

Projet Communautés 360

Contribution sur l'admission en établissements et services médico-sociaux pour personnes en situation de handicap

Note de recherche

Janvier 2021

Estelle Aragona, Pierre-Yves Baudot et Magali Robelet

Avec le soutien de la



Sommaire

Introduction.....	2
L'admission en établissements et services : résultats d'une recherche qualitative.....	6
1. La connaissance précise des équipements par les acteurs publics est cruciale pour l'orientation.	7
2. Les logiques d'adressage reposent sur des interconnaissances et des interdépendances.	8
3. Les dispositifs formalisent des relations interpersonnelles préexistantes et essentielles au travail sur cas.....	10
4. Les dispositifs créés au niveau national sont mis en œuvre selon des enjeux et des logiques d'appropriation locale.....	12
Les coordinations locales existantes, atouts pour le projet Communautés 360.....	14
1. S'appuyer sur les modalités de coopération locale.	14
2. Formaliser les modes de gestion des situations individuelles.	15
L'empilement des dispositifs comme point de vigilance	16
1. Un risque de confusion dans les circuits administratifs et les acteurs impliqués.....	16
2. Des usagers tous prioritaires ?	18
Conclusion	20
Glossaire.....	20

L'équipe de recherche

Estelle Aragona

Doctorante en science politique à l'Université de Picardie Jules Verne, Centre universitaire de recherches sur l'action publique et le politique (CURAPP-ESS)

Pierre-Yves Baudot

Professeur de sociologie à l'Université Paris Dauphine / PSL, chercheur à l'Institut de recherche interdisciplinaire de sciences sociales (IRISSO)

Magali Robelet

Maître de conférence en sociologie à l'Université Lumière Lyon 2, chercheuse au Centre Max Weber

Introduction

Mehdi est accompagné par plusieurs structures du soin, du social et du médico-social : un institut médico-éducatif (IME), un hôpital de jour et une structure d'hébergement de la protection de l'enfance. C'est un jeune avec des troubles du spectre autistique et vivant des difficultés familiales.

À l'approche de l'âge adulte et de la fin de ses accompagnements sanitaire et social, sa situation est repérée par les professionnels de la MDPH comme présentant un risque de rupture. L'assistante sociale travaille alors à faire admettre Mehdi dans un foyer d'accueil médicalisé (FAM) dont les places d'internat ouvrent dans les mois suivants. Pour cela, elle présente le dossier au directeur du FAM lors de l'« **équipe d'ouverture** » qui vise à constituer l'effectif du foyer.

En attendant l'ouverture de l'internat et pour proposer un hébergement à Mehdi, la **commission des situations critiques (CSC)** est saisie pour **préparer un montage** : un accompagnement en accueil de jour au FAM et les nuits dans la structure d'hébergement déjà fréquentée. Au fil des séances de la CSC, les professionnels de la MDPH rendent compte aux autres membres présents de l'avancement du dossier : rencontres avec les professionnels impliqués dans l'accompagnement du jeune, bilans de prise en charge, organisation de l'accueil.

Alors que cela semble se préciser, **la situation de Mehdi s'aggrave sur le plan des troubles du comportement**. La structure de protection de l'enfance ne souhaite plus s'engager sur un montage au-delà de ses 18 ans. La responsable départementale de l'ARS et le directeur de la MDPH réclament le maintien de l'accompagnement d'ici l'admission prévue en FAM, tout en demandant son admission prioritaire dans un autre FAM sachant qu'une place vient de se libérer suite à un décès.

Six mois après l'entrée du dossier du jeune dans le circuit de traitement de la CSC, l'admission au foyer initialement ciblé est prononcée, liée au tuilage avec l'IME. Cependant, l'équipe du foyer ne pense pas que l'accompagnement puisse être pérenne du fait du **décalage de Mehdi avec les autres usagers** puisqu'il a un niveau cognitif plus élevé que les autres adultes. La CSC prend alors la décision de prioriser Mehdi auprès d'un autre FAM.

Deux mois plus tard, à la suite de **plusieurs passages à l'acte et d'une hospitalisation en psychiatrie**, le FAM ne souhaite plus accueillir Mehdi et la CSC débat d'une éventuelle réorientation. Six mois plus tard, Mehdi entre dans un autre FAM et est de nouveau hospitalisé d'urgence après des passages à l'acte. Le foyer demande à la commission d'organiser un accompagnement séquentiel avec le secteur de la psychiatrie.

Une nouvelle hospitalisation survient un an plus tard. Une **demande de plan d'accompagnement global (PAG)** est déposée par le FAM pour **organiser la sortie de l'établissement et le retour à domicile** de Mehdi. Deux groupes opérationnels de synthèse se déroulent à la MDPH pour mettre en place un suivi en psychiatrie et la vie à domicile aidée par la prestation de compensation de handicap.

Cette séquence de suivi par la commission des situations critiques dure près de 3 ans et met en évidence un **travail continu de recherche de solutions** par les membres de la commission ainsi que par les acteurs impliqués dans l'accompagnement de Mehdi. L'acteur principal de l'accompagnement est tantôt la structure d'hébergement, tantôt le FAM ou le centre hospitalier spécialisé. La recherche de solution ne s'arrête jamais vraiment ni pour Mehdi ni pour les professionnels. Sa situation reste qualifiée de critique par la commission et rien ne garantit que le PAG contribue à stabiliser sa vie à domicile du fait de la complexité de sa situation.

Le cas de Mehdi illustre trois éléments constitutifs des parcours des personnes en situation de handicap : **l'incertitude dans laquelle peuvent se trouver les personnes « sans solution »** même si elles sont suivies par les administrations du médico-social et par les structures d'accueil ; **l'absence de solution unique pour répondre à la complexité d'une situation**, ce qui justifie la multiplicité d'acteurs autour du cas et leur coordination sur le long terme ; **la mobilisation de ressources** pour fabriquer des solutions à partir d'arrangements entre acteurs publics et privés. Ce cas illustre également les situations complexes devenues depuis plusieurs années des cibles de la politique en faveur des personnes en situation de handicap.

La conception des Communautés 360 s'inscrit dans un processus large de réforme de l'État et de l'action publique du handicap. En introduisant la possibilité pour les personnes en situation de handicap et/ou leur entourage familial qui se trouvent en grande difficulté ou en crise d'interpeller directement les administrations *via* un numéro d'appel unique (le 0 800 360 360), les services concernés sont enjoins de produire des réponses immédiates et de s'organiser pour être en mesure de concrétiser ces réponses. **Le niveau de coordination nécessaire pour répondre à ces interpellations impose une circulation fluide de l'information, notamment celle relative aux équipements existants sur le territoire de rattachement de la personne ainsi qu'aux capacités des ESMS de mettre en œuvre de nouveaux accompagnements.** Cette information est aujourd'hui partiellement connue et partagée par les acteurs au niveau local du fait de leurs relations usuelles, cependant elle n'est pas directement accessible sur un support unique et de manière fiable. L'intégration croissante de l'information suppose donc une coordination accrue autour d'instruments qui centralisent des données mises à jour en temps réel, ou presque, pour répondre à toute sollicitation d'urgence.

La constitution de ces instruments de partage d'informations a pour effet, désiré ou non, de remettre en cause la division du travail et de l'information entre les différents acteurs du handicap : l'État central qui finance pour partie les politiques du handicap, les collectivités locales qui financent également et qui sont reconnues par les différents actes de décentralisation comme chefs de file dans la conduite des politiques sociales et enfin des acteurs associatifs qui disposent de délégations de services publics. C'est cette définition historique des périmètres qui

a eu pour effet non seulement de fragmenter l'information disponible, mais aussi de forger des instruments et des circuits qui réglementent en pratique l'accès aux dispositifs publics.

La création des Communautés 360 participe d'un ensemble plus large de réformes visant à recentraliser le pilotage des politiques du handicap en matière d'ESMS, comme notamment la réforme du financement des ESMS et le déploiement d'un système d'information harmonisé pour les MDPH. Plus précisément, l'invention des Communautés 360 témoigne d'un renforcement du pilotage à distance et d'une volonté d'harmonisation des pratiques des acteurs locaux du handicap. **Réinscrire ce nouveau dispositif dans ces processus plus larges permet de comprendre en quoi il affecte non seulement des positions institutionnelles, mais aussi des relations établies et des modalités de production de solutions effectives pour les publics concernés.** Cela permet aussi de comprendre que le défi posé par la création des Communautés 360 consiste à accroître la circulation d'une information fiable, c'est-à-dire produite en continu par les acteurs partenaires de chaque solution individuelle d'accompagnement et en croisant les différentes expertises au niveau local dans un contexte d'urgence. Davantage que technique, le problème est politique.

De plus, les Communautés 360 s'inscrivent dans la continuité de la réorientation de l'action publique engagée par la loi du 11 février 2005, qui voulait « mettre la personne au cœur du dispositif » en réorganisant autour d'elle, de ses besoins et de son projet de vie le fonctionnement de l'administration. Cette loi a ouvert des appuis en termes de « droits à » (compensation, accessibilité, participation) aux individus pour leur permettre de contester devant les tribunaux les décisions prises par l'administration, y compris de contester les manquements dans l'effectivité de celles-ci. L'administration locale du handicap s'est donc vue enjointe à une obligation de résultat dans des domaines comme la scolarisation ou l'accueil en ESMS, dès lors que le droit était notifié par la MDPH. « L'affaire Amélie » (fin 2013) constitue de ce point de vue un **moment d'accélération amenant l'État, tenu juridiquement responsable du défaut d'effectivité des droits notifiés, à retrouver des capacités d'action sur la façon dont s'effectue l'admission des personnes handicapées en ESMS.** Pour limiter les effets du contentieux et accroître cette reprise en main du pilotage, les acteurs étatiques nationaux ont développé plusieurs instruments : la commission des situations critiques et le plan d'accompagnement global. Plusieurs rapports, dont le principal est celui rendu par Denis Piveteau (« Zéro sans solution », 2014), ont initié une nouvelle séquence d'action publique autour d'un programme global : la « Réponse accompagnée pour tous ».

Ce faisant, les outils proposés par les acteurs étatiques nationaux sont entrés en tension avec des pratiques des acteurs locaux qui, d'une part, ont leurs propres techniques et outils de gestion des files d'attente et des procédures d'admission en ESMS et qui, d'autre part, prétendent à une forme d'autonomie dans la gestion de leurs ressources. **Les outils de pilotage nationaux sont donc venus percuter et se greffer sur des pratiques locales solidement ancrées.** Celles-ci doivent leur efficacité à leur ancienneté éprouvée par les différents acteurs de terrain (autorités publiques locales, ESMS, associations représentantes, professionnels de l'accompagnement social, etc.) et l'alliance historique des acteurs qui leur donne une position spécifique et fermement implantée dans la production concrète de l'action publique.

L’ancrage historique du secteur a permis à cette régulation d’apprendre et de s’adapter aux différentes transformations. La loi de 2005 a effectivement été acclimatée par ces acteurs historiques. Leur interconnaissance et leur interdépendance les amènent à ajuster leurs pratiques aux évolutions de contexte et de problématiques, de même que ces liens historiques et le rôle joué dans la mise en œuvre de l’action publique leur permettent de transformer localement les attendus des réformes adoptées au niveau national. Le problème posé par les « sans solutions » se présente d’ailleurs de façon différente pour les acteurs locaux et nationaux. **Au niveau national, les « sans solutions » sont lus comme une défaillance du système, qui contribuerait donc à les produire. Au niveau local, les « sans solutions » sont compris comme le résultat de leurs moyens limités, des places en nombre insuffisant et des outils d’évaluation des situations.** Ces écarts de problématiques, attachés à des enjeux différents, peuvent expliquer les appréhensions contrastées du problème des « sans solutions » et des réponses qui peuvent y être apportées.

Enfin, les personnes « sans solution » ne sont pas nécessairement des individus qui n’ont aucun accompagnement médico-social et qui restent à l’écart de tout dispositif. Cette dénomination entrée dans le langage courant correspond à une diversité de situations individuelles qui sont connues des services locaux et des équipements médico-sociaux, mais pour lesquelles l’accompagnement n’est pas en adéquation avec les besoins évalués par les professionnels de la MDPH. Ainsi, des situations d’entre-deux peuvent survenir et mettre les personnes en difficulté au cours de leur parcours. Ce sont ces interstices que les évolutions récentes impulsées par les acteurs nationaux tentent d’identifier et de mieux coordonner sur la base des pratiques locales d’usage.

La présente note de recherche s’appuie sur l’étude ADMET¹ commanditée et financée par la Caisse nationale de solidarité pour l’autonomie. L’étude a consisté à comprendre finement les pratiques d’admission d’un échantillon d’ESMS d’un département. **Les enjeux de l’admission ont été saisis par l’ensemble du système local d’acteurs, avec un focus sur les personnes dont la situation est qualifiée de complexe ou de critique** du fait des difficultés d’accompagnement liées au manque de places en ESMS ou à l’absence d’équipements adéquats, aux spécificités de la situation de handicap et/ou à une situation d’urgence. La gestion des publics par des dispositifs spécifiques a mis en évidence des modalités de coordination dont il s’agira ici de rendre compte. À partir des résultats de l’étude, nous mettrons en évidence les ressources locales sur lesquelles le dispositif des Communautés 360 peut s’appuyer ainsi que des points de vigilance pour sa mise en œuvre.

¹ Le rapport de recherche a été publié en août 2019, consultable sur le site de la CNSA : <https://www.cnsa.fr/recherche-et-innovation/resultats-de-recherche/une-lecture-detaillée-des-processus-dadmission-en-etablissement>

L'admission en établissements et services : résultats d'une recherche qualitative

À partir de l'étude ADMET, nous proposons de **dresser un état des lieux des logiques de coordination existantes à l'échelle d'un département autour du processus d'admission en ESMS**. Plusieurs grands résultats sont issus de nos travaux portés sur les acteurs et leurs pratiques que nous qualifions de monde local du handicap, « entendu comme espace d'interconnaissances et d'interdépendances dans lequel les acteurs ont comme activité commune de mettre en œuvre l'action publique à destination des personnes en situation de handicap. Pour ce faire, ils agissent selon des intérêts propres et collectifs et suivant leurs ressources et contraintes, dans une configuration où les rôles, pratiques et marges de manœuvre des acteurs sont en constante évolution depuis la création du secteur »². Les acteurs locaux sont multiples et travaillent en commun afin de concrétiser les accompagnements de tous et de chacun des usagers, et afin de déployer les orientations politiques nationales. Les logiques de coordination étudiées émergent à la fois des dispositifs visant à organiser et à structurer le travail en commun des acteurs (commissions spécifiques, temps de travail partagés, etc.) et de leurs relations ordinaires en dehors des dispositifs spécifiques. **Ces logiques de coordination formelles et informelles s'alimentent mutuellement.**

Les pratiques d'évaluation, d'orientation et de suivi des dossiers d'usagers sont des **opérations routinisées** pour les professionnels de la MDPH. Ces pratiques font partie du processus ordinaire de réponse aux demandes de compensation du handicap au fil des renouvellements et des évolutions des besoins. Les gestionnaires de dossiers, assistantes sociales et médecins peuvent éventuellement identifier des points de vigilance amenant à réaliser un suivi plus régulier de certaines situations individuelles. La mission principale de la MDPH est toutefois celle d'ouvrir des droits et non pas de travailler à leur mise en œuvre : l'admission en ESMS est du ressort des structures d'accueil et des organismes gestionnaires. Dans l'étude ADMET, nous avons analysé les façons dont les ESMS organisent le processus d'admission et de quelle manière ils constituent leurs effectifs après étude des situations individuelles.

Cette délimitation des missions (orientation d'un côté, admission de l'autre) se révèle certes commode pour affirmer les rôles et mandats des acteurs, mais peu pertinente dès lors que l'on se penche sur les pratiques concrètes des acteurs. En effet, les ESMS participent au travail d'évaluation en équipes pluridisciplinaires et fournissent des évaluations sur les usagers ; les autorités publiques locales et la MDPH prennent une part croissante dans l'admission au travers de dispositifs spécifiques. Ces dernières réalisent le suivi de publics définis avec des pratiques régulières d'acteurs reconnus à l'œuvre dans ces dispositifs. Dans le département étudié, il s'agit de trois instruments déployés depuis le début des années 2010 qui

² Rapport ADMET, p. 6.

visent à **identifier les usagers dont les droits ne sont pas effectifs et à les prioriser à l'admission** : la priorisation annuelle du secteur enfance ; la commission des situations critiques ; le plan d'accompagnement global.

Nous présentons ici quatre grands résultats :

1. La coordination d'acteurs existe aussi bien lors du processus d'orientation que lors du processus d'admission.
2. Les échanges entre acteurs se situent sur un continuum plus que sur une séquence temporelle bornée.
3. Les modalités de coordination existantes rendent possible le déploiement de nouveaux dispositifs conçus par les acteurs nationaux.
4. Ces modalités de coordination déterminent les conditions de mise en œuvre des dispositifs nationaux.

1. La connaissance précise des équipements par les acteurs publics est cruciale pour l'orientation.

Cette connaissance des équipements repose sur les relations entre les professionnels des ESMS et de la MDPH. Ces relations s'observent particulièrement en réunions d'équipes pluridisciplinaires auxquelles des représentants d'ESMS participent selon leur domaine d'expertise (type de handicap, d'ESMS, de public) et en fonction des types d'équipes (scolarisation, jeunes adultes, travail, etc.). Les acteurs échangent des informations pour contribuer à l'évaluation de chaque demande d'orientation et **cet échange dépasse la stricte étude de cas individuels**. En effet, il peut s'agir d'informations portant sur l'actualité d'un ESMS, les professionnels en poste, d'éventuelles difficultés internes ou encore des évolutions de projet d'établissement. **Ces informations sont peu formalisées et changeantes**. Dans la MDPH étudiée, il n'existe pas d'annuaire des ESMS mis à jour régulièrement et comportant des informations exhaustives, mais des outils « maison » sous forme de grands classeurs avec des prospectus, des fiches classées par type de public et des cartes géographiques annotées avec les emplacements des ESMS. De plus, malgré la transmission des arrêtés d'autorisation des ESMS à la MDPH, les professionnels n'ont de connaissance précise des nouveaux dispositifs que si ces derniers leur sont présentés par les organismes gestionnaires (en particulier les pôles de compétences et de prestations externalisées, PCPE) ou s'ils participent à l'« équipe d'ouverture », autrement dit aux réunions visant à attribuer les nouvelles places en accord avec les professionnels de l'ESMS.

D'une manière plus formelle, les organismes gestionnaires ou les ESMS organisent des visites sur site pour présenter leur organisation et leurs spécificités à la MDPH, au Conseil départemental et à l'ARS et le cas échéant à d'autres structures d'accompagnement. C'est un

moyen pour les ESMS d'obtenir des notifications correspondant aux modes d'accompagnement pratiqués et à leur spécialité ; et de défendre un positionnement spécifique parmi l'offre locale d'équipement.

Cette connaissance des équipements dépasse donc le cadre d'autorisation et le régime d'agrément des ESMS. Elle embarque un ensemble d'informations portant sur les ressources matérielles et humaines des ESMS, leur fonctionnement interne, les méthodes d'accompagnement, les spécialités professionnelles, l'histoire associative et celle des équipements, leurs relations avec d'autres structures, etc. Cet ensemble de savoirs cumulés n'est pas à ce jour rassemblé sur un support unique. Y parvenir pose la question du codage possible d'informations exhaustives dont l'existence dépend de relations entre acteurs et dont la pertinence repose moins sur une portée générale que sur des situations individuelles.

2. Les logiques d'adressage reposent sur des interconnaissances et des interdépendances.

Ces interconnaissances et ces interdépendances structurent les réseaux d'acteurs dont les relations produisent à la fois de la continuité dans les trajectoires individuelles et de la sélection à l'entrée en ESMS. En effet, les relations entre structures et opérateurs consistent à échanger des informations sur les pratiques d'accompagnement et sur les usagers, et peuvent aller jusqu'à l'adressage de personnes. L'adressage peut être défini comme l'action de diriger un usager vers la structure qui convient aux besoins identifiés par l'adresseur (la structure qui envoie) et l'adressé (la structure qui reçoit). Mais en plus d'une analyse des besoins de l'usager, les adressages sont également le produit d'arrangements entre acteurs. **Ces logiques d'adressage reposent aussi bien sur l'orientation de l'usager issue de la décision de la CDAPH que sur les attentes des structures.** Ces attentes dépendent des ressources humaines et matérielles des ESMS. Par exemple, un institut médico-éducatif (IME) pour enfants avec troubles du spectre autistique privilégie, sans que cela soit exclusif, les jeunes habitués à l'éducation structurée et qui sont issus d'un hôpital de jour avec lequel les professionnels entretiennent des liens historiques. Autre exemple : les effectifs d'un foyer de vie pour personnes handicapées vieillissantes sont majoritairement issus de l'ESAT et du foyer d'hébergement installés sur le même site et gérés par le même opérateur. Les savoirs échangés entre acteurs dépassent là encore les caractéristiques administratives des ESMS : ils sont fondés sur des réputations, des spécialités, ils sont incarnés par les professionnels, ils sont localisés.

Ces logiques d'adressage témoignent de deux types de réseaux aussi appelés « filières »³ : des filières spécialisées composées de professionnels libéraux et de structures d'accompagnement dont la spécialité porte sur un ou des types de handicaps, des pathologies

³ Sur les filières, voir rapport ADMET, p. 24-28.

ou encore des approches de soin et d'accompagnement ; et des filières intra-associatives qui organisent la circulation des personnes entre établissements gérés par le même opérateur. L'adressage peut s'effectuer une fois la personne notifiée ou en amont pour préparer l'orientation. Dans tous les cas, les professionnels engagés dans l'accompagnement échangent des informations et projettent les modalités de mise en œuvre des prises en charge. Ce travail au cas par cas peut **engendrer des partenariats formalisés ou non par des conventions**, portant par exemple sur la scolarisation entre un collège et un institut thérapeutique, éducatif et pédagogique (ITEP), sur la coordination des soins, des dispositifs de répit, ou encore des loisirs adaptés ou en milieu ordinaire.

Certains gestionnaires d'ESMS possèdent des services administratifs centraux dédiés à l'organisation des parcours intra et/ou interassociatifs. Pour les situations individuelles dont l'accompagnement est difficilement réalisable, certains gestionnaires se dotent de dispositifs sous forme de commissions thématiques afin de trouver des solutions d'accompagnement au sein de leurs réseaux. **Tout comme les autorités publiques nationales et locales ont créé des modes de gestion des cas qualifiés de complexes, de critiques ou d'urgents, les gestionnaires se sont aussi organisés en interne pour proposer des solutions.**

Tous les usagers ne sont pas admis par les ESMS pour lesquels ils ont obtenu une orientation et auprès desquels ils candidatent. **Qu'il s'agisse de filières ou non, le filtrage des demandes d'admission est une pratique généralisée.** En effet, chaque ESMS étudié témoigne de pratiques de priorisation, et cela en dépit de l'ancienneté des notifications ou de l'ancienneté des dossiers sur liste d'attente. Cette priorisation est le résultat de l'évaluation située de chaque candidature au regard des ressources de l'ESMS et de considérations qui ne renvoient pas à des critères d'admission qui seraient stricts et partagés par tous les professionnels de l'ESMS, rendus publics aux candidats et aux éventuels adresseurs. Ces critères sont plutôt flous et ajustables suivant la candidature et selon le contexte de l'ESMS⁴.

Les autorités publiques procèdent également à l'adressage et à la priorisation à l'admission auprès des ESMS. D'abord, sur les notifications d'orientation, la MDPH étudiée établit une liste nominative d'ESMS avec leurs coordonnées correspondant à l'orientation de l'utilisateur, tout en précisant que tous les établissements de même agrément peuvent être sollicités pour l'admission. Ensuite, de façon plus ou moins formelle, **les autorités publiques interpellent des ESMS pour prioriser des usagers au cas par cas ou par type de public.** Cela consiste à demander l'admission dans de brefs délais pour des personnes sans accompagnement en établissement ou avec un accompagnement inadéquat. Cela amène à nuancer le caractère excluant des relations d'adressage et du recrutement en filière qui consisteraient à réserver l'entrée en ESMS aux personnes inscrites dans ces réseaux au détriment des autres. D'après notre enquête, la priorisation des autorités publiques semble prendre le dessus pour certains types d'ESMS, jusqu'à devenir le mode principal d'entrée. Sur

⁴ Sur les critères d'admission, voir rapport ADMET, p. 53-59.

le territoire étudié, c'est ce dont témoignent les IME pour enfants avec troubles du spectre autistique et les foyers d'accueil médicalisés (FAM) pour adultes avec handicap psychique⁵.

Ces différents modes d'adressage et de priorisation mettent en évidence les arrangements entre ESMS et entre ESMS et autorités publiques : en accordant des admissions, les ESMS affichent leur implication dans la régulation collective de l'accueil en structure et peuvent à leur tour attendre une forme de réciprocité de la part des autorités publiques, que cela soit sous forme de contrepartie symbolique ou financière. En effet, **l'effort demandé aux ESMS résulte d'une part de l'implication croissante des acteurs publics au processus d'admission⁶ ; d'autre part du coût organisationnel voire financier de l'accueil de personnes en situation complexe ou critique.** En somme, l'enquête permet d'affirmer que l'enjeu de l'admission organise les échanges entre les différents acteurs du monde local du handicap, que ce soit pour les situations qualifiées de routinières ou pour celles qualifiées de difficiles. Chaque acteur coproduit l'admission à partir de sa connaissance de l'offre d'équipements, de ses relations et des moyens qu'il peut mobiliser.

3. Les dispositifs formalisent des relations interpersonnelles préexistantes et essentielles au travail sur cas.

La création de dispositifs nationaux ne marque pas le début du travail réalisé par les acteurs locaux pour trouver des solutions à des publics en attente d'accompagnements adéquats. Cette affirmation est le résultat d'une étude sur les dispositifs visant d'une part à repérer les usagers dont les accompagnements sont inexistantes, insuffisants ou inadéquats ; et d'autre part à rendre effectifs les droits ouverts par la CDAPH.

En effet, sur le territoire étudié, la délégation départementale de l'ARS, les services du Conseil départemental et la MDPH ont donné un cadre à la préparation de la rentrée scolaire pour les enfants orientés en ESMS. Ce cadrage a d'abord consisté à organiser des réunions par type de public en présence des représentants des ESMS afin de programmer en début d'été l'admission des enfants notifiés. Se mettre autour de la table, au sens propre, a permis de tisser des interdépendances entre acteurs et a ritualisé la programmation de l'admission. L'organisation de ces réunions est cependant devenue laborieuse sur le plan logistique et les rencontres se sont avérées peu satisfaisantes selon les autorités publiques (durée des réunions, difficultés à prendre des décisions, marchandages croisés, etc.). La préparation de la rentrée scolaire s'est transformée en diffusion de documents spécifiques à tous les ESMS du secteur de

⁵ De plus, l'analyse de l'activité de la commission des situations critiques sur une période de deux ans révèle que plus de la moitié des usagers dont la situation est étudiée ont une orientation en FAM et sont priorités dans ces types d'établissements.

⁶ De nombreux professionnels utilisent l'expression « *admission imposée* » pour caractériser les admissions ayant été demandées par les autorités publiques de manière directe aux ESMS ou par l'intermédiaire de dispositifs de priorisation.

l'enfance : un courrier de consignes avec des critères de priorisation et des listes d'enfants à prioriser. Les autorités publiques enjoignent les ESMS à admettre les enfants inscrits sur listes et à retourner un recensement des entrées et des sorties après chaque rentrée. Dans l'IME étudié, la secrétaire consulte systématiquement la liste dès qu'une place se libère et informe l'équipe de direction des enfants priorités lors du processus d'admission. Intégré au processus, l'outil est une aide à la décision pour les professionnels faisant face à plusieurs dizaines de personnes sur liste d'attente. **L'intégration des outils est vue positivement par les autorités publiques qui considèrent alors les directeurs d'ESMS comme de « bons élèves » qui vont dans le sens de leurs consignes.**

La coopération des ESMS est effectivement un facteur de la coordination locale. Souvent appelés « partenaires » par les autorités publiques, il est attendu des ESMS et des organismes gestionnaires qu'ils répondent aux orientations politiques locales et nationales en matière d'admission. Ces orientations sont outillées par des dispositifs uniquement locaux - comme la priorisation annuelle du secteur enfance - ou à rayonnement national - comme la commission des situations critiques (CSC) et le plan d'accompagnement global (PAG).

Avant la création des CSC par la circulaire de 2013⁷, il existait dans le département étudié des réunions moins formelles de traitement de cas considérés comme difficiles du fait des spécificités de la situation de handicap, sociale, médicale, etc. de la personne. **Les acteurs déjà impliqués dans ces réunions ont par la suite cadré leurs pratiques pour mettre en œuvre la commission** : en définissant le public concerné à partir de la circulaire, en désignant les membres de la commission, en organisant des réunions mensuelles et en dédiant un secrétariat, en créant des courriers de priorisation, en rédigeant des bilans dans les rapports annuels d'activité de la MDPH, etc. Plus récemment, la mise en œuvre de la « Réponse accompagnée pour tous » et en particulier des PAG s'appuie à son tour sur les coordinations fabriquées dans le contexte de la CSC en les adaptant au cadre d'exercice des PAG (critères d'éligibilité au dispositif, étapes de l'évaluation, de la proposition et de la réalisation du plan, modalités de participation de l'usager, organisation des groupes opérationnels de synthèse, etc.).

Sur le territoire de l'enquête, **les modalités de coproduction des évaluations et des décisions sur les dossiers individuels se sont construites graduellement lorsque la coordination s'est avérée nécessaire pour répondre à des besoins individuels** ; puis ces modalités ont été précisées et cadrées avec la création et la mise en œuvre de dispositifs dédiés à la coordination d'acteurs.

⁷ Circulaire N° DGCS/SD3B/ CNSA/2013/381 du 22 novembre 2013 relative à la mise en œuvre d'une procédure de prise en compte des situations individuelles critiques de personnes handicapées enfants et adultes.

4. Les dispositifs créés au niveau national sont mis en œuvre selon des enjeux et des logiques d'appropriation locale.

La « Réponse accompagnée pour tous » est conceptualisée pour entraîner la coordination des acteurs locaux et ainsi favoriser l'accès aux droits des personnes en situation de handicap et leur accompagnement effectif. La CSC (novembre 2013) et le PAG (janvier 2016) ont tous deux été créés successivement et sur une courte période avec des objectifs convergents, mais avec des modalités de mise en œuvre différentes. Malgré des cadres d'action, des calendriers de réalisation et la présence d'un suivi national, ces dispositifs sont déployés localement selon des dynamiques propres à chaque territoire. Ainsi, dans le département étudié, la commission a été installée plus d'un an et demi après la publication de la circulaire, en février 2016. Ce délai s'explique d'une part par **l'existence préalable d'une coordination non formalisée** qui permettait aux acteurs de traiter les cas individuels en besoin d'attention particulière quant à la réalisation des accompagnements. Au cas par cas et de manière fluide, les autorités publiques et les structures d'accueil travaillent « *depuis toujours* »⁸ au bon déroulement des accompagnements lorsque ceux-ci posent des difficultés aux personnes et/ou aux ESMS. D'autre part, un contexte de réorganisation administrative des services a freiné la mise en place de nouveaux dispositifs. Des réunions portant sur le format de la commission ont cependant eu lieu dès juillet 2014. **La formalisation des pratiques s'est plus imposée par la publication de la circulaire et par le pilotage de la CNSA que par nécessité pour les acteurs locaux.**

Du point de vue des acteurs centraux et bien que cela ne soit pas officiellement annoncé, les PAG ont vocation à remplacer les CSC : les plans devraient améliorer le suivi individualisé, impliquer les différents acteurs de l'accompagnement autour de la personne et concrétiser des accompagnements, même partiels, afin de ne laisser personne sans solution. Toutefois, dans le département étudié, les acteurs locaux font part de leur volonté de maintenir la commission⁹. En effet, **elle est selon eux un lieu privilégié de recherche commune d'accompagnement individualisé**. Sur le plan organisationnel, ses membres sont relativement stables depuis sa création, les séances se tiennent à date fixe, les modes de travail sont réguliers et satisfaisants pour les membres. Ces derniers insistent sur leur rôle et sur les ressources informationnelles, administratives, relationnelles ou financières qu'ils apportent à chaque séance. Par exemple, les représentants de l'ARS et du Conseil départemental peuvent allouer des ressources aux ESMS pour l'admission d'une personne : ces ressources financent du personnel supplémentaire pour l'accompagnement individualisé ou le transport de la personne depuis son domicile. Les représentants des autorités publiques locales peuvent aussi engager des mesures dérogatoires et

⁸ À ce sujet, les professionnels interrogés font référence à leur mission d'accueil des usagers, au « *cœur de métier* » du social et aux « *traditions locales* » de coordination.

⁹ Le nombre de PAG réalisés est inférieur à d'autres territoires similaires, pour une quarantaine de demandes par an. Il s'agit d'une tendance non objectivée par une comparaison chiffrée, issue des entretiens réalisés au niveau local et national.

demander formellement aux directeurs d'ESMS de procéder à des admissions. Les autres membres de la commission représentent les ESMS, le secteur de la psychiatrie, l'Assurance maladie¹⁰, l'Éducation nationale et l'Aide sociale à l'enfance¹¹. Ils donnent leur avis en séance sur les cas évoqués (une dizaine par séance) et peuvent également mobiliser leurs ressources pour concrétiser des admissions.

Il arrive que les travailleurs sociaux de la MDPH hésitent quant à l'outil à mobiliser pour traiter un dossier posant des questions d'effectivité de l'accompagnement, entre commission et PAG. **Une situation individuelle difficile peut alors être qualifiée de complexe ou de critique selon le dispositif choisi – puisque chacun opère une catégorisation de la situation – et en fonction de l'évaluation du travailleur social et du mode de repérage de la situation.** À noter que la commission peut s'autosaisir sur des cas sans informer l'utilisateur, là où le PAG doit faire l'objet d'une demande signée par la personne ou son représentant. Néanmoins, une situation peut être évoquée en commission pour rechercher l'expertise commune des membres en huis clos, ou basculée de la commission au PAG (après accord de la personne ou de son représentant) pour approfondir le suivi individualisé. Les deux dispositifs coexistent et offrent aux professionnels des alternatives.

La mise en œuvre des PAG est, pour les professionnels de la MDPH chargés de les organiser, plus laborieuse que la tenue de la commission des situations critiques : chaque PAG a son propre calendrier, ses acteurs spécifiques et ses objectifs personnalisés qui sont autant de travail de préparation et d'implication pour les professionnels. **Les professionnels de la MDPH ne semblent pas être en capacité d'évaluer l'efficacité comparée des deux dispositifs sur les usagers** (solutions trouvées, délais de concrétisation, etc.), **mais ils raisonnent par rapport aux modalités de travail qui fonctionnent au mieux pour eux** (tenue des réunions, échanges d'informations, etc.).

D'après ces deux exemples, on voit que la mise en œuvre de nouveaux dispositifs dépend des pratiques existantes, d'effets d'apprentissage et de temporalités pour asseoir les pratiques. En matière de priorisation des dossiers catégorisés comme les plus préoccupants pour les acteurs, les modalités de régulation de l'admission en vigueur perdurent (format organisationnel, circuit de traitement administratif, professionnels investis, ressources mobilisées). **Les nouveaux dispositifs introduits par l'État viennent bousculer cette organisation et ainsi limiter les marges de manœuvre pourtant nécessaires aux ajustements locaux.** Ces résultats nous conduisent à proposer un regard sur les modalités de mise en œuvre du projet Communautés 360, s'agissant à la fois des atouts des coordinations locales existantes et des points de vigilance à observer.

¹⁰ Membre non renouvelé depuis plusieurs années par manque de pertinence de la participation à la commission.

¹¹ Membres présents si les dossiers à l'ordre du jour de la séance le justifient.

Les coordinations locales existantes, atouts pour le projet Communautés 360

Les résultats précédents mettent l'accent sur les modalités de coordination locale incontournables à la mise en œuvre des Communautés 360. Sur cette base, les impératifs que nous identifions sont ceux de la prise en compte des modalités de coopération locale et de la définition des circuits de traitement des situations individuelles pour lesquelles le numéro 0800 360 360 aura été composé. La problématique est la suivante : **la tension entre d'un côté une logique territoriale faite d'arrangements locaux, de l'autre une logique de centralisation qui passe par la formalisation des pratiques.**

1. S'appuyer sur les modalités de coopération locale.

L'analyse des enjeux et des pratiques liés à l'admission en ESMS révèle l'importance des relations entretenues entre les acteurs locaux. L'enquête démontre que l'admission est un enjeu central de ces relations locales. Ainsi, le déploiement d'un nouveau dispositif, quel qu'il soit, engage les acteurs et dépend des régulations locales établies. Au sein du département étudié, on observe **une stabilité et des régularités dans ces relations et dans les types d'acteurs impliqués dans l'admission.** Pour les dossiers de personnes dont la situation est jugée difficile, ce sont les professionnels en capacité de mobiliser des ressources spécifiques qui contribuent à la fabrication des consignes locales en matière de priorisation et qui participent aux réunions d'étude de dossiers individuels.

Ainsi, alors que son rôle n'est pas clairement défini dans la circulaire de 2013, l'ARS est fortement impliquée dans la tenue de la commission des situations critiques. L'inspectrice de l'ARS est également à l'origine de l'émission des consignes annuelles de priorisation des enfants et elle intervient régulièrement pour concrétiser des accueils dans le cadre des PAG, de la commission ou en dehors de ces dispositifs. Ce rôle de l'ARS est incarné par une professionnelle en poste de longue date qui est reconnue localement comme un acteur essentiel à la résolution de problèmes, au-delà de son mandat et de ses attributions.

De façon plus générale, la fluidité¹² avec laquelle sont gérés les processus d'orientation et d'admission témoigne de pratiques régulières et coordonnées, adaptées à chaque situation et à leur variabilité. Il ne s'agit pas d'un modèle universel transposable d'un département à l'autre puisqu'il repose sur des sensibilités professionnelles et sur des relations

¹² Nous ne parlons pas ici des enjeux de délais de traitement des demandes individuelles par l'administration ou des temps d'attente avant admission, mais du travail réalisé par un ensemble d'acteurs qui mobilisent leurs ressources pour l'examen des situations individuelles.

ancrées ayant mis du temps à se structurer. Ces particularités territoriales sont à valoriser tout en témoignant de la confiance envers les régulations locales pour le déploiement des Communautés 360. Approfondir ces pratiques peut être vecteur d'une coordination plus solide, en renforçant les interconnaissances, en entretenant les relations existantes ou naissantes et en consolidant les savoirs des acteurs sur les droits, démarches, dispositifs et équipements installés.

De plus, l'enquête a mis en évidence deux aspects quant à la coordination. Tout d'abord, pour les acteurs de terrain, les relations formalisées par des conventions ou des partenariats officiels semblent avoir autant d'importance et de valeur à leurs yeux que les relations de travail plus ordinaires tissées à l'occasion d'échanges sur des situations concrètes ou sur des pratiques de travail. Ensuite, **la formalisation de procédures ne garantit en rien une coordination effective** ; et la description de pratiques dans les procédures ne correspond pas nécessairement aux pratiques réelles. En cela, recommander la formalisation des relations d'acteurs dans le but de favoriser la coopération et la coordination est peu pertinent.

2. Formaliser les modes de gestion des situations individuelles.

Si les interconnaissances et les interdépendances sont les piliers de la coordination et facilitent la fluidité du travail collectif, le projet Communautés 360 invite à expliciter les relations et les pratiques. En effet, **l'impératif de réactivité attaché à un dispositif téléphonique conduit à définir des circuits de transfert des informations et à caractériser les opérations à réaliser pour chaque sollicitation du numéro d'appel.**

La formalisation de procédures aurait pour fonction de **donner des repères communs tout en s'adaptant aux pratiques et aux capacités locales de trouver des solutions.** Notre enquête a montré, comme nous l'avons souligné précédemment, que les pratiques reposent davantage sur des régularités, des habitudes et des arrangements qui fonctionnent, que sur des protocoles et des procédures formalisés. En effet, d'une part l'admission est peu procéduralisée dans les établissements ; d'autre part les circuits administratifs empruntés par les dossiers des personnes en situation difficile ne sont pas déterminés à l'avance et dépendent de ce que les professionnels de la MDPH, des autorités publiques et des ESMS et/ou des structures de soin ou du social tentent afin de trouver des solutions. La formalisation entraînée par la centralisation d'un tel dispositif peut alors **risquer de remettre en cause les modes institués de régulation locale dont la fluidité permet justement de trouver des solutions en urgence.**

L'empilement des dispositifs comme point de vigilance

Plutôt qu'un nouveau dispositif qui s'ajouterait aux autres, les Communautés 360 peuvent être une façon renouvelée de nommer et de valoriser le travail de terrain des acteurs en charge de donner l'accès aux droits et de concrétiser ces droits. Une attention particulière devrait alors être portée au risque d'empilement des dispositifs et au risque de manque de clarté pour les acteurs professionnels et profanes en recherche de solution.

1. Un risque de confusion dans les circuits administratifs et les acteurs impliqués.

L'étude des trois dispositifs et des processus d'orientation et d'admission de manière générale a permis d'établir le caractère coproduit de l'évaluation des dossiers individuels. L'existence d'interdépendances entre acteurs et d'une forme d'horizontalité dans les relations permet de favoriser la mise en œuvre des droits et de placer l'usager au centre de l'action publique. Cela pose néanmoins **la question du pilotage des Communautés 360 dont la responsabilité est à établir pour chaque département**. Désigner les MDPH devrait s'assortir de l'existence de relations étroites avec les autres acteurs du monde local du handicap en capacité de mobiliser leurs ressources (informations sur les situations, dérogations administratives, financement de personnel supplémentaire en ESMS, etc.).

En effet, s'il existe une diversité de dispositifs et une variabilité des pratiques, les ressources des acteurs pour concrétiser les accompagnements sont communes : **les ressources matérielles et immatérielles se combinent et sont mobilisables dans le cadre des dispositifs ou en dehors**. C'est ainsi que les autorités publiques locales peuvent interpeller des directeurs d'ESMS pour demander de procéder à des admissions ciblées. Les directeurs y répondent favorablement dans une logique de loyauté vis-à-vis de leurs financeurs. Les enjeux de ressources humaines et matérielles sont pris en compte dans les discussions de préadmission et peuvent conduire les autorités publiques à attribuer des financements ponctuels pour concrétiser des admissions (notamment le financement de personnels ou de transports). La question du pilotage du dispositif va de pair avec celle du contrôle de l'effectivité des droits pour lequel les acteurs locaux sont en concurrence.

Les tableaux ci-après présentent les modalités de mise en œuvre des trois dispositifs étudiés et montrent que **chacun a son propre circuit administratif et ses propres opérations de gestion de cas individuel**. À noter que plusieurs dispositifs peuvent être mobilisés en même temps ou en différé pour un même usager. Par exemple, un enfant peut figurer sur une liste de priorisation pour la rentrée scolaire, sa situation peut également être suivie par la commission des situations critiques, puis un PAG peut être formulé pour son passage dans le secteur adulte.

Priorisation annuelle du secteur enfance			
Accès au dispositif	Repérage d'enfants par les professionnels de la MDPH et inscription sur des listes de prioritaires.		
Public et participation	Public pas nommé spécifiquement (« enfants prioritaires »). Pas d'information ou de participation de la personne à sa mise sur liste.		
Format	Courrier avec consignes et critères de priorisation	Listes nominatives de personnes prioritaires (bases de données)	
Pratiques	Envoi du courrier aux ESMS en vue de la rentrée scolaire de septembre chaque année.	Constitution des listes tout au long de l'année et envoi aux ESMS en mai en vue de la rentrée scolaire.	Mise à jour des listes par les ESMS en fonction des admis et renvoi des listes à la MDPH.
Acteurs impliqués	Courrier co-signé par l'ARS, le CD, la MDPH.	Listes créées et envoyées aux ESMS par la MDPH.	ESMS concernés par la priorisation.

Commission des situations critiques			
Accès au dispositif	Saisine de la commission par un professionnel de la MDPH ou par un membre de la commission.		
Public et participation	« Personne en situation critique ». Pas d'information ou de participation de la personne à la commission.		
Format	Réunions d'examen de cas		Courrier de priorisation
Pratiques	Séances mensuelles et planifiées. Une dizaine de cas examinés par séance.	Mobilisation de ressources relationnelles et financières par les membres en dehors des séances pour concrétiser des admissions.	À destination d'un ou de plusieurs ESMS, non systématique.
Acteurs impliqués	Membres de la commission : représentants de la MDPH, de l'ARS, du CD, de la psychiatrie, des ESMS (éventuellement : de l'Assurance maladie, de l'Aide sociale à l'enfance, de l'Éducation nationale)		Courrier émis par l'ARS et/ou le CD.

Plan d'accompagnement global			
Accès au dispositif	Demande d'un professionnel et/ou de la personne ou de son représentant légal.		
Public et participation	Public pas nommé. Participation de la personne depuis la demande de PAG jusqu'à la concrétisation des solutions.		
Format	Formulaire de demande local	Réunions d'examen de cas : groupe opérationnel de synthèse	Plan d'accompagnement (document)
Pratiques	Document visant à établir l'éligibilité au dispositif, créé par la MDPH (non CERFA).	Chaque réunion est dédiée à une seule personne. Pas de régularité dans le nombre et la fréquence des rencontres.	Les professionnels impliqués s'engagent dans la réalisation de l'accompagnement.
		Mobilisation de ressources relationnelles et financières pour concrétiser des admissions.	
Acteurs impliqués	Professionnels impliqués dans l'accompagnement de l'utilisateur, l'utilisateur lui-même, sa famille ; l'ARS et le CD s'il est question de mobiliser des ressources financières. Les professionnels sont convoqués par la MDPH.		

Comme notre étude l'a montré, les acteurs impliqués dans la résolution des situations complexes ou critiques optent d'abord pour les pratiques habituelles qui fonctionnent, plutôt que pour de nouveaux dispositifs. L'un des enjeux du déploiement du numéro d'appel pourrait être celui des circuits administratifs à privilégier pour chaque cas et selon des temporalités restant à définir. En effet, **les dispositifs existants traitent un volume conséquent de cas avec des ressources humaines et matérielles limitées, que cela soit au sein des MDPH ou parmi les acteurs à mobiliser pour rechercher des solutions d'accompagnement**. Le traitement de chaque cas exige un temps de travail important pour des ressources stables. Sur le plan organisationnel, donner l'accès à ces dispositifs à davantage d'utilisateurs présente le risque de surcharger les différentes réunions et commissions, d'où la nécessité de maîtriser les usages du dispositif. Quant aux solutions d'admission envisagées, ces dernières ont pour effet d'ajouter des personnes à prioriser auprès des ESMS et de réorganiser les listes d'attente. C'est l'objet du point suivant.

2. Des usagers tous prioritaires ?

Le dispositif de numéro national peut donner l'illusion d'une porte d'entrée unique pour trouver une solution d'accompagnement. Une multiplicité de voies sont pourtant empruntables pour obtenir l'accueil en ESMS : ce sont les logiques d'adressage et de priorisation à l'admission décrites précédemment. Ces dernières peuvent être interprétées par les ESMS comme des court-circuitages de leurs pratiques d'admission ou bien comme une aide à la décision d'admission. Un autre effet de la priorisation explicité par les professionnels de la MDPH et des ESMS est celui de la hiérarchisation des personnes sur liste d'attente en fonction de l'urgence de leur situation, en dépit de la date de candidature ou de l'ancienneté sur liste d'attente. Les professionnels formulent l'idée selon laquelle **ce sont les personnes dont la situation est la plus urgente qui sont admises, en laissant d'autres dans l'attente « tant que cela tient »**. De plus, le travail de caractérisation de la priorité est coproduit par différents acteurs dont les enjeux et ressources varient. Les définitions de l'urgence et de la priorité peuvent diverger.

Le numéro d'appel ouvert à tous interroge donc sur le traitement qui peut être fait de chaque sollicitation quant à l'évaluation de la situation personnelle, le fondement des difficultés, de la complexité voire de la criticité. En effet, **les différents dispositifs étudiés produisent des effets de sélection**. En fonction de la définition des publics et des caractéristiques des situations, tous les cas proposés par les professionnels n'aboutissent pas au traitement. Les « situations critiques » correspondent à la définition donnée par la circulaire de 2013 ; le public des PAG est moins spécifique, faisant référence à l'inadaptation ou la complexité de l'accompagnement. Enfin, les listes d'enfants prioritaires sont établies à partir de critères d'ancienneté de notification et du type d'ESMS notifié. Cependant, l'accès aux deux premiers dispositifs peut varier localement. Ainsi, les professionnels de la MDPH enquêtée ont

établi une liste de critères d'éligibilité afin de filtrer le nombre de dossiers à traiter en PAG. De plus, des situations qui ne présentent pas de mise en cause de la sécurité des personnes peuvent être étudiées par la CSC dans l'objectif de recourir à l'expertise collective des membres. C'est par exemple le cas d'un enfant dont le dossier est examiné dans le cadre d'un PAG : vu les modalités de participation des parents au groupe opérationnel de synthèse et la complexité de la situation, le directeur de la MDPH met le dossier à l'ordre du jour de la commission pour demander l'avis des membres en huis clos afin d'établir un premier examen avant passage en réunion avec les professionnels impliqués dans l'accompagnement.

Il existe donc des modes de priorisation concurrents qui émanent de différents dispositifs et de logiques d'adressages. **La priorisation à l'admission ne constitue pas une solution unique, ni pour les personnes ni pour le système d'accès aux ESMS.** La multiplication des filières de qualification de l'urgence produit simplement un déplacement des qualifications, mais n'accroît pas les chances globales de trouver une solution pour la personne. Les orientations politiques nationales de ces dernières années tendent néanmoins vers la promotion des accompagnements dits « en milieu ordinaire » dans une logique d'inclusion de tous dans la société. Pour relayer les discours parfois inquiets des professionnels locaux, il apparaît que les ESMS ont progressivement vocation à accueillir les personnes dont la situation est la plus complexe ou urgente, comme les différentes logiques de priorisation en cours semblent le signaler. **La priorisation provoque alors l'exclusion des cas que l'on peut qualifier d'ordinaires**, en opposition aux situations critiques ou complexes. De plus, les inégalités sociales d'accès aux ESMS ne seront pas supprimées par les Communautés 360 : comme pour d'autres dispositifs visant à l'effectivité des droits, l'accès dépend des ressources profanes et professionnelles des usagers et de leur entourage¹³.

¹³ Il en va de même pour les sollicitations auprès des élus locaux et des autorités publiques locales (ARS, CD) ou encore auprès du Président de la République. Ces interpellations dépendent des ressources des individus qui sont inégalement distribuées parmi la population.

Conclusion

Notre contribution insiste sur trois points principaux :

- **Les relations ne sont pas des procédures**, elles s'établissent plus ou moins formellement et s'entretiennent localement.
- La coordination a vocation à organiser le travail en commun et peut être **en partie formalisée par un pilotage local** visant à définir les rôles et les ressources des acteurs mobilisables pour concrétiser les accompagnements individuels.
- Les logiques d'adressage et de priorisation sont nombreuses, de diverses origines et peuvent se télescoper, voire engendrer des **effets contre-productifs sur l'accès aux établissements**.

À partir d'une enquête sur les dispositifs de priorisation d'un département, il est possible d'affirmer que les Communautés 360 prendront des formes très variées d'un territoire à l'autre en fonction des ressources existantes, des pratiques de régulation de l'admission en vigueur et des modalités de pilotage du nouveau dispositif.

Glossaire

ARS	Agence régionale de santé	GOS	Groupe opérationnel de synthèse
CD	Conseil départemental	IME	Institut médico-éducatif
CDAPH	Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées	ITEP	Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique
CSC	Commission des situations critiques	MDPH	Maison départementale des personnes handicapées
ESMS	Établissements et services médico-sociaux	PAG	Plan d'accompagnement global
FAM	Foyer d'accueil médicalisé	PCPE	Pôle de compétences et de prestations externalisées
ESAT	Établissement et service d'aide par le travail		