies présentées par certains de ces jeunes peuvent constituer une difficulté supplémentaire pour leur orientation. L'ARS indique avoir démarré une enquête ITEP en 2012 qui mettrait en

A partir des problématiques repérées (cf. encadré 1 précédent), **plusieurs recommandations détaillées ont été effectuées**⁷⁸ dans les travaux menés par le CREAI Bretagne et le CREAHI d'Aquitaine incitant à renforcer les coordinations opérationnelles entre structures accueillant des jeunes en aménagement Creton et ESAT :

- **Renforcer les liens entre ESAT et les structures jeunes – notamment les IME sur leurs enjeux respectifs, les aspects liés au travail et aux savoir-être impliqués ainsi que les éléments d'autonomie liés au transport et à l'hébergement.**

Plusieurs propositions sont ainsi évoquées :

- o **En amont de l'entrée en ESAT :**
 - **Renforcer l'accompagnement nécessaire au passage vers les structures pour adultes** afin de rassurer le jeune, les parents et l'équipe de la nouvelle structure et de faciliter la transition et l'adaptation. Il s'agit notamment de **renforcer les liens en IME et ESAT pour mieux préparer les jeunes à une activité professionnelle**, avec les moniteurs d'ateliers/éducateurs techniques des 2 catégories d'établissements, en travaillant sur les objectifs et les exigences des ESAT et en partageant des pratiques et des modes d'apprentissage, en utilisant des outils communs via le travail sur le projet de vie et professionnel ou encore, en agissant via le développement de la démarche de reconnaissance des compétences ;
 - Plus largement, il s'agit de **renforcer les mises en situation professionnelle de tous types** : en ESAT et ce avec une meilleure organisation, stages en SIAE, stages « intra-muros »... ;
 - **Renforcer le travail en amont**, y compris en partenariat avec l'ESAT, **sur l'hébergement, l'autonomie dans les transports.**
- o **Développer des nouveaux modes d'activité en ESAT avec des réponses graduées et diversifiées : développer la modularité des emplois en ESAT** (offre de travail à temps partiel⁷⁹) et ce, en articulation avec les Conseils Généraux concernant l'offre en co-accompagnement ceci afin de favoriser l'accès aux ESAT de jeunes pour lesquels le travail à temps plein n'est pas possible d'emblée (ou à plus long terme). Les deux études proposent, pour les publics atteints de troubles rendant difficile l'inscription dans des rythmes de travail, même adaptés des ESAT, **la mise en place d'ateliers à vocation professionnelle mais à « moindre productivité » ou encore à faible rentabilité.**



L'étude Bretagne précise que ces ateliers pourraient être valorisés via les CPOM. Toujours dans cette logique de diversification, l'étude aquitaine indique que l'ouverture des ESAT sur l'extérieur avec des activités en milieu ordinaire est à poursuivre.

- En lien avec ce travail renforcé en amont sur le projet du jeune, il s'agit également de **renforcer les liens à la MDPH dans le cadre de son travail d'orientation :**



L'étude bretonne⁸⁰ propose de « *Formaliser et harmoniser avec les établissements pour enfants, pour adultes et la MDPH de référence, les pratiques d'évaluation des compétences et des besoins avant de déterminer les orientations* ».

évidence un grand nombre de jeunes avec des pathologies autistiques. L'enquête ES 2010 a en effet permis de recenser 7% de jeunes autistiques en ITEP (soit 125 jeunes) et 17% de jeunes présentant une psychose infantile (soit 312 jeunes) ; au total le quart des jeunes d'ITEP pourraient être concernés par des troubles du spectre autistique.

⁷⁸ On pourra utilement consulter ces travaux pour le détail complet et précis des recommandations.

⁷⁹ Modularité également mise en avant dans les travaux de l'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

⁸⁰ 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.

On notera également la pratique de la MDPH de la Côte d'Or⁸¹. Cette dernière a mis en place une procédure de gestion et une Commission d'harmonisation (directeurs d'ESMS, Education Nationale, DDCS, ARS et membres du secteur Enfance de la MDPH) afin d'établir un classement en fonction de critères de priorité des jeunes orientés vers le secteur adulte.

- **Diversifier l'offre d'hébergement/habitat « adultes »** à l'image de ce qui se réalise dans le secteur enfance et adolescence.



Concernant les travailleurs d'ESAT, il est ainsi précisé en Aquitaine que « les foyers d'hébergement ne répondant plus aux aspirations des jeunes les plus autonomes, d'autres formules sont à développer : habitat éclaté, appartement d'accès à l'autonomie etc... L'externalisation de l'offre de places de type « foyer d'hébergement » pourrait aussi être l'occasion de reconverter une partie de l'offre intra-muros en foyer occupationnel ».

- **Développer les relais pour éviter les ruptures** ceci en développant les conventionnements avec les Missions Locales (cf. paragraphe précédent). Un intérêt valable tant pour l'ensemble des sortants du secteur spécialisé qu'ils soient orientés milieu protégé ou milieu ordinaire⁸².
- **Proposer des dispositifs passerelles ou structures intermédiaires entre le secteur « enfants » et le secteur « adultes » afin de valider progressivement un projet**, dans un cadre où les jeunes adultes sont entre eux, sur une temporalité adaptée à leur rythme. **Ce besoin de réponses intermédiaires innovantes a également été mis en avant dans plusieurs autres travaux** (Creai Centre, travaux DGCS-DGEFP-ANAP...)⁸³.

Les études Aquitaine, Bretagne et Centre recommandaient enfin une amélioration nécessaire du pilotage en termes de suivi des besoins et d'améliorations quantitatives. **Il s'agirait notamment d'adapter le nombre de places d'ESAT au regard des besoins quantitatifs** (Bretagne, Aquitaine) **et/ou d'adapter qualitativement les réponses** (cf. suite de cette synthèse).

Ces aspects liés aux jeunes en amendements Creton sont à rapprocher de l'ensemble des personnes en situation d'attente et leurs différentes priorités (cf. point suivant). On notera d'ailleurs que le CREAL Centre a ainsi réalisé ses travaux sur l'ensemble des listes d'attente et non uniquement sur les amendements Creton : **ce rapprochement est d'autant plus important qu'on l'a vu les parcours des (futurs) usagers d'ESAT apparaissaient diversifiés.**

⁸¹ MDPH de la Côte d'Or, Listes d'attente en ESMS, actualisation des critères de classement, 2009.

⁸² L'Aquitaine notait ainsi que les jeunes qui sont orientés vers le milieu ordinaire ne peuvent pas bénéficier de l'amendement Creton. Dès leurs 20 ans, l'IME n'est plus financé pour leur accompagnement d'où des tensions sur ces publics, pour lesquels on ne peut « prendre le temps ».

⁸³ ARS Centre-CREAL 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 ou encore 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.

En conclusion



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

- ✓ **Des relations avec les IME à renforcer et des adaptations réciproques – en lien avec les besoins des jeunes en aménagements Creton ; Notamment :**
 - Un rapprochement IME-ESAT (stages, pratiques professionnelles, activités...) et un renforcement de la préparation « amont »
 - La mise en œuvre de réponses diversifiées et modulables à analyser : 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.

- ✓ **Des prescripteurs alternatifs à aller chercher ? A repérer à partir des parcours du tiers des personnes pour lesquels il n'y a pas de prescripteur identifié...**

Exemples :

 - Les collaborations avec les opérateurs du SPE (Service Public de l'Emploi) et plus particulièrement Pôle Emploi et les Missions Locales.
 - Les liens avec l'Insertion par l'Activité Economique et notamment les Chantiers d'Insertion.
 - Et d'autres à repérer...

1.2.2. Les personnes en attente d'entrée en ESAT

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 :

- **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.

Ces deux aspects – que nous allons analyser - s'inscrivent dans un environnement d'attribution des RQTH et d'orientation qu'il est également nécessaire de prendre en compte.

Un point de vigilance préalable sur la possible influence des pratiques des MDPH en matière de RQTH⁸⁴ et d'orientation

Plusieurs travaux s'interrogent sur les pratiques d'attribution des RQTH et d'orientation notamment lorsque l'offre disponible est insuffisante. Ces pratiques ont nécessairement des impacts sur les volumes et les caractéristiques des personnes en attente d'entrée en ESAT. Trois points ressortent plus particulièrement :

- **Des doctrines différentes des MDPH en termes d'attribution de la RQTH ou encore des orientations**



Une étude de l'Ansa⁸⁵ sur les parcours des bénéficiaires de l'AAH indiquait ainsi qu'il était nécessaire de préciser certaines notions telles que la RQTH qui pouvaient être imprécises pour les professionnels ayant participé aux travaux – la loi en donnant une définition assez générale. Il en découlait ainsi des pratiques relativement hétérogènes selon le département avec :

- *« Un relatif «laxisme » de la CDAPH pour accorder cette reconnaissance. Cette situation inquiète certains professionnels car elle favorise l'embauche de personnes assez peu éloignées de l'emploi (qui bénéficient de la RQTH) au détriment de personnes plus lourdement handicapées.*
- *Une interprétation très rigoureuse des textes. Ainsi, dans certains départements (Paris par exemple), dans le cadre de demandes de renouvellement, la RQTH n'est plus accordée à partir du moment où la personne a bénéficié d'une compensation permettant d'«annihiler» le handicap. Cette pratique sera expertisée au niveau national, car elle risque de pénaliser la personne par exemple si elle perd son emploi ou souhaite en changer. Dans d'autres départements, la RQTH n'est pas accordée à des bénéficiaires de l'AAH, les personnes étant jugées «trop éloignées de l'emploi», ce qui peut également pénaliser la personne si une opportunité d'emploi s'offre à elle. »*

Des travaux menés en région Centre par le CREAI⁸⁶ indiquaient également, à partir des entretiens réalisés avec les MDPH et les ESMS, qu'il convenait « de préciser que la MDPH de l'Indre appréhende le passage en ESAT comme étant un dispositif facilitant le retour en milieu ordinaire et oriente donc plus facilement vers ces structures. Faute

⁸⁴ Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé

⁸⁵ 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

⁸⁶ 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.

de place suffisante, ces personnes sont donc inscrites sur des listes d'attente, accentuant ainsi le nombre de personnes déjà présentes sur ces listes ».

- **Les difficultés d'évaluation du handicap psychique dans l'attribution de la RQTH et la réalisation d'orientations**

En lien avec l'attribution de la RQTH, la question spécifique de l'évaluation du handicap psychique et des conditions d'orientation des publics concernés était également pointée⁸⁷ avec à la fois des notions différentes de ce qu'est une RQTH et des conditions d'attribution ainsi que des difficultés d'appréciation des situations. Cette question apparaît d'autant plus prégnante que ce handicap reconnu par la loi de 2005 connaît depuis une progression importante que l'on voit apparaître dans les publics accueillis dans les ESAT⁸⁸ et plus largement dans d'autres ESMS.

- **Une « auto-censure » pouvant exister dans les orientations en raison de l'absence de places**
D'autres travaux relèvent également les auto-censures pouvant exister dans des orientations en raison de l'absence de places et ce, de façon ancienne⁸⁹.



Ainsi l'étude réalisée par le CREA I en région Centre sur les listes d'attente⁹⁰ notait que les orientations prononcées par la CDAPH pouvaient être réalisées sous deux approches :

- sous contrainte de l'offre existante sur le territoire (orientation par défaut faute de place disponible et adaptée aux personnes ou d'offre suffisamment développée) ;
- hors contrainte de l'offre existante sur le territoire (réponse au projet de vie de la personne en situation de handicap et adaptée à ses besoins).

L'étude préconisait ainsi de limiter les orientations sous contrainte de l'offre (par défaut) ce qui contribuait au final, à accentuer le manque de places en ESMS et à rendre invisibles les besoins.

Cette problématique d'orientation tenant compte ou non de la structure du territoire entre réponse aux projets et solutions d'attente rejoint les thématiques du rapport de Denis Piveteau⁹¹ dont les propositions visent à placer un mécanisme de double-décision au sein des MDPH afin de gérer les priorités immédiates « en mobilisant toute la palette des solutions « modulaires » capables d'apporter ne serait-ce qu'un complément de réponse pour soulager les tensions, tout en cheminant vers la réponse souhaitée ». Dans la continuité du rapport Piveteau, la mise en place de ce mécanisme de double-orientation a été annoncée par la secrétaire d'Etat aux personnes handicapées et à l'exclusion Ségolène Neuville le 5 février 2015.

Le suivi des orientations vers les ESAT : un enjeu majeur pour évaluer le nombre de personnes en attente effective d'ESAT et connaître leurs besoins, des bonnes pratiques locales

Ce suivi est plus complexe qu'il n'y paraît. L'analyse des travaux et expériences remontées montrent que **l'actualisation des listes d'attente suppose quatre éléments principaux simultanés** – éléments que l'on retrouve toutefois de façon disparate dans les travaux repérés :

⁸⁷ Idem note précédente.

⁸⁸ Cf. point précédent sur l'évolution des publics accueillis en ESAT et la partie suivante 1.3.

⁸⁹ L'étude IGAS, Evaluation du besoin de places en CAT, MAS et FAM de décembre 2003 en faisait déjà état.

⁹⁰ ARS Centre- CREA I 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.

⁹¹ 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.

- **Élément 1 : La mise en place d'un suivi des décisions d'orientation et d'une liste d'attente ESAT par la MDPH.**

Point bien évidemment essentiel mis en avant par l'ensemble des travaux et rapports tels que, par exemple le rapport Vachey-Jeannet⁹² et près de 10 ans auparavant à l'époque des Cotorep, par le rapport IGAS⁹³. Ce point de suivi du devenir des orientations est essentiel pour identifier celles qui sont toujours et effectivement en attente, les réponses à développer et repérer les publics sans réponse effective. Des MDPH et plus largement des territoires (en articulation ARS, MDPH, ESAT) ont par ailleurs mis en place, à partir de ces listes, des critères de priorités (cf. ci-après).

- **Élément 2 : Une articulation ESAT-MDPH afin, en premier lieu, que les ESAT indiquent les personnes effectivement entrées en établissement et leurs besoins d'admission ; hors ainsi que le point plusieurs travaux, cette action prévue par la réglementation⁹⁴ n'est dans le fait pas systématiquement mise en place.** De ce point de vue, cette articulation avec les ESAT implique également les ARS dans le rappel de cette réglementation.



Une étude de l'ANSA⁹⁵ sur les bénéficiaires de l'AAH de même que le bilan d'un opérateur en charge de l'actualisation des listes d'attente ESAT⁹⁶ citaient notamment des réticences des ESAT à donner de façon régulière ces informations d'actualisation.

Une étude menée en région Centre⁹⁷ relatait que 36,4% des ESMS (dont ESAT) indiquaient avoir des difficultés à réaliser ces actions d'actualisation des données concernant leur liste d'attente.

De même, cette articulation fait l'objet de pratiques diverses selon les MDPH. Celles-ci apparaissent en arrière-plan des travaux : certaines MDPH envoient des notifications aux établissements, d'autres envoient une liste aux établissements ayant des besoins d'admission, d'autres territoires enfin fournissent une liste d'ESAT aux personnes à qui il appartient enfin de poser admission.



L'étude précédemment citée du CREAI Centre montrait également des problématiques dans le contenu des informations transmises (données manquantes ou périmées). Ces différences de pratiques des MDPH se cumulent en parallèle à des différences de pratiques des ESAT eux-mêmes sur la tenue de listes d'attente (certains n'en ont pas, les conditions de gestion et d'actualisation de la liste peuvent varier).

Enfin, ce travail d'articulation ESAT-EA sur les listes d'attente n'est complet que s'il intègre les personnes en attente de places dans les établissements ; cela implique que les ESAT accompagnent les personnes à réaliser les demandes de réorientation ou de double-orientation (par exemple accompagnement sur les temps libérés en cas de temps partiels) même en l'absence de réponse sur le territoire afin que les besoins soient identifiés.

⁹² Vachey L., Jeannet A. et alii « Etablissements et services pour personnes handicapées : offres et besoins, modalités de financement », IGAS-IGF, octobre 2012.

⁹³ IGAS, Evaluation du besoin de places en CAT, MAS et FAM, décembre 2003.

⁹⁴ Article R146-36 du CASF : « Les établissements et services désignés par la commission des droits et de l'autonomie en application du 2° de l'article L. 241-6 informent la maison départementale des personnes handicapées dont relève cette commission de la suite réservée aux désignations opérées par ladite commission. La transmission de cette information intervient dans le délai de quinze jours à compter de la date de réponse de l'établissement ou du service à la personne handicapée ou à son représentant. L'établissement ou le service doit également signaler à cette occasion la capacité d'accueil éventuellement disponible ainsi que le nombre de personnes en attente d'admission ».

⁹⁵ 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

⁹⁶ Mutualité Française Bourguignonne– Pôle Insertion, Bilan de la convention ORP ESAT/MDPH, année 2013.

⁹⁷ 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.

- **Élément 3 : Une actualisation directement auprès des personnes inscrites sur les listes afin d'identifier celles qui sont réellement en attente et disponibles pour une entrée en ESAT.** Ce point n'est pas systématique mais est clairement essentiel. Pour rappel des données citées en introduction, l'étude IGAS⁹⁸ citait en 2003 déjà que la déperdition entre les listes d'attente (ESAT, MAS, FAM) et les personnes en attente effective variait entre 40 et 67%. Des chiffres plus récents montrent que cette situation n'a pas changé.

Ainsi, à titre d'exemple :



En Côte d'Or, le bilan 2014⁹⁹ du suivi des orientations ESAT de l'année en cours ont abouti aux résultats suivants : sur 44 ORP, la liste d'attente effective et confirmée sur la seule année de 2014 était de 21 personnes (soit 48% de la liste initiale exprimant leur disponibilité). Dans le détail, on note une forte proportion de personnes injoignables : « 6 personnes étaient rentrées en ESAT, 9 demandaient de l'aide dans leur démarche ou à être contactées par un ESAT, 12 étaient déjà en contact avec un ESAT, 4 ne voulaient ou n'avaient pas demandé à travailler et 13 pour lesquelles aucun contact n'a été possible (pas de n° ou mauvais n° de téléphone, pas de réponse au message) ».

De même, le suivi de la liste d'attente dans le département du Nord¹⁰⁰ repose sur une classification par convention en 11 situations (cf. encadré). Ce suivi, en articulation avec la MDPH, se réalise aujourd'hui par les 9 APEI du Nord. Les données sont ensuite consolidées sans doublons. Elles représentent d'après l'ADAPEI du Nord environ 80% des personnes en attente d'entrée en ESAT. Ce suivi se réalise quelle que soit l'année d'orientation et montre que sur 3043 personnes en attente en 2013, 1535 déclarent être toujours intéressées par une entrée en ESAT (soit une liste d'attente effective de 50,5% de personnes en attente).

Parmi elles :

- o Une partie (941) de ces personnes intéressées sont décrites comme non prêtes immédiatement car engagées dans des démarches intermédiaires mais non stables : le département du Nord a en effet mis en place des dispositifs permettant de gérer les transitions (les SISEP¹⁰¹) pour les personnes en attente d'ESAT et ces personnes peuvent être engagées dans des démarches de type actions de mobilisation, de formations y compris courtes, contrats aidés/ à durée déterminée... Ces personnes non prêtes dans l'immédiat font partie de la liste car susceptibles, ce qui survient régulièrement, d'interrompre leurs démarches pour rentrer en ESAT¹⁰² et de fait, manifestent leur intérêt constant.
- o 594 se déclarent à la fois intéressées et prêtes pour une entrée en ESAT soit 19,5% de la liste complète.
- o La part des non-réponses apparait ici comme relativement faible (11% de la liste) peut-être compte tenu de l'antériorité du suivi.

Dans le Pas de Calais¹⁰³, il n'y a pas d'actualisation régulière des listes auprès des personnes (hors action ponctuelle réalisée en 2009 pour une mise à jour « de fond » de la liste) mais la MDPH indique que lors de la transmission de liste de noms prioritaires à contacter par un ESAT, les déperditions sont importantes (écart d'environ 2/3 : par exemple, sur une liste de 14 personnes transmise, 5 se présentent à l'ESAT) avec

⁹⁸ IGAS, Evaluation du besoin de places en CAT, MAS et FAM, décembre 2003.

⁹⁹ Mutualité Française Bourguignonne– Pôle Insertion, Bilan de la convention ORP ESAT/MDPH, année 2014.

¹⁰⁰ Eléments transmis par l'Adapei 59.

¹⁰¹ Services d'insertion Sociale et Professionnelle

¹⁰² Entretien réalisé auprès de l'Adapei 59.

¹⁰³ Entretien réalisé auprès de la MDPH 62.

notamment **un motif évoqué par les ESAT de la crainte d'une partie des personnes de perdre l'AAH et qui se maintiennent sur la liste.**

Des travaux menés en Vendée¹⁰⁴ sollicités par le PRITH montraient que parmi les Demandeurs d'Emploi Handicapés orientés ESAT et inscrits à Pôle Emploi, 60% avaient pris contact avec un ESAT et seulement 30% y avaient déjà fait un stage. Des résultats qui interrogent tant sur les 40% qui n'ont pas posé candidature pour admission que sur le besoin potentiel de places dans le territoire.

Les différentiels entre orientation et liste d'attente réelle peuvent ainsi être variés : refus d'orientation en ESAT¹⁰⁵, hospitalisation, phases de travail en milieu ordinaire notamment via des contrats aidés, autres démarches mises en œuvre en l'attente, maintien dans la liste de peur de perdre l'AAH¹⁰⁶... **Point important à préciser, 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 (cf. encadré 1 et 2 ci-après) : les projets des personnes orientées peuvent évoluer dans les deux sens et leurs droits restent ouverts.**

Encadré 1 : Le suivi et l'actualisation des listes d'attente dans le département du Nord¹⁰⁷, la définition de procédures et de 11 indices de situations

En lien avec l'ARS Nord Pas de Calais, l'Adapei 59 réalise annuellement une synthèse des listes d'attentes consolidée à partir d'une copie des listes transmises par les 9 Apei du Nord à l'ARS en début de chaque année comme indiqué dans la procédure du 10 octobre 2007 encore appliquée aujourd'hui par les APEI et probablement d'autres organismes gestionnaires d'ESAT. Les chiffres indiqués sont sans doublons et représentent environ 80% de la population inscrites en liste d'attente ESAT dans le département du Nord.

Cette procédure datant de 2007 mise en place par la DDASS d'alors fixait plusieurs éléments relatifs à la procédure d'admission en ESAT et à l'établissement de listes d'attente.

Concernant la procédure d'admission, il est ainsi prévu que :

- *L'ESAT en accord avec son agrément respecte l'ordre chronologique d'inscription et la disponibilité des personnes inscrites sur la liste d'attente. L'indisponibilité d'une personne devra être argumentée (...)*
- *L'ESAT envoie la lettre de notification au travailleur handicapé (avec modèle joint)*
- *En cas de demande de dérogation sociale, l'ESAT doit informer la DDASS avant l'entrée du travailleur handicapé dans l'établissement*
- *L'ESAT conserve une copie du courrier de notification d'admission dans le dossier personnel du travailleur et dans un registre spécifique dédié aux mouvements des travailleurs handicapés par année civile (modèle de tableau joint en 3 parties admission et transferts, suspensions, sorties).*
- *Ces documents devant être mis à jour régulièrement.*

Un tableau de liste d'attente fait également l'objet d'une procédure avec modèle joint. Celui-ci doit être mis à jour régulièrement et transmis chaque année à la DDASS aujourd'hui ARS)

Ce tableau reprend l'ensemble des personnes qui se sont manifestées auprès de l'association ou de l'ESAT pour une future admission en ESAT. La procédure est la suivante avec une classification s'appuyant sur 11 indices de situations :

¹⁰⁴ Afpa Transitions, Etude relative à la situation des travailleurs handicapés orientés ESAT en recherche d'emploi, avril 2014 – travaux menés dans le cadre du PRITH Pays de la Loire.

¹⁰⁵ Etude AFPA Conseil sur les listes d'attente au 31/12/2004 citée par le CREAL Bretagne, Les travailleurs handicapés en Bretagne – volet 1, A propos de..., n°23, mars 2007.

¹⁰⁶ Points évoqués avec l'ADAPEI 59 et la MDPH du Nord.

¹⁰⁷ Eléments transmis par l'Adapei du Nord en lien avec l'ARS Nord Pas de Calais.

 Liberté • Égalité • Fraternité REPUBLIQUE FRANÇAISE	Titre : Tableau Liste d'attente ESAT Procédure en vigueur à compter du 1 ^{er} octobre 2007	Thème : ESAT
DDASS du Nord SPH	Rédacteurs : Salima HECHAM et Stéphanie GRISEL	Date de création : 30/08/2007

Principe : Ce tableau reprend l'ensemble des personnes qui se sont manifestées auprès de l'association ou de l'ESAT pour une future admission en ESAT.

Apparaissent dans le tableau : le rang, les nom et prénom, la date de naissance, l'adresse, le code postal, la ville, le numéro de dossier MDPH, le profil de poste, des observations, la dernière situation et l'indice.

❖ Le tableau Liste d'attente ESAT, mis à jour régulièrement par l'ESAT ou/et l'association, est transmis à la DDASS une fois par an, le 15 janvier N+1 (période concernée du 01-01-N au 31-12-N).

❖ Le classement des adultes handicapés sur la liste d'attente est fonction de leur date de demande écrite et non pas du n° COTOREP, de la date de décision MDPH ou de l'âge*.

* Lors des mises à jour, l'ajout de personnes se fait à la suite de la dernière personne inscrite sur la liste d'attente. Il n'est pas possible d'intercaler des personnes dans la liste existante. C'est pour cela qu'une codification a été mise en place avec des indices numérotés de 1 à 11 (voir tableau ci-dessous) pour décrire la situation des personnes inscrites sur la liste d'attente. Le classement respecte donc l'ordre chronologique d'inscription et n'est pas pénalisant pour les personnes. Ainsi, il est possible d'admettre une personne inscrite au 10^{ème} rang si les 9^{èmes} personnes ne sont pas disponibles pour une entrée immédiate. Mais ces 9 personnes resteront toujours en tête de la liste d'attente et rentreront dans un ESAT lorsqu'elles seront prêtes.

Liste des Indices :

Dernière Situation	Indice
Toujours intéressé et prêt	1
Toujours intéressé pas prêt	2
Changement de département	3
Changement d'orientation CDAPH	4
Déjà dans une structure (ESAT/MAS/FAM/FO)	5
En entreprise adaptée	6
En milieu ordinaire	7
Hospitalisé	8
Ne répond pas au courrier ou non joignable	9
Plus intéressé	10
Autre	11

Mouvements des indices :

- Toutes les personnes codées 3, 4, 5 et 10 sur le tableau Liste d'attente ESAT fourni à la DDASS, doivent être supprimées du prochain tableau qui sera transmis à la DDASS, sauf en cas de changement de situation de la personne.
- ❖ Il est nécessaire d'apporter un justificatif pour toute suppression de personnes inscrites sur la liste d'attente.
- Toutes les personnes codées 6,7 et 9 restent sur la liste.
- ❖ Toute personne entrée en ESAT doit figurer avec le code 5 sur le tableau transmis annuellement.
- ❖ Dorénavant, le tableau Liste d'attente ESAT comporte des colonnes " Evolution du : ..." qui permettent de suivre les évolutions des situations annuelle des personnes inscrites ou nouvellement inscrites sur la liste d'attente (voir modèle de tableau Liste d'attente ESAT).

Encadré 2 : Le suivi et l'actualisation des listes d'attente ESAT dans le département du Pas de Calais¹⁰⁸

La MDPH du Pas de Calais a pour particularité d'avoir lancé un projet d'optimisation de la gestion des listes d'attente pour l'entrée en établissement ou service médicosocial cité notamment par le rapport Vachey-Jeannet¹⁰⁹ : « La MDPH a lancé un projet concernant l'optimisation de la gestion des listes d'attente en ESMS et sollicité et obtenu un appui de la CNSA sous forme de subvention. Le projet initial a cependant connu des évolutions. L'objectif est d'aboutir à une gestion collective des admissions, à partir de critères communs et de règles de gestion définies conjointement entre les structures d'accueil, les financeurs et la MDPH, avec pour caractéristiques : une inscription unique sur la liste d'attente ; un partage de l'information entre et avec les ESMS pour simplifier les démarches des usagers à la recherche d'un établissement ou d'un service ; un contrôle a posteriori du respect du processus et des critères ; une fonction d'observation des besoins non satisfaits ; une aide à l'élaboration de solutions alternatives ; une gestion positive de l'attente. (...) Les différentes étapes du projet sont les suivantes : cartographie des personnes en attente réelle de place (réalisé) ; diagnostic du système actuel de gestion (réalisé) ; définition de nouvelles règles de gestion d'admission en établissement et service médico-social (réalisé) ; Définition d'un nouveau système d'information avec règles de gestion associées (réalisé) ; l'informatisation de la solution retenue ».

La mise en place de ce logiciel de suivi des orientations accessible en extranet est aujourd'hui en attente et a été décalé à la rentrée 2015. Il gèrera plus de 5 critères de priorisation (urgence sociale, retour de Belgique, amendements Creton, personnes en établissement mais en attente d'orientation...) et les établissements pourront s'y connecter.

Afin d'assurer le suivi des décisions et de gérer les priorités en entrée d'établissement (ici d'ESAT), il a été mis en place :

- Une gestion en mode excel – en l'attente du logiciel - des personnes en liste d'attente (liste par établissement ou pour les hébergements, liste par territoire).
- Pré-affectation de personnes orientées vers des ESAT (plusieurs ESAT possibles)
- Lorsqu'un ESAT est en attente de place(s), l'ESAT se rapproche de la MDPH qui lui transmet la liste des personnes à contacter (5 à 10 noms : liste prioritaire et liste croissante des orientations ; pour les plus prioritaires, le critère actuel est l'urgence sociale).
- L'ESAT réalise ensuite un retour à la MDPH pour actualisation de la liste (si la personne ne se présente pas, transmission d'un courrier afin de savoir si elle souhaite toujours être maintenue sur la liste d'attente).

Modalités de mise à jour :

- En 2009, contact (téléphone, courrier) de toutes les personnes en liste d'attente pour mise à jour « de fond » de la liste
- Depuis :
 - Articulation avec les établissements sur le suivi et l'actualisation sur les noms transmis.
 - Lorsqu'une orientation arrive à échéance, la personne est conservée sur la liste afin qu'elle ne perde pas sa priorité éventuelle en cas de renouvellement de sa demande

Modalités de comptabilisation statistique des personnes en attente : il s'agit du nombre de personnes orientées ESAT avec orientation à jour et de 55 ans au plus¹¹⁰.

¹⁰⁸ Eléments issus de l'entretien réalisé avec la MDPH sauf mention contraire.

¹⁰⁹ Vachey L., Jeannet A. et alii « Etablissements et services pour personnes handicapées : offres et besoins, modalités de financement », IGAS-IGF, octobre 2012.

¹¹⁰ Au-delà de ces statistiques, comme indiqué précédemment, un retour qualitatif des ESAT a été effectué par la MDPH qui indique un écart important entre les personnes inscrites et celles qui ne se présentent pas ou ne répondent pas à un contact d'ESAT (écart d'environ 2/3 : ex, liste de 14 personnes transmises, 5 se présentent) ; avec notamment un motif évoqué par les ESAT de la crainte d'une partie des personnes de perdre l'AAH et qui se maintiennent sur la liste.

- **Élément 4 : L'exploitation des informations et la connaissance des besoins affinés des publics.** Les listes d'attente peuvent être consécutives à plusieurs éléments cités au fur et à mesure des travaux. Citons notamment :

- Le territoire de recherche,
- Les types de handicap au premier titre duquel l'existence d'une offre permettant l'accueil de publics en situation de handicap psychique,
- Une offre en lien notamment d'hébergement ou encore d'accompagnement (SAVS, SAMSAH...) ou structures d'accueil ou d'accompagnement complémentaires à l'ESAT en cas de mise en œuvre de temps partiels).
- L'étude réalisée par le CREAI Centre¹¹¹ recommandait également de prendre en compte les demandes des familles ou des représentants légaux :



« Les familles, qui sont confrontées aux multiples rappels de leur situation, sont sollicitées à chaque fois qu'une rencontre est envisagée avec la MDPH ou les ESMS. Ces informations qu'on leur demande, pourtant connues des MDPH et des ESMS qui ont précédemment accueilli la personne le cas échéant, devraient figurer dans le dossier de la personne. Lors des différents entretiens préalables à l'admission, une simple confirmation de la situation pourrait être demandée ».

- Plus spécifiquement pour les ESAT, **la durée de travail** (temps partiels-séquentiels) **ainsi que plus complexe, les « types d'activités » recherchées en lien avec l'efficience des publics ou plus largement l'importance des limitations et impacts liés au handicap** apparaissent comme à prendre en compte dans l'évaluation des publics en attente.

Au-delà du secteur d'activité, cette question de l'employabilité ainsi que de la modularité des entrées (temps partiels ou séquentiels) a déjà été abordée spécifiquement pour les amendements Creton mais concerne plus largement les publics considérés comme « les moins efficaces ».



Une étude réalisée en Ile-et-Vilaine par AFPA Conseil pour le PDITH 35 et citée par le CREAI Bretagne¹¹² notait déjà à fin 2004 que les listes d'attente pour les activités de sous-traitance et de conditionnement étaient le plus souvent très longues.

Remarque : le conditionnement, activité « historique » revient fréquemment dans les travaux comme activité accessible aux publics considérés comme « moins efficaces » ; Précisons que d'autres activités ou postes de travail peuvent cependant l'être également.

On reviendra sur ces points en lien étroit avec l'offre qualitative de l'ESAT, ses possibilités d'adaptation et son modèle économique en partie 1.3.

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

Autre élément non négligeable, **ces actions sont également le moyen de recueillir les caractéristiques des personnes (handicap, territoire de recherche, activités ou types d'activités recherchées, offre associée notamment en matière d'hébergement...)** afin d'identifier d'éventuels décalages entre l'offre disponible et la demande et mieux caractériser les besoins. L'ensemble de ces éléments ont pu faire l'objet de bonnes pratiques locales (cf. encadré 3).

¹¹¹ 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.

¹¹² CREAI Bretagne, Les travailleurs handicapés en Bretagne – volet 1, A propos de..., n°23, mars 2007.

Encadré 3 : Actions et bonnes pratiques en matière de suivi des orientations vers les ESAT

Sur la mise en œuvre effective de ces éléments, plusieurs actions et bonnes pratiques ont ainsi pu être mises en place selon les territoires via :

- **La mise en place de Systèmes d'Information (SI)** sur le suivi des orientations¹¹³.
Un groupe de travail porté par la CNSA sur le suivi des orientations est en cours sur ce sujet. Nous approfondirons ce point dans la partie 1.4 sur le pilotage.



Sur ces SI, le Crehai d'Aquitaine¹¹⁴ notait que les MDPH ont toutes développé des outils de suivi des décisions de la CDAPH, divers dans leur forme, leurs modalités de mise en œuvre, les types d'orientations concernées et les populations couvertes mais qu'il n'y pas eu semble-t-il de tentatives de concertation pour essayer de créer des outils en commun, qui répondent à une même logique et qui aient pour vocation d'observer les mêmes données.

- **La réalisation de convention avec des opérateurs pour le suivi des listes d'attente**¹¹⁵ (orientation de l'année en cours et plus selon les territoires avec le cas échéant, une fonction de soutien à l'orientation et au repérage de l'offre en ESAT ainsi qu'une articulation avec les établissements¹¹⁶ pour la mise à jour des listes¹¹⁷,
- **Des enquêtes - idéalement régulières - auprès des personnes orientées vers les ESAT**, leur projet professionnel et leurs besoins (reprise des dossiers MDPH et contact avec les personnes)¹¹⁸ – cf. encadré 1 précédent. Potentiellement en lien avec le point précédent, ces enquêtes ont pour intérêt majeur d'actualiser les données afférentes aux orientations ; elles permettent également de recueillir des éléments complémentaires sur les personnes en attente et leur besoins.



A simple titre illustratif, des travaux vendéens¹¹⁹ menés par Afp Conseil pour le PRITH sur la liste d'attente ESAT à partir de travaux statistiques sur le fichier des personnes orientées ESAT de la MDPH et en attente d'entrée et l'envoi d'un questionnaire aux personnes ont montrés que :

- D'une part, en première remontée, que les listes d'attente étaient importantes dans tous les établissements ;
- 215 personnes orientées ESAT et en attente avec une moyenne d'âge de 34 ans et 6 mois – ce qui fait écho aux diversités des âges d'entrée en ESAT vu dans la partie précédente sur les prescriptions ;
- Des inscriptions en ESAT dans le bassin de vie de la personne ; Il était également noté, parmi les personnes inscrites sur une liste d'attente en ESAT et ayant répondu à l'enquête (149 répondants)¹²⁰ que si 36% des personnes déclarent posséder le permis de conduire et 43.6% avoir un moyen de locomotion, près de 61% ont une mobilité inférieure à 5km et 21% entre 5 et 20km.
- 94,2% perçoivent l'AAH.

A partir du questionnaire, des remontées de manque d'accompagnement (cf. partie suivante), de manques de places en ESAT ont été faites ainsi que des difficultés rencontrées pour faire des stages d'évaluation et de gestion des listes d'attente.

- **Des MDPH ont mis en place des procédures et outils permettant de gérer les priorités.** Cette question de priorités – en lien avec les critères d'admission des ESAT, au regard de leurs diversité est

¹¹³ Le rapport Vachey-Jeannet a réalisé un travail de recensement de ces SI : Vachey L., Jeannet A. et alii « Etablissements et services pour personnes handicapées : offres et besoins, modalités de financement », IGAS-IGF, octobre 2012.

¹¹⁴ CREAHI d'Aquitaine-ARS Aquitaine, Les besoins des jeunes adultes handicapés accueillis dans les établissements médico-sociaux pour enfants et adolescents en Aquitaine, mars 2014.

¹¹⁵ Exemples précédemment cités de la Côte d'Or ou encore organisation mise en place dans le Nord.

¹¹⁶ En cas de non présentation, la MDPH du Pas de Calais envoie un courrier à la personne lui demandant si elle souhaite son maintien en liste d'attente.

¹¹⁷ Cf. Convention entre la Mutualité Française et la MDPH de Côte d'or.

¹¹⁸ Cf. Etude pour la MDPH 21 réalisée par le CREAI Bourgogne.

¹¹⁹ Afp Transitions, Etat des lieux de la situation des Travailleurs Handicapés inscrits en liste d'attente ESAT en Vendée, avril 2014.

¹²⁰ 215 personnes inscrites en liste d'attente en ESAT en Vendée, 149 réponses obtenues soit 69.3% de taux de retour.

mise en avant par plusieurs travaux sur les listes d'attente¹²¹ ainsi que par le rapport Piveteau¹²². **La cohérence entre les priorités de la MDPH et celles appliquées dans les ESAT peut également être à organiser.**



La MDPH de la Côte d'Or a mis en place une procédure de gestion et une Commission d'harmonisation (directeurs d'ESMS, Education Nationale, DDCS, ARS et membres du secteur Enfance de la MDPH) afin d'établir un classement en fonction de critères de priorité des jeunes orientés vers le secteur adulte.

La MDPH du Pas de Calais définit également des critères de priorité, propose des listes de personnes à contacter aux ESAT souhaitant réaliser des admissions et met actuellement¹²³ en place un logiciel qui lui permettra de gérer plus de 5 critères (par exemple, urgence sociale, retour de Belgique, personne accueillie en établissement mais en attente de place après orientation....).

Les travaux menés en région Centre¹²⁴ sur les listes d'attente auprès des ESMS (dont ESAT) et en lien avec les MDPH montraient des critères d'admission essentiellement liés à l'ancienneté d'inscription sur les listes d'attente (cité par 71,2% des ESMS de la région) puis au lieu géographique, aux pathologies développées, aux Amendements Creton (mais qui recoupent les éléments liés à l'ancienneté d'inscription), aux personnes à domicile. D'autres critères ont été signalés par les ESMS comme les situations d'urgence, le domaine d'activité et les compétences de la personne, nécessaires à une meilleure adéquation entre le type d'accompagnement proposé et les besoins de la personne.

Si dans ces travaux les ESMS précisent que la définition des critères de priorisation des demandes d'admission en structure médico-sociale fait souvent l'objet d'une définition commune avec la MDPH de leur territoire ; ce rapprochement n'apparaît pas systématique et les critères peuvent être variables.

L'étude recommandait ainsi de tendre à une plus grande cohérence dans les pratiques des MDPH et des ESMS en matière de critères d'admission : « A l'heure actuelle, chaque MDPH et chaque ESMS attribue des critères pour prioriser les admissions des personnes en situation de handicap inscrites sur les listes d'attente même si certaines pratiques tendent à converger. Il conviendrait d'aller vers une plus grande cohérence de ces critères afin d'assurer une certaine logique entre les priorités des MDPH et celles des structures médico-sociales amenées à accueillir la personne sans que celle-ci soit parmi les personnes situées en premier dans sa liste d'attente. En tout état de cause, l'échange doit être privilégié sur les différentes situations des personnes ».

Sur l'actualisation de la liste d'attente ESAT, compte tenu des délais très longs ayant cours dans le département, la MDPH Nord Pas de Calais ne retire pas des listes les personnes n'ayant pas renouvelé leur demande d'orientation lorsque celle-ci arrive à échéance sans qu'il y ait entrée effective : la MDPH ne les comptabilise plus mais **ce non-retrait leur permet de retrouver leur rang de priorité si elles en font à nouveau la demande.**

- **Enfin, ce suivi des orientations s'accompagne idéalement d'une sensibilisation des ESAT en lien MDPH-ARS, à l'accompagnement des usagers à des demandes de réorientation** (totale ou partielle) sur des besoins identifiés (ces besoins ne sont en effet pas systématiquement signalés). Cette remarque vaut également pour les établissements médico-sociaux en lien avec les ESAT (en amont, en offre conjointe et en sortie).

¹²¹ Par exemple, CREAHI d'Aquitaine-ARS Aquitaine, Les besoins des jeunes adultes handicapés accueillis dans les établissements médico-sociaux pour enfants et adolescents en Aquitaine, mars 2014 ou encore 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.

¹²² 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.

¹²³ Mise en place prévue en septembre 2015.

¹²⁴ 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.

Le besoin de suivre et d'accompagner les personnes en attente d'entrée en ESAT

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. Et ce, alors même qu'il s'agit de publics ayant une moindre autonomie :



Les travaux de l'ANSA¹²⁵ indiquent, à partir des remontées de terrain de trois départements que « pour les bénéficiaires de l'AAH, placés au cœur de cette étude, la situation peut nourrir des inquiétudes. Il a été constaté que l'accompagnement vers et dans l'emploi n'est pas le même en fonction du type d'orientation, de la gravité et de la nature du handicap. **Or, il est globalement admis aujourd'hui par les professionnels que les personnes handicapées les plus éloignées de l'emploi sont les moins bien accompagnées** ».

Plus spécifiquement pour les personnes orientées vers le milieu protégé, il est indiqué dans ces mêmes travaux que « le milieu protégé connaît une situation d'engorgement qui entraîne un phénomène de liste d'attente important. **Ces listes d'attentes peuvent constituer de véritables impasses professionnelles et contribuer à une désocialisation progressive des personnes, car elles sont alors très rarement accompagnées et perdent le bénéfice de certaines aides proposées par l'AGEFIPH ou le FIPHFP. Les personnes concernées se trouvent alors démunies pour réussir leur insertion professionnelle** ».

De même, les travaux menés par le PRITH des Pays de la Loire sur les listes d'attente ESAT et les demandeurs d'emploi handicapés orientés vers le milieu protégé¹²⁶ ont abouti aux constats suivants :

- **Les personnes handicapées en attente de places en ESAT ont une faible compréhension du mode opératoire d'admission en ESAT** (obligation de poser sa candidature, réaliser une visite, faire un ou plusieurs stages) ;
- Ce même mode d'admission apparaît comme variable selon les ESAT et les territoires ; Les modalités de gestion et la lisibilité des listes d'attente semble apparaître peu organisée auprès des personnes qui déplorent de ne pas être tenus au courant de l'avancée de leur candidature ;
- **Le manque d'affichage et de lisibilité des offres en ESAT a également été pointé** : spécificités des handicaps accueillis, activités réalisées ; de même que le manque d'accompagnement dans le cadre de leur insertion professionnelle. Les personnes handicapées se trouvent ainsi démunies face au document d'orientation de la CDAPH.

Les personnes orientées en ESAT et en attente font ainsi état d'un manque d'accompagnement, de manques de places en ESAT, des difficultés rencontrées pour faire des stages d'évaluation et de gestion des listes d'attente. A plusieurs reprises, les personnes ont réclamés au travers de leurs réponses : « la possibilité de vivre normalement », « d'avoir un travail qui leur plait », « d'être comme tout le monde », « souhaiter travailler rapidement en ESAT pour avoir une vie équilibrée »,

¹²⁵ 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.

¹²⁶ 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

« les journées sont longues », « souhaiter stabiliser sa situation », « besoin de travailler pour avoir un appartement seul ». Ils déplorent **les modalités d'admission en ESAT évoquées précédemment qui leur paraissent peu claires.**

La communication d'informations utiles et accessibles aux travailleurs apparaît ainsi importante après la phase d'orientation. **Les conditions dont se réalisent les admissions en ESAT jouent également.**



Ainsi un ESAT¹²⁷ accueillant des publics en situation de handicap psychique, a observé – alors qu'il avait à l'époque des places vacantes régulières - que, après contact par courrier de l'ensemble des travailleurs handicapés ayant posé candidature, moins de la moitié des candidats venaient à leur entretien et a renforcé sa procédure par un appel téléphonique à chaque candidat en plus du courrier.

Encadré 4 : Actions et bonnes pratiques en matière d'accompagnement et d'information des personnes inscrites sur listes d'attente ESAT

Afin de répondre à ces problématiques, plusieurs actions ont pu être mises en place – notamment par les MDPH mais également par les ARS :

- **Plusieurs MDPH organisent des informations collectives** sur les ESAT du territoire et leur offre.



Notamment dans le Maine et Loire, en articulation avec le PRITH¹²⁸, des informations collectives ont été menées auprès des demandeurs d'emploi handicapés inscrits à Pôle Emploi et orientés ESAT. Ces informations collectives ont permis à la fois de s'informer sur les caractéristiques et la situation de ces publics et de mettre en places des entretiens individuels et appuis-conseils sur leurs démarches (réalisation ou mise à jour de CV, demandes de stages en ESAT, informations sur les ESAT du territoire, réalisation de candidatures auprès d'ESAT, préparation aux rendez-vous suite aux candidatures et demandes de stages, appui au dossier MDPH, information concernant les structures de loisirs, les centres de formation, les dispositifs d'accompagnement santé, appuis pour l'évolution du projet logement, informations pour l'aide à la mobilité...).

Sur l'ensemble des personnes potentiellement concernées, la moitié sont venues à ces informations collectives et la moitié ont eu un appui-conseil (soit environ 1 personne sur 4 du public-cible). Ces réunions ont permis, sur les personnes présentes d'observer que :

- L'orientation ESAT était en règle générale acceptée avec des démarches accompagnées par des assistantes sociales et des médecins pour un grand nombre et une prise en compte de leurs difficultés après des parcours difficiles. Mais quelques-uns ne connaissaient pas trop bien ce qu'est un ESAT et pensent que cette orientation ne sert à rien et qu'elle peut même constituer un frein à leur insertion professionnelle.
- 80% ont exprimé le souhait de travailler. Parmi elles :
 - 54% ont déclaré vouloir travailler en ESAT,
 - 23% refusent de travailler en ESAT¹²⁹
- La démarche d'information collective a également fait l'objet de retours positifs avec un intérêt exprimé par les bénéficiaires pour cette démarche et des demandes de retours d'information. Dans 11% des cas, des aidants familiaux étaient présents.

- **L'outillage et l'apport d'informations détaillées sur l'offre disponible aux bénéficiaires comme aux partenaires.**

La dimension de cartographie de l'offre apparaît importante tant pour les personnes que pour les opérateurs du territoire dont la CDAPH en lui permettant de disposer d'une meilleure information sur les ESAT et plus largement les dispositifs existant dans l'environnement.

¹²⁷ Extrait du rapport d'évaluation interne de l'ESAT d'Aubervilliers de l'AFASER sur les années 2007-2011.

¹²⁸ PRITH Pays de la Loire, Support de présentation de la réunion du Comité de suivi partenarial Maine et Loire, 12 juin 2013.

¹²⁹ 16% veulent travailler en milieu ordinaire et 5% souhaitent faire du bénévolat.



Les travaux de l'ANSA¹³⁰ citaient notamment les travaux effectués par la MDPH de la Sarthe dans le cadre du projet RECORD visant à constituer un guide listant les différents dispositifs d'insertion disponibles sur le territoire. De même, dans ces travaux, l'ARS Bretagne et le CREAL Bretagne¹³¹ proposait de cartographier l'offre d'ESAT par domaines de compétences professionnelles et de descriptifs d'activités d'ateliers.

La MDPH de la Marne a mis en place un document annexe au CERFA jugé trop complexe par les personnes de recueil des données professionnelles qui vise à décrire la situation professionnelle de la personne afin de mieux évaluer les situations et le projet de la personne¹³².

Dans les Bouches du Rhône, le Mouvement Parcours¹³³ réunit les ESAT locaux autour des parcours des travailleurs d'ESAT afin de créer des passerelles entre ESAT et faciliter la mobilité des usagers, de lutter contre des effets de filières en adaptant les réponses et orientations aux projet de vie et de travail des usagers et d'échanger sur les pratiques entre ESAT. Des associations Parcours Handicap 13 se sont créées sur 6 territoires infra-départementaux. L'association de coordination Inter-parcours 13 qui les réunit à édité un guide des métiers et activités des ESAT des Bouches du Rhône¹³⁴ permettant de mieux faire connaître l'offre aux travailleurs handicapés et favoriser leur mobilité. Ce guide construit pour la mobilité inter-ESAT pour des travailleurs déjà accueillis mais souhaitant une mobilité externe dans d'autres établissements du travail protégé et/ou d'autres activités, peut apparaître également utile après une primo-orientation ESAT pour soutenir les personnes dans leur orientation vers des ESAT adaptés.

- **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-ESAT¹³⁵ avec la mise en place d'une plate-forme d'évaluation, la constitution d'un film et d'une présentation des ESAT, la validation et mise en œuvre des procédures communes ESAT/ MDPH sur les situations complexes (réorientation, mesure conservatoire, arrêt de prise en charge).

Une organisation en parcours et en concertation avec les ESAT sur laquelle a également travaillé la MDPH de la Marne.

Ces procédures peuvent de fait avoir un impact sur l'activité de l'ESAT. A titre d'exemple, la procédure de sortie d'ESAT pour un travailleur implique une notification prononcée par la MDPH¹³⁶.

¹³⁰ 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

¹³¹ ARS Bretagne-CREAL 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.

¹³² 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.

¹³³ www.parcours-handicap13.fr

¹³⁴ A ce guide sont joints une charte d'engagement, une convention de mobilité inter-établissements, le livret du travailleur, un recueil des bonnes pratiques. Ces documents sont disponibles sur le site de l'association (cf. note précédente).

¹³⁵ Document de présentation « PLATEFORME D'EVALUATION » du Comité de Pilotage MDPH-ESAT du 13 février 2015, Maison Départementale des Personnes Handicapées de l'Eure.

¹³⁶ Articles L. 241-6 et R. 243-2 et s. du CASF. Le modèle du Contrat d'aide et de soutien proposé en Annexe 3-9 du CASF indique également dans son article 11 qu'en cas de rupture anticipée : « Dès lors que l'une ou l'autre des parties au présent contrat souhaite dénoncer celui-ci, elle doit notifier son intention à l'autre par lettre recommandée avec demande d'avis de réception. L'intention de l'établissement ou du service d'aide par le travail X de rompre le présent contrat donne lieu à une information de la (MDPH). Dans le mois qui suit l'envoi de la lettre recommandée avec demande d'avis de réception notifiant l'intention de rompre le présent contrat, un entretien doit être organisé entre les parties, pour échanger sur les motifs de cette rupture et en évoquer les conséquences. La fin de la prise en charge de Mme, Mlle, M. Y par l'établissement ou le service d'aide par le travail X ne peut intervenir qu'à l'issue d'une décision de la commission des droits et de l'autonomie des

A fin 2011, un ESAT¹³⁷ était ainsi en attente de trois notifications de fin de prise en charge pour des travailleurs sortis de l'ESAT à leur demande – 2 au cours de l'année 2008 et 1 en mars 2011. Les MDPH ayant indiqué qu'elles n'étaient pas en mesure de respecter cette procédure, c'est l'ESAT qui a procédé à la sortie de ces trois travailleurs de l'effectif de l'ESAT afin de répondre aux autres candidatures.

- **La mise en place de dispositifs d'accompagnement des personnes en attente d'ESAT et de coordination opérationnelle.**



En Haute-Marne¹³⁸, toutes les personnes sont orientées vers une structure dédiée au suivi des personnes orientées vers le milieu protégé, le SDAIP. A Paris, il est prévu d'organiser des rencontres avec des structures après la décision d'orientation CDAPH pour favoriser l'articulation avec les ESAT (projet en cours) ».

Sur ces dispositifs de coordination, une vigilance à la neutralité ou à un fonctionnement préservant d'une éventuelle sélection de publics a pu être mise en avant¹³⁹ lorsque ces dispositifs sont portés par des opérateurs ayant également des ESAT.

Dans le Nord, des dispositifs d'accompagnement, les SISEP¹⁴⁰ ont été mis en place pour accompagner les personnes orientées en ESAT durant les temps d'attente. Les SISEP proposent également un accompagnement à un accès au milieu ordinaire de travail. Les structures intermédiaires d'accueil pour des personnes en attente d'ESAT ou non prêtes immédiatement à une entrée en ESAT ont également pu être développées par l'ARS, le cas échéant en partenariat avec les Conseils Départementaux pour les personnes en attente d'entrée en Foyer de vie¹⁴¹.

personnes handicapées (...). Cette décision entraîne automatiquement la rupture du contrat de soutien et d'aide par le travail».

¹³⁷ Extrait du rapport d'évaluation interne de l'ESAT d'Aubervilliers de l'AFASER sur les années 2007-2011.

¹³⁸ 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.

¹³⁹ Débat au sein du Comité de pilotage des travaux de la présente synthèse.

¹⁴⁰ Services d'insertion Sociale et Professionnelle

¹⁴¹ 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.

A noter



- ✓ **Un point de vigilance préalable sur la possible influence des pratiques des MDPH en matière de RQTH¹⁴² et d'orientation en raison de :**
 - 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 ;
 - Une « auto-censure » pouvant exister dans les orientations en raison de l'absence de places – que vise à résoudre la proposition de mise en place d'un système de double-orientation proposée par le Rapport Piveteau et annoncée en février 2015 par Ségolène Neuville, Secrétaire d'Etat aux personnes handicapées et à l'exclusion.

- ✓ **Le suivi des orientations et la connaissance des listes d'attente est bien évidemment un enjeu central** et ce, à deux titres :
 - **Premier enjeu : suivre les orientations et connaître le nombre réel de personnes en attente d'entrée en ESAT** ce qui suppose :
 - 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 ;
 - La connaissance des besoins affinés des publics sur plusieurs critères et 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...).

Ces éléments ont pu conduire à la mise en place de systèmes d'information et à la définition de critères de priorités qu'il conviendrait, selon les territoires, d'harmoniser entre MDPH et établissements.

Point important à préciser, il ne s'agit pas dans ce travail de qualification de retirer systématiquement de la liste toutes les personnes orientées ESAT n'étant plus en attente dans l'immédiat mais d'estimer dans la liste 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.
 - **Second enjeu : orienter et accompagner les personnes durant ce temps d'attente.** Ainsi que le relève l'étude de l'ANSA¹⁴³, **il est globalement admis aujourd'hui par les professionnels que les personnes handicapées les plus éloignées de l'emploi sont les moins bien accompagnées.** Plusieurs travaux montrent que les personnes orientées peuvent avoir besoin de soutien dans le repérage des ESAT avec :
 - **Des informations, une lisibilité de l'offre des ESAT et de leur politique d'admission à renforcer auprès des personnes handicapées ;**
 - **Un accompagnement durant les temps d'attente et de transition à organiser et à coordonner entre acteurs :** informations collectives, apports d'information et outillage via des cartographies et des guides, organisation de la continuité et de la coordination des parcours en place sur les territoires en lien avec les opérateurs du territoire (MDPH, acteurs du Service Public de l'Emploi, acteurs du secteur social, médico-social et sanitaire), mise de dispositifs d'accueils et d'accompagnement dédiés.

¹⁴² Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé

¹⁴³ 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

1.3. Les ESAT entre adaptation de leur offre et mouvements à anticiper

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 ?

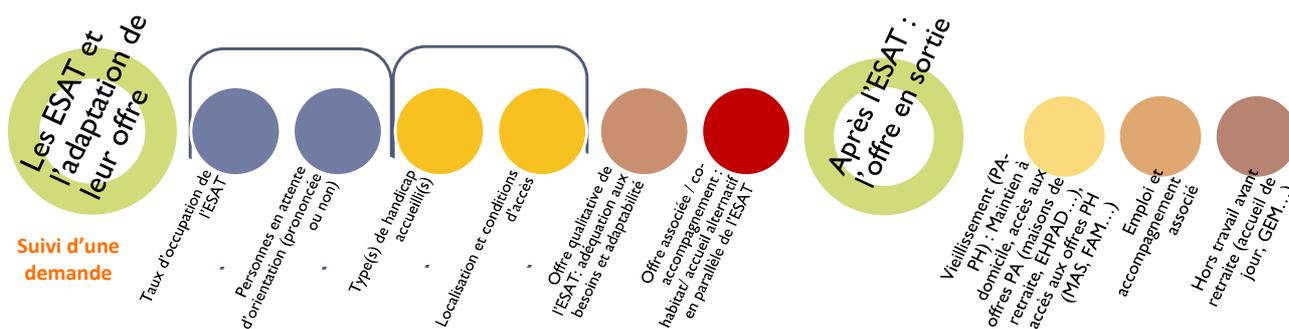
L’adaptation tant quantitative que qualitative de l’offre en ESAT fait référence dans les travaux répertoriés à plusieurs types d’interrogations :

- ✓ 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 également en compte l’offre en co-accompagnement et en sortie d’ESAT. De fait, des problématiques d’accès aux offres en co-accompagnement ou en sortie de l’ESAT peuvent générer des problématiques en chaîne sur l’ensemble des listes d’attente des ESAT comme de leurs prescripteurs.

L’ensemble de ces éléments et enjeux associés à l’offre en places d’ESAT est récapitulé dans le schéma ci-dessous.

Figure 4. Analyse transversale – Offre des ESAT et offres associées en co-accompagnement et en sortie, mouvements à anticiper



Descriptif

Offre disponible en ESAT et travailleurs accueillis, offre en co-accompagnement et en sortie

Enjeux

Adapter l’offre du territoire (ESAT en co-accompagnement et en sortie) aux besoins des publics, sécuriser les parcours
 Actions potentielles : pilotage des taux d’occupation, repositionnement de projet d’établissement, amélioration qualitative de l’offre (activités, soutiens, conditions de travail, diversité et adaptabilité de l’offre...), adaptation de l’offre associée aux ESAT (habitat ou accueil alternatif), coordination entre acteurs pour organisation des transition, soutien à des dispositifs accompagnant la sortie, reprise d’agrément dédié à certains types de handicap ou réaffectation de places, relocalisation d’ESAT....

1.3.1. L'activité des ESAT, les publics accueillis et les mouvements à anticiper

L'activité des ESAT et la question des taux d'occupation

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'offre¹⁴⁴ 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; les définitions de ce taux d'occupation varient également ;



Une étude réalisée dans les Pays de Loire¹⁴⁵ indiquait ainsi certaines précautions sur les taux obtenus par l'enquête (75,5% des ESAT avaient un taux supérieur à 95%) : les modes de comptabilisation des absences, des jours de rémunération, des périodes d'arrêt maladie, des périodes de suspension de contrats pouvaient impacter le calcul.

- 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 (c'est-à-dire places en Equivalent Temps Plein – ETP et hors absentéisme).
- En lien avec ce taux d'occupation, il est également utile de tenir compte du temps de travail annualisé des usagers et de l'amplitude de l'offre (jours et horaires d'ouverture), ces derniers pouvant varier selon les établissements.



Le tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social de l'ANAP (sur 321 ESAT répartis dans 10 régions) fait ainsi ressortir, en première approche une variabilité des taux d'occupation (définis comme le nombre de jours réalisés sur le nombre de jours d'ouverture annuel théorique). Ce tableau de bord étant en cours de généralisation, ces premiers indicateurs invitent à approfondir ces données tant :

- sur la précision de leur définition et le remplissage effectué (une première recherche en collaboration avec l'ANAP a montré l'existence de données aberrantes et de problématiques liées à la complétude du remplissage¹⁴⁶)
- que, après consolidation, sur des potentiels aspects d'offre d'ESAT à optimiser selon les territoires.

Nous proposons dans l'outil d'auto-diagnostic ESAT présenté en partie 2, un mode de calcul de ce taux d'occupation et un analytique permettant d'en analyser les causes (places vacantes, absentéisme); éléments pouvant également être utilisés dans le cadre d'une analyse territoriale consolidée afin d'identifier les places effectivement mobilisables¹⁴⁷.

Focus sur l'accueil de stagiaires

En parallèle du taux d'occupation, il est intéressant de valoriser la démarche d'accueil de stagiaires nécessaire aux évaluations dans le cadre d'élaboration de projets, d'orientations de la MDPH et des transitions. Une donnée importante notamment mise en avant par les besoins des prescripteurs et les

¹⁴⁴ Par exemple, simultanéité de listes d'attente et de taux d'occupation faible sur une même zone.

¹⁴⁵ CREAL 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. Commentaires réalisés par le groupe témoin des 5 directeurs d'ESAT mis en place pour l'étude.

¹⁴⁶ C'est pourquoi en accord avec l'Anap, compte tenu de ces points de vigilance méthodologique, il ne nous a pas paru opportun de publier en l'état ces données.

¹⁴⁷ Ces places effectivement mobilisables correspondent aux places inoccupées dans l'année (rubrique « g » dans le bilan chiffré).

évolutions de publics que nous avons vues précédemment. **Cette politique de stage n'est pas à mésestimer :**



Une étude du CREAI dans les Pays de Loire¹⁴⁸ indiquait qu'au total, les ESAT ayant répondu à l'enquête avaient accueilli 4666 usagers et 1191 stagiaires en 2013.

Des mouvements à anticiper en sortie d'ESAT

Les principaux motifs des sorties d'ESAT se répartissent, d'après l'enquête ES, en 2010¹⁴⁹ entre :

- **une activité professionnelle à 27% notamment dans d'autres ESAT** (14,7% de l'ensemble sorties) ou hors ESAT (entreprise adaptée ou pour un emploi en milieu ordinaire hors EA : 5,8% des sorties) ou encore en situation d'attente (ESAT/EA, en tant que demandeur d'emploi ou bien pour une formation ou un stage à 6,5%).
- **une autre activité ou accueil notamment en foyer de vie, foyer occupationnel ou accueil de jour à 15% mais également à domicile, sans activité, sans prise en charge et sans orientation médico-sociale à 17,8%**. Un ensemble de sorties inconnues ou autres est à 27,3%. Le reste se répartissant en situation d'hospitalisation, de MAS ou de FAM sur des pourcentages relativement faibles.

On notera dans ces résultats que plus d'une personne sur 6 sort à domicile, sans activité et sans prise en charge : cet aspect mérite approfondissement, s'agit-il d'un choix personnel, d'une situation adaptée ou d'une sortie par défaut de solutions disponibles ? La part des situations inconnues est également importante.

Sur les éléments pouvant influencer quantitativement sur les places d'ESAT, les trois aspects principaux pouvant être 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.

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 que 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 ¹⁵⁰ :
 - la part des 55 ans et plus en ESAT¹⁵¹ 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).

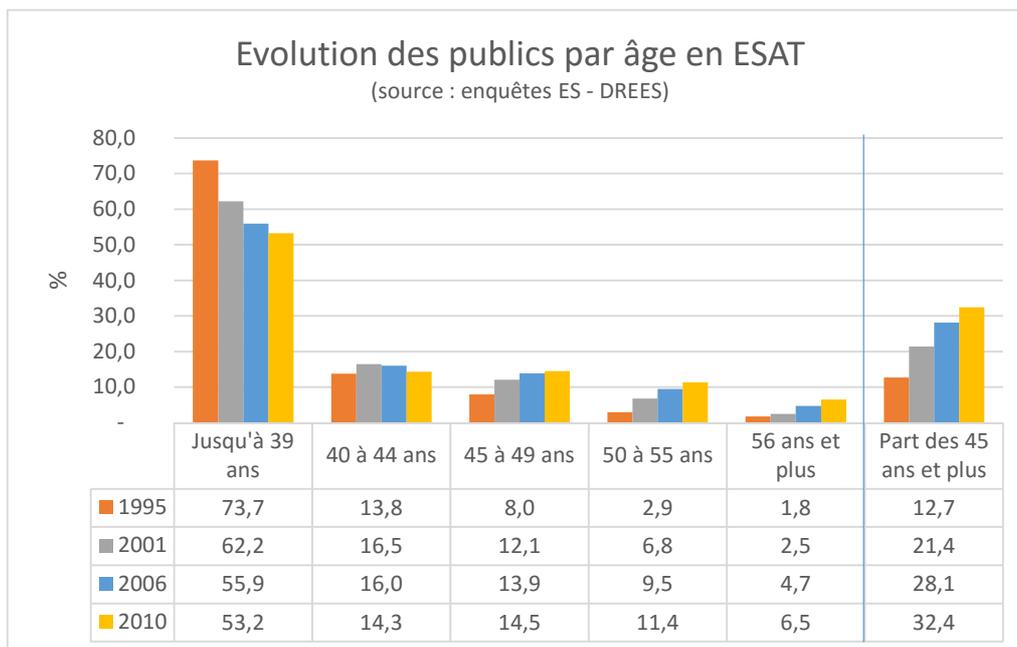
Ces proportions des 50 ans et plus devraient continuer de s'accroître : la part de 45 ans et plus est de 32% en 2010 (soit plus de 38 000 usagers) ; une proportion qui ici également s'accroît de façon continue depuis 1995 (12,7% en 1995, 21,4% en 2001..).

¹⁴⁸ 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.

¹⁴⁹ 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.

¹⁵⁰ A partir de : Ancreai, Les personnes de 55 ans et plus accueillies dans un établissement médico-social pour adultes handicapés, 9èmes journées nationales des services pour les adultes handicapés, 23 et 24 janvier 2014 – réalisé par le CEAHI d'Aquitaine (données nationales).

¹⁵¹ 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.



On observe toutefois, à partir des données de l'enquête ES, que si le nombre de personnes de 45 ans et plus augmente de façon continue¹⁵², le rythme de cet accroissement tend lui à décélérer. Le taux de croissance de cette classe d'âge est en effet divisé par deux à chaque enquête ES (on remarque depuis 1995 un accroissement plus faible du nombre d'usagers de 45 ans et plus : + 94% entre 1995 et 2001, + 48% entre 2001 et 2006, +24% entre 2006 et 2010).

Toutes choses égales par ailleurs, si ce rythme se confirme, cela pourrait potentiellement indiquer une stabilisation des « 45 ans et plus » à environ 40% des usagers d'ESAT d'ici 2020 (soit environ 47 000 usagers)¹⁵³. Toutefois, les évolutions précédentes ayant eu lieu dans le cadre d'un plan de création de places aujourd'hui arrêté, cette hypothèse reste à vérifier. En tenant compte des montées mécaniques en âge, cette proportion pourrait ainsi varier entre 35 et 44% selon les âges principaux de départs de l'ESAT – cf. tableau ci-après. De même d'autres facteurs tels que des changements d'âge moyen à l'admission ou à la sortie peuvent influencer sur ces proportions. A approfondir plus avant et à suivre pour validation donc dans les prochaines enquêtes ES.

¹⁵² Le nombre de places d'ESAT ayant augmenté durant la période, il importe de s'appuyer sur les évolutions en valeur absolue (en effectif) et non sur l'évolution relative (en proportion) de cette classe d'âge.

¹⁵³ Résultats issus de deux analyses croisées à effectif d'ESAT constant (base 2010) : taux de croissance des 45 ans et plus divisé par 2 tous les 4 ans d'une part, simulation de l'arrivée des classes d'âge infra d'autre part.

Tableau : Simulation « toutes choses égales par ailleurs » des sorties pour retraite à l’horizon 2025 (à partir des données 2010 et à effectifs accueillis constants).

	Enquête ES 2010		Prévisions sur la base d'effectifs constants - toutes choses égales par ailleurs.		
	2010		2015	2020	2025
Groupes d'âges (en années)	%	Nbre évalué			
<i>Scénario 1 : Nouveaux entrants (reports des sorties pour retraite sur la période - hypothèse d'entrées de moins de 34 ans)</i>			13541	17074	16838
<i>Scénario 1 : Report des entrées liées aux départs en retraite sur les périodes antérieures</i>				13541	30615
<i>Scénario 2 : Nouveaux entrants (reports des sorties pour retraite sur la période - hypothèse d'entrées de moins de 34 ans)</i>			7301	13423	17074
<i>Scénario 2 : Report des entrées liées aux départs en retraite sur les périodes antérieures</i>				7301	20724
- de 20 ans	0,7	824			
20-24 ans	11,7	13777	824		
25-29 ans	13,5	15896	13777	824	
30-34 ans	12,9	15190	15896	13777	824
35-39 ans	14,4	16956	15190	15896	13777
40-44 ans	14,3	16838	16956	15190	15896
45-49 ans	14,5	17074	16838	16956	15190
50-54 ans	11,4	13424	17074	16838	16956
55-59 ans - scénario 1: hypothèse de stabilité des données 2010	6,1	7183	7183	7183	7183
55-59 ans - scénario 2: montée mécanique en âge			13424	17074	16838
60-64 ans : hypothèse de stabilité des données 2010	0,4	471	471	471	471
65 ans et + : hypothèse de stabilité des données 2010	0,0	0	0	0	0
Ensemble	100,0	117750	117750	117750	117750
Scénario 1 : Retraite/ départs à 55 ans - hypothèse basse à moyenne					
Nombre de départs potentiels à la retraite sur la période			13541	17074	16838
Nombre moyen de départs potentiels à la retraite par an			3385	4268	4210
Nombre des 45 ans et plus		38151	41566	41448	39800
% de 45 ans et plus (base : effectif constant)		32%	35%	35%	34%
Scénario 2 : Retraite à 60 ans - hypothèse haute					
Nombre de départs potentiels à la retraite sur la période			7301	13423	17074
Nombre moyen de départs potentiels à la retraite par an			1825	3356	4268
Nombre des 45 ans et plus		38151	47807	51339	49455
% de 45 ans et plus (base : effectif constant)		32%	41%	44%	42%

Champ : ESAT – France métropolitaine et DOM.

Sources: Enquête DREES, ES2010 - Simulations Respir'oh.

Ajoutons que cela signifierait en parallèle que le nombre de sorties et donc d’admissions uniquement liées aux retraites augmenterait – y compris donc après 2020. Sur la base des classes d’âges actuelles, de leur montée mécanique en âge et de deux scénarios de départs (à 55 et 60 ans), **il y aurait potentiellement environ en départs annuels liés à la retraite – au niveau national et selon les scénarios (cf. tableau ci-dessous) :**

- **Entre 2000 et 3000 départs par an en moyenne entre 2010 et 2015,**
- **Entre 3000 et 4000 départs par an en moyenne entre 2015 et 2020**
- **Environ 4000 départs par an entre 2020 et 2025**

Sur ces chiffres, on peut effectuer les commentaires suivants :

- **L’âge de sortie influe considérablement sur les périodes de sorties. Les deux scénarios reposent pour le premier sur un départ majoritaire à 55 ans et le second à 60 ans.**

- **Le premier scénario est une hypothèse basse à moyenne.** En effet, on peut observer une moindre présence des usagers sur la tranche d'âge des 55-59 ans en raison de départs antérieurs probablement liés à la fatigabilité ; Toutefois, le nombre de travailleurs concernés ne cesse de s'accroître depuis 1995. Hors ce scénario « bas » repose ici sur un nombre stable de personnes présentes sur cette classe d'âge¹⁵⁴. Les effets mécaniques jouent toutefois à plein sur la tranche des 50-54 ans.
- **Le second scénario se base sur une montée mécanique en âge et un départ à 60 ans. Il s'agit d'une hypothèse haute** pour les mêmes logiques que précédemment : les publics peuvent sortir avant 60 ans – ce que l'on observe effectivement - et venir accroître plus tôt les flux de départs. Il s'agit ici à priori d'un scénario peu probable au regard des données actuelles et passées mais qui permet surtout de poser une limite haute correspondant à une situation où l'ensemble des usagers restent jusqu'à 60 ans à l'ESAT. Au regard du premier scénario, cette hypothèse revient à « retarder » les départs des usagers.
- **Ces scénarios sont une première approche mais ne constituent pas un modèle prévisionnel qui serait à travailler.** Les deux scénarios reposent sur des effectifs accueillis constants et l'absence d'impacts des nouveaux entrants sur les tranches d'âges de 45 ans plus. L'accroissement des temps partiels, du nombre de places d'ESAT ou encore de changements d'âge à l'admission ou à la sortie peuvent notamment influencer sur ces résultats.
- **Ces prévisions de flux n'incluent pas les sorties pour autres motifs que la retraite.** Pour ordre d'idée, en 2010 d'après l'enquête ES, il y a eu 7300 sorties en un an (6% des effectifs pour l'année 2010 toutes sorties confondues).
- **Dans ce cadre, au plus haut des départs annuels, les sorties pour retraite équivaleraient à environ 3,5% des effectifs sortant d'ESAT par an¹⁵⁵** (base d'effectifs constants en ESAT).
- **En intégrant les évolutions liées à la retraite, le taux de sortie – tous motifs confondus - d'ESAT pourrait ainsi s'accroître d'ici 2020 et se situer potentiellement entre 8% et 9% des effectifs; une estimation à prendre avec précaution car plusieurs facteurs peuvent jouer à la hausse sur ce taux** (meilleure disponibilité des solutions en sortie ou en co-accompagnement, évolutions liées à une plus grande variabilité des parcours, accroissement des temps partiels, etc...). **Il sera en tout cas très intéressant de suivre le taux de sortie – et le taux de rotation en ESAT - dans les prochaines enquêtes ES.**

En premières conclusions :

- **Ces flux potentiels sont à mettre en parallèle avec les listes d'attente** – sur lesquelles on ne dispose malheureusement pas de données - et les anticipations de sorties des prescripteurs principaux des ESAT.
- **Au regard de l'ensemble des sorties - quel qu'en soit le motif, ces flux mettent encore une fois en exergue le besoin de s'interroger en entrée d'ESAT sur la diversité des prescripteurs¹⁵⁶ et les politiques d'admission** (à titre illustratif, un ESAT de 100 places effectuerait potentiellement en moyenne 8 à 9 admissions par an – une moyenne qui peut cependant être soumise à nette variation selon les caractéristiques des publics accueillis),

¹⁵⁴ Il est en effet complexe d'anticiper l'évolution de cette classe d'âge, plusieurs facteurs pouvant jouer (effets mécaniques des montées en âge, importance de la fatigabilité, possibilités effectives de sorties sur le territoire...).

¹⁵⁵ Base effectifs accueillis en 2010.

¹⁵⁶ Cf. partie 1.2 de ce document.

- **Mais ces flux potentiels sont également à relativiser du point de vue des départs en retraite. Ces flux s'accroîtraient en effet mais interrogent surtout sur :**
 - **la disponibilité des offres en sortie ainsi qu'en co-accompagnement d'ESAT**
 - **l'adaptation des ESAT à l'accueil et l'accompagnement de travailleurs vieillissants ou fatigables.**
- De ce point de vue, l'ampleur de ces sorties a et aura des implications. En effet, **en corollaire à ce vieillissement, on voit augmenter en sortie le nombre de personnes à temps partiel et celles bénéficiant d'un accueil complémentaire :**



Les travaux réalisés pour l'Ancreai¹⁵⁷ à partir des données de l'enquête ES montraient ainsi au niveau national l'accroissement :

- Du nombre de personnes travaillant à temps partiel uniquement au moment de leur sortie (13,3% en 2006 – 15,3% en 2010)
- Du 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.

Ainsi que le démontrent ces travaux, 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 face à des tâches répétitives.

- **Tous les territoires et tous les établissements ne sont pas égaux face à ces évolutions nationales.**

Ces moyennes peuvent en effet cacher des différences territoriales importantes ; écarts possiblement liés aux caractéristiques démographiques du territoire tout comme aux dates de création des ESAT présents. Les travaux réalisés en font largement écho. **Leurs résultats invitent à une gestion prévisionnelle des places en établissement comme au niveau territorial :**



Une étude menée dans l'Aude¹⁵⁸ indiquait que 27,5% des travailleurs handicapés d'ESAT étaient âgés de 50 ans et plus. (*Rappel* : moyenne nationale 18%)

Une étude de 2013 réalisée dans les Pays de la Loire sur les modalités d'accueil à temps partiel¹⁵⁹ indiquait que la part des personnes âgées de plus de 45 ans représentait 30% avec des disparités départementales à l'exemple de la Mayenne où cette proportion était à 38,2%.

Des travaux menés en région Centre¹⁶⁰ indiquaient que 31,3 % de la population des ESAT ayant répondu à l'enquête avait 45 ans ou plus et que les moyennes d'âge des personnes accueillies variaient considérablement selon les ESAT. De fait, **si certains établissements apparaissent encore peu confrontés à la question du vieillissement et de la cessation d'activité, d'autres mobilisent depuis des dizaines d'années les mêmes travailleurs – présents parfois depuis l'ouverture** : l'étude précise qu'au sein des 42 ESAT ayant répondu à l'enquête quantitative, 125 travailleurs sont partis à la

¹⁵⁷ 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).

¹⁵⁸ CREA Languedoc-Roussillon, Contribution au schéma en faveur des adultes handicapés – Les travailleurs handicapés présents dans les ESAT de l'Aude, juillet 2009.

¹⁵⁹ CREA 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. Enquête auprès de 91 ESAT, taux de réponse de 60,4%.

¹⁶⁰ CREA Centre, La prise en compte du vieillissement des travailleurs handicapés en ESAT, 2012. Enquête menée auprès des ESAT avec un taux de retour de 63.6%.

retraite au cours des 5 dernières années, quittant 28 établissements. Autrement dit, 14 ESAT n'ont connu aucun départ à la retraite au cours des 5 dernières années.

Ce lien avec les vagues de création d'ESAT – et le faible turn-over en ESAT - était également mis en avant dans une étude menée dans le Rhône¹⁶¹ qui indiquait que le départ en retraite est souvent cité comme motif de sortie pour des personnes accueillies dans le même ESAT depuis relativement longtemps (les durées de séjour des sortants, lorsqu'elles sont indiquées, dépassent fréquemment 15 ans ; certains travailleurs fréquentent l'ESAT depuis 30 ans au moment de leur sortie). Plusieurs ESAT mentionnent une forte proportion de travailleurs handicapés accueillis depuis l'ouverture de l'établissement.

- **Toutefois la seule question d'âge n'est pas représentative des sorties potentielles : la fatigabilité des usagers peut engendrer des flux supplémentaires.**



L'étude DGCS-Opus 3 indiquait qu'à fin 2008, les personnes jugées comme particulièrement fatigables – au-delà du seul vieillissement, représentaient 23% des usagers¹⁶² ; dans cette même enquête les personnes considérées comme en « inadéquation avec les objectifs économiques de l'ESAT » (estimation très subjective à prendre avec précaution mais indicative de difficultés) concernait 31% des usagers.

Le vieillissement, une donnée plus structurelle qu'appréhendue initialement ?

Au regard des éléments précédents, 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 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. Nous l'avons vu en première partie, on ne rentre plus 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 2010¹⁶³). Pour rappel, en 2010, l'âge moyen à l'admission en ESAT est de 29,6 ans.



Citons quelques travaux réalisés en Pays de Loire :

- en Vendée, l'âge moyen sur les listes est de 34 ans¹⁶⁴,
- en Maine et Loire¹⁶⁵, 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).

¹⁶¹ CREA Rhône-Alpes – DDASS du Rhône, Fonctionnement et perspectives de développement des ESAT du Rhône, mai 2009.

¹⁶² 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.

¹⁶³ 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.

¹⁶⁴ Afpa Transitions, Etat des lieux de la situation des Travailleurs Handicapés inscrits en liste d'attente ESAT en Vendée, avril 2014.

¹⁶⁵ Etude CREA Maine et Loire, 2014 reprise dans Diversesea-Practhis, « Les listes d'attente en ESAT » dans le cadre du PRITH des Pays de la Loire.

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 vieillissantes¹⁶⁶, 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

Au 31/12/2010, d'après l'enquête ES¹⁶⁷, 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.

Toutefois, il s'agit d'une proportion moyenne qui au regard de travaux locaux semble connaître des variations importantes selon les territoires.



Ainsi, une enquête réalisée en 2013 dans les Pays de la Loire sur les modalités d'accueil à temps partiel¹⁶⁸ montrait que 22% des usagers de la région travaillaient à temps partiel.

Bien que plus fortement mobilisé pour des publics vieillissants, les temps partiels peuvent concerner tous les âges de la vie. Au regard des différents travaux, plusieurs situations à l'origine des temps partiels peuvent être cités :

- un choix personnel de travailler à temps partiel
- un aménagement lié à des personnes vieillissantes et/ou fatigables, ayant des limitations liées aux activités de production
- Une population avec un handicap psychique (temps partiels ou séquentiels avec un rythme adapté aux soins et aux traitements, des périodes d'absences récurrentes, des phases d'hospitalisations ou encore des demandes de répit), des troubles du comportement, des absences prolongées ainsi que les publics porteurs de TED
- Une population jeune en transition entre le secteur enfant et le secteur adulte
- Des personnes en phase de transition vers le milieu ordinaire de travail et pour lesquelles un temps partiel est adapté.

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 ces éléments qualitatifs et issus d'études territoriales, il est complexe de chiffrer les places potentiellement mobilisables faute d'évaluation tant sur les aspects quantitatifs que financiers.

Cette question du déploiement des temps partiels a fait l'objet de travaux réguliers aux niveaux national et local ¹⁶⁹ avec **des obstacles remontés et réitérés en termes de difficultés à gérer les temps**

¹⁶⁶ Démarche mise en avant dans l'Aude par la DDASS d'alors. CREAI Languedoc-Roussillon, Contribution au schéma en faveur des adultes handicapés – Les travailleurs handicapés présents dans les ESAT de l'Aude, juillet 2009. L'étude indiquait qu'il existait le même nombre de personnes inscrites sur liste d'attente que de travailleurs handicapés pour qui une réorientation est souhaitable (une centaine environ).

¹⁶⁷ 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.

¹⁶⁸ 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. Enquête auprès de 91 ESAT, taux de réponse de 60,4%.

¹⁶⁹ 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

libérés (offre disponible en co-accompagnement – cf.infra) et 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).



Une étude de l'Aude¹⁷⁰ recommandait ainsi de :

- Évaluer les effets de la mise en œuvre du temps partiel sur la dimension architecturale, l'aménagement des locaux, la logistique, l'activité de production, l'accompagnement médico-social, la gestion administrative et financière
- Intégrer dans la tarification des ESAT, des indicateurs liés aux effets du temps partiel et redéfinir les modalités de financement de l'aide au poste

Au niveau national, ces aspects financiers liés aux surcoûts liés aux temps partiels était cités dans plusieurs travaux liés à la modernisation et à l'adaptation des ESAT, elle fait l'objet en 2015 d'une évaluation conduite en Haute-Normandie par l'ARS impulsée dans le cadre du Plan ESAT-EA¹⁷¹. Le seul pris en compte est celui où le nombre de personnes physiques accueillies dépasse le nombre de places à l'agrément.

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%¹⁷² (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 (cf. infra) fait également l'objet de rigidités indiquées dans les Plans ESAT¹⁷³ (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 Emploi¹⁷⁴ 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 accueillis¹⁷⁵ soit environ

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.

¹⁷⁰ CREAL Languedoc-Roussillon, Contribution au schéma en faveur des adultes handicapés – Les travailleurs handicapés présents dans les ESAT de l'Aude, juillet 2009.

¹⁷¹ 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.

¹⁷² Le taux de sortie est relatif aux effectifs présents en ESAT. A partir des données de l'enquête ES, 2010, DREES.

¹⁷³ 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

¹⁷⁴ GPS Emploi avec le soutien de la CNSA, Respir'oh, Etude d'opportunité sur l'emploi accompagné, juillet 2014.

¹⁷⁵ 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

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); Dans ces travaux, seule la fourchette basse avait été prise en compte avec indications d'éléments à approfondir et ce, pour plusieurs raisons:

- « Ces données prennent en compte toutes les durées des mises à dispositions impliquées –même minimales,
- Ces données ne tiennent par contre, pas compte des prestations de services individuelles,
- Ils ne permettent pas de prendre en compte les capacités et souhaits de sortie. »
- Enfin, la proposition d'emploi accompagné n'existant pas aujourd'hui en tant que telle (hors services expérimentaux), cette estimation ne préjuge pas de la demande réelle en ESAT ».

Les travaux indiquaient enfin que les enjeux principaux se situaient d'un point de vue quantitatif vis-à-vis des publics bénéficiaires de l'AAH et au chômage avec :

- Une dynamique d'inclusion à disposition des usagers du secteur protégé et des salariés du secteur adapté souhaitant accéder à un milieu classique de travail ;
- Une possibilité complémentaire pour les personnes à l'AAH en capacité de travailler ou encore en refus/n'accédant pas au secteur protégé ;

Les besoins qualitatifs et l'adhésion des personnes concernées à la démarche d'emploi accompagné (préalable indispensable à la mise en œuvre de cette méthodologie spécifique) restaient enfin à évaluer.

Un ensemble des mouvements générant des besoins en co-accompagnement et en sortie : la recherche d'une modularité des réponses dans un environnement contraint, une évaluation nécessaire

L'ensemble de ces mouvements liés au vieillissement et à la fatigabilité, aux temps partiels et à l'accès au milieu ordinaire génère des besoins en co-accompagnement ou en sortie. **L'évaluation de ces besoins est un thème à part entière qui apparaît au fur et à mesure des travaux.**

Si l'enquête ES¹⁷⁶ nous indique le nombre de personnes bénéficiant d'un temps partiel avec ou sans des activités occupationnelles, elles ne nous indiquent pas les besoins afférents. De fait, dans les travaux recensés, des remontées qualitatives systématiques existent sur des difficultés à accéder aux SAESAT, aux accueils de jour ou à mettre en œuvre des sorties pour des personnes particulièrement fatigables mais nous ne disposons pas de données quantifiables au niveau national.

De la même façon, il est complexe compte tenu de ses difficultés de savoir si les orientations effectuées sont appropriées - constitutives d'une réponse plurielle aux besoins diversifiés des personnes - **ou le sont par défaut ; Et ce d'autant plus que des débats semblent exister sur leur pertinence selon les types de structures.**

On peut ainsi distinguer plusieurs types de réponses à la fois d'accueil et d'accompagnement que ce soit pendant ou après l'ESAT. **Hormis des études menées localement, les besoins prospectifs afférents aux solutions en co-accompagnement et en sorties ne sont toutefois pas quantifiés. A décharge, ces solutions peuvent qui plus est faire l'objet de débats** (cf. encadré 1 et 2).

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.

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).

¹⁷⁶ 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.

Encadré 1 : Les réponses aux besoins d'accueil et d'accompagnement sur les temps libérés, pour des temps de répit en ESAT ou des phases de transition

- Les besoins d'accueil :

o les SAESAT mais aussi d'autres alternatives



Ainsi que l'indique l'étude menée en Pays de la Loire : **Les SACAT ou SAESAT** représentent « l'alternative principale pour des usagers ne pouvant momentanément ou durablement travailler à temps plein. Les SACAT ou SAESAT semblent offrir une réponse adaptée aux besoins, aux potentialités, aux difficultés rencontrées par l'usager en proposant des activités de maintien ou de développement des acquis, de soutien médico-social. Ainsi, les SACAT ou SAESAT peuvent accompagner les usagers dans les différentes étapes de transition ou d'évolution dans leur projet, et ce pour diverses raisons : choix personnel de réduire le temps de travail, vieillissement, usure physique et/ou psychique, problèmes de santé, besoin d'une période de répit, préparation à la sortie, transition entre le secteur enfant et le secteur adulte, accompagnement vers l'insertion professionnelle...). (...) Il apparaît également des difficultés d'accompagnement en journée pour les foyers d'hébergement ne disposant pas nécessairement de moyens dédiés pour l'accueil de jour. » Ces dispositifs ont également été mis en avant dans le Plan ESAT 2012¹⁷⁷.

o Les liens aux foyers d'hébergement peuvent également être renforcés¹⁷⁸ afin de répondre à des problématiques d'accès aux temps partiels si le Foyer ne peut accueillir l'usager durant les temps libérés et à la nécessité de quitter son lieu de vie à la retraite (arrêt simultané du travail et de l'hébergement). **Des relais aux foyers de vie peuvent également être évoqués mais suscitent des débats.**



Une étude menée dans le Centre¹⁷⁹ indiquait ainsi qu'en « l'absence de sections annexes ou d'activités spécifiques en interne, la question de la mise en place de temps partiels renvoie à la problématique de la disponibilité des partenaires et des aidants et de leur capacité à prendre le relais en cas de réduction de temps de travail. » Ainsi, le relais avec les foyers d'hébergements est complexe car la plupart, ne disposent pas de personnels suffisants en journée pour proposer des activités aux travailleurs à temps partiels. Toutefois, dans ces travaux, plusieurs directeurs ont indiqué « travailler en lien étroit avec les foyers d'hébergement (en les invitant aux réunions de synthèse a minima, et aussi, dans certains cas, via des réunions de coordination régulières), qui adaptent eux aussi leur organisation et leurs modalités d'accompagnement à l'évolution des profils et besoins des travailleurs. Ainsi, les foyers d'hébergement sont de plus en plus nombreux à revoir leurs plannings en réaffectant une partie de leurs salariés en journée (l'après-midi par exemple, lorsque la plupart des travailleurs à temps partiel reviennent au foyer après leur matinée de travail) et à réfléchir à la mise en place d'activités spécifiques ».



De même, l'étude Centre indique que des relais pouvaient être mis en place avec **des foyers de vie** (le travailleur participe alors, une ou plusieurs fois par semaine, aux activités menées au sein du foyer de vie avec les résidents) ce qui pouvait notamment permettre une transition progressive pour les travailleurs proches de la cessation d'activité et susceptibles d'être orientés vers une structure de ce type. Ce point a fait cependant débat dans les travaux, plusieurs directeurs ayant noté que ce type d'actions pouvait « accélérer » le processus de cessation d'activité et s'interrogeaient sur le maintien de l'autonomie de ces publics.

o Des relais ont également pu être mis en place avec des **services d'accueil de jour**.

¹⁷⁷ DGCS-Respir'oh - Plan d'adaptation et de développement des Esat – Rapport et annexes, 2012

¹⁷⁸ A noter en corollaire aux questions de vieillissement, qu'une étude menée dans le Rhône¹⁷⁸ précisait que l'avancée en âge des familles pouvait amener à des **situations d'urgence en termes d'hébergement** suite à l'hospitalisation ou au décès d'un ou du parent.

¹⁷⁹ CREA Centre, La prise en compte du vieillissement des travailleurs handicapés en ESAT, 2012. Enquête menée auprès des ESAT avec un taux de retour de 63.6%.

- A noter enfin que des **besoins afférents aux transports** ont été mis en avant.

- **Les réponses aux besoins d'accompagnement sur les temps libérés : la réponse des SAVS et des SAMSAH**

Tous les publics ne sont pas nécessairement concernés par un accueil sur les temps libérés : une partie des publics peut être à domicile, le cas échéant avec un accompagnement. Le besoin d'un accompagnement social via notamment les SAVS (ou encore les SAMSAH pour les publics en situations de handicap psychique) est ainsi également mis en avant. Ces besoins d'accompagnement social peuvent concerner tant les personnes en ESAT que sortantes d'ESAT.



Ainsi, une étude de 2013 réalisée dans les Pays de la Loire sur les modalités d'accueil à temps partiel¹⁸⁰ montrait que 22% des usagers de la région travaillaient à temps partiel. Parmi eux, 42% était également accueilli dans une SACAT, un SAESAT, en accueil de jour ou en foyer d'hébergement, 25% était à domicile, 14% était accompagné par un SAVS ou un SAMSAH, quelques personnes étaient également accueillies en GEM¹⁸¹).



Des travaux menés dans l'Aude¹⁸² montraient ainsi que pour 31.5% des travailleurs handicapés actuellement pris en charge dans les ESAT de l'Aude, la prise en charge actuelle nécessiterait le renforcement ou la création de nouvelles prestations. Pour être adapté aux besoins des 392 adultes, la nature des prestations à mettre en place ou à renforcer concerne en premier lieu l'accompagnement social (n=159 occurrences) puis la réorientation vers un établissement adapté pour 120 travailleurs.

Encadré 2 : Les réponses aux besoins d'accueil et d'accompagnement en sortie d'ESAT

- **Plusieurs possibilités ont pu être mobilisées en sortie d'ESAT pour les personnes vieillissantes : une palette de solution**



Les travaux menés en région Centre¹⁸³ ont montré que 27,1 % des travailleurs partis à la retraite au cours des 5 dernières années ont été orientés en logement personnel ; 15,9 % en foyer de vie occupationnel.

Les possibilités évoquées lors de cette étude ont été :

- **La possibilité du maintien à domicile, associé si nécessaire à l'accompagnement d'un SAVS ou d'un SAMSAH.** Cette solution, qui présente l'avantage d'éviter les changements brutaux en maintenant la personne dans son lieu de vie habituel, suppose un travail particulièrement approfondi de préparation de la part de l'équipe de l'ESAT ; en lien avec le SAVS (évaluation des situations, coordination, actions communes...).
- **Les foyers de vie ont fait débat** : « (...) Les directeurs interrogés ont souligné que l'accueil de personnes handicapées vieillissantes ne constitue pas la mission première des foyers de vie et que, compte tenu du manque de places dans le secteur adultes, l'accueil de travailleurs retraités se ferait au détriment des jeunes issus du secteur enfants (or le nombre de personnes relevant de l'amendement Creton est d'ores et déjà important, provoquant des difficultés de cohabitation avec les plus jeunes au sein des structures enfants et nécessitant une adaptation des modalités d'accompagnement) ». Par ailleurs, des directeurs s'inquiètent des conséquences liées à la cohabitation avec des personnes plus dépendantes et redoutent une perte d'autonomie chez les anciens travailleurs.
- **Les foyers logements** jugés intéressants mais encore peu nombreux et qui peuvent être associés à un suivi par un SAVS.

¹⁸⁰ 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. Enquête auprès de 91 ESAT, taux de réponse de 60,4%.

¹⁸¹ Groupe d'Entraide Mutuelle.

¹⁸² CREAI Languedoc-Roussillon, Contribution au schéma en faveur des adultes handicapés – Les travailleurs handicapés présents dans les ESAT de l'Aude, juillet 2009.

¹⁸³ CREAI Centre, La prise en compte du vieillissement des travailleurs handicapés en ESAT, 2012. Enquête menée auprès des ESAT avec un taux de retour de 63.6%.

- **Les établissements pour personnes âgées : une solution envisageable sous certaines conditions.** L'étude réalisée dans le centre montrait que les orientations en maison de retraite restent largement minoritaires : 5,6 % des orientations prononcées au cours des 5 dernières années ; 4,5 % des orientations envisagées par les professionnels pour les travailleurs préparant actuellement leur cessation d'activité (source : enquête usagers). La majorité des directeurs interrogés dans le cadre de ces travaux se sont accordés sur l'inadaptation des maisons de retraite « ordinaires » pour l'accueil d'anciens travailleurs d'ESAT, soulignant les difficultés à prendre en compte la différence de génération entre les anciens travailleurs quittant l'ESAT, âgés d'une soixantaine d'années au plus, et les autres résidents (l'âge moyen d'entrée en maison de retraite étant actuellement de 85 ans).
 - **Les familles d'accueil enfin ont été peu citées.**
- **Les sortants pour un emploi en milieu ordinaire : le besoin d'un accompagnement dans l'emploi**
Enfin pour les personnes sortant en milieu ordinaire de travail, des besoins sont également évoqués, mis en œuvre dans d'autres pays (Allemagne, Pays-Bas, Espagne...) ¹⁸⁴ d'accompagnement dans l'emploi dans la durée afin de maintenir dans l'emploi que ce soit par des actions sur le lieu de travail auprès de la personne ou de l'employeur ou en dehors du travail (prise en compte des freins périphériques à l'emploi, articulation avec les opérateurs sociaux et médico-sociaux en fonction des besoins...). De tels dispositifs d'emploi accompagné peuvent exister en France mais il s'agit soit d'actions ponctuelles limitées dans le temps ne correspondant pas nécessairement aux besoins de ces publics spécifiques soit de dispositifs dit « expérimentaux » bien que pouvant parfois avoir été créés depuis plusieurs années ¹⁸⁵.

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.

Citons deux exemples :



Une étude réalisée par le CREA Centre ¹⁸⁶ sur les listes d'attente des ESMS (dont ESAT) est particulièrement illustrative. Ainsi, il ressort des travaux qu'« au 31 décembre 2013, 15 909 personnes en situation de handicap étaient accueillies dans les structures médico-sociales pour enfants et adultes de la région Centre. Parallèlement, 5 048 personnes déjà

¹⁸⁴ GPS Emploi avec le soutien de la CNSA, Respir'oh, Etude d'opportunité sur l'emploi accompagné, juillet 2014.

¹⁸⁵ Cf. GPS Emploi avec le soutien de la CNSA, Respir'oh, Etude d'opportunité sur l'emploi accompagné, juillet 2014.

¹⁸⁶ 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.

accueillies en établissement étaient inscrites sur les listes d'attente des ESMS de la région ». Si cette importance de la liste d'attente doit être relativisée (doublons possibles, actualisation des besoins, personnes non accueillies hors institution...)¹⁸⁷, il apparaît :

- Que sur ces personnes déjà accueillies en établissement et inscrites sur listes d'attente, « 291 n'étaient pas accueillies dans une structure et se trouvaient donc en attente de place en ESMS ». Il s'agit des personnes décrites comme « sans solution ».
- 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 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 également 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.

L'étude indiquait également que les doubles orientations en ESAT et en Foyers d'Hébergement étaient fréquentes et nécessitaient d'obtenir une place pour chaque dispositif - au risque de devoir les renvoyer au domicile familial faute de place. De même, en cas de préretraite ou de retraite, le besoin d'aménagement des temps de travail afin de prendre en compte la fatigabilité était mis en avant.

A titre d'exemple, sur ce dernier point de prise en compte des besoins globaux, un ESAT¹⁸⁸ fait remonter que si le respect des rythmes des travailleurs est favorisé, ces rythmes ne sont pas forcément toujours adaptés dans la mesure où certaines personnes nécessitant un rythme de travail moins soutenu (par ex à mi-temps) mais sont toujours embauchées à temps plein faute de places disponibles en centres d'accueil de jour ou d'accompagnement dans les foyers d'hébergement. Cette situation en partie liée au vieillissement est remontée régulièrement dans les travaux relatifs aux ESAT. Elle participe à une situation possible d'engorgement en ESAT en ne libérant pas les places associées.

Des personnes en attente d'orientation... mais pas systématiquement prononcée par la MDPH : l'importance d'assurer leur repérage.

Au regard des éléments précédents, cela apparaît comme un impératif. Des travaux et initiatives visant à évaluer le nombre de personnes en attente d'orientation ESAT – notamment en lien avec les amendements Creton ont été mises en place (ARS Aquitaine, Bretagne, Centre, Paca¹⁸⁹...) mais cette démarche est à développer de façon régulière pour l'ensemble des établissements médico-sociaux car ces situations de blocages peuvent être inhérentes à d'autres établissements ; une dimension d'ailleurs prise en compte par une partie des travaux précédemment indiqués.

Citons également les initiatives :

¹⁸⁷ Ainsi que le signale l'enquête, des doublons peuvent exister et ces listes ne sont pas nécessairement composées de personnes réellement en attente de places compte tenu de l'évolution de leur projet.

¹⁸⁸ Extrait du rapport d'évaluation interne de l'ESAT de Bernay, APEI les Papillons Blancs de l'Eure, 2013.

¹⁸⁹ Cf. sources des études citées au fur et à mesure de ce document.



De l'Unapei avec l'outil Obs'serveur¹⁹⁰ qui 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



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.

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.

En termes de résultats territoriaux, on peut citer, à titre illustratif :



Une étude menée dans l'Eure¹⁹¹ faisait ressortir que près de 10% des usagers d'ESAT avaient à date une orientation considérée comme inadaptée (13,5% sur l'ensemble du secteur handicap).

De même, une étude du Creai menée sur la région Centre¹⁹² indiquait que 19% des personnes accueillies en ESAT étaient en attente d'orientation (y compris dans un autre ESAT pour 41,3% d'entre elles – ce qui aboutirait à l'équivalent de 11% des usagers en attente d'orientation vers d'autres types d'établissement que les ESAT).

Enfin, une étude menée dans l'Aude¹⁹³ indiquait que pour 9,4% des travailleurs la prise en charge était jugée insuffisante ou inadaptée.

Ces éléments appellent à plusieurs commentaires :

- d'une part, les listes d'attente peuvent recouper à la fois des personnes sans aucune solution d'accueil ou d'accompagnement ou bien être le fruit de rigidités dans les parcours inter-établissements. L'analyse des listes d'attente implique automatiquement ces deux volets comme nous l'avons vu dans la partie précédente ;
- d'autre part, **leur réelle estimation implique que ces personnes soient effectivement repérées en établissement (en ESAT comme dans les autres ESMS) et que les demandes éventuelles de réorientation complète ou partielle soient réalisées** (ainsi que celles prévues à toutes fins de prospective).

Hors, ainsi que l'indiquaient qualitativement les directeurs d'ESAT membres du Comité de Pilotage des présents travaux, **il n'est pas du tout sûr que ce repérage et ces demandes de réorientations soient effectuées**. L'auto-censure citée précédemment pour les MDPH en l'absence de réponse sur le territoire pourrait tout à fait s'appliquer par analogie aux ESAT : l'absence de réponse disponible peut engendrer une réponse par défaut des établissements mais sans faire connaître et quantifier les besoins afférents. Les remontées liées aux besoins de co-accompagnement sur les temps libérés lors d'un temps partiel en ESAT en sont le reflet : fréquemment évoqués dans la littérature, ils ne sont que peu quantifiés.

Il est essentiel de faire connaître ces besoins afin de permettre d'en situer les réels enjeux et d'en dimensionner la réponse. Cette « non-déclaration » et donc cette absence de reconnaissance quantifiée du besoin peut fausser les estimations de places nécessaires dans les différents ESMS.

¹⁹⁰ Plaquette de présentation d'Obs'serveur et entretien avec C. Drouet, chargée de projet à l'Unapei.

¹⁹¹ B. Cesselin et P. Tailhades, Les usagers accompagnés au 31 décembre 2013, diagnostic de l'association EURE, 5^{ème} édition, septembre 2014.

¹⁹² 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.

¹⁹³ CREAI Languedoc-Roussillon, Contribution au schéma en faveur des adultes handicapés – Les travailleurs handicapés présents dans les ESAT de l'Aude, juillet 2009.

A noter



- ✓ **Un nécessaire travail sur les taux d'occupation afin de connaître l'utilisation des dispositifs « ESAT » sur les territoires, optimiser l'offre disponible et repérer les places mobilisables ;**
 - ✓ **En lien avec le taux d'occupation, une politique de stages à valoriser ;**
 - ✓ **Des flux sortants à anticiper à la hausse mais à accompagner – un ensemble de mouvements connaissant des rigidités :**
 - Des mouvements bien connus, liés au vieillissement et à la fatigabilité allant très nettement à la hausse avec, en 2010, 32,4% de travailleurs de « 45 ans et plus » ; une part qui devrait encore s'accroître.
 - Des sorties également liées aux temps partiels - complexes à chiffrer ; Des possibilités d'accès au milieu ordinaire – à développer et à soutenir mais impliquant des volumes potentiels moindres que ceux liés à l'âge et à la fatigabilité ;
 - **Des flux de sorties annuelles prévisionnels pour retraite qui restent néanmoins relatifs au regard de l'ensemble de la population accueillie en ESAT au niveau national. 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.**
 - **Des flux qui interrogent surtout sur :**
 - **La disponibilité des offres en sortie ainsi qu'en co-accompagnement d'ESAT**
 - **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.**
 - **Le besoin de s'interroger en ESAT sur :**
 - **La mise en place d'une gestion prévisionnelle des places au niveau territorial comme en établissement.**
 - **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...)**
- Des rigidités d'ensemble liées à des besoins à identifier, des solutions à quantifier en co-accompagnement et en sortie d'ESAT ; en partie, à une tarification à adapter (ici, mise en œuvre des temps partiels).**
- ✓ **Des effets d'engorgement en chaîne entre ESMS pouvant générer des listes d'attente importantes pour chaque type d'établissement et une vision « artificielle » de besoins pour une partie d'entre eux ;**
 - ✓ **Des personnes en attente d'orientation présentes dans les établissements à identifier afin qu'elles soient pleinement intégrées dans les listes d'attente ;**
 - ✓ **En conséquence, 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.
- 
 - **L'enquête ES pourrait intégrer pour l'ensemble des ESMS des questions sur les effectifs en attente de places après réorientation, la nature de cette réorientation et les besoins associés.**
 - **La demande d'une gestion annualisée des effectifs avait été proposée dans le précédent Plan ESAT¹⁹⁴ afin d'utiliser l'ensemble des places vacantes – y compris celles non utilisées pour des arrêts ou congés longs – en dépassant ou en étant en dessous des effectifs agréés selon la période. Des remontées de directeurs indiquent que cela suppose une adaptation du système de paiement de l'ASP (en cas de dépassement de l'agrément, il n'y a pas de paiement des aides aux postes concernées).**

¹⁹⁴ DGCS-Respir'oh - Plan d'adaptation et de développement des Esat – Rapport et annexes, 2012

1.3.2. 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, de tensions et... d'adaptations des ESAT

L'adaptation de l'offre des ESAT est marquée par plusieurs évolutions structurelles conséquentes et simultanées relatées dans l'étude Opus 3¹⁹⁵ menée en 2009 pour la DGCS :

- Un « cahier des charges » adressé aux ESAT aux modifications profondes en lien avec les lois de 2002 et surtout de 2005 : recentrage des projets autour de la personne accueillie, mise en œuvre des projets individuels, ouverture vers l'extérieur pour une meilleure intégration sociale... autant de modifications qui impliquent une mise en cohérence des accompagnements individualisés et de l'« offre de service » de l'ESAT aux usagers en matière d'activités de production et de soutien ;
- Des évolutions économiques pouvant remettre en cause le modèle traditionnel de fonctionnement de l'ESAT : diminution structurelle des marchés de conditionnement, organisation des achats des entreprises tendant à une globalisation des commandes, situations plus fortes de concurrence... Ces évolutions incitent à une meilleure prise en compte des exigences des clients et des services attendus, au développement des relations commerciales de l'ESAT et à l'identification des éléments-clés de sa différenciation vis-à-vis d'autres « fournisseurs », au travail en réseau, voire à un repositionnement des activités;
- Enfin, les publics accueillis en ESAT connaissent globalement des évolutions. Celles-ci sont à anticiper car elles ont potentiellement un impact sur les modalités d'accompagnement et la production : vieillissement et plus largement prise en compte de la fatigabilité des usagers, montée du handicap psychique, gestion par les équipes des troubles psychiques associés, relais nécessaires sur les difficultés sociales des usagers à construire...

De fait, on peut en conclure que ces évolutions sont génératrices :

- de risques liés aux modifications de l'environnement des ESAT ; notamment économiques mais ayant par voie de conséquence des impacts potentiels sur la prise en charge médico-sociales : déficit de travail pour les usagers, risques de sélection de publics, etc...
- mais également d'opportunités : meilleure synergie entre les actions économiques et celles menées auprès des usagers, accroissement d'actions supports à leur intégration sociale et professionnelle – VAE, formation..., développement d'activités valorisantes pour les travailleurs.

Ces évolutions peuvent ainsi 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...)

¹⁹⁵ 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.

- Le réseau partenarial de l'ESAT en co-accompagnement et en sortie ;
- L'organisation de l'ESAT en matière d'anticipation des besoins

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.

Ainsi, selon un ou plusieurs de ces aspects de l'offre de l'ESAT, il peut parfois exister de réels paradoxes entre liste d'attente et difficultés de recrutement. Aussi, le raisonnement s'appuyant seulement sur le nombre de places n'est pas suffisant.

Ces éléments sont en lien avec la recommandation de bonnes pratiques faites par l'Anesm et adressée aux ESAT¹⁹⁶ pour laquelle on retrouve les différents aspects cités ci-dessus.

Nous proposons en seconde partie 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.

L'ensemble des évolutions en ESAT que ce soit en lien avec le vieillissement, les types de handicaps et problématiques associées ainsi qu'aux demandes des travailleurs exprimées dans le cadre de leurs projets personnalisés et ce, en tenant compte des évolutions économiques génèrent potentiellement des adaptations sur l'ensemble des points évoqués précédemment. Il ne s'agit pas ici de décrire l'ensemble des adaptations nécessaires mais d'indiquer les éléments quantitatifs ressortant des travaux sur chacun de ces aspects.

Les évolutions de l'offre en ESAT liées aux types de handicaps accueillis

La montée en charge du handicap psychique : des interrogations sur les réponses apportées relativement aux besoins et sa répartition territoriale

- 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 – enquête ES) ainsi que nous l'avons vu en première partie.
- D'après les premiers retours sur le tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social de l'Anap¹⁹⁷ – à prendre avec précaution en tant que premier indicateur à approfondir - les personnes accueillies pour troubles du psychisme varient ainsi (en médiane) de 0 à 18% selon les régions et celles accueillies pour déficiences intellectuelles de 69% à 99%.

Pour rappel, cette montée en charge des publics en situation de handicap psychique s'est réalisée dans un contexte de créations de places d'ESAT : il n'y a donc pas eu en parallèle de diminution de la population accueillies pour déficiences intellectuelles¹⁹⁸. Ces premiers résultats interpellent sur les réponses à ces publics ayant pu être mises en place sur les différents territoires.

Encadré 1 : Montée du handicap psychique et adaptation qualitative de l'offre des ESAT

L'accroissement du handicap psychique pose ainsi la question de l'adaptation de l'offre des ESAT :

- **En termes d'agrément et de publics accueillis**



En 2009, une enquête menée dans le Rhône, indiquait qu' « en outre, s'agissant des critères de non admission, la plupart des établissements pour travailleurs déficients intellectuels indiquent ne pas admettre de personnes présentant des troubles psychiques ou du comportement »¹⁹⁹;

- **En terme d'offres adaptées et adaptables aux situations individuelles** (activités à caractère professionnel, soutiens partenariats, déploiement de formes d'activités ouvertes sur

¹⁹⁶ 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.

¹⁹⁷ ANAP, extraction du tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social, document de travail au 31/01/2015.

¹⁹⁸ Cf. point 1.2.

¹⁹⁹ CREAL Rhône-Alpes – DDASS du Rhône, Fonctionnement et perspectives de développement des ESAT du Rhône, mai 2009.

l'extérieur ou hors les murs, temps partiels et séquentiels...) mise en œuvre par ces établissements.

- **En termes de partenariats** avec un renforcement de l'articulation entre dispositifs dont sanitaires afin d'éviter des ruptures de parcours importantes pour ces publics (sanitaires, médico-sociaux notamment SAVS et SAMSAH, formes diversifiées d'hébergement, un lien aux structures de l'exclusion. Une enquête de l'observatoire de l'Habitat Transitoire du Rhône²⁰⁰ de 2006 montrait que parmi les populations hébergées dans le seul réseau des CHRS de la FNARS, 30% des personnes hébergées soit 141 personnes sur un échantillon de 466 avaient une problématique psychiatrique. Des partenariats qui touchent tant à la diversité des prescripteurs vue en première partie qu'en co-accompagnement sanitaire/médico-social dans la durée du parcours.

D'autres évolutions évoquées mais qui ne sont pas systématiquement chiffrées ou suivies

Une montée en charge des difficultés sociales – potentiellement en lien avec le handicap psychique ou encore avec les parcours diversifiés des publics accueillis en ESAT.



Une étude du CREAI Rhône²⁰¹ en 2009 indiquait ainsi que près d'un ESAT sur deux notait sur les cinq dernières années, « *un accroissement massif des difficultés sociales : environnement social fragile, liens familiaux insuffisants ou inexistants, situations de rupture, désocialisation, personnes sans domicile fixe... avec parfois nécessité d'une réponse dans l'urgence.* » en précisant qu'il s'agissait pour partie de personnes moins déficitaires, plus autonomes, intégrant un ESAT à un âge plus tardif, ayant très souvent connu des ruptures sociales et parfois vécu des échecs d'insertion professionnelle en milieu ordinaire.

Cette question avait également été abordée dans l'étude DGCS-Opus 3 à la même période concernant les usagers ayant des problématiques sociales « prédominantes » : à fin 2008, l'enquête réalisée estimait à 6% des effectifs présents en ESAT soit une estimation d'environ 6500 personnes en France mais concernait cependant un grand nombre d'ESAT puisque 62% des établissements déclaraient accueillir ce public.

Enfin d'autres éléments liés aux évolutions des publics peuvent être cités selon les travaux²⁰² mais ne sont pas chiffrés :

- **de jeunes entrants pour lesquels l'orientation en ESAT n'est pas le projet ou avec une instabilité professionnelle** (turn-over important : de nombreux travailleurs demandent à changer d'ESAT ou à aller ailleurs sans projet précis), de nouveaux comportements face à la découverte des contraintes liées au monde du travail (horaires, etc.) ; Sur ce point, on notera qu'il est difficile de savoir s'il s'agit d'évolutions de fond ou tout simplement d'un effet « générationnel »,
- **d'orientations vers un ESAT prématurées avec des orientations décrites comme survenant de plus en plus tôt à la sortie de l'hôpital** (il s'agissait dans l'étude Rhône de population des cérébro-lésés) alors qu'ils ne sont pas nécessairement prêts à être dans un milieu professionnel et que le travail de deuil n'est pas suffisamment avancé ;

²⁰⁰ Enquête de l'observatoire de l'Habitat Transitoire du Rhône sur les besoins en maisons-relais – cahiers de l'OTH, octobre 2006 auprès des populations hébergées dans le réseau des CHRS de la FNARS, les foyers ARALIS et ADOMA et dans les Foyers de jeunes travailleurs du Rhône. Etude citée dans le "Livre blanc sur l'état des lieux et les besoins en établissements et services sociaux et médico-sociaux pour l'insertion des personnes en situation de handicap psychique dans la région Rhône-Alpes, Agapsy Rhône-Alpes, septembre 2014.

²⁰¹ CREAI Rhône-Alpes – DDASS du Rhône, Fonctionnement et perspectives de développement des ESAT du Rhône, mai 2009.

²⁰² CREAI Rhône-Alpes – DDASS du Rhône, Fonctionnement et perspectives de développement des ESAT du Rhône, mai 2009 ; CREA Languedoc-Roussillon, Contribution au schéma en faveur des adultes handicapés – Les travailleurs handicapés présents dans les ESAT de l'Aude, juillet 2009.

- **de difficultés d'adaptation au travail du fait de handicaps trop importants ou de troubles du comportement** rendant la présence au travail difficile — voire perturbant la structure ;
- **de demandes d'intégrations professionnelles en milieu ordinaire pas toujours en adéquation avec les capacités des personnes.**
- **d'accueils de certains types de handicaps. Ce point renvoie potentiellement à la présence de personnes sans solution.**



Il était également noté par un directeur dans le Rhône²⁰³ que des personnes reconnues handicapées n'ont pas toujours accès au milieu protégé car leur handicap n'entre dans aucune catégorie référencée (HIV, maladie orpheline, autisme, etc.)... Faute d'analyse consolidée sur les listes d'attente, on ne peut quantifier les besoins afférents.

La question de l'adaptation et de la modularité des offres, la problématique de la prise en compte des différentes situations d'efficience des travailleurs

Au-delà des types de handicaps accueillis, c'est bien la question de l'adaptation et de la modularité des offres d'ESAT qui est mise en avant. Ces actions qualitatives précédemment citées ne sont pas nécessairement relative à la nature des handicaps accueillis.



Ainsi que l'indiquait des travaux réalisés en Rhône-Alpes en 2011 pour Unifaf par l'Université Lyon 3²⁰⁴, la nature du handicap n'est pas nécessairement discriminante de l'offre apportée. L'étude indique ainsi que : « *Souvent, dans les entretiens, la question de la nature des handicaps accueillis et de leur lourdeur devient un argument pour expliquer un faible taux d'insertion dans le milieu ordinaire, pour justifier un mode d'organisation ou une pratique de formation insuffisante. Certains types de handicap expliqueraient certaines pratiques. Cet argument, souvent entendu, naturalise un mode de fonctionnement de l'ESAT et renvoie à une logique déterministe dans laquelle il n'y a pas d'autres choix possible ni de marge de manœuvre à développer pour faire autrement. Il y aurait ainsi un « ordre des choses »: l'implicite vision dans ce discours consiste à laisser penser que les ESAT accueillant ce type de handicap ne pourraient pas par exemple développer de l'insertion. Cet ordre des choses immuable serait consubstantiel à la nature du handicap. En forçant le trait, on peut dire que parfois les types et degrés handicaps des personnes accueillies sont présentés comme un facteur handicapant pour l'établissement. Pourtant, la simple analyse des quatre ESAT d'insertion que nous avons étudiés tend à montrer que la situation est loin d'être aussi simple que ne le laisse sous-entendre cet argument naturaliste. Ces quatre ESAT sont globalement très différents et surtout, point plus intéressant, accueillent des usagers aux handicaps variés : déficience intellectuelle, handicap psychique ou encore cérébro-lésés. L'étude conclut ainsi que « la nature du handicap ne semble donc pas si discriminante que cela. Il ressort en réalité que ce n'est pas tant la question de la nature du handicap qui joue que les processus d'admission et de recrutement qui deviennent fondamentaux » - en l'occurrence par rapport aux projets et au positionnement de l'établissement ainsi que du travailleur handicapé.*

De fait, c'est moins cette question de la nature du handicap qui avait été mise en avant dans les travaux du Plan ESAT en 2012²⁰⁵ que celle de leur prise en charge en tenant compte de l'ensemble des conséquences du handicap. Il était ainsi proposé de construire un outil d'évaluation de la lourdeur/stabilité du handicap et des besoins d'accompagnement associés ; Ceci afin d'objectiver les besoins d'accompagnement et les coûts associés, d'éviter des effets pervers de sélection à l'entrée des

²⁰³ CREA Rhône-Alpes – DDASS du Rhône, Fonctionnement et perspectives de développement des ESAT du Rhône, mai 2009.

²⁰⁴ Observatoire et Unifaf Rhône-Alpes – Ifross Université Lyon 3, Favoriser l'accompagnement et la formation en ESAT, Etude régionale, février 2011.

²⁰⁵ DGCS-Respir'oh - Plan d'adaptation et de développement des Esat – Rapport et annexes, 2012

personnes les plus « lourdement » handicapées ou encore « à faible efficience » en raison d'une pression économique trop forte, d'optimiser les orientations effectuées vers les différents établissements en fonction de leur positionnement vis-à-vis des personnes accompagnées et de leur projet.

Cette question n'est pas anodine – et plus encore si elle est mise en parallèle avec les amendements Creton d'une part et la montée en charge des publics vieillissants d'autre part. Au regard de ces évolutions et des tensions sur les activités économiques, le risque est net d'une sélection des publics – bien que difficilement mesurable. Les études réalisées sur les activités de travail en ESAT peuvent toutefois nous donner des indications.

Les activités de travail proposées : des tensions sur les activités décrites comme adaptées aux publics à « à faible efficience » entre publics vieillissants et besoins d'une partie des entrants



Une ancienne étude réalisée en 2004 en Ile-et-Vilaine par AFPA Conseil pour le PDITH 35²⁰⁶ identifiait déjà cette difficulté. Ainsi elle évaluait 638 personnes en attente de places (inscrites sur les listes d'attente de 17 ESAT sur les 21 du département). **Selon l'étude, les listes d'attente pour les activités de sous-traitance et de conditionnement sont le plus souvent très longues :** « *La demande est très forte pour ces emplois jugés plus attractifs ou plus compatibles avec un plus grand nombre de handicaps alors que l'offre stagne dans ce domaine. A l'inverse, un marché existe et concerne en priorité des services extérieurs (espaces verts, nettoyage, repassage, etc.). Toutefois, ces activités de services demandent plus d'autonomie et de professionnalisme de la part des salariés et l'organisation de ces activités pose des questions différentes de celle du travail en atelier fortement encadré par des moniteurs* ». **L'étude indiquait ainsi que sur un même territoire, des ESAT avaient ainsi des places vacantes malgré la présence de listes d'attente importante.**

L'étude réalisée par Opus 3²⁰⁷ en 2009 indiquait que :

« *L'enquête a permis de recueillir des informations sur 2422 activités. Les ESAT ont ainsi déclarés en moyenne 4 activités différentes (...). Le cœur d'activité « historique » des ESAT est fortement représenté : 14% des activités des ESAT sont directement liées au « conditionnement, travail à façon, assemblage, montage, tri, contrôle » présentés de façon générique et sans spécificités de secteur.*

De ce cœur historique, s'est décliné toute une série d'activités liées à des :

- *Activités similaires spécialisées dans la mécanique, métallerie et la mécano-soudure*
- *Activités similaires spécialisées dans l'électricité, l'électro-mécanique, l'électronique*
- *Emballage, mise sous pli*
- *Ces activités de production ont également générés des mises à disposition (considérées comme une activité économique à part entière) et des activités de « sous-traitance » diverses.*

L'ensemble de ces activités où les gestes liés au conditionnement, au montage, au tri et à des actions de contrôle sont importants représenteraient ainsi 44% des activités des ESAT. C'est dans ce type d'activités où la concurrence peut être importante entre ESAT, voire avec d'autres dispositifs (prisons, par exemple) en raison du mouvement de mondialisation (délocalisation de ce type de marchés à l'étranger), des recherches

²⁰⁶ Citée dans CREAI Bretagne, Les travailleurs handicapés en Bretagne – volet 1, A propos de..., n°23, mars 2007.

²⁰⁷ 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.

de marchés de niche ont pu être faites ou de développement d'offres annexes (stockage, gestion de commande, par exemple).

Plus récemment, en 2012, des travaux menés dans le Centre sur le vieillissement²⁰⁸ indiquaient que les ESAT avaient des niveaux d'exigence variés selon les activités proposées : « *il est important de noter que les différentes activités citées sont plus ou moins exigeantes physiquement. Les directeurs rencontrés ont ainsi insisté en premier lieu sur la difficulté des ateliers espaces verts – qui sont, comme indiqué précédemment, les plus représentés. A été soulignée de la même façon la pénibilité des ateliers blanchisserie, dans lesquels une grande partie du travail est réalisée debout (cf. repassage et pliage du linge) et malgré la présence de sièges « assis-debout » parfois mal utilisés. A l'inverse, les entretiens ont mis en évidence le fait que les ateliers conditionnement et sous-traitance rassemblent souvent – au-delà bien sûr des personnes intéressées par cette activité – les travailleurs les plus « fatigués », car le rythme de travail peut y être plus facilement adapté ».*

Ces travaux appellent à deux remarques :

- **Ces activités de conditionnement** relatées dans les travaux sont celles qui semblent connaître à la fois :
 - **le plus de tensions²⁰⁹ et de concurrence au niveau économique**
 - **le plus de tensions en termes de demandes des publics en l'occurrence les demandes des publics vieillissants et fatigables et d'une partie des publics entrants** (notamment en amendement Creton)²¹⁰.
- **Plus que les seules activités historiques de conditionnement, il s'agit ici d'évoquer le maintien voir le développement dans les ESAT d'activités ou de postes accessibles au plus grand nombre²¹¹. Ce point est d'autant plus important qu'en 2009²¹², 74% des ESAT au niveau national indiquaient vouloir développer de nouvelles activités – notamment en raison de la diminution structurelle des activités de conditionnement.**
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.**

²⁰⁸ CREAI Centre, La prise en compte du vieillissement des travailleurs handicapés en ESAT, 2012. Enquête menée auprès des ESAT avec un taux de retour de 63.6%.

²⁰⁹ 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 et CREAI Centre, La prise en compte du vieillissement des travailleurs handicapés en ESAT, 2012.

²¹⁰ Cf. partie sur les prescripteurs, voire plus largement des publics inscrits en liste d'attente au regard de leur âge et de leur parcours antérieur.

²¹¹ Certaines activités dites plus sélectives peuvent toutefois intégrer des postes accessibles.

²¹² 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.

Encadré 2 : La nécessité d'un renforcement de l'adaptation des postes et des conditions de travail

Plusieurs types d'aménagements peuvent survenir en ESAT et vont porter sur **un aménagement du temps de travail** (temps partiels ou séquentiels) que nous avons vus précédemment. D'autres aménagements peuvent également intervenir.

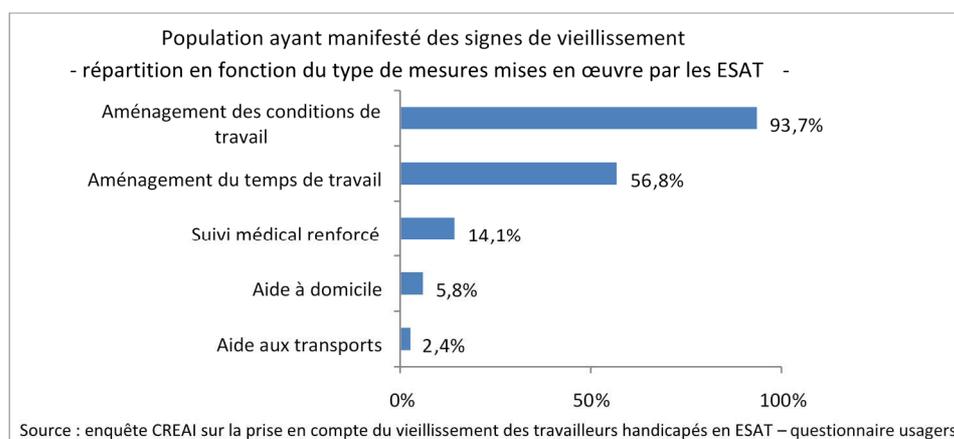
On dispose de quelques éléments partiels et chiffrés en fonction des travaux réalisés.



Les travaux réalisés en région Centre²¹³ sur le vieillissement faisait ainsi ressortir que dans 93,6 % des cas, des mesures ont été mises en œuvre suite à l'apparition de signes liés au vieillissement. Les principales mesures prises étant liées à l'aménagement des conditions de travail à 93,7%.

Ces mesures visaient essentiellement à adapter la charge de travail, son ergonomie et effectuer des rotations entre postes de travail (cf. tableau ci-dessous).

Enfin 73,8% des ESAT répondants proposaient des accompagnements spécifiques pour préparer la retraite (soit 31 établissements sur 42).



Population bénéficiant de mesures d'aménagement des conditions de travail en lien avec l'apparition de signes de vieillissement
- répartition en fonction du type de mesures mises en œuvre -

Adaptation de la charge de travail	73,1%
Adaptation du poste de travail (ergonomie)	43,5%
Rotation entre des postes de travail d'un même atelier	40,9%
Découpage des tâches	24,6%
Rotation ou changement entre des ateliers différents (temps partagé)	18,1%
Aménagement de temps de pause supplémentaires	12,9%
Période de travail temporaire dans un autre ESAT	1,0%
Autres aménagements des conditions de travail	2,6%

Source : enquête CREA sur la prise en compte du vieillissement des travailleurs handicapés en ESAT questionnaire usagers

²¹³ CREA Centre, La prise en compte du vieillissement des travailleurs handicapés en ESAT, 2012.

La localisation et l'attractivité des ESAT : une analyse par territoire insuffisamment menée, une attractivité à estimer localement

Synthèse de l'adaptation de l'ESAT à son territoire mais aussi de sa politique de communication (le « faire » et le « faire savoir »), les questions d'attractivité de l'ESAT ne sont pas fréquemment évoquées. Elles ont pourtant leur importance.

La diversité des parcours - et la diversification des prescripteurs associée -, le refus d'ESAT pouvant survenir, l'élaboration même des projets individuels sont tout autant d'éléments qui invitent les ESAT à mieux faire connaître leur offre ; Offre elle-même construite en fonction des besoins évalués sur leurs territoires.

Ainsi, la localisation de l'ESAT et la proximité géographique sont fréquemment cités en premier motif de candidature. L'enquête ES nous indique en 2010 que près de 91% des usagers d'ESAT nouvellement admis étaient 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.**

De plus, les activités de l'établissement, les types de handicaps accueillis ou un projet spécifique d'insertion peuvent être également indiqués²¹⁴.

Ce sont autant de critères à évaluer localement car pouvant influencer sur le taux d'occupation des établissements.



Les travaux menés dans le Centre sur les listes d'attente²¹⁵ publiés en 2014 indiquaient que si des places vacantes existent actuellement dans les structures médico-sociales, elles peuvent résulter :

- **d'une offre insuffisamment proportionnée sur le territoire ;**
- **des ESMS qui n'utilisent pas l'ensemble des places disponibles prévues dans leur agrément ;**
- **d'un manque de rayonnement institutionnel de la structure ou de son isolement géographique.**

De même des travaux conduits en région Rhône-Alpes²¹⁶ concluaient que « compte tenu des évolutions (notamment changement de population, alourdissement des cas), un des enjeux des ESAT devient celui de l'attractivité. Alors que jusqu'à maintenant la stabilité de la filière de recrutement permettait d'envisager des taux de remplissages réguliers et satisfaisants, ces transformations nécessitent de remettre en cause ce fonctionnement ».

L'étude sur les ESAT réalisée en 2009 par Opus 3 s'interrogeait également sur les lieux d'implantation des ESAT : « le positionnement géographique de certaines structures, naturellement isolées dans leur enceinte en l'absence d'un environnement social et citoyen suffisant, rend-il difficile l'accès des travailleurs handicapés à des formes de travail hors les murs ? Comment les ESAT peuvent-ils dépasser ces contraintes ? A quelles conditions l'ESAT peut-il servir de vecteur d'intégration des personnes dans la cité ? »

²¹⁴ CREAI 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.

²¹⁵ 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 aménagements Creton, 2014.

²¹⁶ Observatoire et Unifaf Rhône-Alpes – Ifross Université Lyon 3, Favoriser l'accompagnement et la formation en ESAT, Etude régionale, février 2011.

Encadré 3 : Les moyens matériels et financiers

La question des locaux et des moyens matériels est bien entendu importante et à relier en partie aux questions d'attractivité précédente. On dispose de premiers éléments chiffrés fournis par le Tableau de Bord de la performance dans le secteur médico-social de l'ANAP²¹⁷ (chiffres ANAP sur 321 ESAT répartis dans 10 régions) ; Comme précisé précédemment, il s'agit de premiers indicateurs invitant à des approfondissements.

- Un premier indicateur : le taux de vétusté (comptable) des constructions – montre des variations importantes entre régions allant de 33% à 71% en médiane. Il s'agit toutefois d'un indicateur comptable qui ne signifie pas nécessairement une vétusté physique des constructions.
- Un taux d'endettement également très variable allant selon les régions de 2% à 62% en médiane.

Des locaux en mauvais état, des possibilités limitées d'investissement dans les ESAT peuvent induire des difficultés tant sur l'attractivité des ESAT que sur les conditions de travail des usagers.

Un ensemble d'évolutions venant interroger les contours des ESAT et leurs modalités de financements ?

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

L'ensemble de ces évolutions vient réinterroger :

- **Les modalités d'accès et de transition vers un ESAT pour toute une série de publics :**
 - o les publics IME au regard des situations des amendements Creton,
 - o les autres publics aux parcours très ou plus diversifiés (sortants du secteur hospitalier, de l'insertion, de l'exclusion, en arrivée « ultérieure » en ESAT après des essais en milieu ordinaire de travail...) et ce à des âges potentiellement plus élevés.

Ces évolutions peuvent avoir un impact tant sur les prescripteurs et leur diversification que sur les politiques d'admission des ESAT.

- **Les possibilités d'adaptation de l'offre et du fonctionnement des ESAT à la fois sur :**
 - o **la modularité des accompagnements apportés aux personnes** (possibilités de temps partiels et séquentiels notamment)
 - o **la disponibilité suffisante d'activités ou de postes accessibles au plus grand nombre et notamment aux personnes dites « à faible efficacité »** en raison à la fois des besoins des publics entrants et de la montée en charge des publics vieillissants.

Ces aspects viennent interroger la capacité des ESAT :

- o à absorber dans leur fonctionnement la mise en œuvre de temps partiels. Ce qui semble poser aujourd'hui difficultés mais reste à évaluer et à chiffrer. Les travaux réalisés par l'ARS Haute-Normandie précédemment cités pourront apporter des éléments de réponse ;
- o et à faire face à la diminution des marchés traditionnels de conditionnement en les remplaçant par des activités offrant tout autant – voire à développer – des activités accessibles aux publics plus fatigables ou à « faible efficacité ».
- **Les possibilités d'organisation territoriale et de mise en réseau des ESAT avec leurs partenaires :**

²¹⁷ ANAP, extraction du tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social, document de travail au 31/01/2015.

- Afin de répondre aux besoins spécifiques des publics tout en assurant une présence équitable des ESAT dans les différents territoires.
- Mais qui viennent également interroger les besoins de structures annexes (à toutes fins de transition, de répit, d'accueil sur les temps libérés...). Des partenariats qui peuvent être complexes à mobiliser notamment en zones rurales²¹⁸ ... et qui ne correspondent pas aujourd'hui à des agréments complètement épuisés.

L'ensemble de ces mouvements « rebat ainsi les cartes ». 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. Ce mouvement constaté - notamment à la faveur des réponses en direction des publics vieillissants - se réalise en effet en dehors des cadres habituels :



Ainsi que le note l'ANCREAI²¹⁹, « on constate néanmoins qu'en dépit de cette volonté marquée, 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 ».

Les travaux menés en région Centre sur le vieillissement des travailleurs d'ESAT indiquaient qu'au regard des difficultés et besoins « il semble nécessaire de repenser les modalités de financement de l'ensemble des établissements du secteur adultes (ESAT mais aussi accueil de jour et structures d'hébergement) ».

Une modularité également exprimée dans le Plan ESAT 2012²²⁰ avec les propositions :

- de prendre en compte dans la tarification, la lourdeur/l'instabilité du handicap ou encore la prise en compte des surcoûts liés aux temps partiels.
- De développer les sections annexes d'ESAT (SAESAT).

On le voit à la faveur de ces mouvements, l'ensemble de ces éléments (publics, offres conjointes, modularité...) vient 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.

En l'occurrence, le modèle actuel des ESAT- tant dans ses missions que dans sa tarification - permet-il d'assurer cette adaptation ? Plusieurs questions se posent ainsi :

- **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 efficacité ?**
- **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 ?**

²¹⁸ CREAI Centre, La prise en compte du vieillissement des travailleurs handicapés en ESAT, 2012.

²¹⁹ CNSA-ANCREAI, Comparaison nationale des schémas départementaux d'organisation médico-sociale, juin 2011.

²²⁰ DGCS-Respir'oh - Plan d'adaptation et de développement des Esat – Rapport et annexes, 2012

A noter



- ✓ **Un cumul d'évolutions simultanées liées au « cahier des charges » des ESAT, aux publics accueillis, aux évolutions économiques : des risques de déséquilibre et de sélection des publics mais également des opportunités d'une meilleure réponse.**

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

- ✓ **La montée en charge du handicap psychique : 21,5% des publics d'ESAT en 2010²²¹ mais des interrogations sur un accueil suffisant de ces travailleurs selon les territoires.** Des premiers indicateurs montrant une présence très variable selon les départements.
- ✓ **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)
- ✓ **De nettes interrogations sur la disponibilité d'activités de travail pour les publics à faible efficience : des besoins et une situation à évaluer et à suivre. En 2009²²² :**
 - **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.
 - **74% des ESAT indiquaient vouloir développer de nouvelles activités – notamment en raison de la diminution structurelle des activités de conditionnement.**

En parallèle :

- **Les besoins évoqués de publics entrants à « plus faible efficience »,**
 - **La montée en charge des publics de 45 ans et plus (32,4% en 2010)²²³ et des problématiques de fatigabilité (23% en 2009)²²⁴**
 - **L'indication dans les différents travaux locaux de tensions sur les activités dites de conditionnement – et plus largement accessibles au plus grand nombre.**
- ✓ **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).
 - ✓ **Une attractivité des ESAT à évaluer localement en lien avec leur taux d'occupation.**
 - ✓ **Des évolutions venant questionner le contour de l'ESAT et sa tarification ?** s'agit-il de multiplier les agréments ou de réfléchir à un autre mode de tarification en ESAT en fonction des prestations apportées et des caractéristiques des publics accueillis ?

²²¹ Enquête ES, DREES, au 31/12/2010.

²²² 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.

²²³ Enquête ES, DREES, au 31/12/2010.

²²⁴ 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.

1.4. Les enjeux majeurs du pilotage

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

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

- L'organisation du pilotage et notamment l'articulation ARS/Conseils Départementaux : lieux et temps de décisions ;
- 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).



Comme l'indiquait le CREAI Centre à la faveur des travaux lancés sur les Amendements Creton mais qui a ici justement concerné plus largement l'ensemble des listes d'attente²²⁵ : « *Faute d'analyse prospective des situations des jeunes adultes sous «Amendements Creton» et d'étude significative de prévision, d'anticipation ou d'exercice de prospective participative en France ces dernières années, une vision tant sur les projets individualisés que sur la pyramide des âges ne permet pas d'estimer les départs à la retraite pourtant nombreux dans les ESAT. En effet, les attentes de places concernent particulièrement les MAS et les ESAT, de compétence ARS, ainsi que les FAM, de compétence conjointe entre l'ARS et les Conseils Généraux (CG) et les Foyers de Vie (FV), qui, eux, relèvent de la seule compétence des CG. Ainsi, des orientations par défaut sont prises en l'absence de dispositifs requis existants. D'autres difficultés sont constatées dans les définitions disparates du polyhandicap selon les territoires, ce qui rend les comparaisons impossibles au niveau régional. **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

En décembre 2007, le groupe de travail présidé par Alain Lambert dans son rapport sur « Les relations entre l'Etat et les collectivités locales » dans le cadre des politiques de décentralisation évoquait le terme de « dictature du partenariat » ; de fait, ces termes peuvent être évoqués compte tenu de l'imbrication des compétences et des contraintes financières réciproques qui prévalent ici et viennent peser sur la dynamique de parcours en amont, en co-accompagnement et en aval des ESAT.

²²⁵ 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.

De fait l'organisation du pilotage et la coordination entre acteurs concernant la politique du handicap apparaît complexe 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 avoir permis ce développement.**



Les travaux de consolidation réalisés par la CNSA sur la génération 2012-2016 des 26 schémas régionaux (SROMS)²²⁶ indiquent que **la préparation des PRS a été fortement marquée par deux exigences portées par le secrétariat général du ministère chargé des affaires sociales et de la santé :**

- **« l'inscription des enjeux du PRS dans un contexte économique et financier contraint (le redressement des finances publiques nécessitant la poursuite de l'infléchissement de la dynamique des dépenses de santé sans compromettre la qualité des soins) ;**
- **la référence à un modèle de santé pluridimensionnel porteur de transversalité (approche globale de la santé dans le cadre du PSRS, bonne articulation des schémas et des programmes) et d'intersectorialité (recherche de complémentarité au sein et hors de l'ARS, intégration de la santé dans l'ensemble des politiques régionales). »**

Cette question d'articulation dont sont empreints cette première génération de schémas rend ainsi d'autant plus importante la place des Conseils Départementaux dans l'évaluation des besoins, la cohérence et l'articulation des actions mises en place. Sur ce point, **la CNSA note que peu de SROMS conçoivent des modalités opérationnelles d'organisation d'une coordination qui se situent à la fois sur le plan technique et au niveau institutionnel entre ARS et Conseils Départementaux ;** plus particulièrement, la coordination interinstitutionnelle apparaît peu investie. **A titre d'exemple, la CNSA indique que, pour ce qui concerne le domaine du handicap, les MDPH ne semblent pas faire partie du dispositif de gouvernance des relations entre les acteurs.**

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



Ainsi que l'indique la circulaire de la DGCS et de la CNSA du 22 novembre 2013²²⁷ relative à la mise en œuvre d'une procédure de prise de compte des situations individuelles critiques de personnes en situation de handicap enfants et adultes, *« Des départements, des MDPH et des ARS ont déjà mis en place des dispositifs permettant de faire face à de telles situations de rupture de prise en charge. Il faut aujourd'hui généraliser ces dispositifs et mettre en place une organisation qui permette de repérer les situations critiques, d'alerter les structures administratives compétentes et d'apporter aux personnes une réponse adéquate ».*

²²⁶ Compte tenu du décalage entre les dates des travaux nous ne mettrons pas en parallèle les thématiques des SROMS avec les schémas départementaux évoqués ci-avant.

²²⁷ Circulaire DGCS/SD3B/CNSA/2013/381 du 22 novembre 2013

- **Les besoins et les demandes de rapprochement sont cependant exprimés de part et d'autres et ce depuis plusieurs années. Elles continuent néanmoins de façon générale à poser difficultés tant dans l'élaboration de diagnostics que dans leur partage et par voie de conséquence dans la définition d'objectifs communs ou coordonnés ; même si des situations plus favorables existent :**



L'analyse de l'ANCREAI sur les schémas départementaux en 2011²²⁸ et les méthodologies comparées des SROS²²⁹ III et des SDOMS²³⁰, montrait que tous les SROS III affichaient alors le souhait de décloisonner les relations entre acteurs de santé, ce qui inclue aussi un décloisonnement entre secteur sanitaire et médico-social (comprenant personnes âgées et personnes handicapées). Il était noté la même demande récurrente dans les synthèses régionales des schémas départementaux.

Dans la nouvelle génération des Schémas Régionaux d'Organisation Médico-Sociale (SROMS), les analyses conduites par la CNSA²³¹ ont montré que l'ensemble des vingt-six schémas mettait en avant l'amélioration de la connaissance comme axe de progrès. Deux écueils principaux ont été cités dans cette mise en œuvre :

- une insuffisante disponibilité des données de connaissance des besoins et de l'offre;
- un diagnostic des organisations qui aurait gagné à être davantage partagé avec d'autres acteurs (Conseils Départementaux notamment) afin d'aboutir à des constats et à des objectifs communs.

Sur la disponibilité des données, la CNSA observe que « de manière générale et du fait notamment de l'absence de systématisation des données de référence en matière d'identification des besoins médico-sociaux, les SROMS comportent peu d'éléments d'objectivation de ces besoins. Ils s'appuient principalement sur des dires d'experts. Aucune ARS n'affiche toutefois clairement la limite de l'exercice même si la plupart se sont fixé un objectif d'amélioration de la connaissance. »

Concernant la coordination avec les Conseils Départementaux notamment sur la fluidité des parcours et l'évitement des ruptures, **il a également été observé que « si les coordinations interinstitutionnelles sont très inégales d'une ARS à l'autre – certains schémas s'articulant avec les enjeux issus des schémas départementaux et d'autres restant plus évasifs à propos de la coordination avec les conseils généraux –, elles existent néanmoins ».** Plus globalement concernant la place des Conseils Départementaux dans le processus de rédaction des SROMS, **c'est environ la moitié des schémas régionaux qui recherchent une intégration étroite entre les objectifs départementaux et les objectifs régionaux de l'agence régionale de santé en faisant des orientations départementales un des piliers de la réflexion de l'ARS.**

La CNSA indique ainsi qu'une deuxième génération des SROMS – dont on sait aujourd'hui qu'elle se tiendra dans le cadre des nouvelles régions - devra tenir compte de ces limites ; Et ce, dans le cadre d'un accompagnement et d'une consolidation nationale permettant une homogénéisation de la forme donnée aux objectifs et de leur méthode de quantification en vue de leur pilotage et de leur évaluation. Comme

²²⁸ CNSA-ANCREAI, Comparaison nationale des schémas départementaux d'organisation médico-sociale, juin 2011.

²²⁹ Schémas régionaux d'organisation sanitaire de 3^{ème} génération définis avant la mise en place des ARS.

²³⁰ Schémas Régionaux d'Organisation Sociale et Médico-Sociale "Handicap"

²³¹ CNSA, SROMS – Bilan national de la première génération des schémas régionaux d'organisation médico-sociale 2012-2016, Dossier technique, octobre 2013.

le précise la CNSA, ces travaux ne pourront être conduits que de manière transversale aux trois schémas du PRS et sous l'égide du secrétariat général des ministères sociaux.

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 ainsi. 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 (cf. encadrés 1 et 2) :

- 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.



L'analyse réalisée par l'ANCREAI en 2011²³² montrait des thèmes récurrents dont certains concernent également les ESAT (ce qui ne signifie pas que leurs besoins spécifiques aient été évoqués) **mais également une hétérogénéité selon les départements** (sur 72 schémas renseignés) :

- L'insertion professionnelle, l'emploi (28 groupes de travail dont 3 concernent les moins de 25 ans)
- Le vieillissement des personnes handicapées (25 départements)
- Le handicap psychique, la maladie mentale (17 groupes)
- L'autisme (7 schémas)
- L'articulation entre le sanitaire et le médico-social se retrouve dans quasiment toutes les régions métropolitaines : 32 schémas ont mis en place un groupe de travail sur l'articulation entre le sanitaire et le médico-social, et cela dans 18 régions. La première ou principale articulation envisagée par les schémas médico-sociaux concerne la psychiatrie. La deuxième concerne l'ensemble du sanitaire, tous services compris.

L'encadré 1 ci-après détaille plus avant les thématiques concernant les ESAT.

Les travaux de consolidation réalisés par la CNSA sur la génération 2012-2016 des 26 schémas régionaux (SROMS)²³³ montrent que les thématiques concernant plus spécifiquement les ESAT apparaissent effectivement avec :

- **Les stratégies relatives à l'emploi et à l'insertion professionnelle des personnes handicapées** notamment sous l'angle du travail en ESAT.
- **Le vieillissement** comme thème central et ce, sous différents angles pouvant ressortir dont celui cité des ESAT.

²³² CNSA-ANCREAI, Comparaison nationale des schémas départementaux d'organisation médico-sociale, juin 2011.

²³³ Compte tenu du décalage entre les dates des travaux nous ne mettrons pas en parallèle les thématiques des SROMS avec les schémas départementaux évoqués ci-avant.

- **Les personnes en situation de handicap d'origine psychique** est une thématique ressortant des schémas ; et ce notamment sous l'angle des coopérations entre le champ médico-social et celui de la psychiatrie.

On ne connaît toutefois pas le nombre de schémas concernés par ces thématiques dont ceux où les besoins spécifiques des ESAT ont été pris en compte.

L'encadré 2 ci-après détaille plus avant les thématiques concernant les ESAT.

Encadré 1 : L'analyse de l'élaboration des 72 schémas départementaux renseignés menée par l'ANCREAI pour la CNSA en 2011²³⁴

La question du vieillissement des personnes en situation de handicap apparaît dans l'ensemble des schémas départementaux mais elle occupe une place plus ou moins centrale en fonction des territoires : 20 départements positionnent cette thématique dans un axe stratégique de leur schéma ; pour d'autres elle se retrouve dans des axes plus généraux. 24 départements au moins ont mis en place un groupe de travail spécifique toutefois la question du vieillissement a pu être traitée dans des groupes de travail portant sur des questions plus générales comme « l'accompagnement tout au long de la vie ».

Les réponses proposées en termes de créations / modifications de structures sont multiples et très diversifiées avec un objectif de maintien dans le lieu de vie récurrent.

L'ANCREAI notait également :

- Une forte hétérogénéité sur la définition du public des « personnes handicapées vieillissantes ». Ainsi certains départements vont cibler des âges, d'autres des situations de vieillissement se surajoutant au handicap d'origine au-delà des questions d'âge...
- Très peu de propositions ciblées sur une catégorie de handicap spécifique et note ainsi qu'il semble que : « la catégorie « personnes handicapées vieillissantes » englobe l'ensemble des altérations physiques et mentales et les situations de handicap qui en résultent, comme si le vieillissement effaçait la spécificité des handicaps ». De même, la nature, le contenu des activités est peu détaillé.

Plus spécifiquement pour les ESAT, l'ANCREAI note que la situation des travailleurs handicapés vieillissants occupe une large place dans un grand nombre de schémas et fait l'objet de différentes propositions d'actions.

« Beaucoup d'actions concernent l'adaptation du temps de travail en ESAT (Deux-Sèvres, Territoire de Belfort, Corrèze, Landes, Pyrénées-Atlantiques, Ain, Ardèche). Plusieurs départements, comme par exemple la Mayenne, le Doubs, l'Indre-et-Loire, la Gironde ou le Cantal, pointent l'importance d'accompagner les travailleurs handicapés vers d'autres activités en amont de la cessation d'activité professionnelle. Se pose également la question du devenir des travailleurs sortant d'ESAT : le Territoire de Belfort préconise le maintien en milieu ordinaire avec un suivi, selon l'état de dépendance, par un service d'auxiliaires à domicile ou un SAVS ou SAMSAH ; le département de la Creuse souhaite « anticiper le devenir et l'hébergement des travailleurs d'ESAT » ; le département de la Manche propose de préparer les sorties d'établissements dues à l'âge de la retraite au moins 3 ans à l'avance ; le département du Morbihan souhaite poursuivre l'accompagnement des travailleurs handicapés d'ESAT suivis par un SAVS au-delà de 60 ans ».

Concernant la vie à domicile des personnes handicapées, il apparaît, d'après les travaux que la question de la vie à domicile des personnes dépendantes (âgées ou handicapées) occupe une place croissante sur l'agenda politique local et national, tant du point de vue quantitatif (processus de désinstitutionalisation) que qualitatif (promotion et évaluation de la qualité de vie à domicile, dans ses différentes composantes physiques, psycho-affectives et sociales).

Ce thème est décliné sous quatre à cinq axes principaux :

- le logement (accessibilité et adaptation),
- la vie à domicile (accès aux services d'accompagnement, prestations de services, transports, etc.),

²³⁴ CNSA-ANCREAI, Comparaison nationale des schémas départementaux d'organisation médico-sociale, juin 2011.

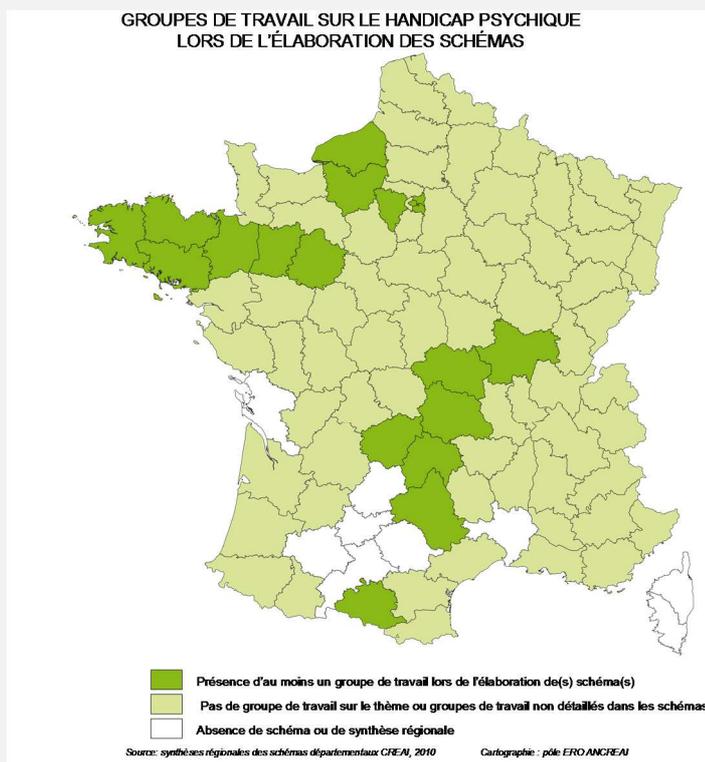
- la diversification des dispositifs d'accompagnement (élargissement de la palette des accompagnements proposés, tant en nature que dans ses modalités),
- les aidants à domicile (familiaux ou naturels,
- dans une moindre mesure, l'accessibilité à la cité.

Cette thématique est transversale à l'ensemble des schémas et 58 schémas lui accordent une place de premier rang.

Plus particulièrement sur le handicap d'origine psychique, les travaux de synthèse réalisés notent que la **loi du 11 février 2005** a permis d'inclure le handicap psychique dans une large définition du handicap. Cette prise en compte **a favorisé une meilleure visibilité de ces personnes et de leurs besoins**. **Au regard des synthèses régionales, il est toutefois noté que la question de l'évaluation des besoins ne semblait pas pleinement abordée :**

« Certaines fiches actions ou des éléments apparaissant dans les programmations chiffrées (essentiellement des créations de places dans des établissements type MAS, FAM, ESAT, SAVS ou SAMSAH) témoignent cependant que des besoins existent (et sont donc non couverts actuellement) mais les éléments ne semblent pas étayés par des données quantifiées ou par des études de besoin spécifiques aux personnes présentant un handicap psychique ».

L'Ancreai indiquait qu'il était donc particulièrement difficile de se prononcer sur la pertinence ou la crédibilité de cette perception des besoins même si plusieurs départements se sont donnés pour objectif de parfaire l'observation des besoins et de l'offre, de mettre en place un comité départemental de suivi spécifique sur le handicap psychique ou de mener des travaux de recherche.



Carte issue du document de l'ANCREAI.

Encadré 2 : Les travaux de consolidation réalisés par la CNSA sur la génération 2012-2016 des 26 schémas régionaux (SROMS)²³⁵ réalise, entre autres, une synthèse des thématiques travaillées.

Sur les thématiques concernant plus spécifiquement les ESAT (ce qui ne signifie pas ici également que les spécificités des ESAT aient systématiquement été prises en compte), il ressort plusieurs points.

Du point de vue des stratégies relatives à l'emploi et à l'insertion professionnelle des personnes handicapées, il ressort que la plupart des ARS envisagent effectivement cette thématique comme une des dimensions du parcours d'accompagnement des personnes handicapées ; Une très large majorité des SROMS aborde la question sous l'angle du travail en ESAT avec :

- *« L'adaptation et le développement de l'offre médico-sociale en ESAT : dans certains cas, soutien à la diversification de l'activité économique de l'établissement, meilleur accompagnement individuel, y*

²³⁵ Compte tenu du décalage entre les dates des travaux nous ne mettrons pas en parallèle les thématiques des SROMS avec les schémas départementaux évoqués ci-avant.

compris vers le milieu ordinaire (plusieurs ARS mentionnent le projet PASSMO²³⁶, passerelle entre l'ESAT et le milieu ordinaire, mis en œuvre avec l'AGEFIPH et la fédération des APAJH dans quatre régions – projet aujourd'hui arrêté), évolution des agréments pour une meilleure adéquation des projets aux besoins ;

- *L'adaptation des modalités d'accès aux dispositifs liés à l'emploi (CRP, CPO, ESAT) pour certaines problématiques (déficience psychique, personnes cérébro-lésées) ou des liens entre ces dispositifs et les autres structures médico-sociales (comme les ITEP par exemple) ».*

Ainsi que le note la CNSA, l'objectif consiste également, parfois, à réaffirmer la mission d'insertion professionnelle des SAMSAH et des SAVS et à évaluer les moyens indispensables pour assurer ces missions.

Par ailleurs, l'angle de la gouvernance des dispositifs est également investie en renforçant le partenariat et les articulations entre les différents partenaires de la politique publique de l'emploi des personnes handicapées (ARS, DIRECCTE, Éducation nationale, AGEFIPH, conseil régional...). Ces articulations sont envisagées à partir d'une réflexion et d'un diagnostic partagé, à travers la participation de l'ARS au service public de l'emploi, dans le cadre de la commission de coordination des politiques publiques ou encore par l'inscription des objectifs de l'ARS dans le PRITH.

Concernant le vieillissement, il ressort qu'il s'agit d'un thème central dans l'ensemble des SROMS avec notamment une amélioration de la connaissance individuelle et collective du vieillissement des personnes handicapées. Les ARS, de manière complémentaire, considèrent l'évolution de l'offre existante sous différents angles dont celui des ESAT avec l'accompagnement au vieillissement en ESAT (recourir au temps partiel et à l'accueil modulaire, découpler l'accueil en foyer d'hébergement de l'activité en ESAT). On ne sait cependant pas dans combien de schémas cette thématique spécifique a été mise en avant.

Les personnes en situation de handicap d'origine psychique est une thématique ressortant des schémas²³⁷ ; et ce notamment sous l'angle des coopérations entre le champ médico-social et celui de la psychiatrie. Ainsi que l'indique la CNSA, si le développement de prises en charge spécifiques est mis en avant, il est presque systématiquement soutenu par des objectifs visant à garantir les interventions multiples et transdisciplinaires :

- Ces objectifs d'accompagnements spécifiques en ESMS visent à favoriser l'identification d'unités spécifiques dans des structures médico-sociales pour adultes, proposer dans les établissements et services d'aide par le travail un accompagnement spécifique pour les personnes handicapées psychiques, encourager le développement et l'organisation de services en lien avec les Conseils Départementaux pour assurer un maintien possible à domicile dès lors que ce choix de vie a été fait, soutenir le déploiement systématique de SAMSAH pour accompagner la création des résidences accueil, développer des structures innovantes.
- Les objectifs de soutien au travail en réseau concernent notamment dans le champ qui nous intéresse ici²³⁸, la promotion d'un exercice partagé des praticiens hospitaliers psychiatres entre les établissements de santé et les structures médico-sociales d'accueil ainsi que l'organisation des soins avec l'hôpital pour les résidents des établissements médico-sociaux qui ne disposent pas de compétences médicales et paramédicales.

Par ailleurs, la majorité des ARS identifie l'**autisme** comme une priorité en renvoyant le cas échéant à la mise en œuvre des objectifs du plan national²³⁹.

²³⁶ Aujourd'hui arrêté.

²³⁷ On ne connaît toutefois pas le nombre de schémas concernés.

²³⁸ Sélection des thèmes plus spécifiquement en lien avec les problématiques des ESAT.

²³⁹ Le troisième plan autisme 2013-2017 a été rendu public le 2 mai 2013.

Focus sur les outils et informations nécessaires au pilotage

Le besoin d'une échelle de territoires commune ou d'échelles compatibles

Dans le cadre d'une articulation entre Conseils Départementaux et ARS, 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 ;
- permettre une articulation des évaluations de besoins et des actions en découlant - notamment de redéploiement de places ou de programmation sur une échelle similaire

Hors selon les travaux précédemment répertoriés, ce sont les territoires de santé qui sont utilisés, d'autres vont s'appuyer sur les bassins de vie²⁴⁰... Très clairement, cet enjeu reste aujourd'hui entier.



Ne serait-ce que sur les schémas départementaux, l'étude menée par l'Ancreai en 2011 sur 72 schémas²⁴¹ (hors donc schémas régionaux) montrait déjà que :

- 22 départements s'appuient sur les « cantons ou bassins de vie » de l'INSEE ;
- 19 départements s'appuient sur les unités ou secteurs d'action sociale territorialisés, territoires d'action des CG. ;
- 12 départements s'appuient sur les « pays » ;
- 9 départements ont construit des « pôles » territoriaux Autonomie, ou « médico-social » au sens large, découpage défini par les CG ;
- 2 départements s'appuient sur les communautés de communes ou les agglomérations ; 8 départements ne déclarent aucun découpage infra territorial.

Et l'étude de conclure alors que « *au moment de la mise en place des secteurs de santé, et plus précisément des territoires de proximité et des contrats locaux de santé, il serait important que CG et ARS se rapprochent, tant les stratégies des uns et des autres s'incarneront demain sur et dans les territoires. Il sera en effet difficile d'assurer une continuité du parcours de soins et d'autonomie, si les ARS et les C.G. définissaient des territoires d'intervention différents ou non compatibles...* ».

Les travaux de bilan des SROMS 2012-2016 menés par la CNSA²⁴² indiquaient que « *La liberté laissée aux ARS dans l'élaboration des documents de planification a été un atout pour ces dernières en matière de marge de manœuvre régionale. Elle a également eu pour conséquence directe une très grande hétérogénéité des méthodes d'élaboration, de concertation et de structuration des objectifs d'évolution de l'offre médico-sociale. Les contextes départementaux de planification médico-sociale sont venus amplifier cette diversité* ».

Les systèmes d'information (SI) et les indicateurs qu'ils intègrent : le chantier de fond du SipaPH, les SI des MDPH, l'optimisation de l'enquête ES et de ses exploitations

Compte tenu des besoins liés au pilotage, la question des Systèmes d'information et des indicateurs qu'ils intègrent prend une importance particulière mise en avant au niveau national par le Conseil Interministériel du Handicap (CIH) qui soulignait en 2013 la nécessité d'améliorer les systèmes

²⁴⁰ 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 ».

²⁴¹ CNSA-ANCREAI, Comparaison nationale des schémas départementaux d'organisation médico-sociale, juin 2011.

²⁴² CNSA, SROMS – Bilan national de la première génération des schémas régionaux d'organisation médico-sociale 2012-2016, Dossier technique, octobre 2013.

d'information en partageant les données via notamment **le projet de Système d'Information Partagé pour l'Autonomie des Personnes Handicapées (SipaPH)** initié en 2007 et porté par la CNSA²⁴³.



La feuille de route du CIH prévoit concernant le SipaPH de poursuivre et finaliser les travaux du groupe de travail national (ARS, CG, MDPH, représentants d'associations gestionnaires d'ESMS, administrations centrales) pour :

- enrichir les données échangées entre MDPH et ESMS
- modéliser les pratiques et solutions existantes pour aboutir en 2014 à des préconisations d'évolution des SI et organiser ainsi les remontées de données à partir de 2015
- créer un instrument de suivi commun et partagé des décisions d'orientation avec les établissements et services médico-sociaux et leurs gestionnaires.

La feuille de route prévoit également de revitaliser et réunir régulièrement le comité d'exploitation de l'enquête ES et mobiliser davantage les utilisateurs des enquête, enquête dont on a vu l'utilité en partie 1.1.

Comme le précise la CNSA²⁴⁴, **la mise en place d'une fonction d'observation par les ARS est portée à un niveau institutionnel par la création d'outils partagés avec dans le champ du handicap, le souhait d'une meilleure maîtrise partagée des données issues des MDPH** afin :

- D'harmoniser les données des MDPH en sélectionnant au niveau régional les indicateurs pertinents d'identification des besoins dans une perspective d'adaptation de l'offre territoriale à ces besoins ;
- D'améliorer la connaissance des listes d'attentes dans les établissements et services médico-sociaux.



Afin d'améliorer la gestion des orientations²⁴⁵, plusieurs ARS envisagent de développer un système d'information performant permettant une gestion dynamique des orientations : développement avec un groupement de coopération sanitaire (comme e-santé) d'un système d'information ; mise en place d'un dossier de vie informatisé pour suivre la trajectoire de la personne dans son parcours de prise en charge (domicile/secteur médico-social/hôpital) ; rapprochement de l'offre et de la demande grâce à un logiciel d'orientation pour une gestion dynamique des listes d'attente ; transparence des listes d'attente et des admissions en ESMS par la justification des refus d'admission et la transmission régulière de listes d'attente normalisées comprenant la date de dépôt de la demande ; réalisation d'un outil de suivi des décisions des CDAPH en lien avec la commission de coordination des politiques publiques....

Ces besoins et outils partagés renvoient nécessairement aux Systèmes d'information (SI) des MDPH. Ces SI occupent pour ces dernières une place centrale d'après le dernier bilan des rapports d'activités des MDPH réalisé par la CNSA²⁴⁶ **mais les MDPH évoquent également un manque de moyens.** Aussi, dans un contexte d'activité croissante, il est évoqué des difficultés persistantes avec ces outils qui demeurent « *largement perfectibles* »²⁴⁷.

Plus spécifiquement concernant les listes d'attente :

²⁴³ Relevé de décisions du Conseil Interministériel du Handicap du 25 septembre 2013

²⁴⁴ CNSA, SROMS – Bilan national de la première génération des schémas régionaux d'organisation médico-sociale 2012-2016, Dossier technique, octobre 2013.

²⁴⁵ CNSA, SROMS – Bilan national de la première génération des schémas régionaux d'organisation médico-sociale 2012-2016, Dossier technique, octobre 2013.

²⁴⁶ 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.

²⁴⁷ 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.

- **Au moment de l'audit du SI des MDPH en 2013 (cf. encadré 3), seules six MDPH étaient équipées d'un outil dédié aux échanges avec les ESMS.** Néanmoins, la CNSA précise qu'il s'agit de l'axe de travail le plus fréquemment cité parmi les projets en cours identifiés dans l'audit. Les rapports d'activité témoignent également de cette tendance.
- **Sachant que, point important à préciser, des initiatives de suivi de listes d'attente peuvent se mettre en place sans être nécessairement intégrées au SI** (cf. parties sur le suivi des orientations et l'organisation du Pas de Calais ou du Nord).



Le bilan des rapports d'activités des MDPH réalisé par la CNSA²⁴⁸ indiquait ainsi que les moyens des MDPH n'évoluaient pas au même rythme que l'activité et que « les rapports d'activité sont parfois alarmants quant à la situation financière des GIP, notamment sur la section de fonctionnement. Si la plupart des MDPH continuent à afficher des budgets excédentaires, elles sont nombreuses à constater la dégradation de leurs comptes. (...) La majeure partie de ces témoignages évoque les reports d'excédents des années précédentes, qui permettent en 2013 de compenser les déséquilibres budgétaires. Cela appelle une vigilance particulière pour les exercices suivants dans la mesure où l'épuisement des excédents risque de contraindre certains GIP à réduire leurs dépenses et donc leurs moyens humains ».

La nécessité d'une meilleure connaissance des besoins est ainsi prise en compte avec des orientations en conséquence ; Mais leur mise en œuvre est complexe et pose aujourd'hui la question de la coordination des différents partenaires, de l'inter-opérabilité des systèmes mis en place et des moyens mobilisables.

Encadré 3 : La problématique des Systèmes d'Information des MDPH : audit des SI des MDPH et actions de la CNSA

(extrait de 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).

L'audit du système d'information (SI) des MDPH, conduit sur le deuxième semestre 2013 (...) a permis de mettre en exergue un certain nombre de difficultés rencontrées par les MDPH dans la maintenance et l'évolution de leur SI (...). À l'issue de l'audit, le constat est partagé quant au besoin d'un pilotage renforcé de l'évolution du SI des MDPH. Celui-ci doit s'appuyer à minima sur :

- *le renforcement de la gouvernance du SI ;*
- *le développement du partage de pratiques entre MDPH ;*
- *la définition d'un cadre normatif du tronc commun pour le SI des MDPH, quel que soit le logiciel choisi ;*
- *le renforcement du rôle de la CNSA dans la relation avec les éditeurs.*

Il s'agit de prérequis pour mettre en place un des deux scénarios susceptibles de faire évoluer la situation de manière pertinente.

Le premier scénario consiste en la mise à disposition des services transverses les plus porteurs de valeur pour les MDPH (par exemple, échange avec les partenaires, numéro d'inscription au répertoire – NIR...), en complémentarité avec la normalisation accrue du SI cœur de métier.

Le second vise à construire et à déployer un « SI mutualisé » pour l'ensemble des MDPH. Les arbitrages devront être rendus par les instances de gouvernance nationale mises en place à la suite de l'audit en s'appuyant sur les résultats de l'étude de faisabilité lancée avec l'appui de l'Agence des systèmes d'information partagés de santé (ASIP Santé).

²⁴⁸ 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 problématique de la programmation dans un cadre budgétaire contraint

L'identification des besoins visent 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 CNSA²⁴⁹ 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 chiffrage précis n'est réalisé.**

En effet, comme l'indique la CNSA, la faible visibilité donnée aux besoins nets de création de places²⁵⁰ 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



- ✓ Une articulation « obligatoire et nécessaire » entre ARS et Conseils Départementaux : la construction de diagnostics partagés, l'organisation d'une coordination et d'un mode de gouvernance largement mis en avant ;
- ✓ La moitié des schémas régionaux de première génération (2012-2016) recherchent une intégration étroite entre les objectifs départementaux et les objectifs régionaux de l'agence régionale de santé en faisant des orientations départementales un des piliers de la réflexion de l'ARS.
- ✓ Des thématiques du vieillissement, du handicap psychique et de l'insertion sociale et professionnelle ressortant nettement des travaux départementaux comme régionaux. Mais les premiers éléments recueillis interrogent sur une possible disparité dans leur prise en compte selon les territoires ainsi qu'une diversité d'angles de vue ; diversité dans laquelle les ESAT et besoins afférents ne semblent pas toujours pris en compte

Opérationnellement, la nécessité d'une meilleure connaissance des besoins. Des orientations prises en conséquence, notamment sur les Systèmes d'Information :

- ✓ Le chantier de fond du SipaPH, les SI des MDPH, l'optimisation de l'enquête ES et de ses exploitations
- ✓ Le besoin d'une échelle de territoires commune ou compatibles
- ✓ Les questions de coordination des différents partenaires, de l'inter-opérabilité des systèmes mis en place et des moyens mobilisables pour le développement de ces SI ressortent des bilans effectués.
- ✓ Des développements de l'offre prévues par les ARS dans les schémas mais non quantifiées en l'absence d'une connaissance fine des besoins mais aussi d'un volume prédéfini de places et d'un cadre budgétaire contraint.

²⁴⁹ CNSA, SROMS – Bilan national de la première génération des schémas régionaux d'organisation médico-sociale 2012-2016, Dossier technique, octobre 2013.

²⁵⁰ 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.

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 des 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...).

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.

Partie II. Proposition d'outils

En lien avec cette synthèse, deux outils ont été construits²⁵¹ :

- 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.



²⁵¹ L'auto-diagnostic ESAT a également été testé auprès de 4 ESAT.



ANDiCAT
Association Nationale des
Directeurs et Cadres d'ESAT

Existe-t-il des besoins en places d'ESAT sur votre territoire ?

Méthodologie de diagnostic à destination des ARS et des MDPH

Eléments issus de la mise en perspective des travaux réalisés et de leur synthèse

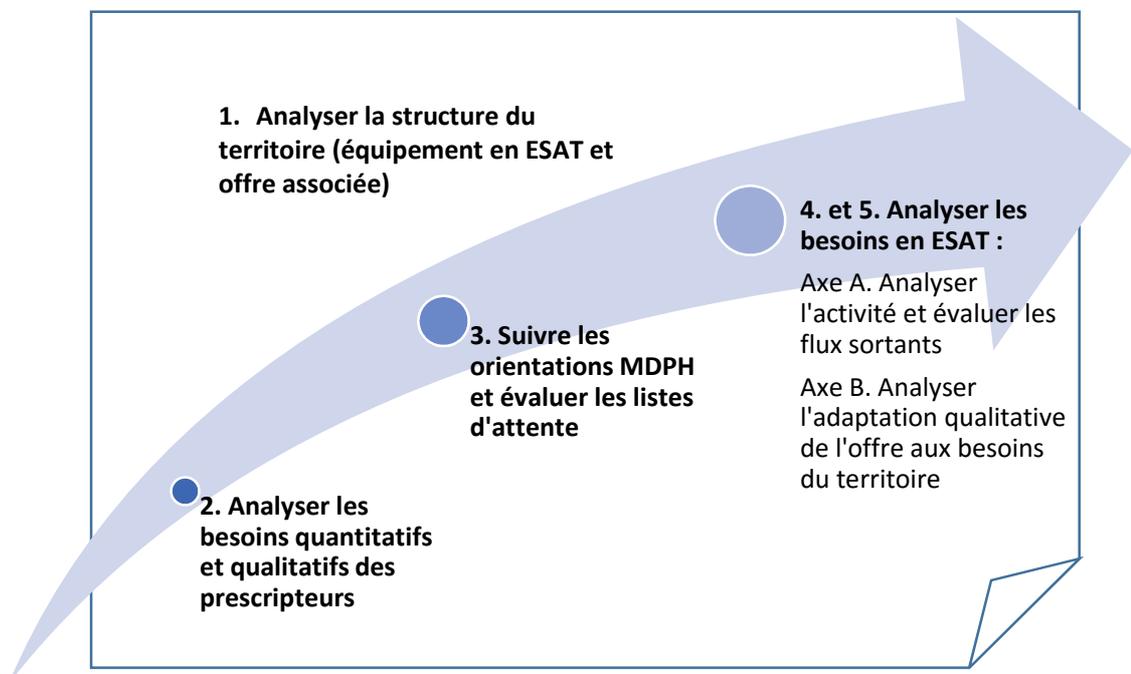
Existe-t-il des besoins en places d'ESAT sur votre territoire ?

Méthodologie de diagnostic

Éléments issus de la mise en perspective des travaux réalisés et de leur synthèse

La méthodologie proposée en réponse à cette question s'appuie sur la mise en perspective des travaux réalisés sur les besoins de places en ESAT et leur synthèse. Bien que spécifique ici aux ESAT, ils sont potentiellement déclinables à tous les établissements médico-sociaux – et ont d'ailleurs été structuré dans cette dynamique. Cet outil s'adresse aux ARS ainsi qu'aux MDPH concernant notamment le suivi des orientations et l'évaluation des listes d'attente.

Une réponse s'appuyant sur 5 axes principaux à analyser :



L'estimation du nombre de personnes en attente d'entrée en ESAT est évidemment au cœur de l'analyse mais n'est pas suffisante pour évaluer le besoin de places :

- Parmi ces personnes en attente, une partie des publics orientés peut ne pas vouloir ou être disponible pour une entrée en ESAT,
- des flux sortants peuvent être à anticiper dans les ESAT et donc à intégrer dans cette évaluation,
- l'offre qualitative des ESAT peut être inadaptée pour une partie des publics orientée qui reste ainsi sur liste d'attente ;
- 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 aux ESAT ;
- 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.

On notera que les travaux réalisés, en fonction de leur commanditaire, n'analysent fréquemment qu'une partie de ces points : schématiquement « liste d'attente » d'un côté, « situation et besoins en ESAT » de l'autre. **Outre le fait que les méthodologies puissent être variables, la connaissance des besoins de places repose fondamentalement sur une articulation entre les études menées par les financeurs (ici ARS) et celles conduites par la MDPH. L'analyse des besoins qualitatifs et quantitatifs de places sous la responsabilité du financeur est en effet indissociable du suivi des orientations relevant de la MDPH ; l'un ne pouvant fonctionner sans l'autre. Hors ces volets sont souvent déconnectés.** Il est ainsi nécessaire d'appréhender à la fois des éléments sur le territoire, les prescripteurs, les listes d'attente et les besoins en établissements pour réellement connaître les besoins d'un territoire.... ce que les périmètres des travaux permettent rarement.

Précisons enfin que si l'ensemble de ces aspects est à appréhender pour une évaluation des besoins de places en ESAT, il n'est pas systématiquement nécessaire de tout analyser mais en fonction des premiers résultats d'approfondir plus spécifiquement certains axes (prescripteurs, offre qualitative des ESAT...). Ces phases ou volets éventuels sont indiqués ci-après pour chacun des 5 axes d'analyse.

Vous trouverez dans les pages suivantes les aspects relatifs aux cinq axes d'analyse précédemment cités (questions-clés, points à voir et données à recueillir, sources, principales phases/volets d'analyses et éléments de méthode, exemples de travaux réalisés) :

Axe 1 - Analysez les caractéristiques-clés de votre territoire : les données de cadrage

Axe 2 - Appréhendez les prescripteurs des ESAT, leurs besoins et les mouvements à anticiper

Axe 3 - Évaluez les listes d'attente et analysez les orientations de la MDPH

Axe 4 - Analysez l'activité des ESAT : les places occupées et inoccupées, les mouvements à anticiper

Axe 5 - Analysez l'offre qualitative des ESAT et son adaptation aux besoins des publics et du territoire

ainsi qu'une synthèse des volets progressifs d'analyse à mener en fonction des résultats obtenus.

① Analysez les caractéristiques-clés de votre territoire : les données de cadrage

Le territoire est-il sous-équipé ou sur-équipé vis-à-vis de la moyenne nationale ? Ses caractéristiques sanitaires et socio-démographiques engendrent-elles des besoins particuliers ?

Les points à voir, les données à recueillir :

- ✓ Des indicateurs d'une proportion plus faible/moyenne/plus forte de personnes handicapées sur le territoire (indicateurs AEEH, AAH, etc.... en vérifiant que ce n'est pas lié à des pratiques spécifiques des MDPH) ;
- ✓ Les taux de prévalence du handicap et les caractéristiques sanitaires et socio-démographiques du territoire (si disponible);
- ✓ Les caractéristiques socio-démographiques du territoire ;
- ✓ Le taux d'équipement en ESAT et des offres associées (amont, co-accompagnement, aval) comparativement aux autres territoires et leurs taux d'occupation annuels.

Les principales phase(s)/volet(s) d'analyse : Appui sur les données disponibles uniquement.

Les sources : Enquêtes épidémiologiques et bases de données locales si disponibles (cf. CREAL, ORS ou plate-forme statistiques du secteur sanitaire/médico-social), données INSEE sur les caractéristiques socio-démographiques du territoire, données ARS sur les taux d'occupation et sur le taux d'équipement, données des Conseils Départementaux sur les taux d'équipement liés à leur offre complémentaire aux ESAT et enquête ES de la DREES.

Les éléments de méthode et points à noter :

- ✓ Concernant les taux d'équipement, il peut y avoir un décalage entre les données locales indiquées en places attribuées et les données nationales (places installées) ce qui impliquera une vigilance dans les analyses.
- ✓ Les données sur les personnes en situation de handicap ou reconnues administrativement handicapées ne sont disponibles qu'au niveau national – sauf demande spécifique de l'INSEE régionale.

Les résultats recherchés et commentaires

- ⇒ **On recherche ici un premier indicateur structurel de l'adaptation du nombre de places aux besoins locaux et une caractérisation générale des spécificités du territoire.**
Par exemple, un territoire avec un taux d'équipement en ESAT inférieur aux autres peut être un indicateur d'un nombre de places insuffisant (à confirmer par les listes d'attente/ des remontées terrain homogènes par défaut). Cet aspect est encore renforcé si la prévalence du handicap/ la proportion de personnes handicapées est importante comparativement aux autres territoires.
- ⇒ Dans la même logique, les taux d'équipement pour l'offre associée aux ESAT seront également intéressants à analyser: ils peuvent avoir indirectement un impact sur les listes d'attente en ESAT non par défaut de places en ESAT mais par manque de fluidité lié à un défaut de places dans l'offre conjointe ou en sortie.
- ⇒ Ces résultats peuvent être complétés par l'évolution des attributions de RQTH et d'orientation vers le milieu protégé (cf. axe 3)
- ⇒ Ces dimensions structurelles peuvent être approfondies et confortées par l'analyse des taux annuels d'occupation (cf. axe 4).

- ⇒ Enfin, qualitativement, les caractéristiques locales peuvent engendrer des actions spécifiques (articulations sanitaires/médico-social...)

Les exemples de travaux :

- ✓ ARS Nord Pas de Calais, Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale - Synthèse du Diagnostic partagé, 1er juin 2011.
(<http://www.nord-pas-de-calais.territorial.gouv.fr/actes3/files/fichieracte2825.pdf>);
- ✓ ARS Pays de la Loire, Les ESAT en Pays de Loire : données sur l'offre et l'allocation des ressources, région et départements, l'offre au 1^{er} janvier 2013.
- ✓ B. Cesselin et P. Tailhades, Les usagers accompagnés au 31 décembre 2013, diagnostic de l'association EURE, 5^{ème} édition, septembre 2014.

2 Appréhendez les prescripteurs des ESAT, leurs besoins et les mouvements à anticiper

Quelle est l'origine des publics accueillis en ESAT ? Comment évoluent les orientations des principaux prescripteurs des ESAT ? Des personnes en attente d'orientation en ESAT sont-elles présentes dans les effectifs des principaux prescripteurs et des mouvements sont-ils à anticiper sur les prochaines années ? Les principaux prescripteurs font-ils remonter des évolutions des publics accueillis et susceptibles de rentrer en ESAT ?

Les points à voir, les données à recueillir :

- ✓ Analyse des principaux prescripteurs des ESAT et évolution des origines des publics accueillis en ESAT ;
- ✓ Analyse et évolution des publics accueillis au sein des principaux prescripteurs et des flux associés et comparatif avec l'offre en ESAT (cf. axe 5) ;
- ✓ Evaluation des publics en attente d'ESAT toujours présents dans les établissements d'éducation spéciale (amendement Creton)
- ✓ Si disponible, travaux/remontées des principaux prescripteurs des ESAT sur les évolutions des publics accueillis et leurs besoins associés (quantitatifs et qualitatifs – y compris prospectifs).

Les principales phase(s)/volet(s) d'analyse :

- Appui sur les données disponibles dans un premier temps (points a et b)
- Si nécessaire approfondissement des données prescripteurs via des travaux spécifiques (analyse documentaire des travaux en lien si disponible ou enquête à réaliser).

Les sources : Données issues de l'enquête ES sur les ESAT et prescripteurs médico-sociaux en lien (IME, SESSAD notamment) au niveau national, possibilité d'extractions locales à voir avec la DREES, données disponibles sur les publics accueillis par d'autres prescripteurs éventuels, travaux spécifiques menés ou à mener.

Les résultats recherchés et commentaires :

Les résultats recherchés sont de deux ordres :

- **Anticiper des évolutions parmi les principaux prescripteurs des ESAT risquant d'impacter les ESAT à différents niveaux quantitatifs et qualitatifs tels que « évolution des flux d'entrée et diversification des prescripteurs » ou « adaptation de leur offre en fonction des besoins des publics »... ?**
Par exemple, le déploiement des SESSAD engendre des évolutions des publics accueillis en IME : cela a-t-il une influence sur les flux vers les ESAT sachant que les IME sont un des prescripteurs principaux de ces établissements ? En ESAT, arrivent également des publics sans prises en charge antérieure²⁵² : quels sont leurs parcours ? De nouveaux partenariats sont-ils à mener ?
- **Evaluer les publics en attente d'ESAT et maintenus chez le prescripteur par défaut de place à toute fin d'identification des besoins** (si nécessaire car cette comptabilisation peut être prise en charge dans l'axe 3 suivant).

Enfin, en fonction des résultats précédents, il s'agira d'approfondir si nécessaire les éléments liés aux évolutions des publics accueillis (nombre et évolutions, caractéristiques, problématiques particulières...) **auprès des prescripteurs principaux et aux impacts possibles**

²⁵² Cf. synthèse jointe.

sur les ESAT ainsi que les besoins de ces mêmes prescripteurs vis-à-vis des ESAT en termes de coordination partenariales.

Les exemples de travaux :

- ✓ ARS PACA, enquête sur le nombre de jeunes adultes orientés ESAT mais maintenus en établissements d'éducation spéciale (Creton) et orientations ESAT non suivie d'effets.
- ✓ 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.
- ✓ 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.
- ✓ CEAHI d'Aquitaine-ARS Aquitaine, Les besoins des jeunes adultes handicapés accueillis dans les établissements médico-sociaux pour enfants et adolescents en Aquitaine, mars 2014.
- ✓ ARS Bretagne- CREA Bretagne, Etude et analyse des freins à la sortie des jeunes adultes handicapés de plus de 20 ans d'institution pour enfants, septembre 2012.
- ✓ L'évolution des caractéristiques et des parcours des personnes accueillies en ESAT – P. Guyot, Bulletin d'information du CREA Bourgogne n°329, octobre 2012 (résultats d'enquête – région Bourgogne).

③ **Évaluez les listes d'attente et analysez les orientations de la MDPH**

Les orientations des MDPH vers le milieu protégé (premières demandes) montrent-elles des besoins à la hausse ou à la baisse ? Sur quels territoires (départements voire infra-départementaux) s'expriment ces besoins ? Les personnes orientées accèdent-elles toutes à l'ESAT ? Comment explique-t-on les écarts éventuels ? A combien évalue-t-on les personnes en attente effective d'ESAT ?

Les points à voir :

- ✓ Le suivi des RQTH et des décisions d'orientation et les personnes effectivement entrées en ESAT.
- ✓ L'évaluation des personnes réellement en attente d'entrée en ESAT et disponibles pour cette entrée. Cette évaluation consolidée constitue un point central d'analyse tant pour le suivi des orientations que l'évaluation des besoins quantitatifs et qualitatifs des places.
- ✓ La précision de leurs besoins – ces derniers pouvant influencer sur les besoins tant en ESAT qu'en offre associée.

Les principales phase(s)/volet(s) d'analyse :

- **L'idéal est la mise en place d'un suivi régulier pour le point central que constituent les personnes orientées vers les ESAT en articulation MDPH-Etablissements** (cf. point de méthode ci-dessous).
- Par défaut (non conseillé) :
 - Utilisation des données disponibles sur les évolutions des RQTH et orientations vers le milieu protégé (premières demandes) – *utile aussi avec un suivi régulier.*
 - Réalisation de travaux ponctuels sur les listes d'attente en fonction des remontées régulières des ESAT sur leur activité ainsi que des prescripteurs sur les personnes en attente d'ESAT (cf. axe 2 et 4) – à organiser avec l'ARS.

Les sources : données de la MDPH ou, selon les territoires, de l'opérateur en charge du suivi des listes d'attente, enquête auprès des personnes orientées en ESAT, analyse des taux annuels d'occupation en ESAT (cf. axe 1) et si nécessaire, recherche de premiers retours des ESAT sur des difficultés d'admission ou des demandes importantes à l'entrée et approfondissement des taux d'occupation (cf. axe 4).

Les éléments de méthode et les points-clés à noter :

- ✓ **Une articulation ARS/Conseils Départementaux et MDPH est à mettre en place afin de coordonner les actions de suivi des orientations et celles d'évaluation consolidée et régulièrement actualisée de la liste d'attente** d'entrée en établissement.
- ✓ Tous les ESAT ne gèrent pas des listes d'attente et les méthodologies basées sur les seules remontées d'établissements ne sont en conséquence pas conseillées : elles ne sont possibles et n'apportent des résultats cohérents que si une organisation spécifique en termes de gestion des listes d'attente dans les ESMS a été mise en place sur le territoire.
- ✓ **Les données importantes à recueillir :**
 - Nombre et liste des orientations ; liste actualisée en continue au fur et à mesure des rentrées en ESAT en articulation avec les établissements ;
 - Identification des situations des personnes en attente d'ESAT au moment de l'orientation²⁵³ (en situation d'attente en établissement « prescripteur », en attente avec un suivi, en attente sans prise en charge, en ESAT)

²⁵³ Le renouvellement des notifications pour des personnes en attente d'ESAT fait que l'on ne peut s'appuyer uniquement sur les premières demandes pour être exhaustif.

- Caractéristiques de la personne (âge, sexe, handicap, lieu d'habitation, mobilité, freins évoqués à l'entrée en ESAT, demandes particulières...)
- Besoins éventuels d'hébergement ou d'accompagnement associé
- Type d'ESAT recherché (localisation, handicap(s) accueilli(s), activités ou types d'activités professionnelles ...) et conditions d'accès (temps partiels, séquentiel)
- Situations actualisées annuellement auprès de la personne sur l'effectivité de son projet d'entrée en ESAT²⁵⁴. Cette actualisation peut être confiée à un opérateur et se réalise en lien avec les établissements avec outre les points précédents :
 - ESAT pour lesquels une demande a été effectuée
 - Recueil de besoins éventuels d'appui dans leurs recherches d'ESAT et plus largement dans leur parcours.

A envisager, le cas échéant en complément de ce suivi :

- Soutien à l'orientation et au repérage de l'offre en ESAT et articulation avec les établissements concernés...
- Gestion collective des priorités d'une part,
- Articulation avec les opérateurs à créer et/ou appuis spécifiques ponctuels pour les personnes sans prise en charge en attente d'ESAT avec des besoins de soutien d'autre part....

✓ **Les bonnes pratiques à noter.** Des bonnes pratiques ont ainsi pu être mises en place selon les territoires via :

- La mise en place de Systèmes d'Information (SI) sur le suivi des orientations²⁵⁵. A noter qu'un groupe de travail porté par la CNSA sur la mise en place d'un SI national sur le suivi des orientations est en cours²⁵⁶.
- La réalisation de convention avec des opérateurs pour le suivi des listes d'attente (orientation de l'année en cours et plus selon les territoires avec le cas échéant, une fonction de soutien à l'orientation et au repérage de l'offre en ESAT ainsi qu'une articulation avec les établissements²⁵⁷ (qui signalent l'entrée d'une personne en ESAT ou sa non présentation²⁵⁸),
- Des enquêtes ponctuelles/régulières auprès des personnes orientées vers les ESAT, leur projet professionnel et leurs besoins (reprise des dossiers MDPH et contact avec les personnes)²⁵⁹.
- Des MDPH ont mis en place des procédures et outils permettant de gérer les priorités. Ainsi la MDPH de la Côte d'Or a mis en place une procédure de gestion et une Commission d'harmonisation (directeurs d'ESMS, Education Nationale, DDSC, ARS et membres du secteur Enfance de la MDPH) afin d'établir un classement en fonction de critères de priorité des jeunes orientés vers le secteur adulte. La MDPH du Pas de Calais définit également des critères de priorité, propose des listes de personnes à contacter aux ESAT souhaitant réaliser des admissions et met actuellement²⁶⁰ en place un logiciel qui lui permettra de gérer

²⁵⁴ Cf. bonnes pratiques ci-dessous.

²⁵⁵ Le rapport Vachey-Jeannet a réalisé un important travail de recensement de ces SI : Vachey L., Jeannet A. et alii « Etablissements et services pour personnes handicapées : offres et besoins, modalités de financement », IGAS-IGF, octobre 2012.

²⁵⁶ En cas de mise en place d'un suivi régulier des personnes orientées, l'identification parmi elles des personnes en attente d'orientation en ESAT toujours accueillies chez le prescripteur peut être utile à toutes fins de simplification ou de consolidation des données à recueillir dans l'axe 2 (données prescripteurs).

²⁵⁷ En cas de non présentation, la MDPH du Pas de Calais envoie un courrier à la personne lui demandant si elle souhaite son maintien en liste d'attente.

²⁵⁸ Cf. Convention entre la Mutualité Française et la MDPH de Côte d'or.

²⁵⁹ Cf. Etude pour la MDPH 21 réalisée par le CREAI Bourgogne.

²⁶⁰ Mise en place prévue en septembre 2015.

plus de 5 critères (par exemple, urgence sociale, retour de Belgique, personne accueillie en établissement mais en attente de place après orientation...).

- Sur l'actualisation de la liste d'attente ESAT, la MDPH Nord Pas de Calais ne retire pas des listes les personnes n'ayant pas renouvelé leur demande d'orientation lorsque celle-ci arrive à échéance sans qu'il y ait entrée effective : la MDPH ne les comptabilise plus mais ce non-retrait leur permet de retrouver leur rang de priorité si elles en font à nouveau la demande.
- Enfin, ce suivi des orientations s'accompagne idéalement d'une sensibilisation des ESAT à l'accompagnement des usagers à des demandes de réorientation (totale ou partielle) sur des besoins identifiés (ces besoins ne sont en effet pas systématiquement signalés).

Cette remarque vaut également pour les établissements médico-sociaux en lien avec les ESAT (en amont, en offre conjointe et en sortie)

Les résultats recherchés et commentaires :

Il s'agit ici à la fois :

- ⇒ **d'évaluer le nombre de personnes en attente effective d'ESAT** (suivi des orientations) **et d'anticiper d'éventuels besoins** (via les évolutions pluri-annuelles des demandes de RQTH et d'orientation vers le milieu protégé – premières demandes- avec idéalement des données par territoire infra-départementaux²⁶¹).
- ⇒ **d'identifier parmi les personnes en attente des caractéristiques qui seraient sources d'inadéquation potentielle avec l'offre d'ESAT existante** (par exemple, localisation, handicap spécifique, hébergement...)²⁶².
- ⇒ **d'améliorer qualitativement le travail d'orientation, d'information et de suivi associé.**
Il s'agit ainsi quantitativement d'évaluer le nombre de personnes en attente effective d'ESAT - qui n'est pas équivalent au nombre de personnes orientées vers les ESAT et qualitativement, de réduire cet écart par un meilleur travail d'orientation et d'information des personnes sur l'offre en ESAT, de l'utilité de la mise en place de partenariats pour l'accompagnement de personnes en attente d'ESAT et sans prise en charge, etc...
- ⇒ Cette analyse est utilement complétée par l'analyse des taux d'occupation en ESAT (cf. axe 4) en lien avec ces derniers afin d'identifier si le besoin est général, infra-territorial ou lié spécifiquement à certains établissements (avec le cas échéant, un approfondissement à mener auprès des ESAT –cf. axes 4 et 5).

Les exemples de travaux :

- ✓ MDPH de la Réunion, Etude sur les bénéficiaires de la RQTH à la Réunion, Etude n°3, septembre 2013.
- ✓ I. Girardin, Etude de la liste d'attente de la MDPH 21, CREAL Bourgogne, février 2013.
- ✓ Logiciel de suivi des décisions d'orientation dans le Pas de Calais accessible en Extranet aux établissements (en cours de mise en place)
- ✓ ARS PACA, enquête sur le nombre de jeunes adultes orientés ESAT mais maintenus en établissements d'éducation spéciale (Creton) et orientations ESAT non suivie d'effet
- ✓ MDPH de la Côte d'Or, Listes d'attente en ESMS, actualisation des critères de classement, 2009.
- ✓ Convention de la MDPH avec la Mutualité Française en Côte d'Or sur le suivi des personnes orientées en ESAT durant l'année et bilans annuels associés.
- ✓ PRITH Pays de la Loire, enquête sur les Demandeurs d'emploi (inscrits à Pole Emploi) orientés vers le milieu protégé, année 2013.

²⁶¹ Cf. étude de la MDPH de la Réunion.

²⁶² Ces besoins peuvent être identifiés via des travaux sur les listes d'attente et/ou auprès des prescripteurs selon les situations.

4 Analysez l'activité des ESAT : les places occupées et inoccupées, les mouvements à anticiper

Existe-t-il des places inoccupées dans l'ESAT et pourquoi ? Quelle fluidité des parcours et évolution des taux d'entrée/de sortie en ESAT ? Les ESAT ont-ils tous des difficultés d'admission/des demandes importantes ou des disparités peuvent-elles être observées ? Des mouvements importants sont-ils à anticiper ?

Les points à voir :

- ✓ Analyse des agréments de l'ESAT et des places effectivement occupées dans l'année
- ✓ Analyse des taux d'entrées et de sorties en ESAT et leurs évolutions
- ✓ Evaluation des usagers en attente de réorientation à temps plein ou partiels
- ✓ Evaluation des sorties à anticiper dans les 5 ans à venir

Les principales phase(s)/volet(s) d'analyse :

- Analyse des données disponibles dans un premier temps (agrément et taux d'occupation) et si disponible, analyses des publics entrants/sortants en ESAT,
- **Enquête à réaliser auprès des ESAT** : idéalement à mettre en place de façon régulière notamment en l'absence de suivi des orientations des offres complémentaires à l'ESAT (en co-accompagnement et en sortie) sur le territoire.

Les sources : données ARS, comptes administratifs, données issues de l'enquête ES au niveau national, possibilité d'extractions locales à voir avec la DREES, enquête régulière ou ponctuelle à mettre en place.

Les éléments de méthode et les points-clés à noter :

Une demande/enquête à adresser aux ESAT des éléments suivants (cf. détails dans l'outil d'auto-diagnostic ESAT – bilan chiffré) :

- **L'agrément de l'ESAT et les places effectivement occupées dans l'année**
 - Nombre de places à l'agrément
 - Les places effectivement occupées dans l'année
 - Les places inoccupées dans l'année :
 - Dont places inoccupées liées à des difficultés à trouver de nouveaux entrants*
 - Dont places liées à des ruptures précoces/ des abandons de parcours après admission (estimation de l'impact sur le nombre de places vacantes en ETP de l'ESAT) ?*
 - Dont places liées à l'absence de notification administrative de sortie par la MDPH*
 - Autre(s) motif(s)*
 - Les places « hors présence effective » liée à l'absentéisme et congés autres qu'annuels (*arrêt maladie, congés parentaux, toutes absences hors congés annuels et jours fériés*)
- **Les usagers en attente de réorientation à temps plein ou partiels**
 - Nombre d'usagers accueillis dans l'ESAT en attente d'orientation prononcée par la MDPH (retraite, foyer de vie/accueil de jour...)
 - Nombre d'usagers de l'ESAT susceptibles d'être réorientés - réorientation non prononcée
 - Nombre d'usagers en attente d'un aménagement du temps de travail (n'impliquant pas de prise en charge annexe)
- **Les sorties à anticiper dans les 5 ans à venir**

Dans les 5 ans à venir, nombre de sorties estimées par l'ESAT pour Retraite,

Réorientation Foyer de vie/CAJ/ autres... ou Mise en œuvre d'un temps partiel n'impliquant pas de prise en charge annexe.

Les résultats recherchés et commentaires :

Il s'agit ici :

- ⇒ **d'approfondir les éléments liés aux taux d'occupation des ESAT et d'en situer les causes afin d'optimiser ce taux** et le cas échéant de déterminer des axes d'actions (coordination prescripteurs, délais des notifications MDPH, adaptation de l'offre des ESAT...)
- ⇒ **d'évaluer les personnes réorientées ou réorientables afin de dimensionner l'offre complémentaire aux ESAT ou en sortie d'ESAT**
- ⇒ **d'anticiper les flux sortants – à toutes fins également de programmation.**

Les exemples de travaux :

- ✓ Outil Obs'serveur de l'UNAPEI,
- ✓ Outil développé par l'ARS Haute-Normandie à destination des ESAT.
- ✓ ARS PACA, enquête sur le nombre de jeunes adultes orientés ESAT mais maintenus en établissements d'éducation spéciale (Creton) et orientations ESAT non suivie d'effet

⑤ Analysez l'offre qualitative des ESAT et son adaptation aux besoins des publics et du territoire

L'offre des ESAT est-elle suffisamment adaptée aux besoins des publics ? Cette offre est-elle qualitativement adaptée ? Doit-on anticiper des évolutions des publics accueillis en ESAT - et potentiellement une adaptation de leur offre²⁶³ ? Quels aspects de l'offre en ESAT peuvent éventuellement expliquer/susciter un risque de sous-activité ?

Les points à voir :

- ✓ Analyse de l'offre des ESAT par type de handicap accueillis (agrément).
- ✓ Analyse des publics effectivement accueillis en ESAT (type de handicap, caractéristiques socio-professionnelles, autres problématiques remontées par les ESAT).
- ✓ Analyse de l'offre des ESAT et de son adéquation aux publics présents sur le territoire (activités à caractère professionnel et offre de soutiens, partenariats).

Les principales phase(s)/volet(s) d'analyse :

- Analyse des données disponibles (point a, en partie b selon les données disponibles localement ; au niveau national, enquête ES)
- Enquête spécifique à mettre en place (en lien avec le point 4, celle-ci peut être idéalement régulière)

Les sources : données ARS, enquête ES au niveau national (*possibilité d'extractions locales à voir (contact DREES à prendre)*), données disponibles sur les publics accueillis sur le territoire (études, enquête régulière, rapport d'activité normalisé...), enquête spécifique à mener.

Les éléments de méthode et les points-clés à noter :

- ✓ **La grille d'auto-diagnostic ESAT peut constituer un support utile aux analyses.**
- ✓ **Les thèmes à voir** (enquête ESAT) – cf. détails des données à recueillir dans l'outil d'auto-diagnostic ESAT²⁶⁴ joint à ce document :
 - 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
 - Communication et information auprès des usagers potentiels
 - Possibilités de découverte de l'ESAT
 - Accessibilité et accueil
 - Attractivité de l'offre de l'ESAT
 - L'offre de l'ESAT et son adaptation aux besoins : activités à caractère professionnel et soutiens, rythme de travail...
 - Les ressources humaines de l'ESAT (taux d'encadrement, qualification...)
 - Le réseau partenarial de l'ESAT en co-accompagnement et en sortie (hébergement, accueil de jour, SAESAT, SAVS, SAMSAH, offre en retraite...)
 - L'organisation de l'ESAT en matière d'anticipation des besoins

En fonction des interrogations locales, vous pouvez également compléter ces informations à recueillir en consultant l'étude menée par le CREAI Rhône-Alpes (cf. références ci-dessous).

²⁶³ Analyse en lien avec l'axe 2 sur les prescripteurs.

²⁶⁴ En fonction des interrogations locales, vous pouvez également consulter l'étude du CREAI Rhône-Alpes.

Les résultats recherchés et commentaires :

Il s'agit ici d'évaluer le degré d'adaptation des ESAT aux besoins des publics à la fois en attente d'ESAT et effectivement accueillis – que ce soit seul ou en partenariat, d'anticiper de évolutions et en dégager des axes d'actions.

Les exemples de travaux :

- ✓ C. Gilibert, C. Lamy, F. Douek, Etude relative aux établissements et services d'aide par le travail, CREAI Rhône-Alpes- DDASS de la Loire, mai 2009.
- ✓ 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).
- ✓ Ifross Université Lyon 3 – Unifaf, Favoriser l'accompagnement et la formation en ESAT, étude régionale, Etude Observatoire et Unifaf Rhône-Alpes, février 2011.
- ✓ N. Heraud, M. Praca, La prise en compte du vieillissement des travailleurs handicapés en ESAT, CREAI Centre.

En synthèse : des travaux d'analyse à mener en deux volets

- ⇒ **Volet 1 : Les axes indispensables à l'évaluation des besoins en places d'ESAT** (données disponibles sauf indication contraire) :
 - ✓ Axe 1 : Données de cadrage,
 - ✓ Axe 2 : Données disponibles sur les évolutions « prescripteurs »
 - ✓ Axe 3 : Données qualifiées sur les listes d'attente (enquête régulière)
 - ✓ Axe 4 : Données sur l'activité des ESAT et les personnes en attente de réorientation (enquête régulière ou organisation pour une demande de réorientation effective lorsque nécessaire)
 - ✓ Axe 5 : Données sur les publics accueillis en ESAT et leurs évolutions (données disponibles)
- ⇒ **Volet 2 : Les axes à mener selon les résultats obtenus lors du volet 1:**
 - ✓ Axe 2 : Enquête d'approfondissement auprès des prescripteurs
 - ✓ Axe 3 : Enquête complémentaire éventuelle sur les personnes en attente d'ESAT
 - ✓ Axe 5 : Analyse qualitative de l'offre en ESAT : enquête ESAT spécifique



L'offre de votre ESAT est-elle adaptée au territoire et aux besoins des publics ?

Auto-diagnostic

Fiche d'identité

Association :

Etablissement :

Nombre d'utilisateurs accueillis (agrément, personnes présentes - ETP et personnes physiques) :

Type de handicap(s) accueilli(s) :

Date/période de réalisation de cet auto-diagnostic :

L'offre de votre ESAT est-elle adaptée au territoire et aux besoins des publics ?²⁶⁵

Auto-diagnostic

Pour répondre à cette question, vous allez dans les pages suivantes :

① Réaliser un rapide bilan individuel chiffré

Existe-t-il des places inoccupées dans l'ESAT et pourquoi ? Des mouvements importants sont-ils à anticiper ?

Les 3 points à voir :

[L'agrément de l'ESAT et les places effectivement occupées dans l'année](#)
[Les usagers en attente de réorientation à temps plein ou partiels](#)
[Les sorties à anticiper dans les 5 ans à venir](#)

② Analyser la réponse de l'ESAT aux besoins du territoire et son attractivité

L'ESAT est-il suffisamment adapté aux besoins des publics ? Doit-il anticiper des évolutions de ses publics - et potentiellement une adaptation de son offre ? Votre offre est-elle qualitativement adaptée ? Quels aspects de votre offre peuvent éventuellement expliquer/susciter un risque de sous-activité ?

Les 8 points à voir :

Tout d'abord :

[Réalisez une petite enquête en 4 questions sur les accueils, admissions et abandons](#) (à remplir par la personne-ressource sur les admissions) : vous utiliserez ensuite ces éléments pour la réalisation du bilan qualitatif.

Ensuite, répondez au QCM et faites votre bilan sur :

[Le positionnement de l'ESAT et les types de handicap accueillis](#)

[Le réseau « prescripteur » de l'ESAT](#)

[Votre politique d'admission](#)

[La communication et l'attractivité de l'ESAT](#)

[Communication et information auprès des usagers potentiels](#)

[Possibilités de découverte de l'ESAT](#)

[Accessibilité et accueil](#)

[Attractivité de l'offre de l'ESAT](#)

[L'offre de l'ESAT et son adaptation aux besoins](#)

[Le réseau partenarial de l'ESAT en co-accompagnement et en sortie](#)

[L'organisation de l'ESAT en matière d'anticipation des besoins](#)

²⁶⁵ Cet auto-diagnostic peut particulièrement être utilisé lors du renouvellement du projet d'établissement ou en cas de sous-activité. Il s'agit ainsi selon les cas, d'anticiper et d'accompagner des évolutions des publics ou de vous aider à identifier les causes d'une sous-activité et détecter des potentiels d'amélioration du taux d'occupation.

1 Réalisez un rapide bilan individuel chiffré (Cf. note en annexe sur le détail des modes de calcul).
Existe-t-il des places inoccupées dans l'ESAT et pourquoi ? Des mouvements importants sont-ils à anticiper ?

1/3. L'agrément de l'ESAT et les places effectivement occupées dans l'année

(a) **Nombre de places à l'agrément**

(b) Temps d'accueil hebdomadaire d'un usager à temps plein (ou équivalent en cas d'horaires annualisés)²⁶⁶

(c) Equivalent en jours théorique de présence d'un usager à temps plein (base d'une journée de 7 heures – hors congés annuels et jours fériés)²⁶⁷

(d) Nombre de jours de fonctionnement théorique de l'ESAT²⁶⁸ [= (c) multiplié par (a)]

Dernière année disponible

(e) **Les places effectivement occupées dans l'année** : usagers effectivement présents dans l'ESAT (hors congés annuels et jours fériés - toute non présence est sinon à déduire y compris arrêts maladies, autres absences...) ²⁶⁹

ETP

--

(f) **Les places « hors présence effective » liée à l'absentéisme et congés autres qu'annuels** (arrêt maladie, congés parentaux, toutes absences hors congés annuels et jours fériés)

--

(g) **Les places inoccupées dans l'année**

*Dont places inoccupées liées à des difficultés à trouver de nouveaux entrants
 Dont places liées à des ruptures précoces/ des abandons de parcours après admission (estimation de l'impact sur le nombre de places vacantes en ETP de l'ESAT) ?*

Dont places liées à l'absence de notification administrative de sortie par la MDPH

Autre(s) motif(s) ? : indiquer lesquels

(h) **Les « places » occupées par des stagiaires dans l'année**²⁷⁰

--

Note : afin de vérifier vos calculs (e) + (f) + (g) = (a).

²⁶⁶ Il s'agit de la durée de travail correspondant aux heures de travail et de soutien en lien avec le travail ou l'autonomie indiquées dans le règlement de fonctionnement de l'ESAT (par exemple 35h hebdomadaires). Par définition, les éventuels soutiens extra-professionnels ne sont pas décomptés car hors temps de travail.

²⁶⁷ Nombre d'heures annuelles d'un usager (hors congés payés et jours fériés inclus) divisé par 7. Par exemple : un usager à 35h/semaine est rémunéré théoriquement 1820 heures dans l'année - congés payés et jours fériés compris (35 heures multiplié par 52 semaines) ; sa durée du travail annuelle maximum est de 1607 heures (congés annuels et jours fériés déduits) soit un nombre de jours travaillés théorique annuel pour un usager à temps plein de 229 jours (1607 heures/7 - base d'une journée de 7h, nbre de jours arrondi à l'entier inférieur).

²⁶⁸ = (c) multiplié par (a). C'est-à-dire les jours théoriques de travail d'un usager à temps plein multiplié par le nombre de places à l'agrément.

²⁶⁹ Calcul hors jours fériés et jours de congés : ces derniers ne sont pas à comptabiliser.

²⁷⁰ Il s'agit ici de valoriser le nombre de stagiaires accueillis – notamment lorsque votre taux d'occupation est grevé par un absentéisme long.

2/3. Les usagers en attente de réorientation à temps plein ou partiels

Nombre d'usagers accueillis dans l'ESAT avec orientation prononcée par la MDPH et en attente de place (retraite, foyer de vie/accueil de jour...) ?*

Nombre d'usagers de l'ESAT susceptibles d'être réorientés - réorientation non prononcée ? *

Nombre d'usagers en attente d'un aménagement du temps de travail (n'impliquant pas de prise en charge annexe)**

Nombre de places concernées (total)

% de l'agrément

ETP	Pers. physique

* Si cette réorientation implique un temps partiel, compter les ETP au prorata du temps libéré.

** Donc sans double-compte avec les 2 items précédents - compter les ETP au prorata du temps libéré.

3/3. Les sorties estimées dans les 5 ans à venir²⁷¹

Dans les 5 ans à venir, combien de sorties de l'ESAT estimez-vous pour :

Retraite

Sortie vers le milieu ordinaire de travail (dont EA²⁷²)

Réorientation Foyer de vie/CAJ/ autres...*

Mise en œuvre d'un temps partiel n'impliquant pas de prise en charge annexe*

Nombre de places libérables dans les 5 ans à venir (total)

% de l'agrément

ETP	Pers. physique

* Pour les ETP, compter au prorata du temps libéré.

Bilan

Existe-t-il des places inoccupées dans l'ESAT et pour quels motifs principaux ? Des mouvements importants sont-ils à anticiper ? Quels axes seraient à travailler en priorité ? Le cas échéant, à faire remonter à l'ARS ou à travailler avec la MDPH ?

²⁷¹ L'objectif ici est d'avoir une première idée des mouvements à anticiper et si des flux importants peuvent survenir.

²⁷² Entreprise Adaptée

Commentaires

- ✓ Les ruptures précoces peuvent être liées aux caractéristiques des publics accueillis mais aussi faire l’objet d’un travail d’amélioration par l’ESAT en interne ou en lien avec ses partenaires : par exemple, travail en amont sur le projet professionnel et la validation du choix d’orientation, reprise de la politique de découverte et d’admission, besoin d’un accompagnement en parallèle de l’ESAT (suivi psy, suivi social...) ou d’une adaptation de votre offre pour une meilleure continuité... (cf. questionnaire qualitatif).
- ✓ Si le nombre de places vacantes liés à l’absentéisme est important, il sera nécessaire d’approfondir ces données en distinguant absentéisme long et micro-absentéisme ; et en lien d’analyser vos conditions de travail ainsi que l’adaptation de votre offre (conditions de travail, activités de l’ESAT et soutiens associés seuls ou en partenariat - cf. questionnaire qualitatif).
- ✓ Le nombre de personnes en attente d’orientation peut à terme être un facteur de risque important pour le modèle économique de l’ESAT. Des associations ont ainsi été amenées à rechercher/construire en partenariat des solutions sur le territoire dans la mesure de l’existant. Ce risque peut impliquer également d’alerter l’ARS/le CG (rapport d’activité, CPOM, schémas régionaux/départementaux, rencontres spécifiques...).
- ✓ De même, le repérage des personnes susceptibles d’être réorientées implique, en lien avec la MDPH, des demandes de réorientations à accompagner qu’il y ait ou non des places disponibles à toutes fins d’identification des besoins.
- ✓ Enfin, un renouvellement important de vos effectifs peut vous conduire au cas par cas, à accroître votre réseau prescripteur et/ou adapter votre projet d’établissement en fonction des besoins et attentes des nouveaux entrants.

2 Analysez la réponse de l’ESAT aux besoins du territoire et son attractivité

L’ESAT répond-il (toujours) aux besoins du territoire ? L’ESAT est-il suffisamment adapté aux besoins des publics ? Doit-il anticiper des évolutions de ses publics - et potentiellement une adaptation de son offre ? Quels aspects de votre offre peuvent éventuellement expliquer/susciter un risque de sous-activité ?

1/8. Réalisez une petite enquête-flash en 5 questions (à remplir par la personne-ressource sur les admissions)

Nombre de prescripteurs de l’ESAT et volumes de publics associés pour les stages	Analyse chiffrée sur les 3 dernières années
Nombre de prescripteurs de l’ESAT et volumes de publics associés pour les admissions	
Nombre et motifs des refus à l’admission (refus par l’ESAT)?	
Nombre et motifs d’abandon (refus par l’usager - en distinguant avant et après admission) ?	
Quels sont les motifs ayant conduit les usagers à candidater chez vous ?	

Et précisez les activités économiques de l’ESAT et leurs caractéristiques

Principales activités économiques	Nbre moyen d’usagers présents	Taux d’encadrement direct ²⁷³
Activité 1 :		
Activité 2 :		
Activité 3 :		
Activité 4 :		
...		

Vous utiliserez ces éléments²⁷⁴ pour la réalisation du bilan qualitatif (QCM) ci-après.

2/8. Le positionnement de l’ESAT et les types de handicap accueillis

Coloriez la case en fonction de votre évaluation :

Observez-vous des évolutions dans les types de handicap accueillis dans votre ESAT ?

Observez-vous des évolutions dans les types de handicap accueillis sur le territoire²⁷⁵ (selon disponibilité, comparatif aux données MDPH, données d’activité des ESAT...) ?

Les ESAT de votre territoire accueillant des publics similaires aux vôtres ont-ils des difficultés d’admission ?

Avez-vous des difficultés à réaliser vos admissions ?

Si oui : Avez-vous des critères de sélection conduisant régulièrement à refuser certains types de handicap ou problématiques associées ?

Existe-t-il toujours des besoins pour les types de publics accueillis par votre ESAT (en tenant compte de l’offre sur le territoire) ?*

Pour les refus les plus importants/réguliers, y a-t-il un besoin sur le territoire (en tenant compte de l’offre sur le territoire)?*

Vert : OK	Orange : à surveiller	Rouge : action	Gris : Neutre
Non	En partie	Oui	
Non	Oui, mais l’Esat n’est pas concerné	Oui et l’ESAT est concerné	ESAT spécialisé / Ne sait pas
Non	Oui une partie	Oui la majorité	Ne sait pas/ autre
Non	En partie	Oui	
Non	Oui parfois	Oui souvent	Pas de sélection par handicap
Oui	Moyen	Faible/ Néant	Pas de sélection par handicap
Oui	Moyen	Faible/ néant	Pas de sélection par handicap

²⁷³ Encadrement en lien direct avec les usagers (nbre d’usagers/nbre d’encadrants directs) en ETP.

²⁷⁴ Idéalement, ce suivi serait à intégrer dans votre rapport d’activité annuel.

²⁷⁵ Nous n’avons volontairement pas défini la notion de territoire. Il vous appartient de le définir en fonction de vos caractéristiques locales (bassin de vie, bassin d’emploi, territoire de santé, département(s)...).

* Requête à adresser à la MDPH sur ces publics dans votre zone d'implantation (nombre de 1eres demandes et évolutions – si disponible ou voir auprès des autres ESAT et partenaires).

Bilan
 Au regard des éléments précédents, existe-t-il un décalage entre les types de publics sur lesquels vous êtes positionné et les besoins du territoire ? Des évolutions sont-elles à anticiper ? Un repositionnement partiel ou complet est-il à anticiper ?

Commentaires
 ✓ Le décalage entre votre offre et les publics en attente d'ESAT sur votre territoire peut expliquer ou engendrer à terme des difficultés à l'admission.

3/8. Le réseau « prescripteur » de l'ESAT (réseau actif à l'origine des stages et/ou admissions)²⁷⁶

Coloriez la case en fonction de votre évaluation :

Avez-vous un nombre suffisant de prescripteurs²⁷⁷ ou êtes-vous en situation de dépendance ?

Ces prescripteurs sont-ils suffisamment diversifiés ou est-ce le même type d'acteurs (par exemple, de type IME, de type sanitaire ; etc...)?

Comment évoluent globalement les prescriptions de vos partenaires vers votre ESAT?

Vos principaux prescripteurs connaissent-ils globalement des évolutions de publics susceptibles de vous concerner (baisse des entrées, modification des besoins/types des publics accueillis) ?

Jugez-vous les modes opératoires avec vos partenaires-prescripteurs efficaces ou sont-ils à améliorer (si possible, bilan croisé avec vos prescripteurs) ?

Vert : OK	Orange : à surveiller	Rouge : action
Plus de 7 prescripteurs	4 à 6	1 à 3
Oui 3 types et plus	2 types	1 principal
A la hausse ou stable et suffisante	variables, et/ou parfois insuffisantes	En baisse régulière et/ou insuffisantes
Non	En partie (ou ne sait pas mais sans difficulté d'admission)	Oui ou ne sait pas mais avec des difficultés d'admission)
Oui	Quelques améliorations à apporter	A revoir

²⁷⁶ Appuyez votre réponse sur le bilan-flash réalisé en 1/8.

²⁷⁷ Nombre total de prescripteurs actifs (par exemple IME X et IME Y, CMP Z, Mission Locale A et Mission locale B, etc...).

Bilan : L'ESAT a-t-il suffisamment de prescripteurs ? Existe-t-il des publics non couverts/accueillis mais en besoin d'ESAT ? Existe-t-il des prescripteurs potentiels avec qui vous n'êtes pas en lien (sourcing) ? Les relations partenaires sont-elles efficaces (qualité des orientations?)

Actions possibles :

Commentaires

- ✓ Des prescripteurs suffisamment diversifiés vous permettent d'éviter des effets de dépendance pouvant vous mettre potentiellement en difficulté, d'éviter les effets-filières et constituent également un moyen, par des relations régulières, de mieux suivre l'évolution des publics.
- ✓ Cette dimension reste valable y compris lorsque vous êtes uniquement spécialisé sur un public spécifique (psychique, autisme...).
- ✓ Des modes opératoires à renforcer avec vos prescripteurs peuvent parfois réduire le taux de ruptures précoces ou d'abandons en processus d'admission (amélioration de l'orientation et du travail sur le projet professionnel, continuité d'un suivi du prescripteur...).

4/8. Votre politique d'admission

Coloriez la case en fonction de votre évaluation

Existe-t-il des critères d'admission et de sélection à l'entrée (efficacité suffisante des publics, capacités ou compétences particulières ...) ?

En cas de difficultés d'admission : quelle part des refus d'admission, ces critères ont-ils engendré ?

Avez-vous une offre « conditionnée » : par exemple, double-entrée ESAT/Foyer d'hébergement ?

En cas de difficultés d'admission, quelle part des refus d'admission, cette offre conditionnée a-t-elle engendrée ?

Un usager a-t-il la possibilité d'entrer dans l'ESAT sur un temps partiel ?

Vert : OK	Orange : à surveiller	Rouge : action
Non ou ESAT spécialisé	Oui en partie	Oui
Aucun ou très ponctuel	Plutôt faible	Moyen à Important
Non	Oui pour une partie des admissions	Oui
Aucun ou très ponctuel	Plutôt faible	Moyen à Important
Oui	Avec des limites	Non

Bilan : Votre politique d'admission est-elle trop sélective ? Existe-t-il des critères officiels ou officieux ? Vous permet-elle d'accueillir de façon large via par exemple, les temps partiels ? Est-elle dépendante d'un autre établissement de votre organisation qui n'arrive plus à réaliser ses propres admissions ? Est-elle suffisamment organisée et réactive ?

Actions possibles :

Commentaires

En fonction de vos réponses et d'éventuelles importantes difficultés à réaliser vos admissions (y compris sur une activité spécifique), il pourrait être nécessaire selon votre situation, d'envisager par exemple :

- ✓ De lever/réduire vos critères via par exemple, une meilleure adaptation des postes de travail, un redécoupage des tâches voire une diversification des activités permettant plus de pluralisme dans les admissions ;
- ✓ De développer des temps partiels afin d'admettre plus largement ;
- ✓ En cas d'offre conditionnée à des entrées en foyer, d'analyser les motifs de cette sous-activité et le cas échéant, de développer des places de Foyer ou à l'inverse de repositionner après analyse et si nécessaire, des places de Foyer sur une offre plus adaptée aux demandes/besoins.
- ✓ En l'absence de leviers sur les publics actuels et le réseau prescripteur, de repositionner votre projet d'établissement.
- ✓ ...

5/8. La communication et l'attractivité de l'ESAT

Coloriez la case en fonction de votre évaluation :

Communication et information

Avez-vous une politique de communication auprès des usagers potentiels de l'ESAT ?

Réalisez-vous des informations régulières aux partenaires (notamment prescripteurs) sur votre action ?

D'après-vous les éléments constitutifs de votre offre (activités, métiers, soutiens, politiques internes, offres en partenariat...) sont-ils suffisamment valorisés dans les informations que vous diffusez ?

Votre offre est-elle diffusée au sein de la MDPH (participation à des réunions collectives, livret...) ?

Vert : OK	Orange : à surveiller	Rouge : action
Oui, politique construite	Des éléments	Non pas vraiment
Oui régulièrement	Oui mais irrégulier	Non
Oui tout à fait	Oui mais à améliorer	Non ou insuffisant
Oui	Ponctuel	Non

Avez-vous des outils de communication (plaquette, site web....) ?

Si oui, vos outils sont-ils accessibles aux personnes handicapées ?

Avez-vous d'autres actions permettant de faire connaître votre offre (participation à un collectif communiquant auprès des usagers et partenaires, autres actions...)?

Possibilités de découverte de l'ESAT

Jugez-vous que vous permettez suffisamment à des usagers potentiels de découvrir l'ESAT (ex : organisation de visites, de stages de découverte, de mises en situation professionnelle...)?

Accessibilité et accueil

Votre ESAT est-il facile d'accès ? (présence de transports ? présence d'hébergement adapté ?)

La signalétique est-elle présente et compréhensible pour accéder et s'orienter sur le site de l'ESAT ?

D'après vous, vos locaux sont-ils en bon état et suffisamment accueillants ?

Vos locaux sont-ils accessibles aux personnes handicapées?

L'accueil est-il suffisamment organisé lors d'une visite ?

Et jugez-vous la qualité de cet accueil suffisante ?

Attractivité de l'offre de l'ESAT

Jugez-vous que les activités offertes (activités économiques, soutiens) sont valorisantes pour les usagers (image du métier ou via les actions de valorisation de l'ESAT)?

Oui	Des éléments	Non ou insuffisant
Oui	En partie	Non ou insuffisant
Oui (ou pas utile)	A développer mais offre suffisante	A développer
Oui tout à fait	Oui mais à améliorer	Insuffisant
Oui tout à fait	En partie	Difficile
Oui tout à fait	En partie	Difficile
Oui en bon état et accueillant	En partie	A améliorer
Oui tout à fait	En partie	Non ou faible
Oui tout à fait	Oui mais des points à améliorer	A améliorer de façon générale
Oui tout à fait	Oui mais des points à améliorer	A améliorer de façon générale
Oui tout à fait	En partie, des décalages selon les activités	Faiblement valorisées

Bilan : Un ESAT insuffisamment attractif/connu peut avoir un taux d'occupation moindre sur un territoire par des sollicitations insuffisantes, jugez-vous la politique de communication de l'ESAT et de votre organisme gestionnaire suffisante ? Etes-vous suffisamment repéré sur votre territoire ? Vos informations sont-elles accessibles et adaptées ?

Actions possibles :

6/8. L'offre de l'ESAT et son adaptation aux besoins

Coloriez la case en fonction de votre évaluation :

Jugez-vous que vos activités à caractère professionnel soient suffisamment diversifiées (différentes difficultés des tâches, différents liens à l'environnement...) pour qu'elles permettent d'accueillir le plus grand nombre ?

Avez-vous des activités sélectives voire très sélectives ?

Vos activités correspondent-elles aux publics accueillis ou des adaptations seraient nécessaires ?

Avez-vous développé une offre de soutiens²⁷⁸ aux usagers (y compris en partenariat) ?

Jugez-vous que les soutiens mis en place correspondent aux besoins des usagers ?

Avez-vous développé des soutiens extra-professionnels ou des relais ²⁷⁹ disponibles pour les usagers et en lien avec leurs besoins ?

Jugez-vous que concernant l'ESAT et ses différentes activités, le rythme et possibilités d'accueils sont adaptées aux usagers (horaires jours, horaires hebdomadaires, jours d'ouverture sur l'année ...) ?

Estimez-vous que le personnel de l'ESAT dispose des compétences nécessaires à l'accueil et à l'accompagnement des usagers ?

Votre ESAT offre-t-il les possibilités suivantes (et cette offre est-elle lisible et connue des usagers) :

- Accès à un temps partiel ou séquentiel ?
- Possibilité de changer de poste de travail
- Possibilité de changer d'activité
- Possibilités de parcours inter-ESAT

Vert : OK	Orange : à surveiller	Rouge : action
Oui tout à fait	Oui mais à améliorer	Non ou insuffisant
Non ou faiblement	Certaines activités mais pas ou peu de difficultés d'admission	Oui ou certaines avec des difficultés d'admission
Oui tout à fait	Oui mais quelques points à améliorer	A reprendre partiellement ou en totalité
Oui	En partie	Non ou insuffisant
Oui	Oui mais quelques points à améliorer	Non ou insuffisant
Oui, suffisants et adaptés	Quelques besoins repérés/ points à améliorer	Non ou insuffisant alors que des besoins existent
Oui	En partie, variable selon les activités	Non ou insuffisant
Oui de façon générale, politique RH de l'ESAT effectivement mise en place et en œuvre.	Oui mais des points sont à améliorer (champ de compétences et/ou partie du personnel à former ²⁸⁰ ...)	Non ou insuffisant
Oui suffisante et connue des usagers	Oui suffisante mais peu connue	Partielle ou faible
Oui suffisante et connue des usagers	Oui suffisante mais peu connue	Partielle ou faible
Oui suffisante et connue des usagers	Oui suffisante mais peu connue	Partielle ou faible
Oui suffisante et connue des usagers	Oui suffisante mais peu connue	Partielle ou faible

²⁷⁸ Sont entendus ici les soutiens en lien avec l'activité professionnelle et l'autonomie de l'utilisateur (article L. 344-2-1 du CASF et circulaire/3B/2008/259 du 1^{er} août 2008) réalisés sur le temps de travail.

²⁷⁹ Sont entendus ici les soutiens ou relais extra-professionnels hors temps de travail (par exemple, selon les cas, actions sociales, actions sportives et culturelles, actions santé, relais juridiques...). Ces actions peuvent être développées par l'ESAT, l'organisme gestionnaire ou des partenaires.

²⁸⁰ La formation est ici entendue au sens général : elle peut être interne ou externe et pas nécessairement inscrite au plan de formation.

- Possibilité de parcours vers le milieu ordinaire
- Possibilité d’adaptation au poste de travail réalisé en interne (apprentissage direct sur poste)
- Possibilité de formation
- Possibilité d’accès à une reconnaissance des compétences (RSFC, RAE, RSFP, VAE...)
- Politique de rémunération particulière à mettre en avant
- Politique d’amélioration des conditions de travail et de limitation des risques à mettre en avant
- Politique de participation des usagers
- Démarche globale/Politique d’inclusion de l’ESAT (inclusion dans l’environnement proche – tous champs confondus : entreprises, formation, vie associative, logement...)

Oui suffisante et connue des usagers	Oui suffisante mais peu connue	Partielle ou faible
Oui suffisante et connue des usagers	Oui suffisante mais peu connue	Partielle ou faible
Oui suffisante et connue des usagers	Oui suffisante mais peu connue	Partielle ou faible
Oui suffisante et connue des usagers	Oui suffisante mais peu connue	Partielle ou faible
Oui adaptée et connue des usagers	Oui adaptée mais peu connue	Partielle ou faible
Oui adaptée et connue des usagers	Oui adaptée mais peu connue	Partielle ou faible
Oui adaptée et connue des usagers	Oui adaptée mais peu connue	Partielle ou faible
Oui adaptée et connue des usagers	Oui adaptée mais peu connue	Partielle ou faible

Bilan : l’offre de l’ESAT est-elle adaptée aux publics accueillis ? Permet-elle de répondre aux besoins du plus grand nombre ? Ou engendre-t-elle une sélection ? Votre offre répond-elle aux problématiques repérées ? Vos activités et soutiens sont-ils adaptés aux publics accueillis ?

Actions possibles :

7/8. Le réseau partenarial de l'ESAT

Coloriez la case en fonction de votre évaluation

Avez-vous développé des partenariats à destination des usagers en lien avec le travail (organismes de formation, associations, mécénat de compétences....) ?

Jugez-vous que ces partenariats en lien avec le travail permettent suffisamment de répondre aux besoins des usagers et sont adaptés ?

Avez-vous développé des partenariats sur des soutiens hors travail disponibles pour les usagers (social, loisirs, juridique, administratif, santé...) ?

Jugez-vous que ces partenariats hors travail permettent suffisamment de répondre aux besoins des usagers et sont adaptés ?

Avez-vous développé des partenariats adaptés pour une offre en co-accompagnement présentes sur le territoire (accueil de jour, section à temps partiel, autres...) ?

Existe-t-il une offre de logement diversifiée avec laquelle vous êtes en lien ?

Avez-vous développé des partenariats pour une offre en sortie de l'ESAT ?

Vert : OK	Orange : à surveiller	Rouge : action
Oui tout à fait	Oui mais quelques points à développer	A reprendre ou non
Oui tout à fait	Oui mais quelques points à améliorer	A reprendre partiellement ou en totalité
Oui tout à fait	Oui mais quelques points à développer	A reprendre ou non
Oui tout à fait	Oui mais quelques points à améliorer	A reprendre partiellement ou en totalité
Oui tout à fait (ou pas de besoins)	Oui mais quelques points à améliorer	Peu ou pas / Offre locale insuffisante
Oui tout à fait (ou pas de besoins)	Oui mais quelques points à améliorer	Peu ou pas / Offre locale insuffisante
Oui tout à fait (ou pas de besoins)	Oui mais quelques points à améliorer	Peu ou pas / Offre locale insuffisante

Bilan : le réseau partenarial de l'ESAT permet-il de répondre aux besoins des usagers dans le cadre de leur co-accompagnement ou en sortie ?

Actions possibles :

8/8. L'organisation de l'ESAT en matière d'anticipation des besoins (bilans réguliers, rapport d'activité...)

Coloriez la case en fonction de votre évaluation

Suivez-vous les éléments liés aux admissions et refus, ruptures précoces, taux d'activité ?

Disposez-vous d'éléments de connaissance sur les types de handicap reconnus et orientés par la MDPH ou accueillis dans les ESAT sur votre territoire/au niveau national (veille sur les travaux disponibles et comparaison avec vos publics) ?

Réalisez-vous un suivi régulier des publics accueilli, de leurs évolutions et de leurs besoins ?

Participez-vous aux schémas régionaux et départementaux afin de faire connaître les besoins de l'ESAT et de l'offre en amont, en co-accompagnement ou en sortie en lien ?

<i>Vert : OK</i>	<i>Orange : à surveiller</i>	<i>Rouge : action</i>
Oui tout à fait	Ponctuel ou en partie	Non pas vraiment
Oui veille régulière et comparaison lorsque possible	Veille ponctuelle	Non
Oui tout à fait	Ponctuel ou en partie	Non
Oui tout à fait	Ponctuel	Non

Bilan : L'ESAT est-il suffisamment organisé pour anticiper des évolutions des publics et de leurs besoins ?

Actions possibles :

Commentaires :

- ✓ L'absence de suivi – à minima au moment du renouvellement du projet d'établissement – peut être un facteur de risque ;
- ✓ Le comparatif de vos publics aux données du territoire/nationale peut vous permettre de repérer des évolutions de publics non perçues.

①+② = Synthèse finale et actions à mener

Annexe : Note sur le calcul du bilan chiffré en ① - Partie 1/3

Donnée chiffrée	Mode de calcul / précisions
L'agrément de l'ESAT et les places effectivement occupées dans l'année	
(a) Nombre de places à l'agrément	= Nombre de places pour lesquels l'ESAT est agréé (capacité autorisée et financée ²⁸¹).
(b) Temps d'accueil hebdomadaire d'un usager à temps plein (ou équivalent en cas d'horaires annualisés)	Il s'agit de la durée de travail correspondant aux heures de travail et de soutien en lien avec le travail ou l'autonomie indiquées dans le règlement de fonctionnement de l'ESAT (par exemple 35h hebdomadaires). Par définition, les éventuels soutiens extra-professionnels ne sont pas décomptés car hors temps de travail.
(c) Equivalent en jours théorique de présence d'un usager à temps plein (base d'une journée de 7 heures)	= Nombre d'heures annuelles d'un usager (hors congés payés et jours fériés) divisé par 7. Par exemple : un usager à 35h/semaine est rémunéré théoriquement 1820 heures dans l'année - congés payés et jours fériés compris (35 heures multiplié par 52 semaines) ; sa durée du travail annuelle maximum est de 1607 heures (une fois les congés annuels et jours fériés déduits) soit un nombre de jours travaillés théorique annuel pour un usager à temps plein de 229 jours (1607 heures/7 - base d'une journée de 7h) ²⁸²
(d) Jours de fonctionnement théorique de l'ESAT	= (c) multiplié par (a). C'est-à-dire les jours théoriques de travail d'un usager à temps plein multiplié par le nombre de places à l'agrément.
(e) Les places effectivement occupées dans l'année (usagers effectivement présents dans l'ESAT (hors congés annuels et jours fériés - toute non présence est sinon à déduire y compris arrêts maladies, autres absences...) ²⁸³	En ETP = Jours total de fonctionnement réalisés par l'ESAT divisé par (c). Les jours de fonctionnement réalisés correspondent au nombre total de journées avec présence effective des usagers sur l'année (sur la base d'une journée de 7 heures). Toute absence est à déduire y compris arrêts maladies, autres absences... Les congés annuels et jours fériés ne sont pas à prendre en compte. En personnes physiques : nombre d'usagers présents (moyenne annuelle de la présence à fin de mois - ou par défaut au 31/12 de l'année considérée).
(f) Les places hors présence effective liée à l'absentéisme et congés autres qu'annuels (arrêt maladie, congés parentaux, toutes absences hors congés annuels et jours fériés)	En ETP = Nbre de jours liés à l'absentéisme et congés parentaux (arrêt maladie, congés parentaux, toutes absences hors congés annuels et jours fériés) divisé par (c). En personnes physiques : nombre d'usagers ayant eu un arrêt maladie, des congés parentaux ou toutes autres absences hors congés annuels et jours fériés.
(g) Les places inoccupées dans l'année Dont places inoccupées liées à des difficultés à trouver de nouveaux entrants	En ETP = Nbre de jours sans activité lié à des difficultés à trouver de nouveaux entrants divisé par (c). En personnes physiques : équivalent des ETP en personnes physiques (arrondi supérieur)

²⁸¹ Note : cf. Autorisation d'agrément ou Comptes Administratifs.

²⁸² Nombre de jours arrondi à l'entier inférieur.

²⁸³ Calcul hors jours fériés et jours de congés : ces derniers ne sont pas à comptabiliser.

<p><i>Dont places liées à des ruptures précoces/ des abandons de parcours après admission (estimation de l'impact sur le nombre de places vacantes en ETP de l'ESAT) ?</i></p>	<p><i>En ETP = Estimation du nbre de jours lié à des ruptures précoces et des abandons de parcours après admission divisé par (c). En personnes physiques : nombre d'utilisateurs concernés dans l'année considérée par une rupture précoce/ un abandon de parcours après admission</i></p>
<p><i>Dont places liées à l'absence de notification administrative de sortie par la MDPH</i></p>	<p><i>En ETP = Nbre de jours non utilisés liés à l'absence de notification administrative de sortie par la MDPH divisé par (c). En personnes physiques : nombre d'utilisateurs sortis dans l'année pour lesquels la notification administrative de sortie n'a pas été prononcée.</i></p>
<p><i>Autre(s) motif(s) ? : indiquer lesquels</i></p>	<p><i>En ETP = Nbre de jours liés à d'autres motifs divisé par (c). En personnes physiques : nombre d'utilisateurs absents pour autres motifs dans l'année considérée.</i></p>
<p>(h) Les « places » occupées par des stagiaires dans l'année²⁸⁴</p>	<p><i>En ETP = nombre de journées stagiaires divisé par (c). En personnes physiques : nombre de stagiaires accueillis dans l'année considérée.</i></p>

²⁸⁴ Il s'agit ici de valoriser le nombre de stagiaires accueillis – notamment lorsque votre taux d'occupation est grevé par un absentéisme long.