

Rapport de capitalisation

Déployer la démarche

« Une réponse accompagnée pour tous »,
premiers enseignements et retours
d'expérience

Juillet 2017

S o m m a i r e

Préambule

- 1 Édito de Marie-Sophie Desaulle
- 2 La démarche « Une réponse accompagnée pour tous »
- 3 Précautions de lecture

0 Définir le pilotage de la démarche

- 1 Le cadre de gouvernance
- 2 La feuille de route et le dispositif de pilotage
- 3 Le périmètre de montée en charge

1 Axe 1 - Construire et expérimenter le dispositif d'orientation permanent

- 1 Le processus du dispositif d'orientation permanent
- 2 Les acteurs clés du dispositif d'orientation permanent
- 3 Le bilan des premiers PAG

2 Axe 2 - Renforcer le partenariat sur le territoire

- 1 La convention territoriale
- 2 Le lien avec les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens
- 3 La revue des pratiques d'admission
- 4 La transformation de l'offre

3 Axe 3 - Impliquer les usagers et les pairs

- 1 L'implication des usagers et des associations
- 2 L'implication des pairs

4 Axe 4 - Accompagner les changements de pratiques

- 1 L'évolution des pratiques : contexte
- 2 L'intégration de la démarche dans les pratiques de la MDPH

Édito

La démarche « Une réponse accompagnée pour tous » est avant tout une ambition à atteindre pour les personnes en situation de handicap et leurs familles, un état d'esprit pour tous les acteurs impliqués : ambition et état d'esprit qui doivent sous-tendre en permanence la méthode mise en place par les départements pionniers dont il est rendu compte dans ce rapport et dont tous ceux qui se lancent désormais vont pouvoir s'inspirer.

L'ambition est bien d'aboutir à une évolution systémique de l'organisation de la réponse apportée aux personnes, bien sûr à celles et ceux qui sont sans solution chez eux ou dans leurs familles, mais aussi pour les personnes qui sont hospitalisées ou en établissement médico-social avec une inadéquation de leur accompagnement, mais encore pour celles et ceux qui souhaiteraient bénéficier d'une réponse plus intégrée, que ce soit à l'école, dans l'emploi ou dans le logement.

Il ne s'agit donc pas de se focaliser sur la seule mise en place d'un dispositif d'orientation permanent, mais bien aussi de viser une meilleure réponse territorialisée grâce à la transformation de l'offre.

Pour atteindre cette ambition, il est nécessaire que l'état d'esprit qui anime les acteurs soit une logique de co-construction entre autorités de tarification et de contrôle, Éducation nationale, Assurance maladie, mais aussi MDPH, établissements de santé, établissements et services médico-sociaux et surtout co-construction avec les associations représentant les personnes en situation de handicap et leurs familles.

À la base de cette démarche, il y a l'idée que, en réunissant les compétences et les expertises et en se coordonnant mieux, il est possible de proposer de meilleures réponses territoriales pour tous et plus particulièrement une réponse individualisée lorsqu'une personne est sans solution, que ce soit par manque de place ou parce que, face à une situation complexe, aucun professionnel n'a la réponse seul. Il est nécessaire de ne pas perdre de vue que, lorsque l'on parle d'expertise, cela intègre, à côté de l'expertise des professionnels de la MDPH, du soin et du médico-social, l'expertise des personnes qui vivent avec un handicap et celle de leurs aidants. Cela correspond à la demande des personnes : « Rien pour nous sans nous ».

Dans ce projet, il y a donc une dimension importante d'évolution des postures et des pratiques professionnelles qui passe par de la formation, mais aussi de l'analyse de pratiques et de la capitalisation de tout ce qui se passe dans les territoires et qui a fait ses preuves.

C'est l'objet de ce rapport, qui détaille la méthode pour conduire le projet, qui expose les réalisations des départements pionniers et qui propose des outils pour aider à sa mise en œuvre.

C'est un travail minutieux et important qui vous est proposé là et dont vous pouvez vous inspirer sans oublier que l'outil ne doit pas devenir une fin en soi et qu'il n'existe que comme support à un objectif que nous partageons tous et qui a été résumé par Denis Piveteau en « Zéro sans solution ».

Marie-Sophie Desaulle

La démarche « Une réponse accompagnée pour tous »

À l'origine, le rapport Piveteau – « Zéro sans solution »

Le 20 juin 2014 est publié le rapport « *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*. En décembre 2013 dans la suite de la décision du tribunal administratif, Marisol Touraine, ministre des Affaires sociales et de la Santé, et Ségolène Neuville, secrétaire d'État en charge des Personnes handicapées et de la Lutte contre l'Exclusion, ont en effet missionné Denis Piveteau, conseiller d'État et ancien directeur de la CNSA.

L'histoire d'Amélie Loquet, une des origines du rapport « Zéro sans solution »

En octobre 2013, le tribunal administratif de Cergy-Pontoise enjoint l'ARS de proposer une solution pour une jeune femme de dix-neuf ans en situation de handicap et sans solution d'accompagnement sous un délai de quinze jours.

Cette situation met en exergue le nombre de **personnes en situation de handicap et sans solution d'accompagnement**. Les acteurs du champ du handicap se mobilisent pour demander de nouveaux engagements pour ces personnes.

La mission confiée à Denis Piveteau : **identifier les transformations à opérer pour le secteur du handicap afin de remettre l'usager au cœur du système en apportant systématiquement une réponse aux besoins des personnes handicapées confrontées à des ruptures dans leur parcours** en établissement spécialisé et apporter de nouvelles modalités de réponses aux situations des personnes aujourd'hui sans solutions. Pour ce faire, **131 propositions** de nature législative, réglementaire ou contractuelle ou relevant de la simple organisation sont proposées pour permettre une transformation en profondeur des pratiques des acteurs en charge de l'accompagnement des personnes en situation de handicap.



« [L'objectif est] de s'organiser, non pas seulement pour bricoler des solutions au coup par coup, mais pour être collectivement en capacité de garantir que cela n'arrivera plus. »

Introduction du rapport « Zéro sans solution »

La démarche « Une réponse accompagnée pour tous »

Le rapport Piveteau pose les constats et définit le cap à atteindre

Véritable feuille de route pour améliorer l'accompagnement des personnes en situation de handicap, le rapport porte plusieurs principes de transformation majeurs pour l'ensemble des acteurs du secteur :

- **Passer d'une logique de place à une logique de réponse coordonnée**

Les rédacteurs du rapport plaident pour réorganiser l'offre sanitaire et sociale en termes de « réponses » plutôt qu'en termes de « places », la place étant « une case dans laquelle ne rentrent que des profils qui lui correspondent », alors que la réponse consiste en la mise en œuvre d'« un dispositif modulaire, capable de combiner plusieurs prises en charge médico-sociales, sanitaires, éducatives, et d'épouser les situations complexes ou évolutives. »

- **Apporter une réponse à toutes les situations, même les plus complexes**

« L'offre doit ainsi s'organiser selon un principe de subsidiarité, qui privilégie toujours les lieux de vie les moins spécialisés », souligne le rapport, en ajoutant que « les structures de plus haute technicité (sanitaires et médico-sociales) doivent s'organiser pour intervenir au service de celles qui le sont moins, de manière mobile (équipes mobiles) et souple (séjours temporaires, séquentiels, de répit). » Le rapport pose également le constat que « plus la réponse est complexe, plus nombreux sont les intervenants et les administrations en charge d'en assurer le financement et le contrôle (État, collectivités territoriales, agences...) », avec le risque majeur qu'ils se renvoient la balle des responsabilités.

- **Renforcer la place de la MDPH en tant qu'ensembleur de la construction des réponses individuelles sur le territoire**

Le travail des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) doit être recentré « sur l'accompagnement des situations complexes en procédant à des simplifications importantes des procédures d'octroi des prestations. » Les conditions doivent également être réunies, par ailleurs, pour permettre aux MDPH « de convoquer dans les cas les plus complexes un groupe opérationnel de synthèse réunissant tous les acteurs de l'accompagnement susceptibles de concourir à la prise en charge d'une situation individuelle, et de saisir les autorités de tarification et de contrôle (ARS, CG) d'éventuelles dérogations juridiques et budgétaires dans les cas qui l'exigent. »

- **Asseoir la responsabilité des autorités de tutelle et de financement, garantes de l'existence et de la pertinence de l'offre**

La MDPH « n'a cependant pas ou peu de prise sur la plupart des moyens concrets de cet accompagnement, qui sont [...] placés [...] sous le contrôle de trois autres autorités : les ARS, les conseils généraux, les rectorats, ainsi que, pour un nombre restreint de cas, les services de la Protection judiciaire de la jeunesse. C'est donc ce bloc des trois responsables de dispositifs [...] qui doit organiser concrètement sa responsabilité vis-à-vis de la MDPH ».

La démarche « Une réponse accompagnée pour tous »

La structure du rapport Zéro sans solution

Huit constats qui aboutissent sur des préconisations de transformation de l'ensemble du système

1. **Des limites du cadre juridique à surmonter** : les voies juridiques existantes sont exclues de la solution. Bien que le juge administratif ait donné raison à plusieurs recours visant des carences dans l'accompagnement des situations de handicap, la réponse judiciaire n'est qu'imparfaite, notamment parce que le juge ne peut « imposer » une admission. Au-delà des propositions de réformes du rapport quant à l'amélioration de la performance de la régulation contentieuse, les limites intrinsèques de cette régulation appellent un autre type de réponse.
2. **Une logique de parcours à privilégier** : le principe d'une « réponse accompagnée ». L'étude de « situations de vie » révèle des carences récurrentes dans le système d'accompagnement des personnes en situation de handicap. L'anticipation fait défaut dans les parcours de vie, et l'offre médico-sociale est insuffisante, aussi bien qualitativement que quantitativement, pour offrir des réponses adaptées à l'ensemble des personnes handicapées. Le seul but qui ait du sens est de garantir que toute situation aura une « réponse accompagnée ».
3. **Une notion d'orientation à redéfinir** : l'orientation doit être un processus « permanent et collectif ». La structuration d'une réflexion permanente et partagée suppose un engagement de tous les acteurs et la mise en œuvre d'outils adéquats. Ainsi, le processus d'orientation permanent devra être animé par l'ensemble des acteurs, autour de la MDPH, de manière proactive.
4. **Un partage de compétences à clarifier** : la MDPH doit recevoir le concours de toutes les administrations concernées dans sa tâche. Si la MDPH est la garante de l'accompagnement de chacun, l'appui des pouvoirs publics est indispensable, par exemple au travers de la levée ponctuelle de certains obstacles budgétaires et réglementaires.
5. **Un savoir-faire professionnel à améliorer** : la capacité d'adaptation des établissements doit être renforcée. Il est indispensable de créer des réponses « spécialisées » tout en déployant un important effort d'adaptation des structures plus « généralistes ». La négociation des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) est un vecteur de cette transformation (formation, évolution des pratiques, organisation du travail...).
6. **Un processus collectif d'accompagnement à rendre plus efficace** par la rédaction de procédures de coordination locale. Une articulation étroite du travail permettra de définir collectivement les interventions de chacun auprès des situations les plus complexes, ainsi que leur coordination. Cette articulation prendra forme au sein de cadrages et d'appuis nationaux.
7. **Des propositions d'accompagnement à territorialiser** pour augmenter l'efficacité et la pertinence de l'accompagnement. Les principes de subsidiarité et de modularité à l'accompagnement en établissement ou service permettent d'aller vers un système de « réponses » efficace. Cela implique également la transformation du champ sanitaire. Pour donner un cadre aux programmations de ressources nouvelles, les régions devront élaborer des « réponses territoriales » thématiques.
8. **Un engagement « zéro sans solution » à rendre systémique** afin d'en garantir la cohérence.

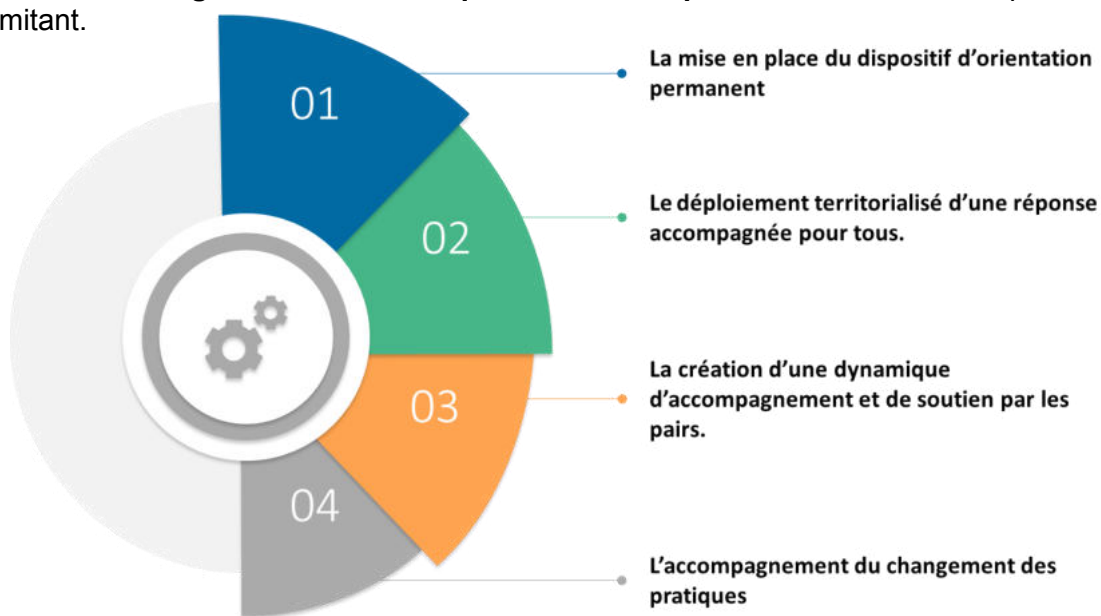
La démarche « Une réponse accompagnée pour tous »

Du zéro sans solution à la démarche « Une réponse accompagnée pour tous »

Dans la perspective d'appliquer de manière globale les recommandations du rapport « Zéro sans solution », Marie-Sophie Desaulle est chargée par la ministre des Affaires sociales et de la Santé Marisol Touraine, et la secrétaire d'État chargée des Personnes handicapées et de la Lutte contre l'exclusion, Ségolène Neuville, d'une mission visant à préciser les étapes et les modalités de mise en œuvre progressive du rapport. La démarche ambitionne une mise en mouvement de l'ensemble des acteurs (conseils départementaux, maisons départementales des personnes handicapées – MDPH, agences régionales de santé – ARS, rectorats, caisses primaires d'assurance maladie – CPAM – et organismes de sécurité sociale, gestionnaires d'établissements, associations représentatives des personnes en situation de handicaps, partenaires de l'emploi...) pour que la coordination entre eux soit plus étroite, que les décisions d'orientation soient mieux suivies et régulièrement réévaluées et que, dans les situations complexes, des solutions puissent être recherchées et mises en place de façon collaborative.

Conformément aux décisions de la Conférence nationale du handicap du mois de mai 2016, la mission de Marie-Sophie Desaulle est désormais positionnée au niveau du Secrétariat général du Comité interministériel du handicap chargé d'assurer le pilotage d'ensemble de la démarche

La démarche est organisée autour de quatre axes complémentaires, dont le déploiement est concomitant.



Le détail des chantiers composant chacun des axes est présenté dans les pages suivantes.

La démarche « Une réponse accompagnée pour tous »

L'axe 1 de la démarche concerne la mise en place du dispositif d'orientation permanent. Il est piloté par la CNSA et repose sur deux chantiers :

- La définition du dispositif d'orientation permanent
- Le déploiement territorial de la démarche et le partage des pratiques entre territoires

L'axe 1 est principalement centré sur le processus de saisine, d'évaluation, de prise de décision de la MDPH, en collaboration active avec l'ensemble des partenaires du territoire. Il interroge le rôle de la MDPH et son articulation avec les autres acteurs dans l'accompagnement à la mise en œuvre des décisions. Il interroge aussi les informations à disposition de la MDPH, leurs modalités de travail avec les usagers et les réponses disponibles sur le territoire.

Chantier 1: Définir le dispositif d'orientation permanent

Le dispositif d'orientation permanent consiste en pouvoir proposer des réponses adaptées aux besoins et aux projets des personnes, que ces réponses soient formalisées dans un PAG ou non.

Les mécanismes que va prévoir chaque MDPH pour proposer un PAG tel que le prévoit l'article 89 de la loi n° [2016-41 du 26 janvier](#) concentrent beaucoup d'attention mais le but de cet axe n'est pas de proposer un PAG pour chaque situation. Ce premier chantier doit permettre d'anticiper les répercussions des nouvelles modalités d'orientations sur les processus métiers et pratiques des MDPH

Chantier 2: Favoriser le déploiement territorial de la démarche et le partage de pratiques

Ce chantier vise à mettre à disposition de tous les territoires les enseignements et outils tirés de l'expérience des 24 sites pionniers engagés dans la démarche depuis la fin de l'année 2015. Dans cet esprit 14 séminaires interdépartementaux de capitalisation ont été organisés au 1^{er} semestre 2017.

Un appui-conseil a été proposé aux 24 sites pionniers pour le lancement de la démarche et les premiers mois de sa mise en œuvre. A partir de mi-2017 la CNSA lance une autre prestation d'appui interdépartemental.

Le partage de pratiques se fait aussi via le relai des réseaux métiers MDPH ARS et Conseils départementaux des directions de la CNSA.

Dans le cadre de l'instruction n° 2016-138 du 23 septembre 2016, la CNSA délègue 9 millions d'euro aux ARS pour l'appui aux MDPH dans la mise en œuvre de la démarche.

La démarche « réponse accompagnée » aura réussi quand on n'aura plus besoin d'élaborer des PAG pour offrir un accompagnement répondant aux besoins des personnes

La démarche « Une réponse accompagnée pour tous »

[Article L 114-1-1](#) du Code de l'action sociale et des familles modifié par l'article 89 de la loi n° [2016-41 du 26 janvier](#)

Le plan personnalisé de compensation du handicap comprend, d'une part, l'orientation définie selon les dispositions du troisième alinéa et, le cas échéant, d'autre part, **un plan d'accompagnement global**.

Un plan d'accompagnement global est élaboré sur proposition de l'équipe pluridisciplinaire avec l'accord préalable de la personne concernée ou de son représentant légal :

- 1° En cas d'indisponibilité ou d'inadaptation des réponses connues ;
- 2° En cas de complexité de la réponse à apporter, ou de risque ou de constat de rupture du parcours de la personne.

Un plan d'accompagnement global est également proposé par l'équipe pluridisciplinaire quand la personne concernée ou son représentant légal en fait la demande.

Un plan d'accompagnement global peut également être proposé par l'équipe pluridisciplinaire dans la perspective d'améliorer la qualité de l'accompagnement selon les priorités définies par délibération de la commission exécutive mentionnée à l'article L. 146-4 du présent code et revues annuellement. L'accord préalable de la personne concernée ou de son représentant légal est également requis.

Le plan d'accompagnement global, établi avec l'accord de la personne handicapée ou de ses parents lorsqu'elle est mineure ou de son représentant légal, sans préjudice des voies de recours dont elle dispose, identifie nominativement les établissements, les services mentionnés à l'article L. 312-1 ou les dispositifs prévus à l'article L. 312-7-1 correspondant aux besoins de l'enfant, de l'adolescent ou de l'adulte, et précise la nature et la fréquence de l'ensemble des interventions requises dans un objectif d'inclusion : éducatives et de scolarisation, thérapeutiques, d'insertion professionnelle ou sociale, d'aide aux aidants. Il comporte l'engagement des acteurs chargés de sa mise en œuvre opérationnelle. Il désigne parmi ces derniers un coordonnateur de parcours.

Le plan d'accompagnement global est élaboré dans les conditions prévues à l'article L. 146-8. Un décret fixe les informations nécessaires à l'élaboration des plans d'accompagnement global, que les agences régionales de santé, les services de l'Etat et les collectivités territoriales recueillent en vue de les transmettre à la maison départementale des personnes handicapées.

Le plan d'accompagnement global est actualisé chaque fois que nécessaire et au moins une fois par an, dans les conditions et selon les modalités prévues au présent article et à l'article L. 146-9.

La démarche « Une réponse accompagnée pour tous »

L'axe 2 de la démarche repose sur le déploiement territorialisé d'une réponse accompagnée pour tous. Il est piloté par le secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales (SGMAS) et concerne plus particulièrement les chantiers suivants :

Chantier 1 : Développer la contractualisation entre ARS, Conseils départementaux et rectorats

- Afin de promouvoir la démarche de contractualisation sur chaque territoire, capitaliser au niveau national et partager des exemples de contractualisation permettant de: 1) Partager les données, améliorer la planification des réponses, l'organisation des réponses aux situations en urgence, les investissements, 2) Mieux coordonner la mobilisation des ressources humaines ainsi que d'accompagner les professionnels du soin, de l'accompagnement et de la scolarisation dans l'évolution de leurs pratiques, 3) Définir les procédures de mise en œuvre du dispositif d'orientation permanent.

Chantier 2 : Assurer la déclinaison de la réponse accompagnée par les établissements de santé et ESMS

- Intégrer les objectifs de transformation de l'offre, de qualité des réponses personnalisées et de l'implication dans le Dispositif d'orientation permanent, dans les CPOM médico-sociaux et sanitaires ainsi que dans les démarches d'amélioration continue de la qualité

Chantier 3 : Mettre en place une coordination territoriale de nature à éviter les ruptures dans le parcours de vie

- Afin de limiter le besoin de recours aux PAG, il est nécessaire de construire sur chaque territoire des modes de coopération et de coordination qui permettent la régulation des dispositifs, notamment en matière d'admission.
- Les outils et dispositifs de coordination inscrits dans la loi de modernisation de notre système de santé (comme par exemple les plateformes territoriales d'appui) doivent être mobilisés au service des parcours des personnes en situation de handicap, tout en veillant à leur bonne articulation avec les dispositifs existants

Chantier 4 : Faciliter le partage et l'échange d'informations

- Créer les conditions d'un partage, validé par l'utilisateur, d'informations de qualité entre professionnels, notamment dans le cadre du déploiement du DMP, ou encore des échanges entre ESMS et Education Nationale via les équipes de suivi de scolarisation.
- Proposer un socle partagé pour le « dossier de l'utilisateur » au sein des ESMS

Chantier 5 : Faire évoluer l'offre

- Agir sur l'offre afin d'accompagner son adaptation continue pour mieux répondre aux besoins, notamment en favorisant le déploiement de dispositifs souples de transition, de réponses combinant des compétences mixtes sanitaires et médico-sociales, un meilleur accès aux centres ressources, mais aussi aux soins courants et aux réponses « mobiles ».

La démarche « Une réponse accompagnée pour tous »

L'axe 3 se concentre sur la création d'une dynamique d'accompagnement et de soutien par les pairs. Il est piloté par le Secrétariat général du comité interministériel du handicap (SgCIH) et implique plus particulièrement le déploiement de quatre chantiers :

Chantier 1 : Renforcer la présence des associations représentant les personnes dans les lieux d'élaboration des décisions

- L'implication des associations d'usagers dans la démarche doit être garantie:
 - à la fois à l'échelle nationale : pour cela un groupe de liaison a été mis en place; le CNCPH et le Conseil de la CNSA sont informés de l'état d'avancement de la démarche.
 - et dans les territoires qu'il s'agisse d'un pilotage par la Comex de la MDPH ou par des instances ad-hoc. Les CRSA doivent également être informés.
- La mise en place des « Conseils départementaux de citoyenneté et d'autonomie » permet d'allier l'expertise des usagers et celle des professionnels dans le pilotage de politiques locales.

Chantier 2 : Développer l'expertise d'usage au sein des formations

- L'exigence de la participation des personnes concernées à la formation des professionnels doit être posée dans tous les documents stratégiques et conventionnels sur le champ de la formation
- En s'appuyant sur les premières expériences développées par les têtes de réseau ou localement dans les territoires pionniers, il est nécessaire de définir les conditions d'intervention d'experts d'usage

Chantier 3 : Faciliter l'accompagnement par les pairs dans les établissements

- En s'appuyant sur les premières expériences développées par les têtes de réseau ou localement dans les territoires pionniers, il est nécessaire d'établir une charte d'accompagnement par les pairs et de définir les conditions de la mise en place de la pair-aidance dans des ESMS.

Chantier 4 : Déployer une conciliation par les pairs au sein des MDPH

- Dans le cadre de l'élaboration des PAG, le recours à des pairs peut-être facilitant lors que la situation est bloquée par un manque de dialogue entre la personne et les professionnels.
- De manière plus structurante, l'opportunité de créer un réseau de « conciliateurs – pairs » en lien avec le défenseur des droits est à l'étude
- Les conditions d'intervention des pairs doivent en tout état de cause être définies

La démarche « Une réponse accompagnée pour tous »

L'axe 4 concerne l'accompagnement du changement des pratiques. Il est piloté par la DGCS et six chantiers figurent parmi les travaux engagés sur cet axe :

Chantier 1 : Simplifier les tâches administratives des MDPH à faible valeur ajoutée pour les usagers

- La simplification des tâches administratives des MDPH à faible valeur ajoutée pour les usagers, doit leur permettre de se recentrer sur l'accompagnement individualisé des personnes.
- Des mesures nationales sont prises en ce sens mais un travail de rationalisation doit être conduit au sein de chaque MDPH pour exploiter les marges de manœuvres issues des mesures nationales et identifier d'éventuelles pistes d'optimisation liées à son organisation propre

Chantier 2 : Outiller les MDPH par un SI permettant de suivre les orientations

- Le SI suivi des orientations est destiné à aider la MDPH et, plus largement, tous les professionnels concernés, à connaître l'offre disponible afin que des solutions puissent être recherchées et mises en place de façon collaborative.

Chantier 3 : Accompagner au changement des pratiques dans les MDPH

- La démarche « Une réponse accompagnée pour tous » nécessite une importante évolution des pratiques des MDPH notamment afin d'intégrer la démarche en routine pour les équipes pluridisciplinaires.
- Le Référentiel de missions et de qualité de service permet de **réaliser un autodiagnostic** du fonctionnement et de **définir une trajectoire d'amélioration** intégrant les objectifs de la démarche « Une réponse accompagnée pour tous »

Chantier 4 : Améliorer la formation des professionnels

- La formation doit contribuer à la montée en compétence des professionnels pour mieux s'adapter à la prise en charge des situations complexes, favoriser la connaissance réciproque des acteurs (au moyen notamment de formations croisées entre les professionnels des secteurs social, médico-social, sanitaire, éducatifs) et l'acquisition d'une culture de parcours pour mieux répondre aux besoins des personnes et de leurs proches.

Chantier 5 : Elaborer et diffuser les bonnes pratiques

- Poursuivre l'élaboration des recommandations des bonnes pratiques notamment en matière d'accompagnement des situations complexes.
- Lancer un programme de recherche et d'étude en vue d'interroger les pratiques professionnelles, aussi bien au niveau de l'évaluation des besoins et des réponses, qu'au niveau de l'accompagnement notamment en matière de handicap complexes

Chantier 6 : Renforcer la place et l'accompagnement des aidants

- Mettre en œuvre les mesures prioritaires de la stratégie nationale pour soutenir et accompagner les aidants de personnes en situation de handicap.
- Le renforcement de la place des aidants et leur meilleur accompagnement est transversal aux 3 premiers axes de la démarche et nécessite une évolution des pratiques de tous les acteurs

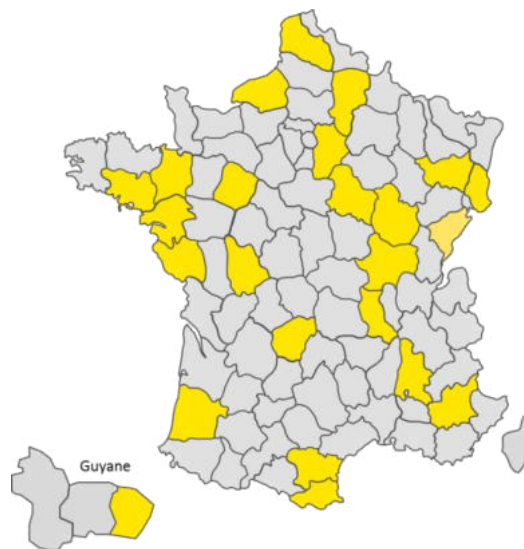
La démarche « Une réponse accompagnée pour tous »

Un périmètre de déploiement en vagues successives

Marisol Touraine, ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, et Ségolène Neuville, secrétaire d'État chargée des Personnes handicapées et de la Lutte contre l'Exclusion ainsi que le président de l'Association des départements de France, Dominique Bussereau, ont lancé, en août 2015, un **appel à candidatures** conjoint afin de développer de nouvelles organisations et de mettre en place la démarche de réponse accompagnée pour tous sur les territoires volontaires.

24 départements ont répondu favorablement :

La quasi-totalité des régions métropolitaines est représentée puisque, sur le territoire métropolitain, seules les régions de Corse et Centre-Val de Loire ne font pas partie de cette première vague 2015. Un territoire d'outre-mer, la Guyane, participe également au déploiement.



Ces sites pionniers sont rejoints au cours de l'année 2017 par 66 territoires départementaux, répartis en deux vagues distinctes, ce qui porte à **90 le nombre total de territoires ayant décidé de s'engager dans la démarche « Une réponse accompagnée pour tous »** en amont de l'application pleine et entière de l'article 89 de la loi de modernisation de notre système de santé au 1^{er} janvier 2018.

Précautions de lecture

Les objectifs du rapport de capitalisation

Le présent rapport de capitalisation est destiné à tous les partenaires engagés dans la démarche « Une réponse accompagnée pour tous » et plus particulièrement aux territoires des vagues 2 et 3 de déploiement de la démarche.

Il a été élaboré par les cabinets de conseil EY et Eneis conseil ayant accompagné le déploiement de la vague 1 du projet et la CNSA, en lien avec les autres pilotes de la démarche Réponse accompagnée. Les départements pionniers de la vague 1 ont été sollicités pour des retours d'expérience.

Ce rapport a vocation à présenter un retour d'expérience de la première vague de la démarche et à recenser les enseignements issus de son déploiement. Les constats et préconisations présentés dans le présent rapport, outre les rappels sur la démarche et sur les éléments réglementaires qui la sous-tendent, s'apparentent donc à des conseils, à des bonnes pratiques observées parmi les sites pionniers de la vague 1, à des points de vigilance... L'objectif étant de capitaliser au mieux l'expérience acquise tout au long du déploiement de la vague 1.

La structure du rapport de capitalisation

Le présent rapport comprend **cinq chapitres** :

- Le chapitre 1 concerne le dispositif de pilotage de la démarche ;
- Les chapitres 2 à 5 correspondent aux développements relatifs aux axes 1 à 4 de la démarche.

Chacun des cinq chapitres est **organisé de la même façon** :

- Une introduction ;
- Le développement de plusieurs sous-thématiques. Toutes les sous-thématiques sont organisées selon la même structure :
 - Description des objectifs,
 - Description des acteurs clés concernés par la sous-thématique,
 - Présentation des modalités de déploiement des éléments de la démarche,
 - Présentation de retours d'expérience des territoires pionniers de la vague 1 sur ces éléments,
 - Présentation des outils disponibles en lien avec la sous-thématique ;
- Une synthèse des points clés à retenir et des points de vigilance principaux sur le chapitre.

Précautions de lecture

Tout au long du rapport de capitalisation, figurent :

- **Des points de vigilance**

Issus de l'expérience acquise au fil du déploiement de la vague 1, les points de vigilance permettent d'alerter sur des pratiques qui se sont révélées contre-productives pour le bon déroulement de la démarche ou sur des prérequis indispensables à l'avancement des différents chantiers par exemple.

Ils sont signalés par l'encadré ci-contre.



Points de vigilance

- **Des verbatim**

Les *verbatim* de la démarche « Une réponse accompagnée pour tous » proviennent des réunions, rencontres organisées autour de la démarche ou de retours d'expérience issus des territoires. Ce sont des phrases prononcées par des acteurs de la démarche dans le cadre du déploiement de la vague 1. Les *verbatim* permettent d'illustrer des concepts, des interrogations ou des craintes émanant des acteurs des territoires.

Ils sont signalés par l'encadré ci-dessous.



Verbatim

- **Des bonnes pratiques**

Les bonnes pratiques présentées dans ce rapport ont été repérées dans les sites pionniers de la vague 1 comme des pratiques à même de faciliter le déploiement du projet ou d'accroître la mobilisation des acteurs par exemple.

Elles sont signalées par l'encadré ci-contre.



Bonnes pratiques

Définir la gouvernance et le pilotage de la démarche

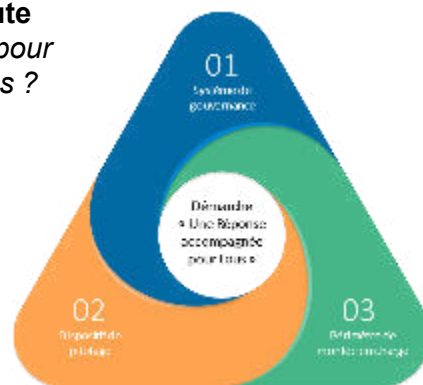
La démarche « Une réponse accompagnée pour tous » implique de revoir l'accompagnement des personnes en situation de handicap, la façon dont les réponses sont proposées et l'évolution de ces réponses sur les territoires. Elle suppose l'association de tous les acteurs du champ médico-social, mais également des champs sanitaire, éducatif ou bien encore de la protection sociale (CPAM, éventuellement caisses d'allocations familiales – CAF...).

L'initialisation de la démarche entraîne de nombreux questionnements pour les porteurs au sein de chaque territoire : comment lancer la démarche ? Quand, avec qui et par où commencer ? Que faut-il investir en priorité ? Quels bénéfices en attendre et au bout de combien de temps ?

Se lancer dans la démarche « Une réponse accompagnée pour tous » exige beaucoup de pragmatisme et une juste adaptation des moyens nécessaires aux ambitions visées tout en gardant à l'esprit dès le départ que la réussite est affaire d'engagement et d'adhésion de l'ensemble des parties prenantes.

Ce premier chapitre du rapport vise ainsi à décliner les trois grands axes de travail qui sont à mener en parallèle pour assurer une initialisation sécurisée de la démarche :

- **La définition du système de gouvernance (partie 1.1) :** *quels sont les acteurs qui participeront au déploiement de la démarche et à son pilotage ? Quelle répartition des rôles prévoir entre les différents acteurs ? Comment s'assurer d'un portage de la démarche qui favorise l'implication dans la durée des principaux partenaires ?*
- **La conception du dispositif de pilotage et de la feuille de route de déploiement (partie 1.2) :** *quelles sont les actions à prévoir pour déployer la démarche ? Comment les ordonner dans le temps ? Comment assurer leur suivi ?*
- **La définition du périmètre de montée en charge (partie 1.3) :** les territoires anticipant le déploiement de la démarche avant la date du 1^{er} janvier 2018 ont la possibilité d'identifier les publics ou périmètres auprès desquels la démarche sera testée. Il s'agit de permettre à ces territoires de pouvoir assurer la conception et le déploiement du dispositif d'orientation permanent



en évitant un flux de demandes potentiellement important. *Quel est le périmètre de montée en charge permettant à la fois de tester la démarche sur un périmètre qui ne soit pas trop restreint tout en maîtrisant le flux potentiel de demandes ?*

1. Le cadre de gouvernance

Objectifs

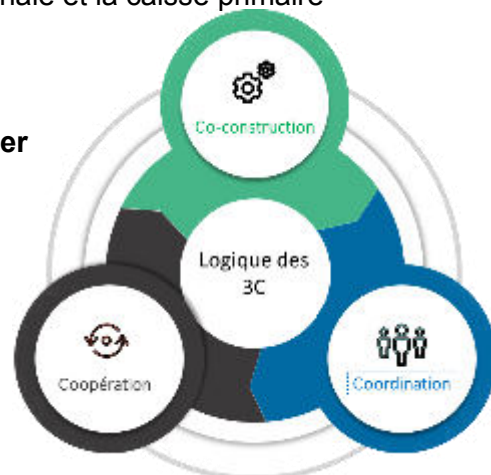
La mise en place de la gouvernance de la démarche Réponse accompagnée doit permettre de mobiliser l'ensemble des acteurs autour d'une vision partagée de la démarche, de définir les ambitions propres au territoire, mais également de favoriser un suivi du bon avancement des différents chantiers inscrits dans la feuille de route.

La mobilisation des différents acteurs suppose ainsi de comprendre leurs attentes et leurs contraintes vis-à-vis de la démarche. Un dialogue territorial doit à ce titre s'engager pour permettre de concilier les attentes de chaque acteur et limiter les impacts négatifs associés aux contraintes de chacun.

Une claire répartition des rôles au sein des différentes instances de gouvernance du projet et entre les différents acteurs du territoire permet un pilotage efficace de la démarche, et plus particulièrement entre les acteurs qui sont au cœur de cette dernière la MDPH, l'agence régionale de santé (ARS), le conseil départemental (CD), l'Éducation nationale et la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM).

Dans la même logique, une réflexion doit être menée sur la meilleure façon de mobiliser les différentes parties prenantes associées au déploiement de la démarche, en veillant à **respecter la logique des 3 C** :

- **Co-construction** de la démarche et des politiques publiques locales associées ;
- **Coopération** entre les acteurs, c'est-à-dire instauration d'une relation de confiance entre les différents acteurs ;
- **Coordination** enfin autour de la personne handicapée au service de laquelle la démarche doit être pensée et déployée.



Acteurs clés

La MDPH, l'ARS, le conseil départemental, l'Éducation nationale et la CPAM doivent idéalement être parties prenantes du dispositif de gouvernance, bien que l'étendue des rôles de chacun soit à définir collectivement au sein de chaque territoire.

Les représentants d'établissements et services médico-sociaux ou d'établissements sanitaires, des représentants du monde associatif doivent également être associés au dispositif de gouvernance global de la démarche voire au pilotage de certains axes ou chantiers les concernant plus spécifiquement.

1. Le cadre de gouvernance

Modalités de déploiement

La démarche « Une réponse accompagnée pour tous » implique un nombre important d'acteurs qu'il convient de mobiliser de manière adaptée pour s'assurer de leur implication dans le temps et favoriser la réussite du déploiement.

La réflexion sur la composition et la juste répartition des rôles au sein – et entre – les différentes instances composant le dispositif de gouvernance doit donc être ajustée en fonction des besoins et de l'historique des relations entre partenaires de chaque territoire. Plusieurs questions peuvent être posées préalablement à la réflexion sur les instances de pilotage :

Les questions prioritaires à se poser...

Quel est l'objectif recherché par l'instance de pilotage (ex. : maîtrise et partage de l'information, capacité de décision, implication des différentes parties prenantes, traçabilité des choix et des événements/projets) ?

Faut-il une instance de pilotage unique ou plusieurs instances qui ont chacune des objectifs et fonctions propres (ex. : comité de pilotage, comité technique...) ?

Quelle doit être la composition de l'instance de pilotage : responsable de l'instance, animateur, participants réguliers et invités potentiels ?

Une instance déjà existante peut-elle prendre le rôle d'instance de pilotage (ex. : COMEX) ?

Quelle est la fréquence à prévoir pour les instances suivant l'avancement de la démarche (ex. : rythme plus soutenu en début de projet) ?

Quel est le niveau de *reporting* des prises de décision à réaliser (quoi, pour qui) ?

En ce qui concerne les instances à créer, il est possible de confier le pilotage opérationnel de la démarche à un collectif d'acteurs en charge du pilotage de l'ensemble des axes ou au contraire de confier le pilotage de chaque axe à un ou plusieurs acteurs distincts. Un pilotage par axe a pour intérêt de permettre la prise en compte des spécificités de chaque axe et de responsabiliser ainsi chaque acteur sur son propre champ d'intervention, mais présente le risque d'une désynchronisation de l'avancée des différents axes les uns par rapport aux autres.

Point de vigilance

La démarche nécessitant la participation de l'ensemble des acteurs institutionnels et des opérateurs intervenant dans le champ du handicap, il est fortement recommandé de ne pas confier le pilotage de la totalité des axes exclusivement à la MDPH.

1. Le cadre de gouvernance

La définition du dispositif de gouvernance, et donc la répartition des rôles et des responsabilités de chacun, doit au final être établie à deux niveaux :

- **Un niveau stratégique**, en charge de la définition des orientations stratégiques de la démarche et de la validation des travaux menés. La gouvernance stratégique peut être assumée par la COMEX de la MDPH. Si ce n'est pas le cas, le rôle de la COMEX devra être précisé.
- **Un niveau opérationnel**, en charge de la conduite et du suivi quotidien de l'avancement des travaux

Le tableau suivant présente ainsi, à titre d'exemple, une répartition des rôles entre les différentes instances et acteurs impliqués dans le pilotage de la démarche.

Instance / acteur	Rôle
Chargé de mission	Le chargé de mission auprès de la MPDH est le référent technique de la démarche. Il assure un rôle d'interface avec les membres du comité technique dans la gestion quotidienne des différents chantiers. Il assure par ailleurs la préparation et le suivi des décisions prises dans le cadre des différentes instances de pilotage (comité technique / comité de pilotage).
Comité technique / comité des pilotes des axes	Instance opérationnelle, le comité technique / comité des pilotes des axes assure le bon déroulement de la démarche à travers la revue périodique de l'avancement des différents chantiers. Il participe également à la résolution des problèmes opérationnels pouvant être rencontrés lors du déploiement des différents chantiers et enfin s'assure du respect du calendrier défini. Le comité technique est généralement composé du ou des pilote(s) opérationnel(s) de chaque axe et du chargé de mission. Il se réunit généralement à une périodicité mensuelle.
Comité de pilotage	Instance stratégique, le comité de pilotage discute et valide les grandes orientations de la démarche (choix des priorités d'élaboration, définition des orientations à donner à la convention...) et valide les différentes productions. Il est ainsi le garant de la bonne avancée de la démarche et définit, le cas échéant, la stratégie à conduire pour permettre l'alignement des orientations stratégiques et résoudre d'éventuels désaccords institutionnels. Il a également un rôle d'alerte vis-à-vis des instances de pilotage national en cas de blocage de leur ressort. Il est généralement composé des membres de la COMEX ou d'un comité ad hoc composé des partenaires en charge du déploiement de la démarche. Il se réunit généralement à une périodicité trimestrielle, voir semestrielle.

Point de vigilance

La question de l'articulation des instances de pilotage stratégique de la démarche (comité de pilotage/COMEX) avec les instances de pilotage stratégique intervenant dans le champ de l'accompagnement des personnes âgées (Table stratégique MAIA par exemple) peut être posée, notamment pour les territoires qui s'inscrivent dans une logique de convergence de la prise en charge des Personnes handicapées et des personnes âgées (schéma départemental unique, création d'une MDA...).

1. Le cadre de gouvernance

Retour d'expérience des territoires de la vague 1

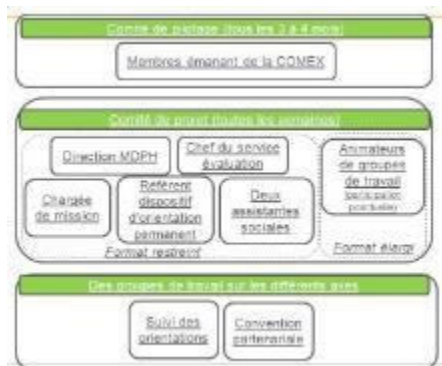
La majorité des territoires pionniers de la vague 1 ont établi un dispositif de gouvernance à deux niveaux :

- **Gouvernance stratégique** : un comité stratégique ou comité de pilotage qui donne les grandes orientations, prend les arbitrages nécessaires à l'avancement des chantiers et valide les travaux réalisés :
 - Pour un quart des territoires pionniers, la COMEX de la MDPH a été identifiée comme instance de pilotage stratégique de la démarche,
 - Pour les autres territoires, la MDPH, l'ARS et le conseil départemental sont systématiquement membres de l'instance de pilotage auxquels s'ajoutent, en fonction des territoires, l'Éducation nationale, l'Assurance maladie, des représentants du monde associatif ou bien encore d'ESMS ;
- **Gouvernance opérationnelle** : un comité technique en charge du suivi régulier de l'avancement des travaux et composé de représentants de la MDPH, de l'ARS, du conseil départemental et parfois de l'Éducation nationale.

Les deux tiers des sites pionniers ont également désigné un ou plusieurs pilotes spécifiques en charge de la chaque axe de la démarche. Parmi les pilotes désignés pour chaque axe, les tendances suivantes se dessinent :

- Axe 1 : MDPH
- Axe 2 : copilotage ARS et conseils départementaux
- Axe 3 : MDPH et/ou représentant du monde associatif
- Axe 4 : MDPH avec association d'autres acteurs en fonction du contexte des territoires (services de l'État, représentants d'associations, collectif d'ESMS...)

Deux exemples de dispositifs de gouvernance issus des territoires pionniers



	Objectifs	Composition	Périodicité
COFIL	<ul style="list-style-type: none"> • Validation institutionnelle • Information 	Comex	Tous les 10 à 15 jours
Groupe projet	<ul style="list-style-type: none"> • Suivi et déclinaison des parcours en pilotage • Animation des associations 	MDPH-ARS-ESMS	Mensuelle
Pilote axe 1	<ul style="list-style-type: none"> • Implémenter PAC 	MDPH	
Pilote axe 2	<ul style="list-style-type: none"> • À définir 	ARS	
Pilote axe 3	<ul style="list-style-type: none"> • Travailler en collaboration (avec les associations) 	MDPH (une ou 2 ^{es} temps)	
Pilote axe 4	<ul style="list-style-type: none"> • Structuration des procédures MDPH • Accompagnement du changement 	Groupes projets privés partenaires	

1. Le cadre de gouvernance



Outils

- L'outil suivant pourra être utilisé par les pilotes afin d'engager une réflexion sur les enjeux de la démarche pour les différents acteurs et sur la façon de les y associer. Les effets du déploiement concernent aussi bien les attentes des acteurs que les conditions et moyens mis en œuvre pour le déploiement.

Acteurs	Attentes	Freins	Réponse collective aux difficultés soulevées
MDPH			
Département			
ARS			
Rectorat			
ESMS			
Établissements sanitaires			
Organismes locaux de sécurité sociale			
La personne en situation de handicap et sa famille			

1. Le cadre de gouvernance



Outils

- Le tableau suivant pourra synthétiser la participation de chaque acteur aux différents axes et chantiers de la démarche. Rempli collectivement par les pilotes de la démarche, il permet de définir l'acteur le plus à même de porter le projet ainsi que les autres acteurs à associer. La façon de les associer pourra être précisée.

Axe		MDPH	ARS	CD	EN	CPAM	Autres
Pilotage d'ensemble du projet		<i>P</i>	<i>P</i>	<i>P</i>	<i>P</i>	<i>P</i>	
1 - Mise en place du dispositif d'orientation permanent par les MDPH	Définition du dispositif d'orientation permanent	<i>P</i>					<i>C</i> (éventuellement, ESMS du territoire)
2 - Déploiement d'une réponse territorialisée	Contractualisation	<i>C</i>	<i>P</i>	<i>P</i>	<i>C</i>	<i>C</i>	
	Coordination territoriale	<i>C</i>	<i>P</i>	<i>P</i>	<i>C</i>	<i>C</i>	
	Partage et échange d'informations	<i>C</i>	<i>P</i>	<i>P</i>	<i>C</i>	<i>C</i>	
	Évolution de l'offre		<i>P</i>	<i>P</i>			
3 - Création d'une dynamique d'accompagnement et de soutien par les pairs	Formation		<i>P</i>	<i>P</i>			
	Accompagnement par les pairs	<i>P</i>					<i>C</i> (Associations)
4 - Accompagnement au changement des pratiques	Pratiques de la MDPH	<i>P</i>					
	Pratiques des partenaires	<i>C</i>	<i>P</i>	<i>P</i>	<i>C</i>	<i>C</i>	<i>C</i> (ESMS et associations)

Légende :

- P** Pilote du chantier
C Participant à la conception du chantier

2. La feuille de route

Contexte

Une fois la gouvernance mise en place, la première mission des instances de la démarche consiste à définir les actions qui seront à mener pour déployer la démarche « Une réponse accompagnée pour tous » au sein du territoire. Si la démarche porte des principes structurants, tels que la construction de parcours en adéquation avec le projet de vie de la personne en situation de handicap, et une méthode – la mobilisation de tous les acteurs du handicap sur un territoire –, de multiples actions peuvent être déployées pour atteindre ces objectifs.

Chaque territoire peut donc opter pour un ensemble cohérent d'actions à déployer, organisées au sein d'une feuille de route de déploiement permettant de planifier l'ensemble des travaux.

Objectifs

Chaque territoire est appelé à élaborer puis à valider une feuille de route contenant les actions qu'il compte entreprendre sur chaque axe de la démarche.

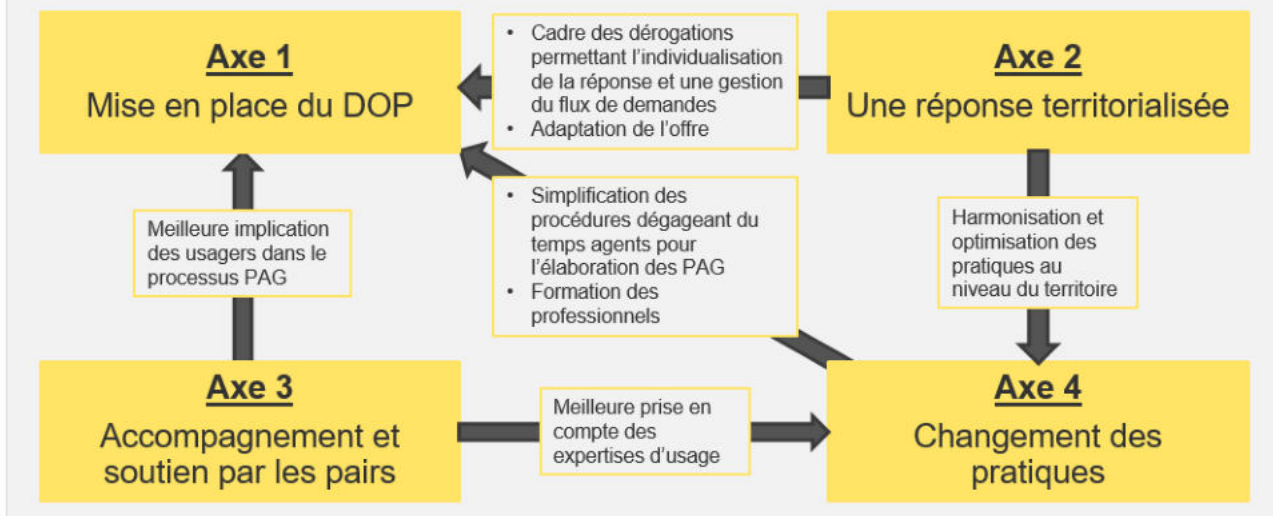
Cette feuille de route a pour but de recenser les premiers travaux qui seront engagés sur le territoire. Elle pourra être amendée au fur et à mesure du déploiement et de l'évaluation des premières actions mises en œuvre.

La feuille de route est évolutive et pourra par conséquent être complétée au fur et à mesure du déploiement de la démarche. En effet, le renforcement de l'adéquation entre l'offre et la demande ou encore l'analyse de l'impact de la démarche sur l'organisation interne et sur les pratiques de la MDPH représentent des objectifs à long terme qui nécessiteront d'être ajustés au fil de l'avancement des différents chantiers. Certaines mesures seront sans doute à poursuivre au-delà de l'élaboration de la première feuille de route du projet.

L'objectif consiste à développer des actions sur chacun des axes de manière coordonnée, les quatre axes étant étroitement liés et participant de façon concomitante à la mise en œuvre de la démarche. Le tableau de la page suivante illustre ainsi quelques-uns des liens entre les différents axes.

2. La feuille de route

Une réponse individualisée pour chaque personne handicapée, autour de la notion de parcours et de projet de vie, grâce à la mobilisation de l'ensemble des acteurs du handicap



Exemple de lecture : la meilleure implication des usagers dans le processus d'élaboration du plan d'accompagnement global (PAG) participe à son effectivité.

DOP : Dispositif d'orientation permanent

PAG : Plan d'accompagnement global



« Les quatre axes de la démarche doivent être conduits de manière concomitante, un peu comme les quatre roues d'une voiture »

Marie-Sophie Desaulle
Déléguée en charge de la démarche « Une réponse accompagnée pour tous »

Acteurs clés

- ▶ La feuille de route doit être préparée dans un premier temps par le comité technique en charge du pilotage opérationnel de la démarche ;
- ▶ Une fois rédigée, la feuille de route doit faire l'objet d'une validation par l'instance de pilotage stratégique de la démarche, par exemple la COMEX de la MDPH.

2. La feuille de route

Contexte

Une fois la gouvernance mise en place, la première mission des instances de la démarche consiste à définir les actions qui seront à mener pour déployer la démarche « Une réponse accompagnée pour tous » au sein du territoire. Si la démarche porte des principes structurants, tels que la construction de parcours en adéquation avec le projet de vie de la personne en situation de handicap, et une méthode – la mobilisation de tous les acteurs du handicap sur un territoire –, de multiples actions peuvent être déployées pour atteindre ces objectifs.

Chaque territoire peut donc opter pour un ensemble cohérent d'actions à déployer, organisées au sein d'une feuille de route de déploiement permettant de planifier l'ensemble des travaux.

Objectifs

Chaque territoire est appelé à élaborer puis à valider une feuille de route contenant les actions qu'il compte entreprendre sur chaque axe de la démarche.

Cette feuille de route a pour but de recenser les premiers travaux qui seront engagés sur le territoire. Elle pourra être amendée au fur et à mesure du déploiement et de l'évaluation des premières actions mises en œuvre.

La feuille de route est évolutive et pourra par conséquent être complétée au fur et à mesure du déploiement de la démarche. En effet, le renforcement de l'adéquation entre l'offre et la demande ou encore l'analyse de l'impact de la démarche sur l'organisation interne et sur les pratiques de la MDPH représentent des objectifs à long terme qui nécessiteront d'être ajustés au fil de l'avancement des différents chantiers. Certaines mesures seront sans doute à poursuivre au-delà de l'élaboration de la première feuille de route du projet.

L'objectif consiste à développer des actions sur chacun des axes de manière coordonnée, les quatre axes étant étroitement liés et participant de façon concomitante à la mise en œuvre de la démarche. Le tableau de la page suivante illustre ainsi quelques-uns des liens entre les différents axes.

2. La feuille de route

Contexte

Une fois la gouvernance mise en place, la première mission des instances de la démarche consiste à définir les actions qui seront à mener pour déployer la démarche « Une réponse accompagnée pour tous » au sein du territoire. Si la démarche porte des principes structurants, tels que la construction de parcours en adéquation avec le projet de vie de la personne en situation de handicap, et une méthode – la mobilisation de tous les acteurs du handicap sur un territoire –, de multiples actions peuvent être déployées pour atteindre ces objectifs.

Chaque territoire peut donc opter pour un ensemble cohérent d'actions à déployer, organisées au sein d'une feuille de route de déploiement permettant de planifier l'ensemble des travaux.

Objectifs

Chaque territoire est appelé à élaborer puis à valider une feuille de route contenant les actions qu'il compte entreprendre sur chaque axe de la démarche.

Cette feuille de route a pour but de recenser les premiers travaux qui seront engagés sur le territoire. Elle pourra être amendée au fur et à mesure du déploiement et de l'évaluation des premières actions mises en œuvre.

La feuille de route est évolutive et pourra par conséquent être complétée au fur et à mesure du déploiement de la démarche. En effet, le renforcement de l'adéquation entre l'offre et la demande ou encore l'analyse de l'impact de la démarche sur l'organisation interne et sur les pratiques de la MDPH représentent des objectifs à long terme qui nécessiteront d'être ajustés au fil de l'avancement des différents chantiers. Certaines mesures seront sans doute à poursuivre au-delà de l'élaboration de la première feuille de route du projet.

L'objectif consiste à développer des actions sur chacun des axes de manière coordonnée, les quatre axes étant étroitement liés et participant de façon concomitante à la mise en œuvre de la démarche. Le tableau de la page suivante illustre ainsi quelques-uns des liens entre les différents axes.

2. La feuille de route

Contexte

Une fois la gouvernance mise en place, la première mission des instances de la démarche consiste à définir les actions qui seront à mener pour déployer la démarche « Une réponse accompagnée pour tous » au sein du territoire. Si la démarche porte des principes structurants, tels que la construction de parcours en adéquation avec le projet de vie de la personne en situation de handicap, et une méthode – la mobilisation de tous les acteurs du handicap sur un territoire –, de multiples actions peuvent être déployées pour atteindre ces objectifs.

Chaque territoire peut donc opter pour un ensemble cohérent d'actions à déployer, organisées au sein d'une feuille de route de déploiement permettant de planifier l'ensemble des travaux.

Objectifs

Chaque territoire est appelé à élaborer puis à valider une feuille de route contenant les actions qu'il compte entreprendre sur chaque axe de la démarche.

Cette feuille de route a pour but de recenser les premiers travaux qui seront engagés sur le territoire. Elle pourra être amendée au fur et à mesure du déploiement et de l'évaluation des premières actions mises en œuvre.

La feuille de route est évolutive et pourra par conséquent être complétée au fur et à mesure du déploiement de la démarche. En effet, le renforcement de l'adéquation entre l'offre et la demande ou encore l'analyse de l'impact de la démarche sur l'organisation interne et sur les pratiques de la MDPH représentent des objectifs à long terme qui nécessiteront d'être ajustés au fil de l'avancement des différents chantiers. Certaines mesures seront sans doute à poursuivre au-delà de l'élaboration de la première feuille de route du projet.

L'objectif consiste à développer des actions sur chacun des axes de manière coordonnée, les quatre axes étant étroitement liés et participant de façon concomitante à la mise en œuvre de la démarche. Le tableau de la page suivante illustre ainsi quelques-uns des liens entre les différents axes.

2. La feuille de route

Contexte

Une fois la gouvernance mise en place, la première mission des instances de la démarche consiste à définir les actions qui seront à mener pour déployer la démarche « Une réponse accompagnée pour tous » au sein du territoire. Si la démarche porte des principes structurants, tels que la construction de parcours en adéquation avec le projet de vie de la personne en situation de handicap, et une méthode – la mobilisation de tous les acteurs du handicap sur un territoire –, de multiples actions peuvent être déployées pour atteindre ces objectifs.

Chaque territoire peut donc opter pour un ensemble cohérent d'actions à déployer, organisées au sein d'une feuille de route de déploiement permettant de planifier l'ensemble des travaux.

Objectifs

Chaque territoire est appelé à élaborer puis à valider une feuille de route contenant les actions qu'il compte entreprendre sur chaque axe de la démarche.

Cette feuille de route a pour but de recenser les premiers travaux qui seront engagés sur le territoire. Elle pourra être amendée au fur et à mesure du déploiement et de l'évaluation des premières actions mises en œuvre.

La feuille de route est évolutive et pourra par conséquent être complétée au fur et à mesure du déploiement de la démarche. En effet, le renforcement de l'adéquation entre l'offre et la demande ou encore l'analyse de l'impact de la démarche sur l'organisation interne et sur les pratiques de la MDPH représentent des objectifs à long terme qui nécessiteront d'être ajustés au fil de l'avancement des différents chantiers. Certaines mesures seront sans doute à poursuivre au-delà de l'élaboration de la première feuille de route du projet.

L'objectif consiste à développer des actions sur chacun des axes de manière coordonnée, les quatre axes étant étroitement liés et participant de façon concomitante à la mise en œuvre de la démarche. Le tableau de la page suivante illustre ainsi quelques-uns des liens entre les différents axes.

2. La feuille de route

Contexte

Une fois la gouvernance mise en place, la première mission des instances de la démarche consiste à définir les actions qui seront à mener pour déployer la démarche « Une réponse accompagnée pour tous » au sein du territoire. Si la démarche porte des principes structurants, tels que la construction de parcours en adéquation avec le projet de vie de la personne en situation de handicap, et une méthode – la mobilisation de tous les acteurs du handicap sur un territoire –, de multiples actions peuvent être déployées pour atteindre ces objectifs.

Chaque territoire peut donc opter pour un ensemble cohérent d'actions à déployer, organisées au sein d'une feuille de route de déploiement permettant de planifier l'ensemble des travaux.

Objectifs

Chaque territoire est appelé à élaborer puis à valider une feuille de route contenant les actions qu'il compte entreprendre sur chaque axe de la démarche.

Cette feuille de route a pour but de recenser les premiers travaux qui seront engagés sur le territoire. Elle pourra être amendée au fur et à mesure du déploiement et de l'évaluation des premières actions mises en œuvre.

La feuille de route est évolutive et pourra par conséquent être complétée au fur et à mesure du déploiement de la démarche. En effet, le renforcement de l'adéquation entre l'offre et la demande ou encore l'analyse de l'impact de la démarche sur l'organisation interne et sur les pratiques de la MDPH représentent des objectifs à long terme qui nécessiteront d'être ajustés au fil de l'avancement des différents chantiers. Certaines mesures seront sans doute à poursuivre au-delà de l'élaboration de la première feuille de route du projet.

L'objectif consiste à développer des actions sur chacun des axes de manière coordonnée, les quatre axes étant étroitement liés et participant de façon concomitante à la mise en œuvre de la démarche. Le tableau de la page suivante illustre ainsi quelques-uns des liens entre les différents axes.

2. La feuille de route

Modalités de déploiement

La conception de la feuille de route comprend trois étapes distinctes :

1. L'identification des actions à mener

Il s'agit ici de s'interroger sur les chantiers à conduire au sein de chacun des axes de la démarche puis d'identifier les actions existantes à pérenniser et celles à lancer. Il convient ensuite d'estimer le temps nécessaire à la mise en œuvre de chaque chantier pour enfin hiérarchiser et ordonnancer la mise en œuvre des chantiers entre eux. Cette dernière étape peut passer par une analyse de chaque action/chantier à travers les trois critères suivants :

- **Son caractère stratégique** : une action considérée comme stratégique sera prioritairement mise en œuvre ;
- **Son niveau d'interdépendance**, c'est-à-dire l'estimation des liens logiques entre l'action considérée et d'autres actions devant être mises en œuvre en amont ou en aval. À ce titre, la formalisation des fiches de fonction du référent du PAG ou du coordonnateur de parcours ne devra être construite qu'une fois une réflexion approfondie conduite dans le cadre du processus du dispositif d'orientation permanente ;
- **Son niveau de difficulté/faisabilité de mise en œuvre**, c'est-à-dire l'estimation de la capacité du ou des responsable(s) de l'action à sécuriser son déploiement dans les temps impartis. À ce titre, certains chantiers comme la convention territoriale ou la mise en place d'un dispositif de pair-aidance peuvent être considérés comme des chantiers relativement complexes à mettre en œuvre comparés à d'autres. Il s'agira ainsi de lancer relativement tôt dans la démarche une réflexion pour s'assurer d'atteindre les objectifs dans les temps impartis.

2. La formalisation de fiches actions

L'étape suivante consiste à identifier avec une relative précision les conditions de mise en œuvre de chaque action. *A minima*, plusieurs informations seront considérées comme essentielles :

- Qui est porteur de l'action ? Quels sont les partenaires associés ?
- Quelle est la méthode retenue ? Quel est le calendrier de mise en œuvre ?
- Quels sont les livrables attendus ?

Des informations complémentaires peuvent ensuite venir nourrir utilement la fiche action :

- Quels sont les indicateurs de suivi ?
- Quels sont les conditions de réussite et les points de vigilance dans la mise en œuvre de l'action ?

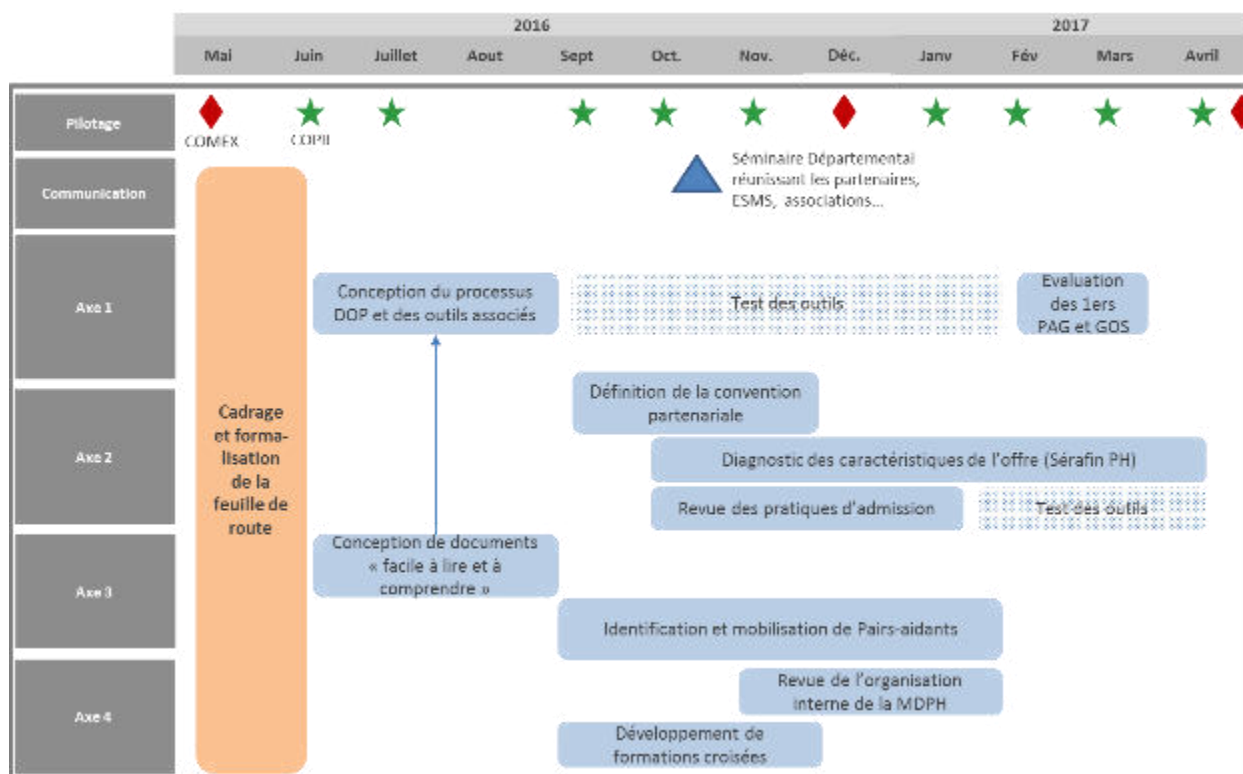
Un exemple de fiche action est présenté dans la partie Outils de ce chapitre.

2. La feuille de route

3. La formalisation du planning de déploiement de la démarche

L'ordonnement dans le temps des différentes étapes de la démarche représente un enjeu important pour sécuriser le déploiement coordonné des chantiers de chaque axe.

Le calendrier type ci-dessous a été construit à partir de l'expérience de plusieurs sites pionniers. Il constitue un exemple de feuille de route sur douze mois, permettant le lancement de l'ensemble des chantiers selon un rythme adapté.



Point de vigilance

S'assurer de la disponibilité des acteurs, notamment au sein de la MPDH, pour s'assurer du déploiement de la démarche dans les temps impartis. Au-delà de la démarche « Une réponse accompagnée pour tous », il s'agit également de tenir compte du calendrier d'autres chantiers pouvant mobiliser les professionnels, par exemple le déploiement du SI suivi des orientations.

2. La feuille de route

Retour d'expérience des territoires de la vague 1

Premier exemple de feuille de route qui intègre notamment des chantiers d'études complémentaires permettant d'affiner la connaissance des besoins et de l'offre.

I	1. Du dispositif situation critique aux PAG (plusieurs phases)
II	2. Pratiques d'admission en ESMS
	3. Diversifier et adapter les modalités d'accueils
	4. Renforcer la connaissance de l'offre et des besoins (SERAFIN)
	5. Etude usagers psychiatrie
III	6. Etude amendement Creton
	7. Etude usagers SAMSAH/SAVS
IV	8. Convention partenariale RAPT MDPH/ARS/CD/EN/CPAM/CAF
	9. Réunion d'information ESMS/associations
	10. Implication des représentants associatifs (gouvernance/actions)
	11. Développer des formations croisées
	12. Informatiser le suivi des décisions

Second exemple de feuille de route qui intègre plusieurs actions de conception du dispositif d'orientation permanent.

CHANTIER REPOSE ACCOMPAGNEE						
Nom du projet	Sous projet	Pilotage	Objectifs généraux	Objectifs opérationnels	Méthodologie	Gouvernance
Dispositif permanent d'orientation et d'accompagnement	1-Déploiement du dispositif permanent d'orientation et d'accompagnement : Territoires précurseurs	CD/MDPH	1- Améliorer et renforcer l'accompagnement des PSH tout au long de leur parcours 2-Etre en mesure d'élaborer, de suivre et de piloter des PAG dans le cadre d'une procédure spécifique.	Concevoir le scénario de mise en œuvre. Concevoir les outils . Accompagner le déploiement.	Déploiement par vagues, généralisation 01/01/18 Etape 1 : 3 territoires précurseurs Démarche commune enfant/adulte.	Groupe projet restreint Groupe projet
	2-Conception et mise en œuvre d'une gestion active et partagée des orientations et admissions : de la demande à la mise en œuvre effective	CD/ARS/MDPH	Améliorer notre visibilité sur les parcours. Etre en mesure de mieux accompagner les parcours .	Partager une procédure départementale commune d'orientation. Introduire des éléments de souplesse dans les orientations. Mettre en œuvre le nouveau SI .		Comité de suivi ad hoc
	3-Autres sous projets concourant au dispositif permanent d'orientation	CD/ARS/MDPH				Repérer les chantiers en cours et à venir : Ex. : Impact, employabilité, PCH/demande connexe, évolution EPE et CDAPH,...
Evolution des réponses		CD/ARS	Passer d'une logique de place à celle de réponse pour permettre des parcours.	Adapter la palette de réponse . Assouplir et redéfinir le cadre de travail des ESMS. Coordination des acteurs autour de la personne et entre acteurs.		
Participation des personnes en situation de handicap		Comité inter associatif/CDCPH	Mieux associer les PH.		Réunions avant et après les VS de février. Comité interassociatif : mars	

2. La feuille de route



Outils

Le tableau suivant recense quelques questions auxquelles chaque territoire peut répondre à sa façon, selon ses spécificités. L'objectif est de faire émerger des questionnements en amont de la définition de la feuille de route et de se réapproprié ainsi la démarche et les actions à mettre en œuvre. Cela doit permettre la définition de modalités de projet pragmatiques.

Aucun acteur ne disposera de la réponse à l'ensemble des questions, et ces dernières n'appellent pas toutes une réponse dès la phase de lancement du projet. La construction des réponses constitue bien entendu un travail par étape, qui doit être conduit collectivement.

Thématique		Questionnements
AXE 1		
Préparation du PAG : permet de poser les bases qui vont régir le PAG	Cadrage	Comment recueillir une demande de PAG ?
		Comment faciliter la transition entre les anciens dispositifs, notamment les commissions situations critiques, et le dispositif d'orientation permanent ?
	Définition des moyens disponibles	Quelle est l'offre existante sur le territoire ? Quelles sont les prestations disponibles ?
		Quel est l'état des listes d'attente sur le territoire ?
Évaluation des besoins	Quelle articulation est prévue avec le projet de vie tel qu'exprimé par la personne, son représentant? Quels sont les outils qui seront utilisés pour analyser les besoins des usagers dans le cadre d'un PAG ? Comment et auprès de qui peuvent être récoltées les données à prendre en compte dans l'évaluation des besoins du bénéficiaire (ex. : aidants, bénéficiaires, établissements d'origine ...)?	
Définition du PAG : permet d'établir les prestations à déployer pour répondre aux besoins de l'utilisateur et de sa famille tout en prenant en compte l'offre disponible sur le territoire	Suivi	Quelles dispositions organisationnelles mettre en place au sein de la MDPH pour assurer un suivi des PAG (cellule de tri, identification de référents du PAG...) ?
	Composition du GOS (groupe opérationnel de synthèse)	Dans quels cas les financeurs doivent-ils être présents dans le GOS (définition de critères, par exemple : complexité de la situation, modularité du parcours...) ?
		Comment mobiliser les ESMS ?
		Comment s'assurer de la présence de partenaires (Éducation nationale, ASE...) disposant du bon niveau d'habilitation en GOS ?
	Processus et contractualisation	Une procédure d'urgence de mobilisation du GOS doit-elle être mise en place?
Anticipation des risques	Quels mécanismes sont prévus pour accompagner les ESMS (temporalité rapprochée de révision du PAG...) ?	
Suivi du PAG	Suivi de la situation	Comment choisit-on le coordonnateur de parcours (exemple : parcours du bénéficiaire, criticité de la situation, solution choisie...) ?
		Est-il prévu un mécanisme de révision en urgence du PAG ?

2. La feuille de route



Outils

Chantiers	Thématique	Questionnements
AXE 2		
Contrats partenariaux	Besoins et contractualisation à engager	Quels sont les dispositifs contractuels existants à l'heure actuelle entre les partenaires concernés par le déploiement de la démarche ? Quels sont les engagements qui peuvent être pris par les différents partenaires institutionnels pour le déploiement de la démarche ?
	Suivi de la mise en œuvre	Quels sont les indicateurs de suivi du déploiement de la démarche à mettre sous contrôle ?
CPOM des établissements de santé et ESMS	Analyse de l'existant	Quels sont les CPOM existants, et quelles évaluations en sont faites ? Comment intégrer la démarche « Réponse accompagnée » au sein des CPOM d'établissements sanitaires ?
	Amélioration des CPOM existants	Comment intégrer les objectifs d'adaptation de l'offre et de qualité des réponses personnalisées dans les CPOM ? Comment prendre en compte les démarches d'amélioration continue de la qualité dans la contractualisation ?
	Suivi des CPOM	Quels indicateurs mettre en place pour faciliter le suivi et l'évaluation des CPOM ?
Coordination territoriale	Analyse de l'existant	Quels sont les outils et dispositifs de coordination existants ? Quel est le niveau d'intégration des dispositifs personnes handicapées et des dispositifs personnes âgées au niveau du territoire ?
	Démarches de mobilisation et capitalisation entre les acteurs à renforcer	Comment faciliter la capitalisation et le partage des outils et pratiques pour une démarche territoriale structurée dans chaque territoire ?
	Outils de coordination à renforcer	Comment articuler les dispositifs de coordination inscrits dans le projet de loi de modernisation de notre système de santé (exemple : futures plateformes territoriales d'appui) avec les dispositifs de la réponse accompagnée ? Comment prendre en compte le déploiement d'un outil de gestion des orientations et listes d'attente (ARS-conseil départemental-MDPH-ESMS) ? Comment favoriser la cohérence entre dispositifs à destination des personnes âgées et la démarche à l'échelle du territoire ?
Partage et échanges d'informations	Capitalisation de l'existant	Comment organiser le partage d'expériences et la mise à disposition d'outils existants pour répondre aux besoins ?
	Mise à disposition d'informations partagées	Comment créer les conditions d'un partage, validé par l'utilisateur, d'informations de qualité entre professionnels (ESMS, éducation nationale,...) ?
	Évolution des outils	Comment intégrer le référentiel SERAFIN-PH dans les pratiques quotidiennes de la MDPH ?
Évolution de l'offre	Évolution du système de partage d'informations	Comment assurer un suivi en temps réel des orientations de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) ?
	Connaissance de l'offre existante	Comment améliorer la connaissance de l'offre au niveau territorial (ex. : centre ressource, centre expert, déploiement du Répertoire opérationnel des ressources – ROR...) ?
	Amélioration continue de l'offre et des solutions proposées (urgence et long terme)	Comment décliner à l'échelle territoriale la stratégie de transformation de l'offre médico-sociale en lien avec la circulaire n° DGCS/3B/2017/148 du 2 mai 2017 ? Comment favoriser la conception et le déploiement de réponses « de transition » ? Comment favoriser le recours à l'hébergement d'urgence et à l'hébergement temporaire ?

2. La feuille de route



Outils

Chantiers	Questionnements
AXE 3	
Renforcer la présence des associations représentants les personnes dans les lieux d'élaboration des décisions	Dans quelles instances les associations doivent-elles pouvoir contribuer à la prise de décisions ?
Développer l'expertise d'usage	Comment préparer au mieux les formations ? Quelle formation / Sélection des formateurs ? Quelle définition d'un référentiel de connaissances et de formation ?
	Comment choisir et recenser les personnes à former ?
Faciliter l'accompagnement par les pairs	Quel modèle économique pour accompagner le développement de l'expertise d'usage (rémunération, contrepartie...) ?
	Quel profil pour les pair-aidants et comment identifier les personnes concernées susceptibles d'entrer dans la démarche ?
	Quel modèle économique pour accompagner le développement de l'accompagnement par les pairs (rémunération, contrepartie...) ?
AXE 4	
Simplifier les tâches administratives des MDPH à faible valeur ajoutée pour les usagers	Comment mesurer l'impact des mesures de simplification ?
	Comment estimer les gains générés suite à la mise en place des mesures de simplification ?
Outiller les MDPH d'un système d'information permettant de suivre les orientations	Comment favoriser le déploiement du système d'information départemental ou régional partagé ?
Accompagner au changement les MDPH	Un autodiagnostic du fonctionnement des MDPH a-t-il été engagé ?
	Comment utiliser le levier que peut représenter le « référentiel de mission » pour organiser la MDPH dans le cadre de la mise en œuvre du projet « Une réponse accompagnée » ?
Accompagner au changement les partenaires de la MDPH	Comment favoriser le changement de pratique des partenaires institutionnels pour permettre la bonne prise en compte des principes de la démarche dans leurs pratiques quotidiennes ?
	Quel dispositif de communication (séminaire périodique, <i>newsletter</i> ...) mettre en place pour leur permettre de suivre l'avancée de la démarche sur le territoire ?
Favoriser les dispositifs de formations croisées	Comment organiser la mise en place de formations croisées interinstitutions ? Quels modes de financement pour favoriser leur déploiement ?
Développer la recherche-action en matière de handicap complexe, élaborer et diffuser des bonnes pratiques	Des dispositifs de partage des retours d'expérience sont-ils mis en place pour favoriser le développement d'un référentiel des pratiques ?

2. La feuille de route



Outils

La fiche action ci-dessous permet de décliner pour chaque action validée dans la feuille de route les modalités opérationnelles de mise en œuvre. L'identification du responsable de l'action et des délais de mise en œuvre sont essentiels pour permettre un suivi des engagements de chaque acteur.

Les fiches action pourront être élaborées par les chargés de mission Réponse accompagnée des différentes instances, en fonction des pilotes identifiés sur chaque axe et chantier, puis validées par les instances de gouvernance opérationnelles.

Sont présentées en italique les informations apportées par un site pionnier de la vague 1.

[Intitulé de l'action] Définition du GOS et méthode d'élaboration d'un PAG	
Objectif(s) de l'action	Responsable(s)
<ul style="list-style-type: none"> Construire avec les acteurs le processus de définition des besoins d'une personne en situation complexe et/ou critique et/ou précritique 	<ul style="list-style-type: none"> MDPH
Priorités d'élaboration	
<ul style="list-style-type: none"> Les publics prioritaires pour l'élaboration d'un PAG 	
Modalités de mise en œuvre (descriptif/étapes clés)	Partenaire(s)
<ul style="list-style-type: none"> Mise en place d'un groupe de travail chargé de : <ul style="list-style-type: none"> Définir les critères et modalités de convocation d'un GOS <ul style="list-style-type: none"> Distinction ou pas GOS « besoins »/GOS élaboration de PAG Définir le livrable d'un GOS « besoins » et modalités de validation de cette évaluation partagée, utilisation des nomenclatures SERAFIN-PH Définir les modalités d'élaboration du PAG : utilisation ou pas du PAG type CNSA 	<ul style="list-style-type: none"> ESMS/ARS/département/Éducation nationale/MDPH
	Moyens estimés (financiers/techniques) et sources de financement possibles
	<ul style="list-style-type: none"> Trois réunions : problématisation et retour d'expérience des premiers GOS, construction des outils et processus, validation/définition de la communication
Facteurs clés de succès	Échéances/délais
<ul style="list-style-type: none"> Participation des acteurs à la construction de ce processus, communication adaptée pour une appropriation plus étendue. 	<ul style="list-style-type: none"> Second semestre 2016

2. La feuille de route



Outils

Le tableau ci-dessous sert de base à la mise en place d'un système de suivi de la montée en charge du dispositif et plus largement de la démarche et d'évaluation des premiers résultats obtenus suite au déploiement de la feuille de route.

Thématique	Questionnement	Indicateurs/Remontées d'informations/Contrôles à mettre en œuvre
Niveau d'atteinte de la cible	• Le dispositif est-il mis en place dans les délais ?	<i>Ex. : respect des délais définis au préalable (renégociation des CPOM, déploiement d'un outil...)</i>
	• Les systèmes d'information ou fichiers partagés sont-ils mis en conformité avec le nouveau dispositif ?	<i>Ex. : élaboration d'une liste de l'ensemble des systèmes ou fichiers à faire évoluer, répartition des tâches et élaboration d'un calendrier</i>
	• Comment assurer la continuité et la qualité de service dans le nouveau dispositif ?	<i>Ex. : formation progressive de l'ensemble des agents aux nouveaux dispositifs, transformation de la commission des situations critiques</i>
Respect de la trajectoire	• Les actions définies sont-elles réalisées ?	<i>Ex. : atteinte des objectifs définis (nombre de GOS réunis, signature d'une convention territoriale...)</i>
	• Le rétroplanning est-il respecté ?	<i>Ex. : respect des grandes étapes définies (présentation aux partenaires, organisation de groupes de travail...)</i>
	• La communication à l'égard des acteurs est-elle satisfaisante ?	<i>Ex. : nombre et diversité des actions de communication mises en œuvre à destination des différents acteurs (agents des institutions, partenaires, usagers...)</i>
	• Le personnel de la MDPH, mais également ses principaux partenaires institutionnels ont-ils été formés ?	<i>Ex. : nombre de sessions de formation organisées, pourcentage des agents ayant fait l'objet d'une formation, ayant reçu une plaquette d'information</i>
Disponibilité des ressources	• Les besoins de gestion du dispositif de la MDPH ont-ils été estimés et analysés ?	<i>Ex. : suivi et analyse des temps d'élaboration d'un PAG</i>
	• Les moyens (humains, financiers...) nécessaires à la mise en place du dispositif ont-ils été dégagés à hauteur des enjeux identifiés ?	<i>Ex. : analyse des besoins puis recrutement d'un chargé de mission, organisation d'un ou plusieurs temps dédiés parmi les agents, recours à une prestation extérieure</i>
Adhésion des acteurs	• Les différents acteurs adhèrent-ils à la démarche et se sont-ils appropriés le dispositif ?	<i>Ex. : participation au pilotage de la démarche, contenu des saisies de la MDPH pour des situations individuelles</i>
	• Sont-ils mobilisés dans la mise en œuvre du dispositif ?	<i>Ex. : part d'acteurs présents/acteurs convoqués en GOS, en groupes de travail</i>
Environnement	• Les relations entre les acteurs sont-elles favorables ?	<i>Ex. : coopérations existantes, co-construction de projets innovants, bon fonctionnement des dispositifs en place</i>
	• Entre les différentes institutions (MDPH, ARS, conseil départemental, rectorat, caisses d'allocations) ?	<i>Ex. : pilotage conjoint des différents chantiers, fréquence et contenu des échanges, engagement d'un dialogue autour des objectifs de la convention territoriale</i>
	• Entre les institutions et leurs partenaires (associations, établissements) ?	<i>Ex. : échanges d'informations réguliers, partage des objectifs de la démarche</i>

2. La feuille de route



Outils

Le tableau ci-dessous recense des indicateurs élaborés par la CNSA en lien avec les sites pionniers de la vague 1 de déploiement. Ils peuvent servir à évaluer l'avancement de la démarche, sur l'ensemble des chantiers et axes. Ce ne sont pas des indicateurs validés nationalement mais des exemples d'indicateurs que chaque territoire peut utiliser, s'il le souhaite, pour suivre le déploiement de la démarche sur le terrain. Ces propositions peuvent également être adaptées en fonction du contexte de chaque territoire. Comme pour toute démarche évaluation, des compléments qualitatifs sont à prévoir. Un travail de définition d'indicateurs socle au niveau national sera par ailleurs conduit prochainement.

Information recherchée	Indicateurs	Périodicité	Mode de calcul	Source d'info	Commentaires
Cadrage					
Rythme de mise en œuvre de la démarche	Date de la COMEX de lancement	1 fois	Date de la COMEX de lancement		
Publics prioritaires	Description des publics-cibles	À définir en comex	Description des publics-cibles		
Description des PAG	Nombre de PAG	Trimestrielle	Nombre de PAG initiés/Nombre de PAG aboutis	MDPH	
	Nombre de PAG par priorité d'élaboration	Trimestrielle		MDPH	
Conventions	Avancement du conventionnement	Trimestrielle	Convention prévue : O/N Convention signée O/N	ARS	
AXE 1					
Appropriation du PAG par les usagers	Proportion de PAG issus d'une demande de l'utilisateur	Trimestrielle	Nombre de PAG à la demande des usagers/Nombre de PAG initiés	MDPH	
	Proportion des propositions d'élaboration d'un PAG refusées par la personne handicapée ou sa famille	Semestrielle	Nombre de propositions d'élaboration d'un PAG refusées par la personne ou sa famille/Nombre de proposition d'élaboration de PAG	MDPH	Définition de "refus" : refus après une 1ère proposition formelle
Appréciation de la coordination entre acteurs	Proportion des PAG qui impliquent une solution modulaire	Semestrielle	Nombre de PAG impliquant une solution modulaire/Nombre total de PAG	MDPH	Définition de "modulaire" : plusieurs interventions combinées
Appropriation de la mobilisation sur le territoire	Proportion des PAG qui impliquent le recours à une solution sanitaire	Semestrielle	Nombre de PAG impliquant une solution sanitaire/Nombre total de PAG	MDPH	
	Proportion des PAG qui impliquent le recours au milieu scolaire	Semestrielle	Nombre de PAG impliquant une solution en milieu scolaire ordinaire/Nombre total de PAG	MDPH	
	Proportion des ESMS engagés dans un PAG	Semestrielle	Nombre d'ESMS engagés dans au moins un PAG/nombre ESMS sur territoire	MDPH	

2. La feuille de route

Outils



Information recherchée	Indicateurs	Périodicité	Mode de calcul	Source d'info	Commentaires
AXE 1					
Fluidité du processus d'élaboration	PAG élaborés sans réunion physique du GOS	Semestrielle	Nombre de PAG sans GOS/Nombre total de PAG	MDPH	
	Temps moyen d'élaboration d'un PAG	Semestrielle	Somme des temps d'élaboration (nombre de jours) de l'ensemble des PAG/Nombre total de PAG	MDPH	Définition du "nombre de jours" : délai entre la demande et la réponse
	Part des usagers satisfaits du processus d'élaboration	Annuelle	Nombre d'usagers satisfaits/Nombre d'usagers ayant répondu à l'enquête	Enquête	
Suivi du PAG	Proportion des PAG effectivement mis en œuvre	Semestrielle	Nombre de PAG effectivement mis en œuvre/Nombre total de PAG	MDPH	Etayer avec des aspects qualitatifs: raisons de non mise en œuvre?
	Proportion des PAG revus avant la date d'échéance prévue	Annuelle	Nombre de PAG revus avant la date d'échéance prévue/Nombre total de PAG	MDPH	
	Proportion de demandes	Semestrielle	Nombre de PAG initiés / Nombre total de demandes de PAG	MDPH	
AXE 2					
Implication des acteurs	Part des présents au GOS sans financeur	Semestrielle	Nombre d'institutions présentes au GOS sans financeur/Nombre d'institutions invitées	MDPH	
	Part des présents au GOS avec financeurs	Semestrielle	Nombre d'institutions présentes au GOS avec financeurs/Nombre d'institutions invitées	MDPH	
Lien avec les CPOM des ESMS	Part des ESMS dont le CPOM intègre la réponse accompagnée pour tous	Semestrielle	Nombre d'ESMS dont le CPOM intègre la réponse accompagnée pour tous /Nombre total d'ESMS sous CPOM	ARS / CD	
Partage de l'information	Quel outil pour le suivi des orientations?	Annuelle	1. Excel/logiciel éditeur 2. Travail non prévu/prévu/en cours/terminé	MDPH	
	Niveau d'effectivité du transfert d'information à la MDPH prévu par le décret du 9 février 2017	Annuelle	Part des catégories d'information effectivement transmises / total des catégories d'information prévues d'être transmises par le décret	MDPH	
	L'outil en question permet -il de suivre à la fois les orientations cibles et les alternatives élaborées dans le cadre de PAG?	Annuelle	O/N	MDPH	
Echange de l'information au-delà du territoire	Nombre de PAG faisant appel à une solution en dehors du territoire	Semestrielle	Nombre de PAG faisant appel à une solution en dehors du territoire / nombre total de PAG	MDPH	

2. La feuille de route



Outils

Information recherchée	Indicateurs	Périodicité	Mode de calcul	Source d'information
AXE 2				
Evolution de l'offre	Part des ESMS dont les activités ont évolué	Annuelle	Nombre d'ESMS dont l'offre a évolué au cours de l'année/Nombre total d'ESMS du territoire	ARS
Besoins non satisfaits	Nombre de personnes inscrites sur liste d'attente pour un ou plusieurs ESMS	Semestrielle	Nombre de personnes en attente d'une place en ESMS	MDPH
AXE 3				
Mise en place de formations intégrant une expertise d'usage	Nombre de formation intégrant une expertise d'usage	Semestrielle	Nombre de formation à destination des experts d'usage organisée Nombre d'experts d'usage formés Nombre de formations assurées pour tout ou partie par des experts d'usage	MDPH
Implication des pairs dans les formations	Nombre de formations impliquant la participation de Pairs	Semestrielle	Nombre de formation à destination des pairs organisées Nombre de pairs formés Nombre de formations assurées par des pairs organisées	MDPH
Implication des pairs dans les ESMS	Nombre d'ESMS ayant mis en place des programmes d'accompagnement ou de coaching par les pairs	Semestrielle	Nombre d'ESMS ayant mis en place des programmes d'accompagnement ou de coaching par les pairs/Nombre d'ESMS	ARS
Implication des personnes handicapées dans la prise de décision	Mise en place d'instances spécifiques de consultation des usagers	Semestrielle	O/N	MDPH

2. La feuille de route



Outils

Information recherchée	Indicateurs	Périodicité	Mode de calcul	Source d'information
AXE 4				
Mise en œuvre d'une démarche de simplification	Mise en œuvre de mesures de simplifications	Semestrielle	O/N	MDPH
Mise en place de formations à destination des professionnels	Nombre de professionnels MDPH ayant suivi une formation liée à la RAPT	Semestrielle	Nombre de professionnels MDPH ayant suivi une formation liée à la RAPT	MDPH
	Nombre d'aidants ayant suivi une formation liée à la RAPT	Semestrielle	Nombre d'aidant ayant suivis une formation liée à la RAPT	MDPH
	Nombre de réunions de formation/information destinées aux équipes dans les ESMS sur la RAPT	Annuelle	Nombre de réunions recensées	MDPH
	Nombre de personnes handicapées ayant suivi une formation liée à la RAPT	Semestrielle	Nombre de personnes handicapées ayant suivi une formation liée à la RAPT	MDPH
Développement des formations à destination des aidants	Nombre d'aidants ayant participé à une formation relative aux handicaps rares	Semestrielle	Nombre d'aidants ayant participé à une formation relative aux handicaps rares	MDPH
	Nombre d'aidants ayant participé à une formation relative à l'autisme	Semestrielle	Nombre d'aidants ayant participé à une formation relative à l'autisme	MDPH
	Nombre d'aidants ayant participé à une autre formation sur une thématique en lien avec le projet RAPT	Semestrielle	Nombre d'aidants ayant participé à une autre formation sur une thématique en lien avec le projet RAPT	MDPH
Développement des formations croisées	Nombre de personnes ayant participé à une formation croisée	Semestrielle	Nombre de formations croisées organisées Nombre de personnes ayant participé à une formation croisée	MDPH

3. Le périmètre de montée en charge

Contexte

L'article 89 de la loi de modernisation de notre système de santé dispose qu'un PAG doit être élaboré lorsque l'utilisateur ou sa famille le demande. Cependant, dans le cadre d'une montée en charge progressive du dispositif d'orientation permanent, les sites pionniers des vagues 1, 2 et 3 peuvent :

- **Définir des priorités d'élaboration** formalisées dans une délibération de la COMEX ;
- **Définir une date de mise en œuvre pleine et entière du dispositif d'orientation permanent**, qui devra intervenir au plus tard le 31 décembre 2017. Le dispositif sera alors applicable à toute personne le souhaitant.

En cas de demande de PAG formulée par l'utilisateur ou sa famille, en dehors des priorités d'élaboration définies, il est possible d'informer l'utilisateur et la famille de la démarche de priorisation et des raisons pour lesquelles la réponse à la demande sous la forme de PAG n'est pas considérée comme prioritaire. Au-delà de l'information, le but est d'instaurer un véritable dialogue sur le besoin exprimé et les différentes possibilités d'y répondre. Si la personne maintient une demande de PAG, l'article 89 de la loi de modernisation de notre système de santé s'applique.

Objectifs

La définition de priorités d'élaboration permet au territoire de tester les procédures et les outils définis dans le cadre du dispositif d'orientation permanent sur un public restreint. L'objectif consiste ainsi à améliorer progressivement ces procédures et outils avant la généralisation à l'ensemble du public.

Il est toutefois conseillé de définir des priorités d'élaboration, qui devront cependant être assez larges pour :

- Permettre de tester les procédures et outils sur une vaste palette de situations, des plus aisées à résoudre aux plus complexes ;
- Permettre de tester la capacité de la MDPH à traiter un certain nombre de demandes en parallèle et préfigurer ainsi la mise en routine du dispositif d'orientation permanent.

Acteurs clés

Les membres du comité technique contribuent à la définition des priorités d'élaboration.

La COMEX de la MDPH doit valider les priorités d'élaboration.

3. Le périmètre de montée en charge

Les territoires pionniers ont défini un **périmètre de montée en charge** leur permettant de s'organiser pour la mise en œuvre de la démarche. Ce périmètre a été **validé par la COMEX de la MDPH** du territoire concerné. Ainsi que l'explique le chapitre suivant, ce périmètre n'exclut pas la réponse aux demande d'élaboration de PAG par des personnes dont la situation ne correspond pas au périmètre.



Retour d'expérience des territoires de la vague 1

Sur les vingt-quatre territoires pionniers de la première vague de déploiement, vingt-deux ont fait le choix de définir des priorités d'élaboration.

Voici quelques exemples de priorités retenues par les sites pionniers :

- Situations « critiques » au sens de la circulaire du 22 novembre 2013 : situations dont la complexité génère pour les personnes concernées des ruptures de parcours (retours en famille non souhaités et non préparés, exclusion d'établissement, refus d'admission en établissement) et dans lesquelles l'intégrité, la sécurité de la personne et/ou de sa famille sont mises en cause ;
- Orientation vers une structure qui n'existe pas sur le territoire ;
- Orientation vers une structure notoirement « embolisée » ;
- Risque de rupture de parcours (déscolarisation, parents vieillissants, rupture familiale, sortie de structures sociales, médico-sociales et sanitaires, épuisement de l'aidant) ;
- Prise en charge non adéquate au long cours (notamment dans le sanitaire) ;
- Facteurs de fragilité (isolement, précarité) ;
- Problématique aide sociale à l'enfance – ASE/protection judiciaire de la jeunesse – PJJ ;
- Complexité de l'élaboration et de la mise en œuvre de la réponse (séquençage, modularité, technicité, besoin d'accompagnement) ;
- Refus d'admissions/échecs répétés de prise en charge

Un site pionnier a par ailleurs fait le choix de définir des **territoires infra-départementaux prioritaires** au sein desquels l'ensemble des publics concernés pouvait soumettre une demande de PAG plutôt que des publics prioritaires.

Bonne pratique

Intégrer les situations « critiques », au sens de la circulaire du 22 novembre 2013, dans le périmètre de montée en charge afin d'amorcer la transformation de la commission départementale de gestion des situations critiques et son intégration dans la démarche.

3. Le périmètre de montée en charge



Retour d'expérience des territoires de la vague 1 n'ayant pas défini de priorités d'élaboration

Le contexte

Les territoires concernés sont des départements de taille intermédiaire, plus de 750 000 habitants pour le premier et environ 500 000 habitants pour le second. Par ailleurs, ces deux territoires ont choisi de ne pas définir de priorités d'élaboration afin de travailler dès l'année 2016 sur un volume de dossiers correspondant au volume cible post-1^{er} janvier 2018 et de mettre ainsi directement les services de la MDPH et ses partenaires en situation. Il convient également de noter qu'aucun des deux territoires n'a opéré dans un premier temps de communication spécifique auprès des usagers potentiellement concernés si ce n'est l'envoi d'un courrier d'information aux bénéficiaires d'une décision d'orientation CDAPH.

Les conditions de mise en œuvre

Les deux territoires concernés s'étaient déjà inscrits, en amont du déploiement de la démarche « Réponse accompagnée », dans le déploiement de dispositifs relativement proches des principes du dispositif d'orientation permanent. Ainsi, dans le premier territoire, les bénéficiaires d'une décision d'orientation de la CDAPH pouvaient faire l'objet dans la pratique de deux décisions distinctes, la seconde orientation tenant compte de la réalité de l'offre du territoire. **Dans le second territoire**, un travail important de suivi des orientations avait été fait suite au déploiement d'un logiciel dédié, la MDPH prenant systématiquement contact avec les usagers bénéficiaires d'orientations non mises en œuvre par le biais d'une équipe dédiée à la recherche de solutions alternatives.

Les résultats obtenus

Pour les deux territoires concernés, il n'a pas été constaté un niveau de sollicitation supérieur aux autres territoires. Ainsi, pour le premier territoire, un total de vingt-quatre groupes opérationnels de synthèse ont été organisés sur les neuf premiers mois de déploiement du dispositif d'orientation permanent. **Pour le second territoire**, une centaine de situations potentiellement concernées par la mise en œuvre du dispositif d'orientation permanent ont été identifiées au moment du lancement opérationnel de la démarche en septembre 2016. Sur les six premiers mois de déploiement, environ quarante situations ont nécessité l'organisation d'un ou plusieurs GOS.

3. Le périmètre de montée en charge



Outils

La grille suivante a été utilisée par un site pionnier pour définir les modalités de réponse entraînant un PAG durant la phase de montée en charge de la démarche.

Critère de recevabilité n° 1 :

- La personne concernée doit être en situation de handicap reconnue par la CDAPH, évaluée par l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation (EPE) de la MDPH et sans solution.

Critère de recevabilité n° 2 (non cumulatif) :

- Situation présentant un risque ou constat de rupture de parcours :
 - Déscolarisation,
 - Refus des accompagnements pouvant aller jusqu'à l'arrêt de la prise en charge,
 - Maintien par défaut,
 - Transition dans l'accompagnement du secteur enfant vers le secteur adulte,
 - Transition du secteur sanitaire au secteur médico-social (sortie d'hospitalisation),
 - Accompagnement des personnes handicapées vieillissantes en établissement médico-social (réorientation du fait de l'âge, difficultés d'accompagnement du fait de la déficience et de l'apparition de la dépendance liée à l'âge...),
 - Inadaptation de l'accompagnement à l'évolution de la pathologie de la personne (besoin de soins, médicalisation...);
- Situation présentant une complexité particulière :
 - Handicaps rares,
 - Refus d'aides ou de soins,
 - Épuisement des aidants et des professionnels,
 - Soins importants ou hospitalisations récurrentes,
 - Multiplicité des accompagnements (ASE, médico-social, sanitaire, PJJ...);
- Situation présentant une inadéquation de la réponse préconisée et de l'offre du territoire :
 - Personnes inscrites sur liste d'attente dans un établissement ou service médico-social,
 - Inadéquation ou absence de réponse sur le territoire (déficiences visuelles, auditives, isolement géographique...).

L e p i l o t a g e

Les points clés

Trois étapes clés jalonnent le début de la démarche et doivent être réalisées collectivement par les acteurs en charge de son pilotage :

1. **La définition du système de gouvernance** : répartition des rôles et des responsabilités entre les acteurs participant au déploiement de la démarche « Une réponse accompagnée pour tous »
2. L'élaboration et la validation de **la feuille de route de déploiement**
3. La définition et la validation en COMEX du **périmètre de montée en charge**

Un pilotage de projet efficace repose sur une bonne définition du projet (feuille de route et déclinaison en actions/chantiers opérationnels) et sur un suivi organisé et régulier de son avancement au sein des différentes instances de pilotage.

Définir un périmètre de montée en charge suffisamment large pour tester un ensemble diversifié de situations permettant d'anticiper sereinement l'application pleine et entière des principes de l'article 89 de la loi de modernisation de notre système de santé.

Les points de vigilance

La maison départementale des personnes handicapées, l'agence régionale de santé, le conseil départemental, l'Éducation nationale et la CPAM sont des **partenaires incontournables** dans le dispositif de pilotage. Ces derniers doivent à ce titre être impliqués de façon équilibrée sur les différents chantiers. D'autres partenaires tels que les associations représentatives de personnes en situation de handicap, des établissements et services, d'autres organismes de sécurité sociale (la CAF), les DIRECCTE et les DRJCS doivent également être impliqués dans le projet (instances de pilotage, groupes de travail) et associées à la mise en œuvre des différents chantiers.

Des situations ont pu être collectivement identifiées comme prioritaires dans l'élaboration des PAG. Sachant que les PAG peuvent être élaborés à la demande des personnes à partir du 1^{er} janvier 2018, il est possible que la situation d'une personne demandant un PAG ne s'inscrive pas dans ces priorités. Une réponse lui sera apportée, et la solution à laquelle elle adhérera ne sera pas forcément formalisée par un PAG. Ces situations dites « priorités d'élaboration » font l'objet d'un partage sur le territoire et reflètent en cela la connaissance partagée des risques de ruptures de parcours : elles permettent d'organiser le travail d'élaboration de réponses.

Le pilotage de la démarche doit intégrer la logique des trois C :

- Copilotage
- Co-construction
- Coopération

Axe 1

Construire et expérimenter le dispositif d'orientation permanent

Le premier axe de la démarche « Une réponse accompagnée pour tous » pose les principes de la conception et du déploiement du dispositif d'orientation permanent. L'article 89 de la loi de modernisation de notre système de santé fait évoluer en effet le mécanisme d'orientation mis en œuvre jusqu'à présent par les MDPH. Il prévoit que la MDPH formule, si besoin une réponse alternative à l'orientation initialement notifiée, cette réponse alternative étant construite en fonction des possibilités et disponibilités de l'offre territoriale (et pas que départementale). Cette réponse est formalisée dans un **plan d'accompagnement global**.

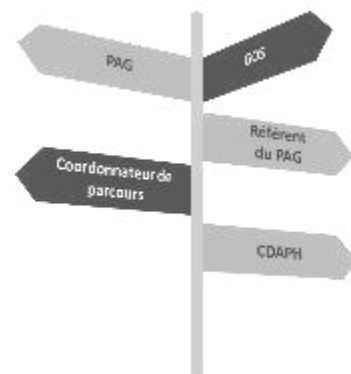
Lorsqu'une décision d'orientation cible faite à une personne handicapée ne peut pas être mise en œuvre immédiatement, parce qu'elle n'est pas disponible ou que l'orientation antérieurement prise n'est plus adaptée pour prendre en compte l'ensemble des besoins de la personne ou que la situation que rencontre la personne présente une complexité particulière (réponse modulaire nécessitant l'articulation de différents intervenants), le plan personnalisé de compensation (PPC) est complété par un plan d'accompagnement global (PAG). L'objectif est de prévenir tout risque de rupture dans l'accompagnement.

Ce plan est préparé, avec l'accord et l'implication de la personne handicapée ou de son représentant, par le **réfèrent d'élaboration du PAG** (l'intitulé de la mission varie) – généralement issu de l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH – en lien étroit avec les professionnels de terrain concernés par la mise en œuvre de la solution, voire, lorsque c'est nécessaire, les partenaires institutionnels en charge de son financement. Il peut comporter diverses mesures d'accompagnement, telles que des interventions thérapeutiques, éducatives, d'insertion professionnelle ou sociale, d'aide aux aidants...

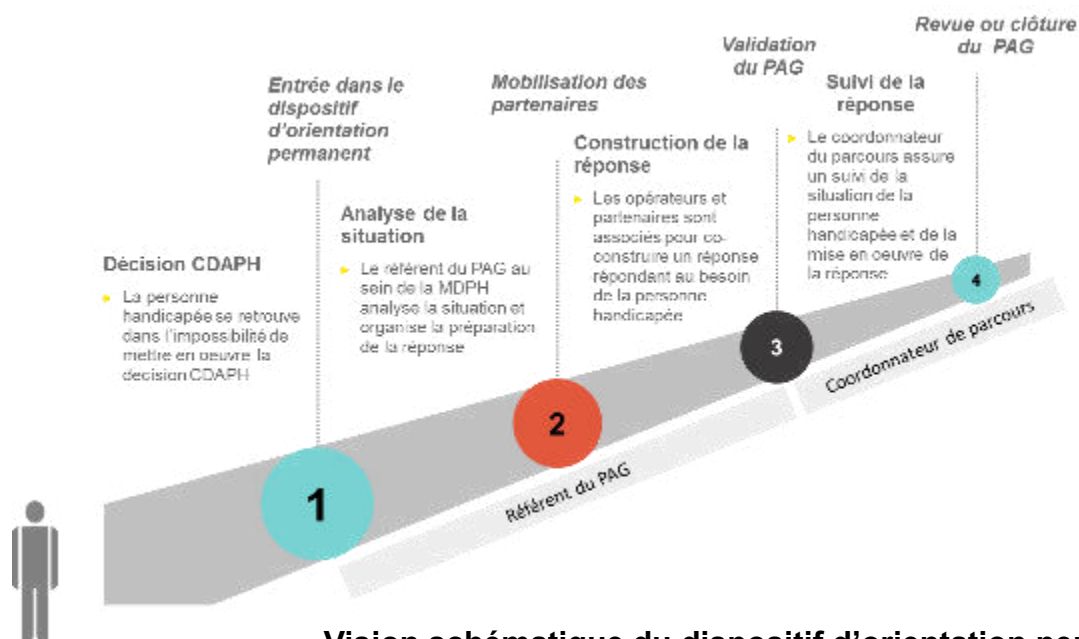
Le plan d'accompagnement global s'appuie ainsi sur l'engagement préalable des établissements, services et professionnels mobilisés pour sa co-construction et sa mise en œuvre, mais également sur l'engagement de la personne et de ses représentants dont la participation active à la construction du PAG doit systématiquement être recherchée.

Si la définition des mesures d'accompagnement le nécessite, le directeur de la MDPH convoque un **groupe opérationnel de synthèse (GOS)**. Il se compose de la personne elle-même ou de son représentant et des professionnels susceptibles d'accompagner et si besoin de l'accueillir.

Le suivi de la mise en œuvre du contenu du PAG est enfin assuré par un **coordonnateur de parcours** en charge d'assurer aussi le suivi de son adéquation avec la situation de la personne qui peut également évoluer au fil du temps.



Axe 1



Vision schématique du dispositif d'orientation permanent

Le second chapitre a pour objectif de poser les principes du dispositif d'orientation permanent à travers plus particulièrement :

- **La conception et le processus du dispositif d'orientation permanent** : Comment permettre à la MDPH de mettre en œuvre des plans d'accompagnement global dans le respect des principes de l'article 89 de la loi de modernisation de notre système de santé, mais également de la philosophie du rapport Piveteau ?
- **Les modalités d'intervention des différents acteurs mobilisés** : Comment s'assurer que la personne handicapée est bien au cœur du dispositif ? Comment favoriser l'implication de l'ensemble des acteurs autour de la résolution de situations individuelles potentiellement complexes ? Comment favoriser le déploiement des nouvelles fonctions que sont le référent du PAG au sein de la MDPH et le coordonnateur de parcours ?

1. Le processus du dispositif d'orientation permanent

Contexte

La loi de modernisation de notre système de santé introduit un nouveau droit : la possibilité pour l'usager de demander l'élaboration d'un plan d'accompagnement global (PAG) lorsqu'une décision d'orientation ne peut être mise en œuvre. Cela suppose de construire un ensemble de procédures ou d'adapter les circuits de traitement des demandes qui permettent à la MDPH d'apporter une réponse à l'ensemble des demandes émanant potentiellement des usagers, des partenaires ou sur la base d'une proposition de l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH, en coordination avec les professionnels du territoire.

Dans le cadre de la montée en charge de la démarche « Une réponse accompagnée pour tous » des priorités d'élaboration ont pu être définies et validées par la COMEX de la MDPH. Dans le cadre de l'application de l'article 89 telle que prévue au plus tard à partir du 1^{er} janvier 2018 la définition de priorités d'élaboration est possible pour les PAG dont l'élaboration est proposée par l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH.

Objectifs

La définition de la procédure d'élaboration d'un PAG et du rôle de chaque acteur à chaque étape de la procédure – depuis la réception de la demande d'élaboration d'un PAG jusqu'à la validation du PAG et à la mise en route de son suivi – doit permettre :

- De garantir la prise en compte de la parole de la personne ou son représentant
- D'apporter une réponse individualisée à l'usager tout en veillant à optimiser le temps consacré par l'ensemble des partenaires mobilisés à la construction de chaque PAG ;
- Aux agents de la MDPH d'absorber la charge de travail induite par le flux de demandes de PAG en complément de leurs autres missions ;
- De mobiliser les professionnels du territoire, dont les établissements et services médico-sociaux et sanitaires, les enseignants référents de l'Éducation nationale, voire les financeurs et professionnels de la protection sociale (CPAM, éventuellement CAF...), dans la construction des solutions.

La formalisation des procédures liées au dispositif d'orientation permanent doit intégrer une certaine souplesse pour permettre d'adapter la procédure d'élaboration du PAG au niveau de complexité de la situation. Ainsi, apporter une réponse à certaines situations peu complexes ne nécessite pas forcément l'organisation d'un groupe opérationnel de synthèse (GOS).

1 Le processus du dispositif d'orientation permanent

Acteurs clés

La MDPH est l'acteur principal de ce dispositif, elle reçoit et instruit les demandes d'élaboration d'un PAG et orchestre la mobilisation des acteurs nécessaires à la construction de solutions.

Les établissements et services médico-sociaux et sanitaires, l'Éducation nationale et les autres partenaires potentiels participent à la construction de solutions au travers notamment de leur participation aux GOS, auxquels ils sont convoqués par la MDPH. Il est donc nécessaire de cibler les acteurs pertinents à convier au GOS.

L'agence régionale de santé et le conseil départemental sont associés à la construction de solutions pour certaines situations, au sein des GOS avec autorités de contrôle et de tarification de même que les acteurs de la protection sociale (CPAM, éventuellement CAF...). Dans certains territoires, des principes de dérogation encadrés (en lien avec l'axe 2) ont pu être définis pour apporter plus de souplesse et de réactivité au dispositif, limitant par là même le niveau d'intervention des partenaires institutionnels dans la gestion des situations individuelles. La participation des autorités de contrôle et de tarification n'a pas lieu que dans le cadre de GOS.

Modalités de déploiement

Il convient au préalable de rappeler que le processus d'orientation a pour but d'accompagner le parcours des personnes en situation de handicap à travers de nouvelles modalités de travail au sein des maisons départementales des personnes handicapées, en collaboration étroite avec d'autres acteurs du territoire. L'article 89 de la loi de modernisation de notre système de santé pose à ce titre certaines règles qui devront être respectées. Pour le reste, chaque territoire doit être à même de définir l'organisation permettant, dans le respect de ces principes, de répondre au mieux aux besoins des personnes handicapées au regard des habitudes de travail de la MDPH et de ses partenaires. Des exemples de procédures issues de l'expérience des vingt-quatre territoires pionniers sont à ce titre présentés dans les pages suivantes.

Les règles définies par l'article 89 de la loi de modernisation de notre système de santé

- Le plan d'accompagnement global ne peut être construit sans la participation active de la personne ou de son représentant légal. Il y est désigné un coordonnateur de parcours.
- Le PAG identifie nominativement les opérateurs qui participeront à la mise en œuvre de la réponse co-construite.
- Les groupes opérationnels de synthèse sont organisés à l'initiative de la MDPH qui réunit la personne concernée et les professionnels et les institutions ou services susceptibles d'intervenir dans la mise en œuvre du plan.
- Les décisions relatives au plan d'accompagnement global ne sont valables qu'après accord exprès de l'ensemble des parties prenantes, dont la personne handicapée ou son représentant légal.

1. Le processus du dispositif d'orientation permanent

Modalités de déploiement

Pour les territoires pionniers, le processus d'élaboration du PAG a généralement été défini collectivement au sein du territoire, à partir d'une réflexion sur les grandes étapes suivantes :

1. La réception de la demande

Une demande de PAG peut être émise par le biais de différents canaux :

- Une saisine par un usager qui constate, par exemple, l'impossibilité de mettre en œuvre la décision CDAPH dont il est bénéficiaire ;
- Une proposition de l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH elle-même qui, dans le cas d'une situation complexe, s'autosaisit, car elle ne trouve pas de réponse au sein de l'offre du territoire. Cette proposition peut faire suite à un relai d'un partenaire du territoire qui anticipe, par exemple, un risque de rupture de parcours du fait de l'évolution de la situation de l'utilisateur (limite d'âge, évolution de sa santé...)

Pour chacun de ces canaux, les outils nécessaires au bon fonctionnement du processus doivent être répondre aux questions suivantes :

- Comment permettre aux usagers et aux partenaires de saisir la MDPH ? Une fiche de saisine spécifique doit-elle être créée ?
- Comment s'assurer que la MDPH dispose des bonnes informations pour analyser les caractéristiques de la demande de PAG ?

Il s'agit également de s'assurer que les équipes d'accueil de la MDPH et ses partenaires sur le territoire connaissent les principes du dispositif d'orientation permanent et peuvent à ce titre procéder à un premier niveau d'orientation des demandes.

2. L'analyse des demandes de PAG

Il s'agit dans un second temps pour la MDPH de procéder à une analyse des demandes. Il est à ce titre fortement recommandé de mettre en place une « cellule d'aiguillage » spécifique « Réponse accompagnée » qui pourra assurer un double travail d'analyse des demandes :

- **L'analyse de la demande** : La personne concernée est-elle bénéficiaire d'une orientation de la part de la CDAPH sans que cette dernière ait pu être mise en œuvre ? L'information est importante bien que des propositions de PAG puissent compléter un PPC sans qu'il y ait eu d'orientation au préalable. **L'analyse du niveau de priorité de la demande** : La COMEX de la MDPH peut, à compter du 1^{er} janvier 2018, délibérer sur des champs prioritaires d'élaboration des PAG dans le cadre des propositions de PAG par l'équipe pluridisciplinaire. Ces priorités devant être révisées annuellement. Cette disposition permet d'accompagner la montée en charge de cette nouvelle organisation et de sérier les priorités d'intervention de la MDPH au regard des spécificités du territoire.

Sachant que l'élaboration d'un PAG peut se faire hors demande et apparaître nécessaire au cours de l'évaluation.

1. Le processus du dispositif d'orientation permanent

Modalités de déploiement

Points de vigilance sur la démarche de priorisation des demandes de PAG

L'article L 114-1-1 du CASF introduit par l'article 89 de la loi de modernisation de notre système de santé (LMSS) prévoit qu'un plan d'accompagnement global (PAG) est élaboré sur proposition de l'équipe pluridisciplinaire (EP) avec l'accord préalable de la personne concernée ou de son représentant légal dans les situations suivantes :

- en cas d'indisponibilité ou d'inadaptation des réponses connues,
- en cas de complexité de la réponse à apporter, ou de risque ou de constat de rupture du parcours,
- quand la personne concernée ou son représentant légal en fait la demande.

En outre, cet article prévoit que l'EP peut proposer un PAG, dans la perspective d'améliorer la qualité de l'accompagnement selon les priorités définies par délibération de la commission exécutive de la MDPH revues annuellement.

Par ailleurs, la Comex peut définir des critères de priorisation pour permettre une montée en charge progressive du dispositif.

Cette délibération doit être faite annuellement de façon à ne pas figer indéfiniment la priorisation arrêtée par la Comex. Il est nécessaire que ces priorités puissent s'étendre progressivement au regard de l'expérience acquise dans la conclusion des premiers PAG.

Cette priorisation n'est pas opposable aux personnes, particulièrement dans les cas où la personne dispose d'une orientation non-effective et demande d'élaborer un PAG. Dans ce cas, la MDPH ne peut refuser d'élaborer un PAG même si sa situation ne relève pas des critères de priorité définis

En revanche, cette priorisation peut guider l'équipe pluridisciplinaire au moment de l'analyse de la demande afin d'identifier s'il est possible de proposer un mode de résolution alternatif. Ainsi lorsqu'une personne ne relève pas de critères de priorisation demande un PAG, un échange peut être engagé avec la personne afin de voir si on peut répondre à ses attentes et besoins dans le cadre du « droit commun » (ex.: révision de plan d'aide PCH, orientation vers l'accueil temporaire, mise en relation avec un ESMS). Il doit impérativement d'agir d'un véritable dialogue avec la personne. Les critères de priorisation peuvent être utilisés pour définir l'ordre de l'élaboration des PAG

Enfin la délibération en Comex sur les critères de montée en charge progressive permet de sérier les priorités d'intervention des partenaires au regard des spécificités du territoire. En effet, les ruptures de parcours, la criticité et la complexité des situations sont le plus souvent étroitement liées aux particularités d'un territoire en termes d'offre et de réponses mobilisables. Se mettre d'accord sur ces priorités territoriales avec l'ensemble des acteurs intéressés, notamment ceux représentant les personnes handicapées, permet de les sensibiliser quant à l'opportunité de concentrer les efforts dans un premier temps sur les publics les plus vulnérables. Ils peuvent ainsi jouer le rôle de relai pour que le déploiement se fasse de manière progressive afin d'éviter d'emboliser le système.

1. Le processus du dispositif d'orientation permanent

Modalités de déploiement

Fondée sur une délibération associant l'ensemble des acteurs intéressés, notamment ceux représentant les personnes handicapées, cette délibération constitue « le mode d'emploi » territorial consensuel des PAG. Ainsi, la MDPH peut fonder son organisation générale sur ces priorités.

Il se peut cependant qu'elle soit saisie de demandes de PAG qui ne s'inscrivent pas dans la priorisation arrêtée par toutes les parties prenantes. Dans le cadre de l'examen de cette demande, il pourra alors être utile de porter à la connaissance de ces personnes la priorisation arrêtée et sa justification (complexité des situations...) et de voir avec elle quelle suite peut être donnée à sa demande dans le cadre ou non d'un PAG. Si malgré ces éléments et si la demande a été déposée par la personne ou son représentant et qu'elle est maintenue, il convient d'y donner droit au regard des dispositions de l'article 89 précité.

3. L'instruction de la demande de PAG

Les demandes de PAG considérées comme recevables sont ensuite analysées en vue de l'identification des premières solutions potentielles.

Ce travail d'analyse est opéré par le référent à l'élaboration du PAG au sein de la MDPH et en lien avec d'autres professionnels de l'équipe pluridisciplinaire selon la situation (voir un exemple de fiche de fonction dans la partie Outils de ce chapitre). Son rôle consiste plus particulièrement à :

- Analyser la situation de la personne handicapée à partir des informations à sa disposition ;
- Recueillir les attentes de la personne handicapée ou de son représentant légal pour s'assurer que la solution qui pourra être coconstruite avec les opérateurs et partenaires correspond bien à son projet de vie ;
- Préparer la construction d'une réponse coordonnée avec les opérateurs pressentis pour la construction de la réponse ;
- Animer, si cela s'avère nécessaire, une ou plusieurs réunions de GOS intégrant les opérateurs pressentis pour la mise en œuvre de la solution – voire les autorités de contrôle et de tarification – et s'assurer de la signature du PAG par l'ensemble des parties prenantes, dont la personne handicapée.

1. Le processus du dispositif d'orientation permanent

Modalités de déploiement

4. La validation du PAG par la CDAPH

Le PAG étant intégré au PPC, celui-ci doit être transmis à la CDAPH afin de lui permettre de prendre les décisions prévues à l'article L. 241-6 du CASF.

L'article 89 de la LMSS prévoit en effet que « lorsqu'elle a défini un plan d'accompagnement global la CDAPH est compétente pour désigner nominativement les établissements, services de toute nature ou dispositifs qui se sont engagés à accompagner sans délai la personne ».

La loi prévoit donc que la CDAPH se prononce sur les mesures du PAG qui relèvent des compétences de la CDAPH, telle que l'orientation en ESMS ou encore la PCH.

5. Le suivi de la mise en œuvre des solutions inscrites dans le PAG

Ce rôle est dévolu au **coordonnateur de parcours** qui doit être obligatoirement désigné en amont de la signature du PAG. Il s'agit d'un professionnel désigné parmi ceux intervenants dans le plan d'action, un membre du GOS, s'il y a eu réunion du GOS, en fonction des accompagnements déjà en place ou de la problématique dominante de l'utilisateur (y compris les acteurs de droit commun, tels que les services sociaux).

Son rôle consiste à aider l'utilisateur dans la mise en place des accompagnements préconisés dans le PAG, à veiller à leur adéquation tout au long de la durée du PAG et à alerter la MDPH lorsque la situation évolue ou que le PAG n'est pas mis en œuvre. Le coordonnateur peut solliciter la révision du PAG et participe en tout état de cause à sa révision annuelle.

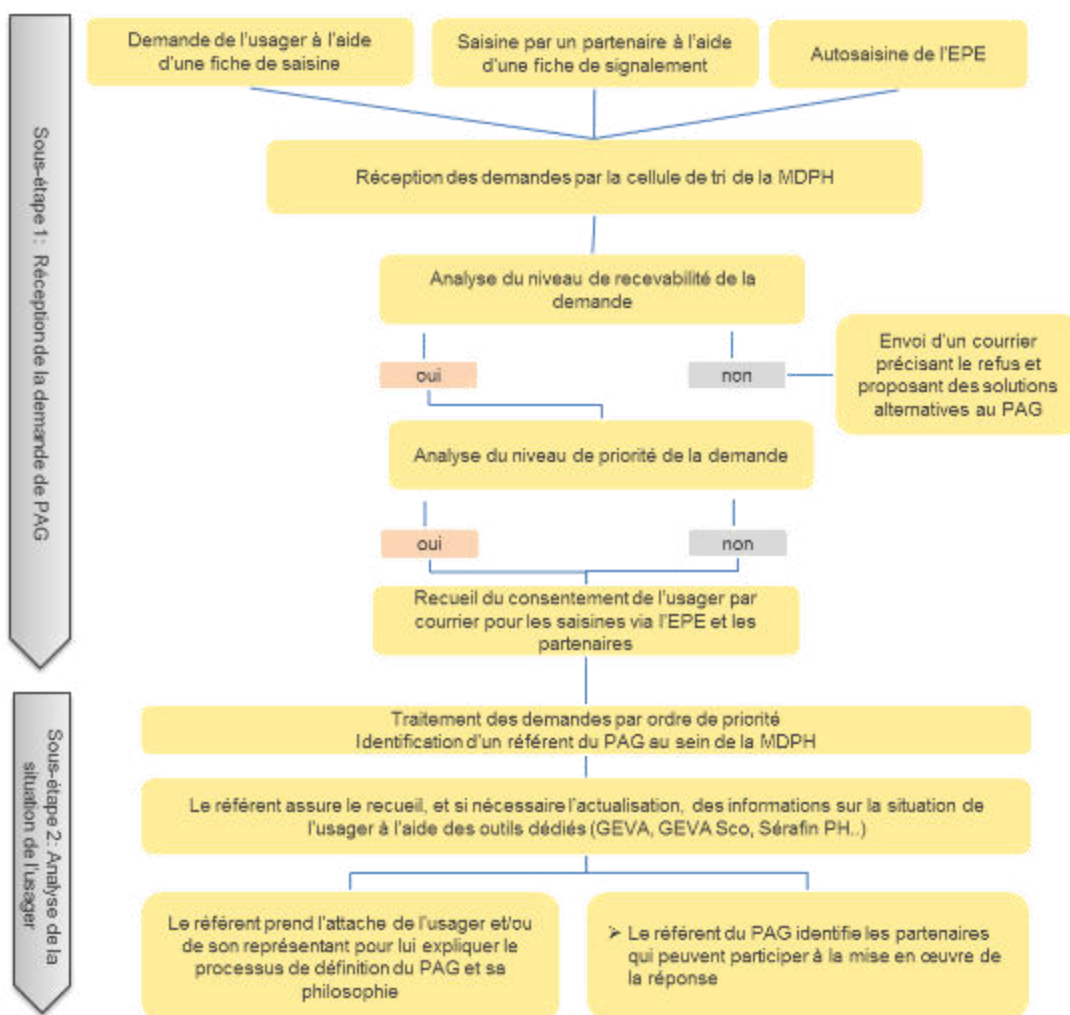
Pour aider les territoires à s'approprier cette nouvelle fonction, plusieurs outils (fiche de fonction du coordonnateur de parcours, fiche de liaison coordonnateur de parcours/MDPH...) sont présentés dans la partie « Outils » de ce chapitre.

1. Le processus du dispositif d'orientation permanent

Retours d'expérience des territoires de la vague 1

Exemple de processus de mise en œuvre du dispositif d'orientation permanent défini par un site pionnier.

Le dispositif d'orientation permanent



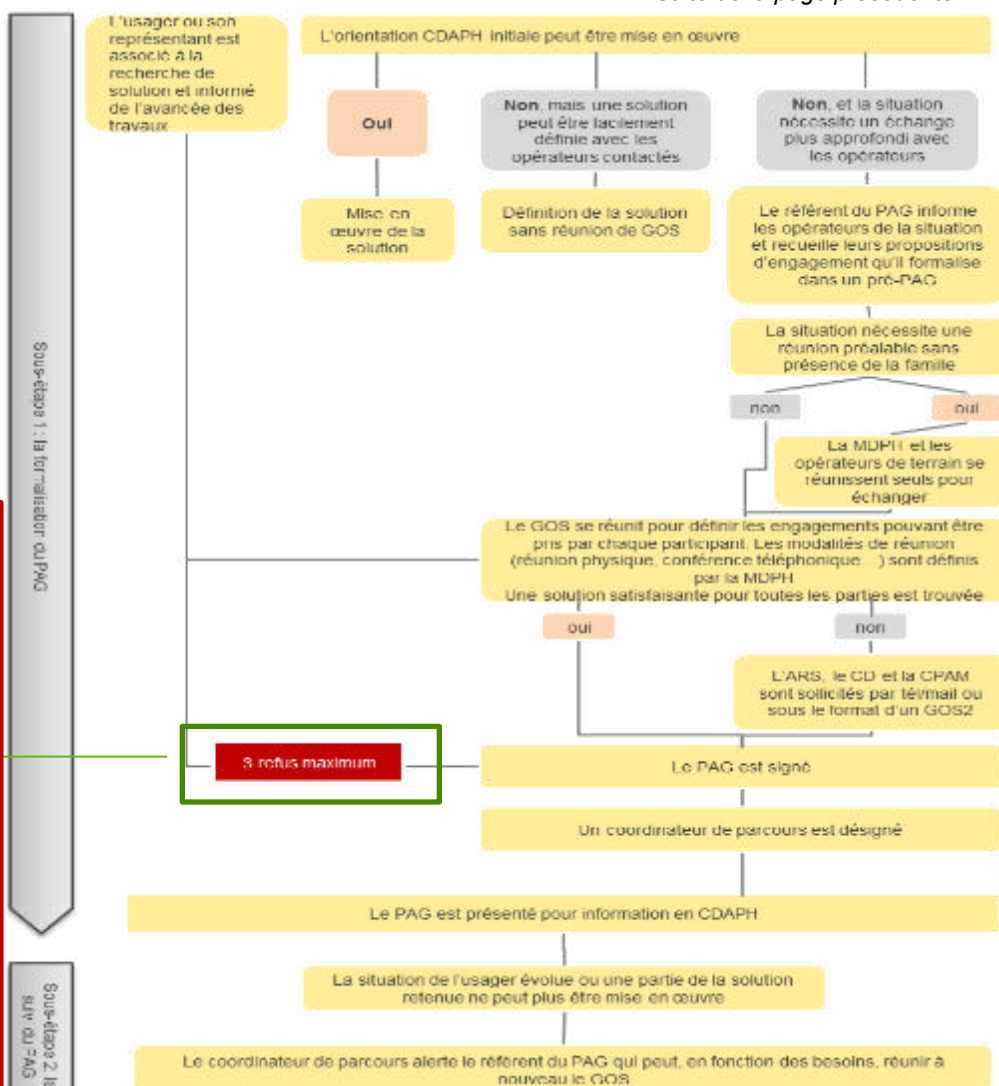
Suite page suivante

1. Le processus du dispositif d'orientation permanent

Retours d'expérience des territoires de la vague 1

Exemple de processus de mise en œuvre du dispositif d'orientation permanent défini par un site pionnier.

Suite de la page précédente



Point de vigilance

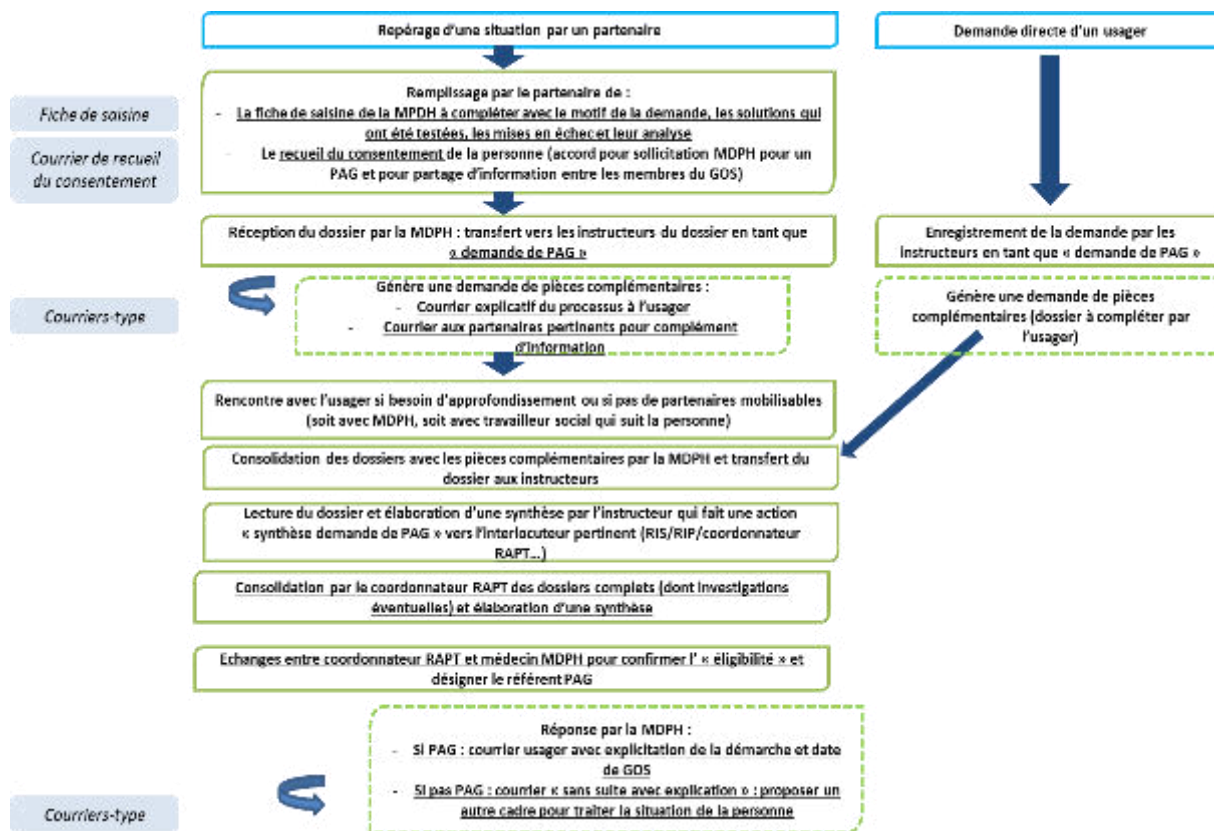
Un PAG ne peut pas être refusé dans la mesure où la conclusion d'un PAG implique l'adhésion de la personne à la proposition qui lui est faite. La bonne association de l'usager doit permettre d'éviter des refus répétés de propositions d'accompagnement. Dans quelques territoires pionniers ce dialogue avec la personne et ses représentants inclut la médiation par des pairs.

Nota : Si le PAG doit être signé *a minima* par la personne et le coordonnateur de parcours désigné, l'accord formel/écrit de chaque participant à la mise en œuvre de la solution retenue doit être systématiquement recherché pour s'assurer de la bonne mise en œuvre de cette dernière.

1. Le processus du dispositif d'orientation permanent

Retours d'expérience des territoires de la vague 1

Autre exemple de processus de mise en œuvre du dispositif d'orientation permanent et d'outils mobilisés.



Bonne pratique

L'implication des équipes de la MDPH (membres des équipes pluridisciplinaires d'évaluation notamment) dans la conception du processus du dispositif d'orientation permanent facilite l'appropriation du dispositif et son adaptation dans les fonctionnements existants. En effet, d'un point de vue organisationnel, les MDPH des sites pionniers ont mis en avant l'intérêt de concentrer la réalisation de l'ensemble des PAG sur un chargé de mission lors de la phase de conception puis de rapidement impliquer tout ou partie de l'équipe pluridisciplinaire dans la conception de PAG pour permettre un partage de la fonction de référent du PAG au sein de la MDPH.

1. Le processus du dispositif d'orientation permanent



Points de vigilance

L'association de l'utilisateur et de sa famille :

Celle-ci doit être systématiquement recherchée dès l'initialisation de la démarche à travers la réception de l'accord de l'utilisateur pour élaborer un PAG. Elle implique ensuite la participation active de la personne handicapée ou de son représentant légal à la construction des solutions, à travers des échanges avec le référent à l'élaboration du PAG en amont du GOS. Le PAG doit prendre en compte les souhaits et les aspirations de la personnes telles qu'exprimées dans son projet de vie. La présence de l'utilisateur en GOS est un droit prévu par l'article 89 de la loi de modernisation de notre système de santé. En lien avec l'axe 3, un important travail est à mener dans les territoires pour donner les moyens à l'utilisateur d'être véritablement impliqué dans le processus et pas seulement d'y assister, par exemple à travers la mise en œuvre d'un dispositif de pair-aidance ou la participation de représentants d'utilisateurs à la construction du processus.

Cependant, lorsque la situation est délicate, certains territoires ont été amenés à organiser une réunion de synthèse en amont du GOS avec uniquement les partenaires, pour faire le point des actions pouvant être proposées et travailler en amont à une meilleure coordination institutionnelle de manière à favoriser la construction d'une réponse collective.

La présence des autorités de contrôle et de tarification dans le cadre des GOS :

Chaque territoire devra préciser l'organisation et le rôle des différents GOS (critères de convocation des GOS avec et sans financeurs, niveau de responsabilité requis par la structure...). La composition des GOS est un enjeu majeur du processus. L'organisation d'un GOS sans autorité de contrôle et de tarification est souvent retenue car les éventuelles dérogations relevant de leur compétence ne sont pas systématiquement requises dans la construction de solution. La sollicitation des autorités de contrôle et de tarification pourra être encadrée par la mise en œuvre de principes de fonctionnement ou exceptions ou dérogations définies dans une convention partenariale (voir axe 2 de la démarche).

La signature du PAG :

L'article 89 de la loi de modernisation de notre système de santé prévoit que les décisions relatives au PAG ne sont valables qu'après accord exprès de la personne ou de son représentant légal. La signature du PAG au minimum par la personne ou son représentant légal permet d'en attester. En outre, le texte prévoit que le PAG comporte l'engagement des acteurs chargés de sa mise en œuvre opérationnelle. Cet engagement peut être matérialisé par la signature du PAG par lesdits acteurs, mais également par tout autre moyen annexé au PAG. *A minima*, le PAG est signé par la personne (son représentant légal) et le coordonnateur de parcours identifié dans le PAG (qui s'est au préalable assuré et a gardé trace de l'accord écrit de tous les partenaires contribuant à la mise en œuvre du PAG). Le PAG est ensuite soumis à la validation de la CDAPH pour les décisions relevant de sa compétence.

Les outils à utiliser dans le cadre de la phase de préparation des PAG :

La nomenclature des besoins issue des travaux SERAFIN-PH a été parfois utilisée pour objectiver et décrire avec un vocabulaire partagé les besoins de la personne. Travailler sur des « prestations » plutôt que sur des « places » permet d'aborder la construction de réponses individualisées qui se complètent pour le parcours d'une personne.

1. Le processus du dispositif d'orientation permanent



Outils

La CNSA a élaboré, en lien avec les sites pionniers de la vague 1 de déploiement, un modèle de « PAG type », que chaque territoire peut adapter en fonction du contexte local. Les pilotes de l'axe 1 de la démarche peuvent s'en saisir pour définir le contenu du document final du PAG, puis le tester lors de la réalisation des premiers PAG. Le « PAG type » comprend les rubriques suivantes :

1. PAG élaboré à la demande de :

- ▶ À la demande de qui le PAG est-il élaboré ?
- ▶ Pour la période de montée en charge avant la date d'entrée en vigueur de l'article 89, à quelle priorité d'élaboration validée en COMEX correspond cette demande ?
- ▶ Un GOS ou une réunion de synthèse ou des échanges ont-ils eu lieu pour sa formalisation (date(s) et participants) ?
- ▶ S'agit-il d'une première demande de PAG/d'une demande de révision/d'une révision prévue dans les modalités de suivi du PAG précédent ?

2. Description de la situation

- ▶ Date de naissance, sexe, mesure de protection ; pour les enfants, autorité parentale, suivi ASE
- ▶ Orientation CDAPH, droits ouverts

3. Contexte de la mise en place du PAG

- ▶ Historique et éléments justifiant l'accompagnement
- ▶ Situation actuelle justifiant le PAG
- ▶ État des lieux des démarches abouties et non abouties et motifs de la non-réalisation
- ▶ Besoins identifiés

4. Engagements des opérateurs du PAG

- ▶ Un article par opérateur
- ▶ Préciser la date de début et les prérequis du démarrage de l'accompagnement (matériel, recrutement...)

5. Suivi du PAG

- ▶ Précision sur le nom du coordonnateur de parcours, le rythme et les modalités de suivi prévus

Annexes

- ▶ Annexe 1 : Article 89 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé
- ▶ Annexe 2 : Nomenclature de description des besoins et prestations
- ▶ Annexe 3 : Emploi du temps hebdomadaire des intervenants et interventions

1 Le processus du dispositif d'orientation permanent



Outils

► Les outils suivants sont également disponibles sur le site de partage de la CNSA :

- **Le courrier de convocation en GOS d'un site pionnier de la vague 1.** Le directeur de la MDPH signe un courrier convoquant un partenaire en GOS suite à la préconisation de l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation de la MDPH d'élaborer un PAG pour la situation qui sera étudiée lors de ce GOS. Le courrier mentionne également la nomination d'un référent à l'élaboration du PAG pour cette situation. La présentation de la situation ainsi que la liste des institutions conviées à participer à ce GOS sont jointes au courrier de convocation.
- **Les courriers de recueil du consentement de l'usager** de quelques sites pionniers. Plusieurs sites pionniers de la vague 1 de déploiement ont élaboré des courriers que la MDPH adresse à l'usager pour recueillir son consentement sur l'élaboration d'un PAG et sur la communication des renseignements nécessaires à son élaboration aux professionnels susceptibles d'intervenir dans l'accompagnement de l'usager. L'usager, ou ses représentants légaux, est invité à retourner le courrier signé.
- **Les fiches de saisine de la MDPH ou de signalement d'une situation** de quelques sites pionniers. Elles permettent soit à l'usager de demander l'élaboration d'un PAG à la MDPH, soit à un partenaire de signaler une situation pouvant potentiellement faire l'objet d'un PAG, l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation se prononçant ensuite à partir des renseignements demandés dans la fiche.
- **La grille d'analyse des situations ayant fait l'objet d'une demande de PAG**, réalisée par un site pionnier. Elle recense un ensemble de critères (par exemple : présence de facteurs de fragilité, d'une mise sous curatelle ou tutelle, d'échecs répétés dans l'accompagnement ...) L'analyse des critères vérifiés pour une situation participe à l'appréciation de la nécessité d'organiser un GOS.
- **La grille de caractérisation des besoins des enfants en attente d'admission en établissement médico-social**, réalisée par un territoire pionnier. Elle permet de recueillir les besoins de l'usager, en lien avec la nomenclature SERAFIN-PH, et la couverture de ces besoins par les différents acteurs en présence. Cela participe à une démarche de priorisation des différentes situations d'enfants en attente d'admission.
- **D'autres exemples de processus d'élaboration du PAG** formalisés et **de fiches de mission** pour les référents à l'élaboration du PAG et les coordonnateurs de parcours.

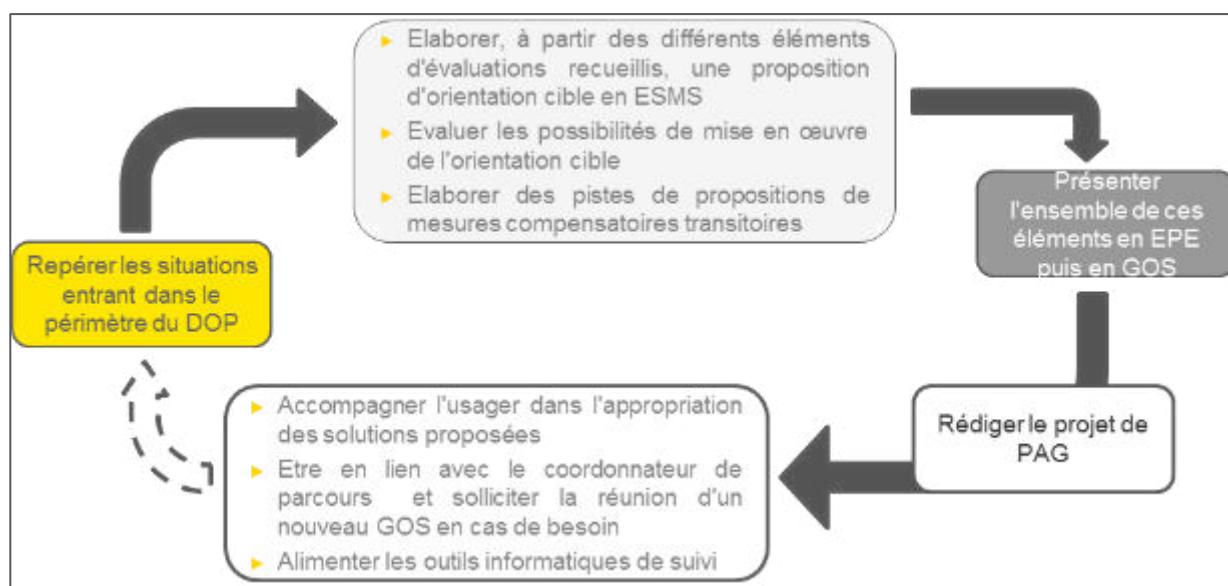
2. Les acteurs clés du dispositif d'orientation permanent

Deux nouveaux acteurs clés, dont le rôle doit être défini avec précision, voient le jour avec la mise en place de la démarche « Une réponse accompagnée pour tous » : **le référent à l'élaboration du PAG et le coordonnateur de parcours.**

1. Le référent du PAG

Salarié de la MDPH, le référent à l'élaboration du PAG a pour principales fonctions :

Présentation schématique de la fiche de fonction du référent à l'élaboration du PAG



Point de vigilance

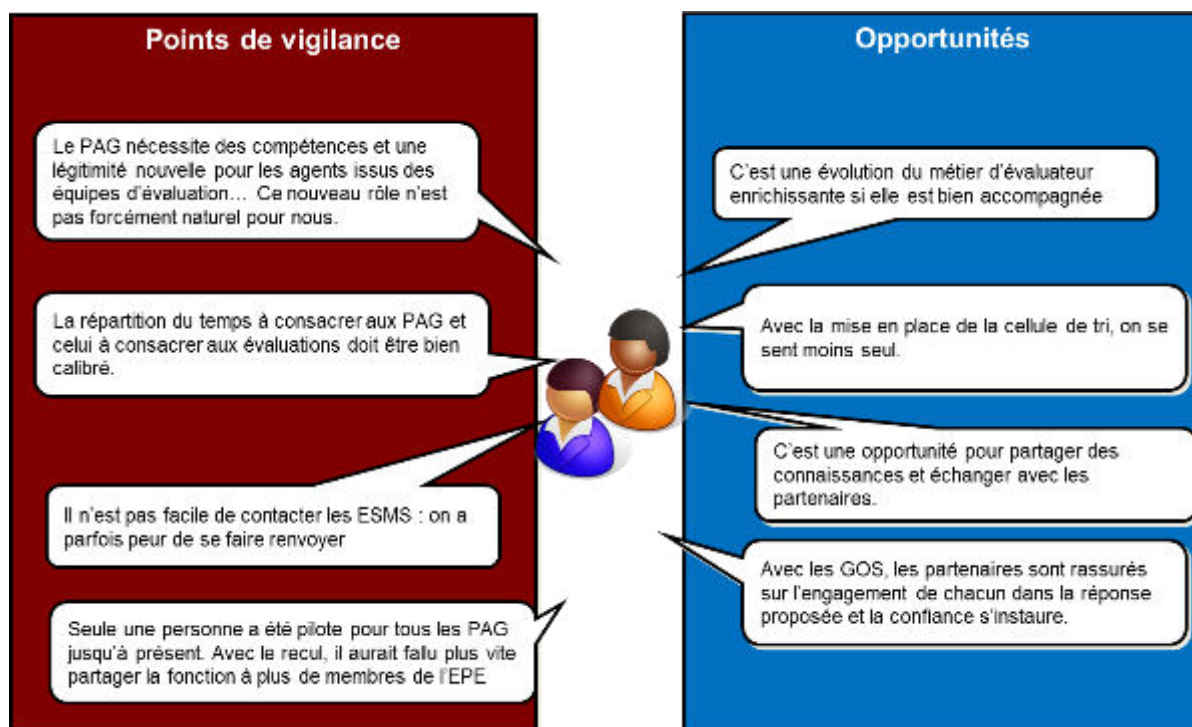
Quand la démarche sera entièrement déployée, le rôle de référent à l'élaboration du PAG ne pourra pas reposer sur une seule personne. Cela peut être un choix en phase de conception et de test du processus associé au déploiement du dispositif d'orientation permanent, il semble plus prudent – pour sécuriser la démarche qui reposerait sur un seul individu – de prévoir dans des délais rapides les conditions permettant à tout ou partie des membres de l'équipe pluridisciplinaire d'assumer la fonction de référent du PAG.

On peut noter que l'intervention de l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH concerne l'évaluation de la situation, l'identification des besoins et l'élaboration des réponses. La construction d'un PAG s'inscrit plus particulièrement dans ce temps d'élaboration des réponses, le PAG ne peut pas être un processus à part.

2. Les acteurs clés du dispositif d'orientation permanent

1. Le référent de l'élaboration du PAG (suite)

L'expérience des sites pionniers permet de faire remonter les points de vigilance et les opportunités associés à la création de cette fonction.



2. Les acteurs clés du dispositif d'orientation permanent

2. Le coordonnateur de parcours

L'article 89 prévoit qu'un coordonnateur de parcours soit désigné parmi les acteurs susceptibles d'intervenir dans l'accompagnement de la personne. Il est mentionné dans le PAG.

Le suivi de la mise en œuvre du PAG doit être réalisé par un acteur en relation régulière avec la personne, qui intervient dans son quotidien

Il a ainsi un rôle d'interface entre les différents acteurs intervenant dans la mise en œuvre de la solution, mais également avec la MDPH.

Les articulations avec des dispositifs dédiés à la coordination sur le territoire (plateformes territoriales d'appui – PTA, gestionnaires de cas par exemple) devront être précisées

Les missions du coordonnateur de parcours du PAG

- ✓ Assurer et coordonner la mise en œuvre opérationnelle du plan d'accompagnement global ;
- ✓ Informer le référent PAG de la situation à échéances régulières;
- ✓ Faciliter la co-intervention ;
- ✓ Identifier les obstacles et les freins éventuels à la mise en œuvre du PAG ;
- ✓ Anticiper les risques de ruptures, gérer les événements indésirables, alerter si besoin et solliciter la révision du PAG auprès du référent PAG de la MDPH ;
- ✓ Inviter les partenaires aux réunions périodiques ;
- ✓ Participer, animer les réunions périodiques du PAG ;
- ✓ Rédiger et diffuser le compte-rendu des réunions périodiques.



Point de vigilance

A la différence du gestionnaire de cas MAIA, le coordonnateur de parcours a exclusivement pour rôle de vérifier :

- que les solutions retenues dans le PAG sont bien mises en œuvre ;
- que la situation de l'utilisateur n'évolue pas (et donc que les solutions trouvées sont toujours pertinentes).

Si l'une et/ou l'autre de ces assertions n'est pas vérifiée, le rôle du coordonnateur consiste à alerter le référent à l'élaboration du PAG pour que la situation de l'utilisateur soit de nouveau examinée, éventuellement dans le cadre d'un GOS.



Bonne pratique

Il apparaît utile d'organiser un groupe de travail réunissant, quelques mois après leur désignation, les coordonnateurs de parcours identifiés pour accompagner la mise en œuvre des premiers PAG. Il s'agit pour eux dans ce cadre de faire un retour d'expérience sur la façon dont ils vivent ce nouveau rôle et d'identifier les éventuelles difficultés rencontrées pour tenter de les résoudre.

3. Bilan des premiers PAG

1. Bilan quantitatif du dispositif d'orientation permanent

Les territoires pionniers ont expérimenté la mise en œuvre du dispositif d'orientation permanent à partir du printemps 2016. Si l'analyse du nombre de PAG initiés par les vingt-quatre territoires pionniers permet de donner une première vision de la montée en charge, il convient toutefois de noter que les périmètres de déploiement choisis par chaque territoire sont différents, cette donnée ayant un impact non négligeable sur le nombre de PAG initiés. Par ailleurs, il convient également de rappeler ici que la mise en œuvre d'un PAG ne constitue pas une fin en soi, des solutions sont trouvées hors PAG. Plusieurs territoires ont ainsi privilégié également le déploiement de mesures préventives permettant une meilleure adéquation entre l'offre du territoire et la demande d'orientation, par exemple la révision des pratiques d'admission en ESMS ou encore la coordination des acteurs du territoire pour anticiper et limiter collectivement les ruptures de parcours.

Retours d'expérience des territoires de la vague 1

Les modalités de consolidation nationale du suivi des PAG ne sont pas arrêtées. Au 1^{er} trimestre 2017, 12 territoires ont participé à un travail de description des solutions proposées dans les premiers PAG. Ce travail comportait certaines limites car il ne recensait pas l'exhaustivité des PAG élaborés et la grille de recueil ne permettait pas de connaître les besoins des personnes au regard des solutions listées. Toutefois, il paraît intéressant de noter les constats suivants :

- 11 personnes sur les 100 bénéficiaires de PAG avaient plus de 25 ans
- Les PAG étaient constitués en très large majorité de réponses modulaires permettant des interventions combinées de différents professionnels et structures (articulation sur une période donnée et progressivité des solutions)
- Plusieurs solutions reposent sur la coordination entre professionnels des services de psychiatrie et des ESMS
- Les mesures apparentées à des dérogations aux agréments ainsi que les renforcements très divers de moyens ponctuels des ESMS ne sont pas systématiquement nécessaires et apparaissent dans environ un quart des PAG décrits
- La diversité des coordonnateurs de parcours : professionnels d'établissements de santé, professionnels d'ESMS, équipe-relai handicaps rares, enseignants-référents.

Un territoire pionnier a mis en œuvre dès le lancement de la démarche un dispositif de suivi des temps consacrés par la MDPH à l'élaboration des PAG. Ce suivi était destiné à nourrir d'éléments objectifs la réflexion sur l'organisation du processus d'élaboration du PAG. Sur une période de six mois en 2016, il a notamment permis de tirer des observations telles que

- 37 situations identifiées amenant à l'élaboration de 28 PAG
- en termes de délais de traitement (entre la constatation de la complétude du dossier et la date de décision CDAPH associée) 30 jours pour le délai le plus court et 107 pour le plus long.
- 259,25 heures comptabilisées par la MDPH dans le travail sur ces situation

3. Bilan des premiers PAG

2. Présentation des premiers PAG mis en œuvre sous la forme de monographies

Les pages suivantes sont consacrées à une présentation de la mise en œuvre du dispositif d'orientation permanent et de l'organisation des premiers GOS au sein des territoires pionniers. Présentés sous forme de monographies, ces retours d'expérience permettent de comprendre le contexte et les résultats obtenus lors de la discussion des premiers PAG.

► Monographie n° 1 :

En quoi la situation était-elle complexe et rencontrait-elle un point de blocage ?

La personne est atteinte d'une maladie rare qui, associée à une forte prise de poids et à une attitude mutique, rend difficile son accompagnement. Elle a rencontré plusieurs refus d'admission.

La famille avait déjà effectué de nombreuses démarches pendant trois ans auprès d'établissements médico-sociaux (foyer d'accueil médicalisé – FAM/maison d'accueil spécialisée – MAS), aussi bien sur le département que dans les départements limitrophes. La situation était devenue critique, car l'état de santé ne permettait plus un retour à domicile, et la personne en situation de handicap totalisait presque dix-huit mois en clinique.

Quels partenaires/acteurs sont concernés ?

La réflexion a conduit à la mobilisation de la MDPH, de la famille, des représentants de la clinique spécialisée dans la prise en charge des troubles nutritionnels où était hébergée la personne, des représentants du service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) qui avait accompagné la personne à domicile et durant son hospitalisation, de l'ARS, du département et du FAM.

Quelle réponse a pu être apportée par le plan d'accompagnement global ?

La démarche a permis de donner l'impulsion pour réunir autour d'une même table les différents acteurs potentiels d'hébergement, mais aussi l'ARS, le conseil départemental et la MDPH dans un esprit de partenariat et d'échange.

Le soutien annoncé a été déterminant pour la direction du FAM qui s'est sentie épaulée et accompagnée face à une situation complexe.

Le PAG a permis un accompagnement de la personne au sein du FAM, avec une proposition d'accompagnement par la clinique en cas de « rechute », ou si besoin pour un séjour de répit des équipes dans la limite de trente jours par an. L'ARS participe à la prise en charge des équipements nécessaires. Un accompagnement du SAVS a été maintenu sur les premiers mois d'admission (malgré l'admission en FAM) pour faciliter la transition de la personne entre les deux structures.

Quelle a été la plus-value du PAG ?

La démarche « Une réponse accompagnée pour tous » a permis d'apporter une réponse à une personne pour laquelle l'admission avait été refusée à deux reprises auparavant. L'accompagnement apporté a permis d'aller au-delà des freins et des difficultés pressenties précédemment.

In fine, après bientôt dix mois d'admission, la personne se sent très bien dans l'établissement et a retrouvé une vie sociale riche, lui redonnant confiance en elle. Son poids a été stabilisé.

Par ailleurs, grâce à cette démarche autour de cette résidente, le FAM a pu rencontrer et échanger avec la clinique, spécialiste et à la pointe de la prise en charge de l'obésité. Une convention de collaboration a été signée entre le FAM et la clinique.

3. Bilan des premiers PAG

► Monographie n° 2 :

En quoi la situation était-elle complexe, faisait-elle l'objet d'un point de blocage ?

Le jeune X a été confié à l'ASE en 2008. Il y a eu plusieurs placements, d'abord en famille d'accueil puis, du fait de ses troubles du comportement, au sein de divers établissements. Chaque fois, ses passages à l'acte violents sur les autres jeunes, voire sur les adultes ont conduit à des exclusions des établissements. Une première réunion a eu lieu, en janvier 2016, au cours de laquelle la situation a été présentée. Une demande d'accueil en institut thérapeutique, éducatif et pédagogique (ITEP) a été formulée à cette occasion. Il n'y a pas eu à ce moment-là de réflexion sur la possibilité de mettre en place des modalités d'accompagnement partagées. Il n'y avait pas de perspectives d'admission immédiate à l'ITEP par manque de places. Un deuxième GOS s'est réuni en mai 2016 afin d'évoquer concrètement les possibilités d'accueil et d'accompagnement qu'il était possible de mettre en place autour de ce jeune. Celui-ci avait alors « épuisé » tous les lieux de placement par des passages à l'acte extrêmement violents et répétés. Depuis le début de l'année 2016, il avait passé de nombreux jours en hospitalisation. Il n'avait alors plus de lieu d'hébergement ni d'accompagnements en journée.

Quels partenaires/acteurs sont concernés ?

Les partenaires présents lors de la réunion étaient des représentants de l'ASE, d'un centre éducatif spécialisé (CES), de l'ITEP, du secteur de la pédopsychiatrie, de la MDPH et de l'ARS.

Quel(s) est/sont le(s) rôle(s) de chacun ?

L'ASE a présenté la situation du jeune et les attentes quant à la réunion du GOS. Il s'agissait d'envisager les modalités de coopération entre l'ITEP et le CES pour proposer des accompagnements à ce jeune.

Comment la situation a-t-elle pu être accompagnée grâce à la démarche ?

La participation de chacun a été définie, apportant aux différents partenaires la garantie de ne pas être seuls dans la gestion de cette situation. Ainsi, pour l'ITEP, un accueil de jour du lundi au vendredi a été envisagé, le CES prenant en charge l'accueil de nuit et les week-ends dans une logique de continuité de l'accompagnement. Par ailleurs, la pédopsychiatrie s'est également engagée à hospitaliser le jeune si de nouvelles crises survenaient.

Quels sont les outils qui ont été mis en place ?

Ce jeune avait été priorisé pour une admission en ITEP lors de la commission d'harmonisation des admissions. Une admission dans l'ITEP a été actée ainsi qu'un accueil au CES.

Sa problématique particulière ne lui permettait pas de « rentrer » dans le cadre de l'organisation collective de l'ITEP. Il a été nécessaire de réfléchir en termes de prestations adaptées aux besoins en mobilisant des moyens renforcés.

Quelle est la plus-value de la démarche ? Qu'a-t-elle permis de faire de différent ?

La recherche de réponses adaptées pour des situations complexes, en permettant une réflexion commune de plusieurs partenaires, permet d'induire la modularité des accompagnements. Ces temps de travail en commun conduisent les différents acteurs à faire preuve d'innovation et à travailler ensemble.

Quelles difficultés ont été observées ?

La principale difficulté est liée à l'adhésion de certains partenaires lors des premières réunions du GOS, du fait d'un sentiment d'isolement et d'épuisement de l'ensemble des solutions pouvant être mise en œuvre pour accompagner cette situation individuelle. La logique de coresponsabilité et d'engagement des acteurs dans la recherche d'une solution coconstruite a toutefois permis de rassurer les partenaires qui étaient dans un premier temps réfractaires.

3. Bilan des premiers PAG

► Monographie n°3 :

En quoi la situation était complexe et rencontrait un point de blocage ?

Le jeune X. présente une encéphalopathie épileptique, associée à des troubles moteurs et cognitifs ainsi qu'une atrophie optique bilatérale et des troubles du spectre autistiques. Il nécessite une prise en charge médico-sociale spécialisée avec la présence d'une personne dédiée qui l'accompagne et le guide dans tous les actes de la vie quotidienne et lors des différentes prises en charge. Après plusieurs années de prises en charge partielles au sein de divers établissements, les différents professionnels intervenant dans le cadre de la prise en charge médico-sociale du jeune X ont conclu qu'il fallait qu'il soit en permanence accompagné d'une personne s'occupant exclusivement de lui, pour sa sécurité et pour que l'accompagnement dans les prises en charge puisse se réaliser de manière satisfaisante. En 2015, une auxiliaire de vie a pu être mobilisée et de réelles améliorations ont été soulevées. Néanmoins, le financement de cet auxiliaire de vie ne court que jusqu'au 31/08/2017, date de la fin de prise en charge: un réel risque de rupture est donc à anticiper

Quels partenaires/acteurs concernés ?

Les acteurs suivants ont été mobilisés : l'ARS, l'IEM, l'IME, le service prestataire, la MDPH. Il s'agit des acteurs financeurs et des trois établissements accompagnant le jeune X au quotidien.

Quel a été le rôle de chacun lors du groupe opérationnel de synthèse ?

Dans le cadre du groupe de synthèse, les différents acteurs se sont engagés à maintenir leurs accompagnements jusqu'en août 2017: l'IEM maintient les 4 demi-journées d'accueil par semaine; le SSAD s'engage à être l'employeur de l'auxiliaire de vie jusqu'au 31 août 2017; le SESSAD maintient les soins au domicile; l'ARS s'engage à financer le renfort en personnel nécessaire jusqu'au 31 août 2017; la MDPH s'engage à réunir un nouveau GOS début juin 2017.

Quel rôle de la démarche « Réponse Accompagnée pour tous » pour répondre à cette situation ?

La démarche permet de rappeler les bienfaits de l'accompagnement mis en place et des solutions trouvées par les différents acteurs pour accompagner au mieux le jeune X et d'anticiper, avec l'ensemble des acteurs concernés par la situation, le risque de rupture de prise en charge

Quels outils ont été utilisés ?

Plusieurs outils ont été mobilisés pour améliorer la prise en charge du jeune X: la CDA a validé dans un premier temps l'utilisation dérogatoire et transitoire de la PCH aide humaine pour permettre au service prestataire de financer le recrutement d'une auxiliaire de vie; la prise en charge au sein de l'IME a été augmentée et à la suite d'une réunion de synthèse, les 3 établissements d'accueil se sont mobilisés pour porter conjointement une demande de financement auprès de l'ARS pour permettre cette prise en charge très spécifique et très individualisée en substitution de la prise en charge dérogatoire au titre de la PCH aide humaine.

Quelle est la plus-value de la démarche ? Qu'a-t-elle permis de faire de différent ?

Cette démarche a permis de porter conjointement les objectifs et modalités de la mission de l'auxiliaire de vie.

La mobilisation d'une auxiliaire de vie sur les différents temps de prise en charge du jeune X a eu un vrai impact sur son ouverture, son attitude vis-à-vis de l'environnement, sa participation à des activités multi-sensorielles, son acceptation de nouveautés.

Quelles ont été les difficultés observées ?

Si les acteurs se sont engagés à maintenir les accompagnements jusqu'en août 2017, aucune solution n'a été trouvée pour renouveler le contrat de l'auxiliaire de vie après le 31/08/2017. Un nouveau GOS doit être saisi à compter de juin 2017.

Axe 1

Les points clés

L'article 89 de la loi Santé définit des règles qui doivent être respectés lors de la conception du dispositif d'orientation permanent :

- ▶ Le plan d'accompagnement global ne peut être construit sans la participation active de la personne ou de son représentant légal.
- ▶ Le PAG identifie nominativement les opérateurs qui participeront à la mise en œuvre de la réponse coconstruite.
- ▶ Les groupes opérationnels de synthèse sont organisés à l'initiative de la MDPH qui réunit autour de l'usager les professionnels et les institutions ou services susceptibles d'intervenir dans la mise en œuvre du plan.
- ▶ Les décisions relatives au plan d'accompagnement global ne sont valables qu'avec l'accord exprès de l'ensemble des parties prenantes, dont la personne handicapée ou son représentant légal.

Les points de vigilance

- ▶ Bien que la majorité des PAG concernent aujourd'hui le public « enfant », les situations concernant le public « adulte » doivent également pouvoir être traitées dans le cadre du dispositif d'orientation permanent.
- ▶ Bien préparer en amont les réunions de GOS pour garantir leur efficacité.
- ▶ S'assurer d'une participation effective de l'usager ou de sa famille tout au long du processus (en lien avec l'axe 3).
- ▶ S'assurer du bon niveau de responsabilité en GOS et des circuits de validation au sein de chaque institution.

A x e 2

Renforcer le partenariat sur le territoire

Si le déploiement du dispositif d'orientation permanent est au cœur de la démarche « Une réponse accompagnée pour tous », c'est l'ensemble des acteurs intervenant autour des personnes en situation de handicap qui doivent faire évoluer leurs pratiques pour permettre à chacun d'obtenir une réponse adaptée à ses besoins. En cela c'est une démarche de changement.

Dans cette **recherche d'une plus grande souplesse**, la gestion des établissements et services sanitaires et médico-sociaux notamment passe d'une logique d'autorisations et de financements de places à une logique d'articulation de réponses aux besoins des personnes. **La coordination et le renforcement des échanges entre partenaires** doivent également être recherchés pour permettre une meilleure adéquation entre les besoins des personnes et les ressources disponibles.

Une des conditions de réussite du déploiement de la démarche repose sur la possibilité de considérer le plan d'accompagnement global comme une mesure de dernier recours. Il s'agira en effet, pour éviter une régulation individuelle des demandes au coup par coup et dans l'urgence d'adapter la structure de l'offre aux besoins des personnes sur le territoire.

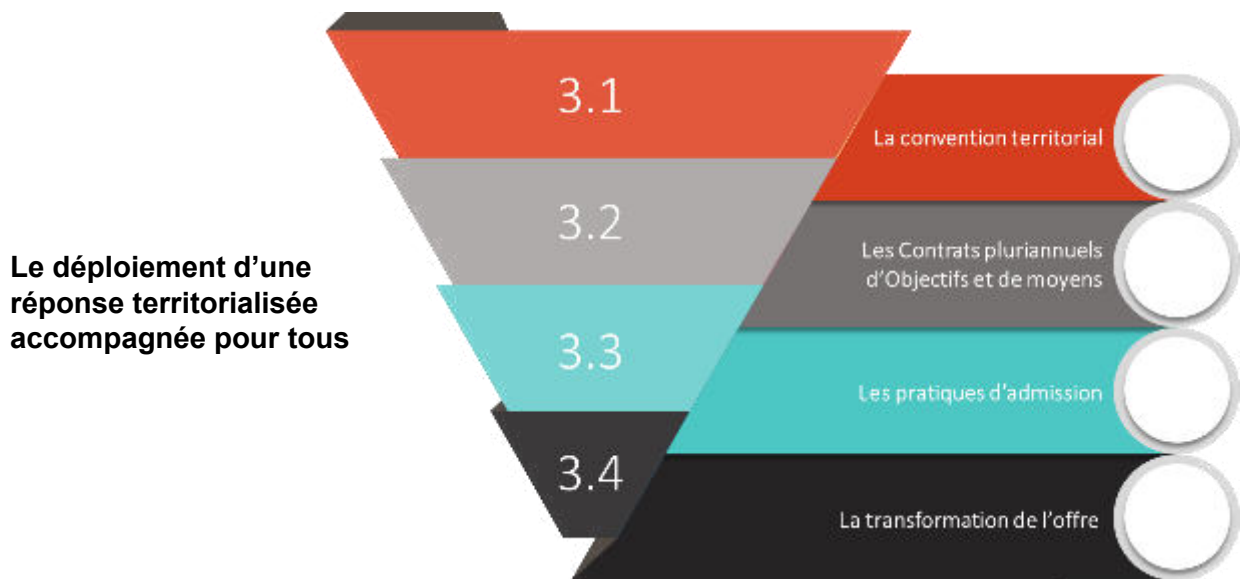
Ce mouvement de fond passe ainsi par :

- **La constitution d'un maillage territorial fort** à travers notamment une mise en cohérence des stratégies des partenaires institutionnels du territoire que sont l'ARS, le conseil départemental, l'Éducation nationale...
- **L'échange et le partage renforcés d'informations** entre les professionnels intervenant autour des personnes et de leurs proches.
- **Le déploiement opérationnel et fluidifié de véritables parcours** permettant d'apporter une réponse plus adaptée et personnalisée aux besoins des personnes et d'anticiper les ruptures dans l'accompagnement.
- **L'évolution de l'offre**, enfin, notamment autour de dispositifs plus souples et de dispositifs de transition permettant par exemple de favoriser l'émergence d'une offre intermédiaire entre l'établissement et le domicile.

Axe 2

Le troisième chapitre du rapport vise ainsi à décliner les différents chantiers à conduire pour permettre le renforcement de la coordination des acteurs et favoriser ainsi le déploiement d'une réponse territorialisée accompagnée pour tous :

- **La conception et la signature d'une convention territoriale (partie 3.1)** : Pourquoi et comment favoriser l'engagement de l'ensemble des partenaires institutionnels au travers d'une convention ? Quels sont les thèmes sur lesquels les partenaires peuvent contractualiser ?
- **La signature de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens avec les ESMS (partie 3.2)** : Quelle articulation entre la démarche « Une réponse accompagnée pour tous » et les CPOM des ESMS ? Comment favoriser la participation active de l'ensemble des ESMS du territoire au déploiement de la démarche ?
- **La revue des pratiques d'admission (partie 3.3)** : Comment favoriser l'adéquation entre les besoins prioritaires d'orientation du territoire et les admissions concrètement réalisées sur le territoire ? Comment associer l'ensemble des parties prenantes au dispositif ?
- **La transformation de l'offre médico-sociale (partie 3.4)** : Comment s'assurer que l'offre répond correctement aux besoins ? Comment identifier de nouveaux besoins et permettre la transformation de l'offre pour y répondre ?



1 La convention territoriale

Contexte

Le déploiement opérationnel du dispositif d'orientation permanent démontre, à partir de nouveaux modes de gestion des situations individuelles complexes, la nécessité de faire évoluer les modes d'organisation des acteurs du handicap dont l'intervention doit être mieux coordonnée autour des besoins de la personne handicapée.

La mobilisation collective des acteurs peut ainsi se concrétiser par la signature d'une convention territoriale qui doit permettre de formaliser les engagements de chacun en matière de partage des données, d'amélioration de la planification de la réponse, d'organisation des réponses aux situations d'urgence, de meilleure coordination des ressources ou encore en matière d'accompagnement de l'évolution des pratiques.

La transformation des pratiques des opérateurs de terrain passe enfin par la définition d'un cadre de travail facilitant l'élaboration de solutions innovantes. C'est ainsi le rôle de la dynamique partenariale entre les acteurs du territoire de permettre la construction de réponses nouvelles grâce à des constats partagés, à une refonte des dispositifs existants, mais également à travers des marges de manœuvre laissées aux opérateurs de terrain pour organiser un accompagnement plus personnalisé et mieux coordonné pour répondre aux situations complexes du territoire.

Cette dynamique s'inscrit dans le cadre de la territorialisation de la politique de santé comme le souligne la Fiche Annexe de l'Instruction du 21 octobre 2016 dédiée à la réponse accompagnée.

Objectifs

Dans la convention territoriale, les acteurs du territoire s'accordent sur les éléments à mettre en place pour déployer la démarche « Une réponse accompagnée ». Il s'agit ainsi :

- De développer la contractualisation entre ARS, conseils départementaux, rectorats, acteurs de la protection sociale (CPAM, CAF...) afin d'organiser le partage des données en vue de l'application du décret du 7 février 2017 ;
- De définir les conditions d'une participation active aux différentes instances liées à la démarche ;
- De définir éventuellement le cadre dérogatoire et les marges de manœuvre laissées par les autorités de contrôle et de tarification aux opérateurs ;
- De réfléchir collectivement aux évolutions à apporter à l'offre pour l'adapter aux besoins ;
- De définir les conditions de participation active des professionnels des institutions concernées à des actions de formation sur le thème de la réponse accompagnée.

1 La convention territoriale

Acteurs clés

La convention territoriale doit être signée *a minima* par l'agence régionale de santé, le conseil départemental et la maison départementale des personnes handicapées. L'Éducation nationale et la caisse primaire d'assurance maladie doivent également être associées à la rédaction et à la signature de la convention dans la mesure où elles interviendront dans la construction de réponses à des situations individuelles.

En fonction des dynamiques territoriales et des situations susceptibles de faire l'objet de PAG, d'autres partenaires pourraient être associés, tels que l'organisme local de la Mutualité sociale agricole (MSA) ou la caisse d'allocation familiale (CAF).

Modalités de déploiement

1. Le contenu de la convention territoriale

La convention territoriale peut contenir, en fonction des dynamiques locales :

- Le fonctionnement du dispositif d'orientation permanent sur le territoire départemental ;
- Les rôles et responsabilités de chacun, ainsi que les modalités de participation au dispositif d'orientation permanent ;
- Les modalités d'un travail en commun, et notamment de partage et d'échange d'informations entre les acteurs, en particulier pour un meilleur suivi des orientations et des listes d'attente ;
- Le dispositif de dérogations et la procédure à suivre pour les mettre en œuvre ;
- La démarche de coordination en faveur de l'amélioration des solutions apportées aux personnes en situation de handicap ;
- Une réflexion collective sur l'évolution de l'offre médico-sociale ;
- Des mesures de simplification administratives ;
- Des mesures visant à valoriser le développement de l'expertise d'usage ;
- Tout autre objectif partagé par les signataires.

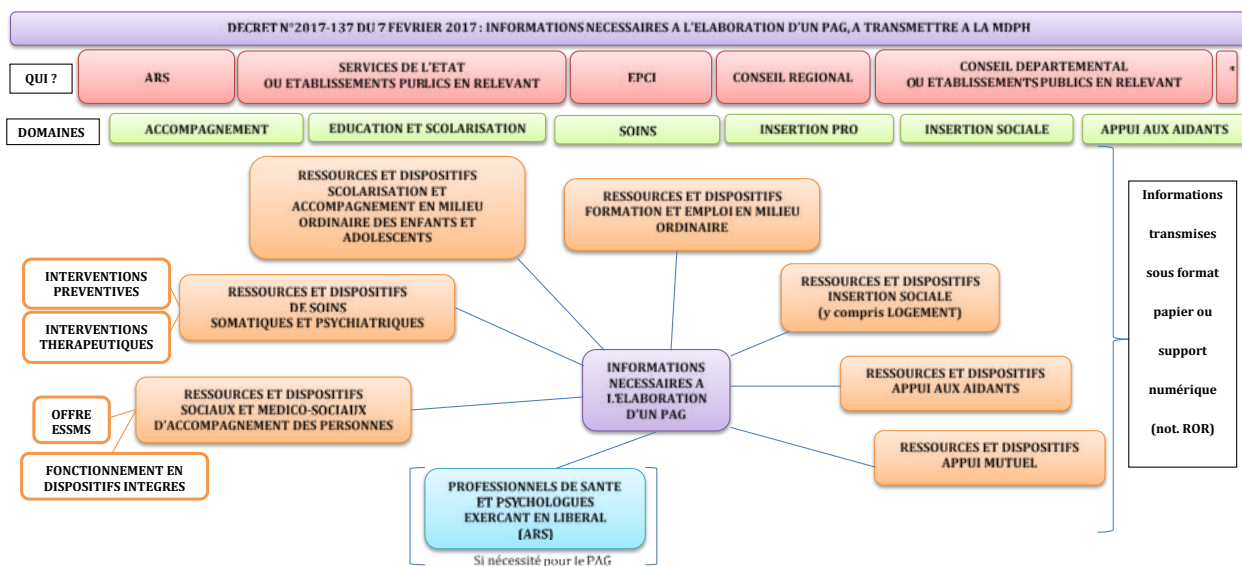
La convention territoriale constitue le cadre de coopération entre acteurs pour l'ensemble de la démarche Réponse accompagnée. Ce cadre doit donc permettre de garantir le partage des responsabilités, la réactivité des réponses et la souplesse de fonctionnement nécessaire à l'individualisation des réponses.

1 La convention territoriale

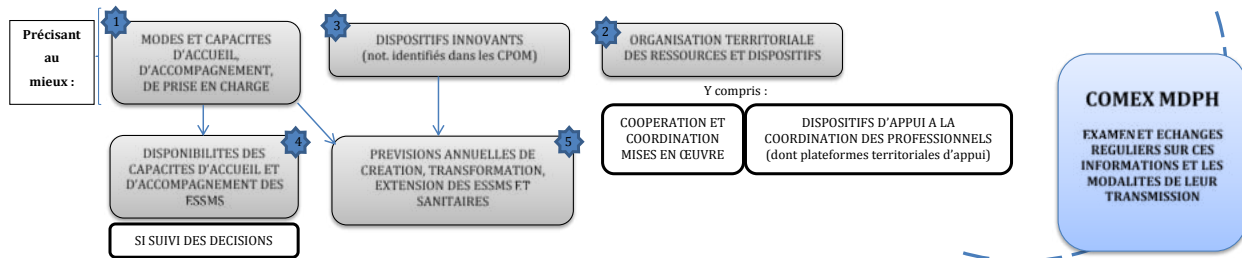
Modalités de déploiement

Focus sur l'échange et le partage des informations

Le décret n° 2017-137 du 7 février 2017 relatif aux informations nécessaires à l'élaboration des plans d'accompagnement global des personnes handicapées liste les catégories d'informations qui doivent être disponibles sur un territoire pour construire des réponses, (interventions requises dans les domaines de l'accompagnement, de l'éducation et de la scolarisation, des soins, de l'insertion professionnelle ou sociale et de l'appui aux aidants). Le décret précise également les modalités de transmission de ces informations. Le schéma ci-dessous propose une synthèse des différentes catégories d'information devant être mises à disposition de la MDPH.



→ La MDPH peut requérir des informations complémentaires au-delà de son ressort territorial, dès lors que les informations transmises se révèlent insuffisantes pour l'élaboration d'un PAG.



Source : MDPH de l'Aisne

1. La convention territoriale

Modalités de déploiement

Focus sur les différentes formes de dérogation

Les partenaires pourront également profiter des discussions associées à la préparation de la convention territoriale pour prévoir des dérogations qui pourront être mises en œuvre dans le cadre du dispositif d'orientation permanent. Il s'agit dans ce cadre d'autoriser les membres du GOS à réfléchir ensemble aux différentes possibilités de résolution de situations, quitte à ce que les hypothèses proposées n'entrent pas dans le cadre habituel du fonctionnement des établissements et services sociaux, médico-sociaux, sanitaires, éducatifs, de scolarisation, d'aide aux aidants. Il s'agit ainsi de permettre aux acteurs de terrain de « sortir du cadre » pour apporter des réponses adaptées aux besoins.

À ce titre, trois cas de figure bien distincts peuvent être identifiés :

▪ Les marges de souplesse dans l'application des autorisations

Il ne s'agit pas ici à proprement parler de dérogations, mais la convention territoriale pourra toutefois rappeler que les autorités de contrôle et de tarification et les établissements et services du territoire sont appelés à interpréter avec une certaine souplesse les autorisations délivrées, qu'il s'agisse des catégories de public accueilli (type de handicap) ou des catégories d'âge. À ce titre, le **décret n° 2017-982 du 9 mai 2017** relatif à la nomenclature des établissements et services sociaux et médico-sociaux accompagnant des personnes handicapées ou malades chroniques renforce cette logique. En effet, le décret établit une nomenclature simplifiée des ESMS et vise à ce titre à faciliter l'individualisation des parcours et la programmation de la réponse aux besoins collectifs.

▪ Les dérogations à l'autorisation

Au-delà des marges de souplesse permises par le décret, il s'agit ici d'accorder la possibilité pour un ou plusieurs établissements et services réunis dans le cadre d'un GOS de proposer sans accord préalable des autorités de contrôle et de tarification, des modalités d'accueil spécifiques (accueil en sureffectif sans demande de financement complémentaire, accueil interétablissement, accueil sur places laissées vacantes...)

▪ Les dérogations de prise en charge financière

La troisième catégorie porte sur les dérogations ayant un impact financier, qu'il s'agisse par exemple d'un accompagnement renforcé cumulant plusieurs intervenants, du maintien de prestations individuelles sur une période déterminée ou encore d'un accueil en sureffectif mobilisant un financement complémentaire temporaire.

La convention a ainsi pour objectif de définir, pour chacune de ces catégories, les circuits décisionnels à mettre en place, qui permettent un contrôle par les instances décisionnelles tout en favorisant la réactivité dans le traitement des situations individuelles.

1. La convention territoriale

Modalités de déploiement

2. Le processus d'élaboration de la convention

Le processus d'élaboration de la convention territoriale doit être, dès le début, partenarial. La rédaction de la convention est généralement portée par l'agence régionale de santé et le conseil départemental. La MDPH y est associée plus ou moins étroitement, en fonction du contexte de chaque territoire.

La convention territoriale pourra faire l'objet de groupes de travail pour déterminer son périmètre et les objectifs à fixer, puis d'échanges réguliers entre les acteurs autour des premières propositions formulées.

Les acteurs réunis en groupe de travail doivent répondre collectivement aux questions suivantes :

- Quelles informations doivent être échangées sur chaque situation individuelle et à partir de quels outils ?
- Quelles organisations des GOS ?
- Comment organiser une réflexion collective sur l'évolution de l'offre médico-sociale ?
- ...

La définition du cadre des dérogations doit être assez précise pour permettre à la MDPH et aux opérateurs de terrain de les mettre en œuvre sans solliciter les tutelles. *A contrario*, des modalités de suivi doivent permettre aux tutelles de suivre l'activation par les MDPH des possibilités de dérogations offertes.



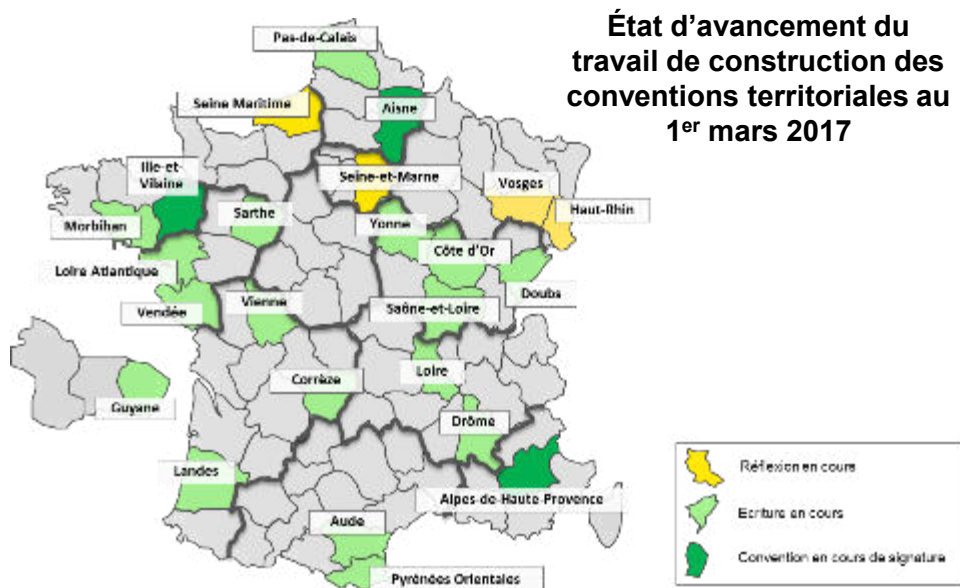
Bonnes pratiques

1. Commencer les discussions sur la convention territoriale rapidement après le démarrage du projet, car les processus d'écriture, d'appropriation et de validation par les acteurs sont très longs. Un travail de pédagogie est nécessaire pour que l'ensemble des partenaires s'approprient les objectifs et la finalité de la convention.
2. Veiller à la bonne articulation entre la convention territoriale et les autres conventions du territoire, par exemple les conventions entre l'agence régionale de santé (ARS) et le rectorat.

1. La convention territoriale

Retour d'expérience des territoires de la vague 1

La grande majorité des sites pionniers ont initié un travail de réflexion autour de la convention territoriale à compter du mois de septembre 2016, soit environ six mois après le lancement des premiers travaux autour du dispositif d'orientation permanent. Un travail d'appropriation des enjeux de la démarche et une réflexion qui a mûri au fil de l'eau sur les éléments devant faire ou non l'objet d'un engagement partenarial expliquent ce relatif décalage dans le temps. On constate toutefois que la totalité des sites pionniers ont déjà engagé ou prévoient à relativement court terme d'engager des réflexions autour du conventionnement. Au mois de mars 2017, seuls trois territoires avaient achevé le travail de rédaction, la convention s'inscrivant dans le processus de signature des différentes institutions représentées. Il convient donc ici de noter que le travail de rédaction et de signature de la convention est un processus relativement long qu'il est nécessaire d'initier le plus tôt possible dans la démarche.



Les signataires de la convention sont systématiquement l'agence régionale de santé, le conseil départemental, l'Éducation nationale et la MDPH. L'assurance maladie est dans la très grande majorité des cas associée au processus de rédaction. Enfin, d'autres partenaires institutionnels y collaborent parfois comme la CAF, la MSA, le **Régime social des indépendants (RSI)**... Certains territoires y ont également associé la ou les fédérations d'associations et/ou d'ESMS quand elles existent sur le territoire.

1. La convention territoriale



Outils

Les tableaux ci-dessous présentent les différents contenus intégrés dans les conventions territoriales en cours de signature pour deux territoires pionniers.

Territoire pionnier n° 1

Le dispositif permanent d'orientation	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Objectifs généraux ▶ Rôle de la MDPH : « assembleur » au service de la personne ▶ Processus d'orientation permanent : orientation cible, élaboration du PAG, réunion des GOS, mise en œuvre du PAG
La contribution des acteurs institutionnels	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Engagement à participer aux instances, au fonctionnement du DOP et à l'évolution de l'offre et des pratiques ▶ Contributions à la lisibilité de l'offre et la gestion des listes d'attente ▶ Mise en place expérimentale de dérogations à la réglementation de l'agrément et aux règles de prise en charge financière ▶ Procédure de demande de financement complémentaire ▶ Expérimentation d'une procédure accélérée de décision de dérogation au code de l'Éducation ▶ Simplification administrative des procédures MDPH ▶ Conditions d'utilisation du PCPE dans le cadre du DOP
Un nouveau cadre de gouvernance	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Contexte : nécessité d'une gouvernance globale intégrant la convergence des dispositifs de coordination pour assurer plus de cohérence et une meilleure lisibilité (MAIA, PTA, PAERPA...) ▶ Définition de la gouvernance de concertation territoriale et de ses modalités d'organisation
Annexe : Tableau de délégations de dérogations	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Tableau des délégations de dérogations : objet de la dérogation, exemples de situations, condition de mise en œuvre, modalité d'autorisation, condition de suivi et avis de la coordination régionale. <ul style="list-style-type: none"> • Pour les dérogations à la réglementation de l'agrément • Pour les dérogations aux règles de prise en charge financière

Territoire pionnier n° 2

Engagement 1 : Affiner la connaissance de l'offre et des besoins et contribuer au partage et à la remontée de l'information aux institutions, notamment *via* l'analyse des orientations, sous réserve de disposer des données qualitatives produites par chacun des signataires.

Engagement 2 : Participer assidûment aux différentes instances liées à la démarche Réponse accompagnée.

Engagement 3 : Accorder des dérogations, à titre très exceptionnel et relevant de l'entière compétence des institutions en charge de la régulation, dans un cadre à partir duquel pourront être construites des solutions en cas d'impossibilité de trouver des solutions adaptées aux situations individuelles et dans le respect de l'esprit de ce cadre.

Engagement 4 : Engager une réflexion collective sur les évolutions nécessaires et pérennes de l'offre pour l'adapter aux besoins à travers ce que les situations individuelles relevant du dispositif d'orientation permanent permettent d'apprendre de l'éventuelle inadéquation entre offre existante et besoins actuels.

Engagement 5 : S'engager à favoriser la participation de ses collaborateurs aux actions de formation liées à la « réponse accompagnée ».

1. La convention territoriale



Outils

Le tableau ci-dessous présente à titre d'exemple la liste des dérogations dont les signataires de la convention s'engagent, avec ou sans accord préalable, à faciliter la mise en œuvre. Cette liste n'est pas limitative.

<p>Dérogations à la réglementation des autorisations</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les dérogations d'âge ; ▪ Les dérogations à la spécialité de l'agrément ; ▪ L'accueil en sureffectif sans financement complémentaire ; ▪ L'accueil interassociatif ou interétablissement ; ▪ L'accueil dans les places laissées vacantes lors d'une hospitalisation, pendant les week-ends ou pendant les vacances.
<p>Dérogations aux règles de prise en charge financière</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les prises en charge « renforcées » cumulant plusieurs intervenants ; ▪ Le maintien de prestations individuelles sans récupération d'indu (PCH ou allocation d'éducation de l'enfant handicapé – AEEH) pendant des périodes d'adaptation notamment ; ▪ La sécurisation financière de prises en charge effectuées en urgence ; ▪ L'accueil en sureffectif avec financement complémentaire.

Plusieurs exemples de conventions territoriales, signées ou en cours de signature, sont également disponibles sur le site de partage de la CNSA .

Les exemples sont pour le moment très centrés ESMS, il serait intéressant de pouvoir mieux connaître les possibilités expérimentées de dérogations au cadre réglementaire des acteurs des champs de l'Assurance Maladie et de l'Education Nationale également.

2. Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens

Contexte

L'article 75 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) 2016 a généralisé les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) pour les structures accompagnant les personnes en situation de handicap et relevant de la compétence de l'ARS ou de compétences conjointes.

La négociation des CPOM entre les autorités de contrôle et de tarification et les établissements et services médico-sociaux est l'occasion de formaliser les implications de la démarche Réponse accompagnée pour les établissements et services. Il s'agira ainsi dans ce cadre de prévoir des indicateurs permettant, par exemple, de valoriser l'accompagnement des personnes en situation complexe.

Les CPOM représentent également un outil de transformation de l'offre et d'évolution des pratiques. Ils permettent en effet de contractualiser avec les établissements et services médico-sociaux sur des objectifs qualitatifs relatifs à l'accompagnement des personnes en situation de handicap. Le renforcement de l'offre existante, au travers par exemple de l'ouverture d'un accueil le week-end, pourra être favorisé, tout comme une souplesse accrue des typologies de publics accueillis.

Les CPOM représentent enfin un levier de transformation des modalités de financement des établissements et services, puisque l'article 89 de la loi de modernisation de notre système de santé prévoit la possibilité de moduler le « tarif en fonction d'objectifs d'activité définis dans le contrat ».

Objectifs

La signature d'un CPOM avec les établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) constitue un outil essentiel dont les ARS, les départements et les gestionnaires doivent se saisir pour faire évoluer l'offre et les pratiques nécessaires à la mise en œuvre de la démarche « Une réponse accompagnée pour tous ». La négociation du CPOM est l'occasion de mettre en cohérence les objectifs du gestionnaire et de ses structures avec les priorités de la démarche « Réponse accompagnée » .

Acteurs clés

Le dialogue de gestion des CPOM concerne principalement l'agence régionale de santé, le conseil départemental et les établissements et services médico-sociaux.

Les MDPH peuvent également être associées en amont de la phase de dialogue de gestion sur les parties relatives à la démarche Réponse accompagnée, par exemple, sur l'évaluation de la participation de l'établissement ou service concerné à la mise en œuvre du dispositif d'orientation permanent ou pour préciser l'analyse des besoins du territoire et l'évolution de l'offre associée.

2. Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens

Modalités de déploiement

À partir du diagnostic du territoire et des objectifs d'évolution de l'offre médico-sociale qui en découlent, chaque territoire peut intégrer, dans chaque CPOM négocié, la déclinaison opérationnelle de ces objectifs globaux. L'intégration d'une fiche « Réponse accompagnée » au CPOM permet de fixer les engagements de l'établissement ou du service par rapport à la démarche Réponse accompagnée.

Par exemple, les CPOM pourront intégrer des engagements visant à :

- Favoriser la collaboration des ESMS avec les acteurs de proximité du territoire, notamment la MDPH
- S'assurer de la participation des ESMS à la mise en œuvre du dispositif d'orientation permanent
- S'assurer de la mise en œuvre d'une procédure d'admission conforme aux besoins du territoire
- S'assurer de la participation des ESMS au déploiement du système d'information de « suivi des orientations »
- Favoriser la participation des ESMS à l'évolution de l'offre de service sur le territoire, *via* notamment leur participation à la mise en œuvre d'une offre modulaire

Pour définir les engagements associés au déploiement de la démarche « Réponse accompagnée », les agences régionales de santé et les départements pourront s'appuyer sur l'annexe 5 de [l'instruction n° DGCS/SD5C/2017/96 du 21 mars 2017 relative à la mise en œuvre de l'arrêté du 3 mars 2017 fixant le contenu du cahier des charges du contrat d'objectifs et de moyens \(CPOM\)](#). Celle-ci met en effet en exergue le CPOM :

- comme moyen pour que les situations ne restent pas sans solution ;
- comme levier pour transformer l'offre, faire évoluer les pratiques professionnelles et contribuer à la souplesse des réponses ;
- comme levier pour insérer l'ESMS au sein du territoire dans une logique de parcours ;
- comme support d'une meilleure connaissance des ressources disponibles sur un territoire nécessaire à la MDPH, notamment dans le cas de l'élaboration d'un plan d'accompagnement global (PAG).

2. Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens



Retour d'expérience des territoires de la vague 1

Si les signatures de CPOM se multiplient dans le champ du handicap, un nombre relativement limité d'ARS ou de conseils départementaux des sites pionniers ont profité de l'année 2016 pour concevoir des fiches CPOM spécifiques au déploiement de la « Réponse accompagnée ».

Le tableau ci-contre présente à titre d'exemple deux engagements intégrés à une fiche CPOM type définie par une ARS issue des sites pionniers.

Engagement	Indicateur	Mode de calcul	Unité de mesure	Source	Cible
Collaborer avec les MDPH ou leurs représentants dans le cadre de la mise en œuvre du dispositif d'orientation permanent	Taux de participation aux GOS	nombre de participations aux GOS / nombre de sollicitations par les MDPH	%	Données MDPH	100%
	Nombre de personnes avec un PAG accueillies au sein des structures	Nombre de personnes avec un PAG	nombre	Données MDPH	X ≥ N-1 ≥ valeur initial ou minimal
	Taux d'accueil des personnes avec un PAG	nombre de personnes avec un PAG / nombre de places autorisées ou file active X 100	%	Données MDPH	A définir
	Taux de refus non motivés des PAG	nombre de refus de PAG non motivés / nb de PAG signés X 100	%	Données MDPH	0%
	Taux de refus motivé* des PAG	nombre de refus de PAG motivés / nb de PAG signés X 100	%	Données MDPH	A définir
	Taux de PAG suivi par un référent	nombre de PAG suivi par un référent / nombre de PAG X 100	%	Données MDPH	A définir
Accueil des personnes en situations critiques (y compris hors PAG)	Taux d'accueil de personnes en situation critiques	Nombre de personnes en situations critiques admises / nb de demandes d'accueil de situations critiques X 100	%	Données MDPH / ARS / CD	A définir
	Taux de refus motivés*	nombre de refus motivés d'accueil de situations critiques / nombre de demandes d'accueil de situations critiques refusées X 100	%	Données MDPH / ARS / CD	100%



Outils

Les fiches types « Réponse accompagnée » à intégrer aux contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, réalisées par des territoires pionniers de la vague 1 de déploiement, sont disponibles sur le site de partage de la CNSA.

3. Les pratiques d'admission

Contexte

Le changement de paradigme de la « place » au « parcours » doit pouvoir se traduire dans les politiques d'admission des établissements. Celles-ci doivent s'adapter pour permettre plus de souplesse dans les publics accueillis. L'objectif est que, à terme, les établissements et services médico-sociaux admettent un usager au titre d'une ou de plusieurs prestations à délivrer pour répondre à un ou à plusieurs besoins plutôt qu'au titre d'une place disponible dans une structure dédiée à certains types de publics, dans la logique portée par le **décret n° 2017-982 du 9 mai 2017** relatif à la nomenclature des établissements et services sociaux et médico-sociaux accompagnant des personnes handicapées ou malades chroniques.

L'évolution des politiques d'admission a aussi vocation à améliorer la priorisation globale des admissions en établissement et service médico-social au niveau du territoire afin que les situations les plus complexes ne restent pas sans solution. Il s'agit ainsi, dans une logique de meilleure coordination des acteurs, de s'assurer collectivement que les publics considérés comme prioritaires pour une admission sont bien ceux qui seront concrètement admis en établissement ou service.

Plusieurs leviers favorisent enfin l'émergence de pratiques novatrices en matière de coordination comme le déploiement progressif du référentiel SERAFIN-PH qui permet une description homogénéisée des besoins et des prestations, mais également la mise en place progressive des systèmes d'information de suivi des admissions.

Objectifs

L'objectif est d'initier une réflexion commune sur les pratiques d'admission permettant de tendre vers une harmonisation des outils et des critères d'admission des ESMS, qui participe à l'égalité de traitement et à la lisibilité de l'offre du territoire.

De manière concrète, ce travail d'harmonisation peut amener les sites pionniers à réfléchir sur :

- La conception d'un dossier unique d'admission
- La définition de critères harmonisés de gestion des listes d'attente
- La conception et le déploiement d'un dispositif coordonné de gestion des admissions

3. Les pratiques d'admission

Acteurs clés

Les pilotes de la démarche Réponse accompagnée, et en particulier l'agence régionale de santé et le conseil départemental, doivent porter une réflexion sur les pratiques d'admission auprès des établissements et services médico-sociaux (ESMS).

L'Éducation nationale doit également être associée aux réflexions sur les pratiques d'admission des enfants, dans la mesure où elle prend en charge en milieu ordinaire de nombreux enfants en attente de solution. Enfin, la MDPH, qui a pour rôle d'assurer un suivi des décisions de la CDAPH, est dans ce cadre également impliquée dans la conception et le déploiement du chantier.

Modalités de déploiement

Les pilotes de l'axe 2 doivent engager un dialogue avec les établissements et services médico-sociaux. Plusieurs modalités d'évolution des pratiques d'admission peuvent être portées, par exemple :

- La création d'un dossier unique d'admission pour l'ensemble des ESMS du territoire ;
- La définition collective de principes d'organisation des listes d'attente à travers la définition de critères partagés de priorisation ;
- La création d'instances départementales ou infradépartementales en charge de réguler les admissions et d'organiser la gestion des listes d'attente.

À l'issue du travail de priorisation des dossiers, les usagers ne pouvant être accueillis en établissement pourront bénéficier d'un PAG pour mettre en place une solution alternative modulaire dans l'attente d'une admission, en lien avec l'évolution de l'offre médico-sociale du territoire.

L'ensemble des chantiers abordés avec les ESMS pourra faire l'objet d'une contractualisation dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) de ces structures.

L'évolution des pratiques d'admission des établissements et services médico-sociaux est étroitement liée au chantier relatif au système d'information de suivi des orientations. Ce dernier permet de mesurer l'écart entre les listes d'attente et la prévision d'entrées et de sorties des établissements et services du territoire justifiant un travail de priorisation des dossiers.

3. Les pratiques d'admission

Retour d'expérience des territoires de la vague 1

Sur vingt-quatre territoires pionniers, huit ont mis en œuvre des actions autour de la gestion des listes d'attente et de l'harmonisation des critères d'admission en établissements et services médico-sociaux, et douze autres sont en train d'y travailler au 1^{er} mars 2017.

La mise en place de critères de caractérisation des enfants en attente d'admission en ESMS

Un site pionnier de la vague 1 a profité du déploiement de la démarche « Réponse accompagnée » pour procéder à une remise à plat des pratiques d'admission des ESMS du territoire. Centré dans un premier temps sur l'accueil du public « enfants », le dispositif conçu à travers plusieurs groupes de travail réunissant l'ARS, le département, la MDPH, l'Éducation nationale, des ESMS du territoire, mais également des représentants des usagers a notamment permis la conception d'un outil de caractérisation de la situation des enfants bénéficiaires d'une orientation CDAPH, mais en attente d'admission. L'objectif de l'outil étant de permettre d'objectiver les caractéristiques de chaque situation individuelle pour permettre dans un second temps d'identifier des publics prioritaires pour un accueil en établissement.

Les critères définis sont les suivants :

1. Données d'identification	
Nom	
Prénom	
Date de naissance	
Commune de résidence	
Circonscription	
Numéro de dossier MDPH	
2. Rappel des droits ouverts	
Type d'établissement	
Date de la première notification pour ce droit	
Date d'échéance de cette notification	
Niveau du consensus entre acteurs sur les solutions à mettre en œuvre / blocage	
3. Caractéristiques de la situation	
Niveau de couverture des besoins	
Temps de scolarisation (y compris avec aide humaine)	
Temps périscolaire	
Vie familiale	
Accès aux apprentissages scolaires	
Accès aux apprentissages des compétences sociales	
Temps écoulé depuis la notification CDAPH	
Tendance évolutive au cours de l'année écoulée	

Pour chaque critère, une échelle intégrant entre deux et quatre items permet d'estimer le niveau de criticité de la situation, et un diagramme en toile d'araignée permet également d'obtenir une vision synthétique des caractéristiques de chaque situation individuelle.

3. Les pratiques d'admission

Retour d'expérience des territoires de la vague 1

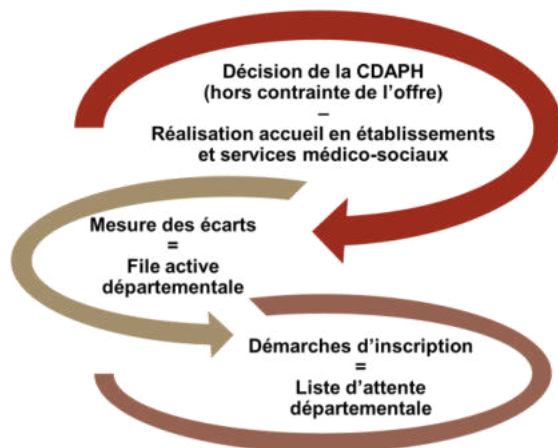
La création d'un comité départemental de suivi des listes d'attente et de suivi des orientations médico-sociales par un site pionnier de la vague 1

Un second site pionnier de la vague 1 a procédé à la mise en place un comité départemental de suivi des listes d'attente et des orientations médico-sociales. Créé dès 2010 pour les enfants puis élargi en 2012 aux adultes, il a pour objectif de traiter collectivement la situation de bénéficiaires d'une orientation médico-sociale non effective ou présentant un risque de rupture dans leurs parcours personnels. Ce comité existait donc avant le lancement de la démarche, il a cependant tout son sens au titre de l'axe 2. Les admissions dans les établissements et services médico-sociaux du site pionnier s'organisent selon des priorités établies par le comité départemental de suivi des listes d'attente, validées par la commission exécutive de la MDPH.

- Le comité, organisé par catégorie de public, réunit les acteurs suivants deux fois par an : l'ARS, le conseil départemental, la MDPH, l'Éducation nationale et l'ensemble des ESMS du territoire.
- L'organisation du comité est synthétisée à travers les principes suivants :

Le comité permet :

- Un suivi partagé en temps réel des décisions de la CDAPH et de la demande d'admission à partir du système d'information de la MDPH
- Une évaluation des situations urgentes et des réponses prioritaires à mettre en place
- La mise en œuvre d'une fonction d'observatoire médico-social à travers l'identification des besoins collectifs sur les territoires et en fonction des types de déficiences, visant une meilleure connaissance de l'offre de service et des disponibilités d'accueil
- Le rapprochement de l'offre de service des ESMS et des attentes des usagers par une mise en relation au moment de la création ou de l'extension de capacité d'accueil et de prise en charge



Outils

Le dossier d'admission unique des établissements et services médico-sociaux d'un territoire.
Le cadre de référence unique du système d'information de suivi des orientations.

4. La transformation de l'offre médico-sociale

Contexte

Afin de garantir une réponse pour toutes les personnes handicapées, le dispositif d'orientation permanent permet d'apporter une ou plusieurs solutions alternatives lorsque l'orientation prononcée par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) ne peut être mise en œuvre, notamment en raison des insuffisances de l'offre médico-sociale du territoire. L'objectif étant à terme la mise en œuvre de toutes les notifications premières ou « cibles » de la CDAPH, la démarche Réponse accompagnée comprend, outre le dispositif d'orientation permanent, une réflexion sur l'évolution de l'offre du territoire. Le décret n° 2017-982 du 9 mai 2017 relatif à la nomenclature des établissements et services sociaux et médico-sociaux accompagnant des personnes handicapées ou malades chroniques incite par ailleurs les établissements et services à établir une nomenclature simplifiée des ESMS et vise à ce titre à faciliter l'individualisation des parcours et la programmation de la réponse aux besoins collectifs.

Objectifs

Le premier objectif est de réaliser au sein du département un diagnostic territorial qui mette les besoins constatés en regard de l'offre disponible. L'objectivation de l'écart entre les besoins et l'offre permet la caractérisation des évolutions nécessaires de l'offre, aussi bien quantitativement que qualitativement.

Afin de garantir la cohérence et la lisibilité de la future offre d'accompagnement des personnes en situation de handicap, la réflexion menée dans le cadre de la démarche Réponse accompagnée doit s'insérer dans l'ensemble des autres dispositifs ayant vocation à recomposer l'offre médico-sociale, mais aussi sanitaire et sociale du territoire.

Acteurs clés

Les autorités de contrôle et de tarification – l'agence régionale de santé (ARS) et le conseil départemental – sont forcément concernées par l'évolution de l'offre médico-sociale. L'Education nationale est elle-même concernée au titre des réponses en termes de scolarisation qu'elle propose, à ce titre la refonte du groupe technique départemental comme instance d'articulation entre offre médico-sociale et de scolarisation est en cours.

La maison départementale des personnes handicapées (MDPH) doit également être associée à la réflexion, notamment sur la connaissance de l'offre existante et sur la caractérisation des besoins des personnes handicapées du territoire.

Enfin, les établissements et services médico-sociaux (ESMS) et les associations sont associés pour décrire leurs compétences et ressources, les besoins qu'ils constatent et l'évolution de leurs prestations prévues.

4. La transformation de l'offre médico-sociale

Modalités de déploiement

Tout d'abord, la connaissance de l'offre actuelle doit être approfondie. Les acteurs de la démarche pourront procéder à l'élaboration d'un portrait du territoire recensant l'ensemble des composantes de l'accompagnement des personnes en situation de handicap existantes. La qualification officielle des structures, telle que définie dans son autorisation, devra être distinguée des publics effectivement accueillis, des compétences que la structure a développées, de ses ressources et de son plateau technique en tenant compte des évolutions entraînées par l'application du décret du 9 mai 2017.

Au-delà de l'élaboration de cette cartographie en début de démarche, qui permet de définir ensuite des objectifs d'évolution de l'offre, le **décret du 7 février 2017 relatif aux informations nécessaires à l'élaboration des plans d'accompagnement global** des personnes handicapées met en place des échanges d'informations réguliers entre les ARS, les services de l'Etat, les collectivités territoriales et la MDPH pour garantir la mise à jour au fil de l'eau du diagnostic territorial établi.

Les objectifs d'évolution de l'offre médico-sociale découlent de l'analyse du portrait du territoire réalisée collectivement par les acteurs de la démarche et en particulier des manques de structures d'accompagnement qu'il est nécessaire de combler.

- Les objectifs de développement de l'offre actés au sein du territoire sont retranscrits dans les différents éléments de **programmation territoriale** (dont le programme interdépartemental des handicaps et de la perte d'autonomie – PRIAC, mais également les futurs projets territoriaux de santé mentale), selon le type d'offre concernée, par exemple dans les schémas territoriaux d'organisation médico-sociale, les projets régionaux de santé, les contrats locaux de santé, les schémas de l'autonomie...
- La **convention territoriale**, qui fait l'objet du 3.1, est un élément fondamental de contractualisation sur l'évolution de l'offre
- La **refonte des autorisations** participe également à la mise en œuvre des évolutions souhaitées. Au-delà, les orientations nationales portées dans le cadre du Comité interministériel du handicap (CIH) du 2 décembre 2016 et visant notamment le **développement de l'habitat inclusif** devront également être considérées avec attention
- Ces objectifs sont **déclinés au sein de chaque structure dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM)**, qui fait l'objet du 3.2

Enfin, l'évolution de l'offre portée au sein de la démarche Réponse accompagnée est à articuler avec les évolutions déjà en cours de mise en œuvre, telles que le déploiement des pôles de compétences et de prestations externalisées (PCPE), des plateformes territoriales d'appui (PTA)... L'analyse des évolutions à prévoir pour combler les manques constatés dans le portrait du territoire devra en effet prendre en compte l'impact de ces dispositifs sur l'offre et sur les besoins.

4. La transformation de l'offre médico-sociale



Retour d'expérience des territoires de la vague 1

Les territoires pionniers se sont appuyés sur le déploiement de la démarche « Réponse accompagnée » pour poursuivre et parfois renforcer la transformation de l'offre existante, ces transformations visant à rendre l'offre plus inclusive, plus souple et plus adaptée à la prise en compte des situations individuelles, notamment complexes, dans un objectif de fluidification des parcours.

Plusieurs territoires ont procédé à un recensement des démarches innovantes visant la transformation de l'offre médico-sociale. Sans visée exhaustive, peuvent être cités à titre d'exemple :

- Les remontées régionales de réponses alternatives pour les personnes handicapées en situation de rupture de parcours, réalisées par plusieurs centres régionaux d'études, d'actions et d'informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité – CREAMI (Occitanie, PACA, Bourgogne...)
- Les diagnostics thématiques conduits par plusieurs ARS (diagnostic concernant les solutions d'accueil et d'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes en Normandie...)
- Les études visant le suivi des orientations, réalisées par plusieurs territoires et permettant d'identifier les formes d'offre les plus sujettes à tension (diagnostic annuel de suivi des orientations réalisé par le Conseil départemental de la Loire-Atlantique)

Les principaux axes d'évolution de l'offre identifiés dans le cadre de ces différentes études et diagnostics peuvent être rassemblés à travers les thèmes suivants :

- Des dispositifs visant à éviter les ruptures d'accompagnement liées à l'âge (amendements Creton, personnes handicapées vieillissantes...)
- Des dispositifs favorisant la fluidité des parcours et la coordination des acteurs
- Des dispositifs favorisant des formes d'habitat intermédiaires
- Des dispositifs favorisant l'accompagnement des personnes en transition vers des solutions plus adaptées



Outils

- L'Association nationale des centres régionaux d'études, d'actions et d'informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité (ANCREMI) a produit un guide du diagnostic territorial pour le compte de la CNSA ([lien](#)).
- **La circulaire** n° DGCS/3B/2017/148 du 2 mai 2017 relative à la transformation de l'offre d'accompagnement des personnes handicapées comporte un volet relatif à la démarche « une réponse accompagnée pour tous » ([lien](#)).

A x e 2

Les points clés

- ▶ La réflexion partenariale visant la signature d'une convention territoriale apparaît comme une condition de réussite pour le déploiement de la démarche, car cette convention rend lisibles les engagements que chaque partenaire se déclare prêt à mettre en œuvre.
- ▶ La généralisation des CPOM et l'intégration d'une fiche de suivi dédiée à la réponse accompagnée constituent également un levier important pour s'assurer de la participation active de l'ensemble des ESMS du territoire à la mise en œuvre de la démarche.
- ▶ Si la revue des pratiques d'admission ne constitue pas le cœur de la démarche, la mise en place de mécanismes et d'outils facilitant une meilleure régulation des listes d'attente doit permettre *in fine* de limiter le nombre de situations pouvant potentiellement faire l'objet d'un PAG.
- ▶ Si les évolutions récentes du cadre réglementaire offrent de nouvelles marges de manœuvre en matière d'autorisations, une réflexion plus globale sur les adaptations de l'offre à prévoir pour mieux répondre aux besoins du territoire doit également être engagée par les partenaires.

Les points de vigilance

- ▶ Lancer les travaux d'écriture de la convention territoriale assez rapidement après le lancement de la démarche du fait de délais relativement importants d'écriture et de signature.
- ▶ Associer systématiquement les ESMS aux travaux de rédaction des fiches CPOM associées à la démarche « Réponse accompagnée » et aux travaux associés à la revue des pratiques d'admission.

Axe 3

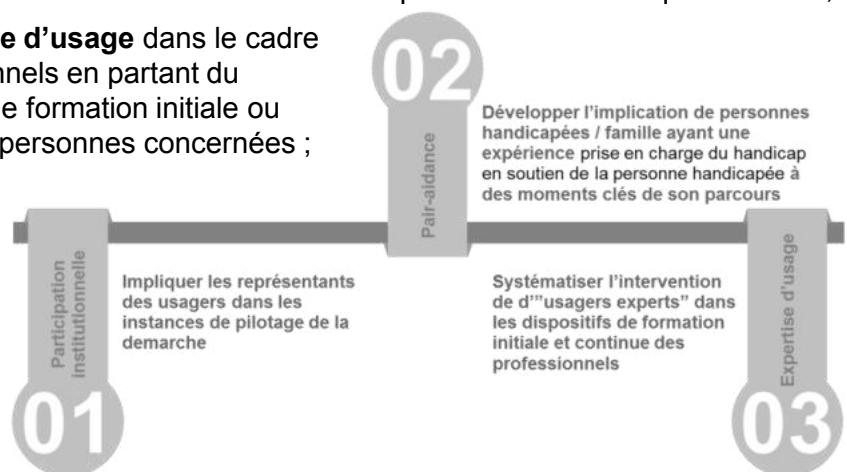
Impliquer les usagers et les pairs

Les personnes en situation de handicap et leurs proches ont des compétences et une expertise à faire valoir. L'ambition consiste ainsi à faire participer à la prise de décision et à la mise en œuvre des politiques publiques l'ensemble de ceux qu'elles sont susceptibles d'affecter. À ce titre, l'expérience vécue vient compléter celle développée par les professionnels de la santé ou du médico-social et dépasse le témoignage.

Ce mouvement de fond n'est pas spécifique au secteur du handicap puisque le **Plan d'action en faveur du travail social et du développement social** vise également une meilleure participation des personnes, en s'appuyant notamment sur leur « expertise d'usage », mais également sur leur participation institutionnelle aux instances d'élaboration et de mise en œuvre de la politique publique.

Dans le cadre du déploiement de la démarche « Réponse accompagnée », trois niveaux de participation méritent d'être particulièrement promus :

- **La participation institutionnelle** des représentants du monde associatif aux instances dédiées au pilotage de la démarche tant au niveau national qu'au niveau de chaque territoire ;
- **La valorisation de l'expertise d'usage** dans le cadre des formations des professionnels en partant du postulat qu'il ne peut y avoir de formation initiale ou continue sans l'expertise des personnes concernées ;



- **L'implication de pairs** dans l'accompagnement des personnes, notamment à travers le déploiement d'un dispositif de pair-aidance, en soutien à la mise en œuvre opérationnelle du dispositif d'orientation permanent.

1. L'implication des usagers et des associations

Contexte

L'un des objectifs de la démarche Réponse accompagnée est de mieux prendre en compte la parole de l'utilisateur afin de lui offrir un accompagnement respectueux de son projet de vie.

La participation des personnes constitue en effet un des principes fondamentaux de la loi du 11 février 2005 qui prévoit d'ores et déjà plusieurs mécanismes visant une meilleure intégration de la personne handicapée dans la conception et la mise en œuvre des politiques du secteur du handicap.

La prise en compte de la parole de l'utilisateur peut se faire soit directement, soit à travers les associations représentatives des usagers.

Objectifs

L'objectif est de renforcer l'implication de l'utilisateur, ou des associations, dans l'ensemble des lieux d'élaboration des décisions ayant des conséquences sur la vie des personnes en situation de handicap, à la fois sur l'organisation de l'offre médico-sociale aux différents échelons territoriaux et sur l'élaboration des réponses aux demandes individuelles.

À ce titre, les associations représentant les personnes en situation de handicap doivent être associées à la gouvernance de la démarche: la comex, une instance adhoc ou un cadre spécifique de dialogue au-delà de la définition d'actions dans le cadre de cet axe 3.

Acteurs clés

Les personnes en situation de handicap et les associations en lien avec le handicap sont les principaux acteurs concernés par ces actions. L'ensemble des autres acteurs de la démarche sera amené à interagir davantage avec eux.

1. L'implication des usagers et des associations

Modalités de déploiement

Chaque territoire pourra définir dans sa feuille de route une série d'actions permettant d'atteindre les objectifs mentionnés ci-dessus.

Plusieurs chantiers peuvent renforcer l'implication des usagers et des associations :

- L'amélioration de la représentation des usagers ou des associations dans les lieux de prise de décision (conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie – CDCA, commission exécutive de la MDPH, commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées...);
- La création d'une instance de représentation des usagers à l'échelle de la MDPH (comité des usagers) permettant d'intégrer le point de vue des usagers sur les outils et dispositifs construits dans le cadre de la démarche « Réponse accompagnée » et, plus globalement, sur tous les outils à destination des usagers construits par la MDPH ;
- Le développement de l'expertise d'usage et son intégration systématique dans les dispositifs de formation à destination des professionnels.

Les associations peuvent faire partie de la gouvernance de la démarche Réponse accompagnée. Ainsi, à l'échelle nationale, un comité de liaison rassemblant les pilotes nationaux « Réponse accompagnée » et les têtes de réseau nationales représentant le monde associatif se réunit de manière périodique pour échanger sur l'avancée du déploiement de la démarche et permettre la prise en compte du point de vue des représentants des usagers.

Au niveau de chaque territoire, il est également préconisé d'associer les représentants du monde associatif au dispositif de pilotage de la démarche. Ainsi, leur participation est assurée *a minima* si le pilotage stratégique de la démarche est confié à la COMEX de la MDPH. Plusieurs territoires ont également fait le choix de confier tout ou partie du pilotage de l'axe 3 de la démarche à des représentants des usagers (collectif interassociatif/association locale impliquée dans le déploiement de l'expertise d'usage ou de la pair-aidance...).



Point de vigilance

Favoriser l'implication des représentants du monde associatif pour le pilotage de l'axe 3 tout en veillant à les accompagner dans la déclinaison de leurs engagements en plans d'actions.

1. L'implication des usagers et des associations

Retour d'expérience des territoires de la vague 1

Le retour d'expérience suite aux premiers tests du dispositif d'orientation permanent a abouti, pour bon nombre de territoires, à une réflexion visant une meilleure association de l'utilisateur et de sa famille pour permettre une véritable co-construction des solutions.

Dans la plupart des sites pionniers, les associations ont manifesté un niveau d'adhésion élevé au projet, notamment dans le cadre des réunions de lancement.

Parmi les vingt-quatre territoires pionniers de la vague 1 de déploiement, cinq ont intégré les associations à la gouvernance du projet (comité de pilotage global de projet et pilotage de l'axe 3, en lien avec la MDPH pour un territoire) tandis que les autres les ont associées en parallèle.

Quelques exemples d'actions mises en œuvre pour renforcer l'implication des usagers :

- ❖ Invitation systématique de pairs aux GOS ;
- ❖ Création d'un conseil ou comité des usagers (feuille de route : étudier le format du PAG type, travailler sur le fonctionnement de la MDPH, traduire les notifications MDPH en facile à lire et à comprendre...) ;
- ❖ Réalisation d'un état des lieux des initiatives d'expertise d'usage existantes sur le département ;
- ❖ Réflexion sur la place des experts d'usage dans les formations des professionnels, en lien avec l'axe 4 ;
- ❖ Création d'un document d'aide à l'expression du projet de vie de l'utilisateur dans le cadre de la préparation de PAG ;
- ❖ Mise en place d'une permanence du Défenseur des droits dans la MDPH permettant de faciliter l'appropriation des démarches de concertation et de limiter *in fine* les recours juridiques.

Quelques exemples d'actions mises en œuvre pour renforcer l'implication des associations :

- ❖ Invitation systématique des représentants d'associations aux réunions de pilotage et aux groupes de travail conduits dans le cadre de la démarche ;
- ❖ Conventionnement avec l'union des associations du département pour l'organisation de formations avec les bénévoles ;
- ❖ Réflexions avec les associations locales sur une participation accrue de leur part à la politique du handicap, en lien avec les MDPH ;
- ❖ Recensement des actions innovantes sur le territoire en matière de mobilisation des usagers, pour promotion et généralisation ;
- ❖ Organisation de permanences des associations d'utilisateurs à la MDPH pour accompagner les usagers.

2. L'implication des pairs

Contexte

Il est parfois compliqué pour les usagers de comprendre les mécanismes d'accompagnement et d'instruction des demandes des personnes handicapées et les contraintes propres à chaque institution. Les pairs, c'est-à-dire des personnes handicapées ou des proches ayant développé une compétence sur l'accompagnement du handicap du fait de leur parcours de vie, peuvent représenter des relais pour les personnes et les professionnels pour expliquer.

Objectifs

L'objectif est de faciliter l'accompagnement par les pairs à travers la pair-aidance, et ce à toutes les étapes du parcours de la personne handicapée. Dans le cadre spécifique du dispositif d'orientation permanent, l'accompagnement pourra être conduit depuis l'élaboration d'une demande de PAG jusqu'à la bonne intégration en établissement ou en service médico-social et à l'accomplissement du projet de vie de la personne.

Grâce au lien avec le pair, l'utilisateur pourra comprendre les différentes étapes du processus et y prendre un rôle actif. En particulier, ayant compris et apprivoisé les mécanismes de construction du PAG (et notamment son articulation avec le plan exposé à travers l'orientation initiale de la CDAPH). Cette implication des pairs offre à la personne handicapée la possibilité d'un échange plus apaisé avec les structures pouvant l'accompagner ; elle permet également d'accélérer le processus en rendant possible l'approbation (ou la validation, au choix) en GOS des solutions qui seront mises en œuvre par tous les protagonistes, y compris l'utilisateur.

Une fois les solutions entérinées, la présence du pair pour accompagner l'utilisateur permet à celui-ci de s'acculturer aux caractéristiques de l'accompagnement offert et accroît les chances d'une mise en œuvre réussie de la solution retenue.

Enfin, outre leur participation au déploiement du dispositif d'orientation permanent, les pairs-aidants peuvent également être mobilisés par les ESMS à de multiples occasions, par exemple pour l'acquisition de nouvelles compétences.

2. L'implication des pairs

Modalités de déploiement

En fonction des objectifs définis dans sa feuille de route, chaque territoire peut organiser des groupes de travail pour définir plus précisément le rôle des pairs. Une fois ce travail de définition de la cible effectué, les canaux de « recrutement » des pairs devront être étudiés pour identifier ceux qui participeront aux projets. Il est également préconisé de procéder à une formation des pairs pour s'assurer qu'ils disposent tous des compétences nécessaires à l'exercice plein et entier de leur rôle. Pourra enfin se poser la question de la rétribution éventuelle (remboursement des frais de déplacement ou défraiement) de la fonction de pair.

Dans la mesure du possible, les pairs participant au projet devront être « neutres » dans leur rapport aux instances, afin de ne pas brouiller les relations entre ces dernières et l'utilisateur et d'éviter les conflits d'intérêts.

Une liste de pairs « ressources » pourra être tenue à la disposition des usagers entrant dans le dispositif d'orientation permanent, qu'ils pourront contacter s'ils souhaitent cet accompagnement.

Plusieurs canaux de valorisation du rôle des pairs peuvent être explorés :

- La conciliation par les pairs ;
- La présence des pairs en groupe opérationnel de synthèse (GOS) ;
- Le rôle des pairs au sein des établissements et services médico-sociaux.



Point de vigilance

S'assurer d'un déploiement relativement rapide d'actions d'accompagnement par les pairs en support de la mise en œuvre du dispositif d'orientation permanente. En effet, l'expérience montre que les travaux associés à la définition du rôle des pair-aidants, à leur identification et à leur formation peuvent durer plus longtemps que la définition du dispositif d'orientation permanent.

2. L'implication des pairs

Retour d'expérience des territoires de la vague 1

La charte d'accompagnement des pairs-aidants « personnes ressources » dans la démarche « Réponse accompagnée pour tous » a été élaborée par l'union des associations de personnes handicapées du département et la MDPH d'un site pionnier de la vague 1. Il s'agit d'une charte d'engagement moral et de modélisation de l'accompagnement. Elle a pour objectif de proposer un cadre de référence à la mission d'accompagnement d'une personne et/ou de sa famille dans la démarche « Une réponse accompagnée pour tous ».

Les principes de l'accompagnement du pair-aidant :

« Des personnes issues des associations sont formées pour intervenir auprès de personnes en situation de handicap et/ou de leurs familles, en recherche de solutions à un moment de leur parcours.

Les pairs aidants apportent et transmettent ainsi leur expérience et l'expertise d'usage qu'ils ont pu développer.

Les personnes et les familles doivent pouvoir les solliciter et trouver le soutien et les conseils appropriés pour poursuivre leur parcours de vie. »

Le pair-aidant s'engage à :

- Posséder une expérience personnelle des situations de handicap
- Être un facilitateur et non un modèle
- S'adapter à chaque situation
- S'assurer du consentement de la personne
- Permettre d'instaurer (ou de restaurer) le pouvoir d'agir
- Soutenir, guider, conseiller tout en développant l'autodétermination de la personne
- Construire une relation « avec » et non pas « pour »
- Garder confidentielles des informations partagées
- Permettre le cheminement de la personne en partant d'où elle en est
- Préserver son impartialité
- Articuler son action avec celle des professionnels de la MDPH, notamment du PRA
- Accepter le travail en équipe
- Participer à des rencontres avec d'autres pairs-aidants
- Avoir suivi la formation « personne ressource » proposée par l'union des associations des personnes handicapées du département

2. L'implication des pairs



Outils

Sont présentés ci-dessous trois exemples de feuilles de route pour atteindre l'ensemble des objectifs de l'axe 3, réalisées par des sites pionniers de la vague 1.

Exemple 1

Le pilotage de la réponse accompagnée :

- ▶ Un représentant du collectif départemental (groupement de coopération sociale ou médico-sociale qui réunit des associations gestionnaires et des représentants d'utilisateurs) participe aux instances et aux travaux de la démarche.
- ▶ Le collectif est pilote de l'axe 3.

La feuille de route :

- ▶ **Action 1 : Réaliser un état des lieux des initiatives d'expertise d'usage existantes sur le département**
 - Le recensement est en cours.
 - Des actions auront lieu ensuite pour combler les manques constatés.
- ▶ **Action 2 : Réfléchir à la place des experts d'usage dans les formations des professionnels (en lien avec l'axe 4)**
 - Le collectif propose un catalogue de formations à destination des professionnels des établissements et des aidants sur certains handicaps. Les formations sont assurées par des personnes en situation de handicap ou des proches.
 - Le collectif sera associé à la construction d'une proposition de plan de formation en lien avec les différents acteurs du projet (recensement des besoins, élaboration des réponses, proposition directe de formations ou identification des formations à déléguer à un ou des prestataires).
- ▶ **Action 3 : Participer à la définition des contenus du PAG et des modalités d'organisation du GOS**
 - Le collectif est associé à l'ensemble des réunions de travail.

2. L'implication des pairs



Outils

Exemple 2

1

Pilotage de l'axe 3

L'engagement de l'union des associations pour le portage de cet axe (avec une présentation en assemblée générale).

2

Pair-aidance

Présence à plusieurs reprises de pairs en groupe opérationnel de synthèse (GOS).

3

Formations

Conventionnement avec l'union des associations du département pour l'organisation de formations avec les bénévoles.

Exemple 3

- ▶ **Portage de l'axe proposé au collectif départemental**
- ▶ **Chantier 1 : Mise en place d'un comité des usagers**
 - Recherche de vingt à trente personnes en situation de handicap *via* les associations présentes dans le département
 - Premières missions :
 - Travailler sur la traduction en facile à lire et à comprendre des notifications de la MDPH
 - Rendre explicites les notifications PCH aux services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) et aux usagers en matière de prestations attendues
- ▶ **Chantier 2 : Facilitation du recours au Défenseur des droits**
 - Proposition par la MDPH d'une permanence du Défenseur des droits dans les locaux de la MDPH dans un souci d'accessibilité et de transparence pour les usagers
 - Les représentants locaux du Défenseur des droits y étant favorables, la proposition est en cours d'arbitrage au niveau national pour une mise en œuvre prévisionnelle début 2017
- ▶ **Chantier 3 : Déploiement de la procédure d'accompagnement par les pairs (conciliateurs-pairs)**
 - Recherche en cours d'usagers volontaires bénévoles pour rejoindre l'équipe de conciliateurs en place
- ▶ **Chantier 4 : Valoriser la place de l'expert profane dans l'accompagnement des personnes en situation de handicap**
 - Mise en place d'un groupe de travail pour définir les modalités d'association des personnes et de leur entourage dans la mise en œuvre de l'accompagnement

2. L'implication des pairs



Outils

- ▶ Dans le cadre du déploiement de la démarche « Une réponse accompagnée pour tous » dans un département pionnier, l'union départementale des associations des personnes handicapées et la maison départementale des personnes handicapées proposent une action de formation en direction des pairs-aidants pour leur permettre de devenir personne ressource et de pouvoir ainsi accompagner une personne en situation de handicap et/ou son entourage dans la recherche et la mise en œuvre de solutions d'accompagnement à un moment donné de leur parcours et dans le cadre du dispositif d'orientation permanent et collectif.

Cette action se déroule sur deux journées de quatre heures et demi et sera assurée conjointement par l'union des associations et la MDPH, avec l'intervention probable d'un acteur extérieur.

L'objectif de l'action de formation est d'accompagner les pairs-aidants, quel que soit le handicap :

- pour s'approprier la démarche « Une réponse accompagnée pour tous » ;
- pour participer à la construction de réponses modulaires, de proximité face aux besoins des personnes concernées ;
- pour construire des compétences afin d'assurer la mission de « pair-aidant », ressource pour les personnes concernées et les familles.

Programme de l'action de formation

Première journée :

- Contexte et dynamique Réponse accompagnée pour tous dans son ensemble : textes réglementaires et législatifs, rapports et groupes de travail ;
- Focus sur la place des personnes et des familles : projet de vie, attentes et besoins, les trois « ex » : expression, expérience, expertise... ;
- Présentation de la déclinaison locale de l'organisation au sein de la MDPH (Pôle Réponse accompagnée), ainsi que des outils développés de manière partenariale dans le département : fiches de saisine, lettre de consentement, lettre de mission du coordonnateur de parcours, guide des bonnes pratiques, livret Réponse accompagnée pour tous... Présentation de la phase de test de ces outils ;
- Lien de la Réponse accompagnée pour tous avec le pôle de compétences et de prestations externalisées (PCPE) ;
- Lien avec les travaux SERAFIN-PH (services et établissements : réforme pour une adéquation des financements aux parcours des personnes handicapées).

Seconde journée :

- À travers la présentation de trois ou quatre situations concrètes, échanger et concrétiser :
 - Le rôle du « pair-aidant » ;
 - Le rôle du coordonnateur de parcours.
- La charte d'accompagnement par les pairs ;
- Définir la régulation et les échanges entre pairs ;
- Intervention d'un acteur extérieur.

2. L'implication des pairs



Outils

À l'issue de cette formation, les pairs formés seront reconnus comme personnes ressources. Elles pourront être amenées, outre lors des occasions évoquées plus haut, à intervenir lors d'actions de formation interinstitutionnelle et pluriprofessionnelle mises en place dans le cadre de la démarche RAPT et de sa dynamique de déploiement territorial. Elles pourront également être amenées à accompagner les personnes en situation de handicap dans les établissements.

► Les outils suivants sont également disponibles sur le site de partage de la CNSA :

Le document d'aide à l'expression du projet de vie de l'utilisateur élaboré par un site pionnier de la vague 1 de déploiement est disponible sur le site de partage de la CNSA. C'est un document pédagogique qui explique aux usagers les fondements du processus d'élaboration du PAG pour leur permettre d'y prendre pleinement part et en particulier d'interagir avec les professionnels autour des solutions étudiées.

Axe 3

Les points clés

La participation des usagers ou de leurs représentants au déploiement de la démarche répond à une attente forte qui vise à impliquer dans la prise de décision et la mise en œuvre de la politique du handicap l'ensemble de ceux qu'elles sont susceptibles d'affecter. Trois niveaux de participation peuvent ainsi être identifiés :

- ▶ **La participation institutionnelle** des représentants du monde associatif aux instances dédiées au pilotage de la démarche
- ▶ **La participation technique** d'usagers dans les formations des professionnels, qu'il s'agisse de formation initiale ou continue qui prenne la forme d'une expertise d'usage
- ▶ **L'implication de pairs dans l'accompagnement des personnes**, notamment à travers le déploiement d'un dispositif de pair-aidance, quel que soit le stade de leur parcours (orientation, suivi de la mise en œuvre de la réponse...)

Les points de vigilance

- ▶ Le déploiement de la démarche « Réponse accompagnée » est concomitant à la mise en place des conseils départementaux de citoyenneté et de l'autonomie qui peuvent être associés de manière opportune à sa mise en œuvre.
- ▶ Favoriser le déploiement de l'expertise d'usage consiste à appliquer systématiquement le précepte qu'« il ne peut y avoir de formation initiale ou continue sans l'expertise des personnes concernées ».
- ▶ Tirer parti des expériences de développement de démarches de pair-aidance (par exemple, les GEM) déjà menées sur le territoire peut permettre de gagner un temps précieux dans le déploiement opérationnel de ce type de dispositif.

Axe 4

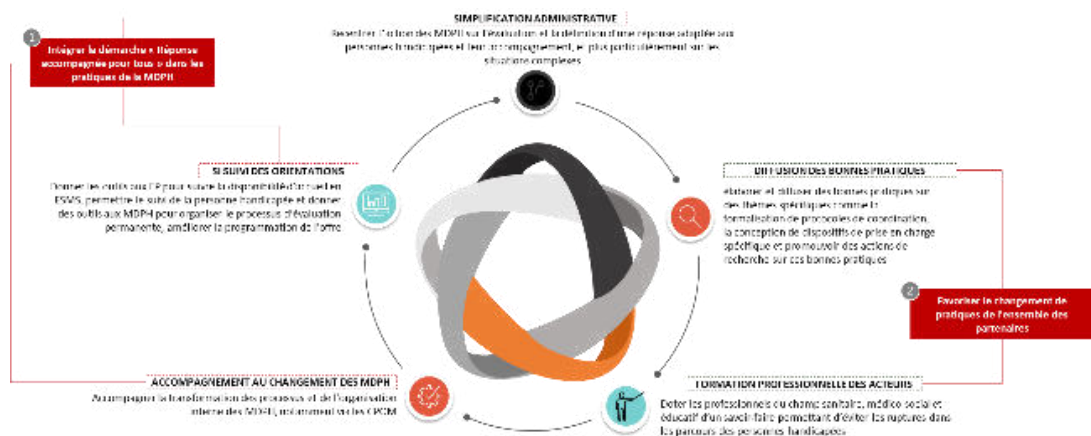
Accompagner les changements de pratiques

La mise en œuvre de la démarche « une réponse accompagnée pour tous » implique un **changement profond des pratiques** pour l'ensemble des acteurs du handicap. Si l'axe 1 et le déploiement du dispositif d'orientation permanent a été plus investi dans un premier temps lors du premier appui auprès des sites pionniers, l'accompagnement au changement concerne l'ensemble des acteurs et tous les axes de la démarche, en cohérence avec les chantiers qui font évoluer le secteur.

La démarche doit s'alimenter des évolutions législatives et réglementaires sur l'offre mais également irriguer les outils de gestion et d'organisation de celle-ci pour prendre racine sur l'ensemble du secteur. Sans revenir sur les éléments développés dans le chapitre 3 de ce rapport, il convient de souligner et de promouvoir par une communication adaptée les imbrications des différents chantiers entre eux.

Intégrer la démarche dans les pratiques quotidienne de la MDPH passe par une réflexion sur l'organisation des processus de travail et en particulier sur l'évaluation. Afin qu'elles recentrent leur activités sur ces tâches essentielles, la simplification des tâches administratives à faible valeur ajoutée pour les usagers et l'outillage des processus métier doit être poursuivie.

Les chantiers prioritaires pour accompagner les changements de pratiques



1. L'évolution des pratiques : contexte

Contexte

Le secteur du handicap est en profonde mutation depuis plus de quinze ans sous l'effet de différentes lois qui font aujourd'hui référence : loi du 2 janvier 2002 portant rénovation de l'action sociale et médico-sociale (loi « 2002-2 »), loi du 21 juillet 2009 dite « HPST », la loi Blanc du 28 juillet 2011 tendant à améliorer le fonctionnement des MDPH, la loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (ASV) ou encore loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

Celles-ci ont participé à la structuration du secteur et à initier une dynamique d'individualisation accrue des accompagnements, de « désinstitutionnalisation » et de construction de véritables parcours de soins, de santé et de vie plus fluides.

La réponse accompagnée pour tous, démarche globale touchant tous les acteurs de la compensation de la perte d'autonomie, de l'offre, de sa régulation et solvabilisation participe de cette refonte systémique et l'outille. Au dispositif d'orientation permanent et au plan d'accompagnement global répondent l'ensemble des évolutions du secteur qui vont dans le sens de l'individualisation, de l'inclusion et des parcours : développement d'offres plus souples, réforme de la nomenclature des établissements et services sociaux et médico-sociaux, développement d'une gestion de l'offre plus qualitative.

Objectifs

La démarche réponse accompagnée doit s'alimenter de la refonte du secteur qui passe par :

- La reconfiguration de l'offre d'accompagnement et de sa gestion ;
- La mise en cohérence des différents dispositifs et parcours.

La cohérence de ces évolutions et la communication sur celle-ci est indispensable pour la conduite du changement sur l'ensemble de l'écosystème.

Acteurs clés

- Agences régionales de santé et conseils départementaux
- Caisses primaires d'assurance maladie
- Etablissements et services sociaux et médico-sociaux, organismes gestionnaires et travailleurs sociaux
- Etablissements de santé et professionnels de santé libéraux, en particulier en psychiatrie
- Education nationale
- Service public de l'emploi
- Association représentant les usagers

1. L'évolution des pratiques : contexte

Modalités de déploiement

L'évolution des pratiques dans l'écosystème du handicap se déploie à plusieurs niveaux : les évolutions de l'offre (création de places et développement d'une offre plus souple), évolution des modalités de gestion de l'offre et l'évolution des métiers du travail social. Sans revenir sur les éléments développés dans l'axe 2, il est nécessaire de souligner la convergence de ces changements et la nécessité de les porter et de les promouvoir conjointement pour assurer le succès de la démarche.

Des changements parallèles qui renouvellent progressivement les pratiques de gestion de l'offre et concourent à la réponse accompagnée pour tous

Le développement de l'offre et de modalités d'accompagnement plus souples

L'action sur l'offre se déploie à la fois quantitativement et qualitativement. Lors de la Conférence nationale du handicap, le Président de la République a annoncé le déblocage d'une enveloppe de 180 millions d'euros pour le renforcement et la transformation de l'offre médico-sociale. En parallèle, l'offre s'est également enrichie de nouveaux dispositifs plus souples et pluridisciplinaires, parmi lesquels :

- Les dispositifs ITEP, auparavant expérimentés depuis 2013 et généralisés par [l'article 91 de la loi de modernisation de notre système de santé](#) à partir du 1^{er} janvier 2018. [Le décret n°2017-620 du 24 avril 2017 relatif au fonctionnement des établissements et services médico-sociaux en dispositif intégré \[...\]](#) en précise les modalités de réalisation concrètes ;
- Les pôles de compétences et prestations externalisées (PCPE), encadrés par [l'instruction n° DGCS/SD3B.2016/119 du 12 avril 2016](#) ;
- L'emploi accompagné, introduit dans le code du travail par l'article 52 de la [loi n°2016-1088 du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels](#) et détaillé dans le [décret n° 2016-1899 du 27 décembre 2016 modifié](#) et la [circulaire interministérielle du 14 avril 2017](#) ;
- La démarche nationale en faveur de l'habitat inclusif

1. L'évolution des pratiques : contexte

Modalités de déploiement

- La mise en situation en milieu professionnel en établissement et service d'aide par le travail (MISPE) permise par l'article 74 de la [loi de financement de la sécurité sociale pour 2016](#) et précisée par le [décret n° 2016-1347 du 10 octobre 2016](#).

En parallèle, des dispositifs de coordination des parcours et de coopération sur les territoires sur le volet sanitaire en particulier ont été créés avec la loi de modernisation de notre système de santé, notamment les **plateformes territoriales d'appui (PTA) codifiées aux articles [L6327-1 à L6327-3 du code de la santé publique](#)** ;

Plus largement, la réforme des autorisations ([décret n°2017-982 du 9 mai 2017 relatif à nomenclature des ESMS accompagnant des personnes handicapées ou malades chroniques](#)) ainsi que la réforme de la tarification (SERAFIN-PH) ouvrent de nouvelles perspectives vers des accompagnements plus souples et adaptables.

Une gestion de l'offre renouvelée

Dans le même temps, les modalités de gestion et d'encadrement de l'offre pour les agences régionales de santé et les conseils départements évoluent ;

- Par la mise en place des évaluations internes et externes issues de la loi du 2002-2, qui ont amené les ARS et CD à renouveler les autorisations des ESMS sur la base d'évaluations de la qualité des organisations et accompagnements ;
- Par la généralisation progressive des CPOM (cf. chapitre 3) permettant à la fois la fongibilité des financements et un management des ESMS sur la base d'objectifs qualitatifs ;
- Par le déploiement de systèmes d'information permettant un suivi plus fin de l'offre (SI Suivi des orientations en premier chef, tableau de bord ANAP, e-cars pour le suivi des CPOM, répertoire opérationnel des ressources – ROR).

Ces évolutions participent d'une évolution du métier des agences régionales de santé et des conseils départementaux. Concernant les ARS ces changements impactent les fonctionnements des sièges de leurs déclinaisons territoriales et nécessitent une clarification des modes de fonctionnement entre le siège et les délégations pour permettre la bonne appropriation de la philosophie de la démarche.

Cartographie des chantiers en cours dans leur environnement partenarial

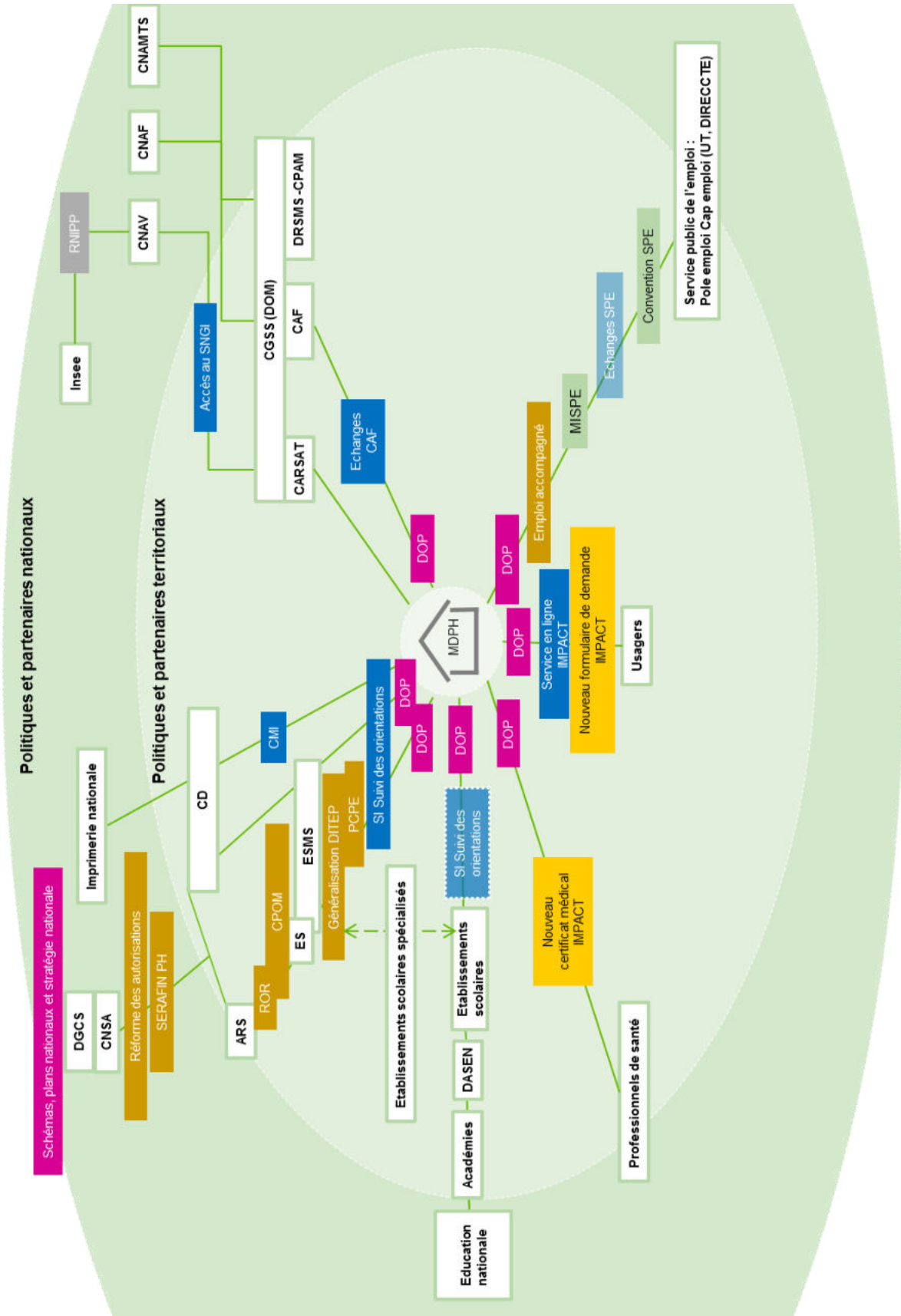
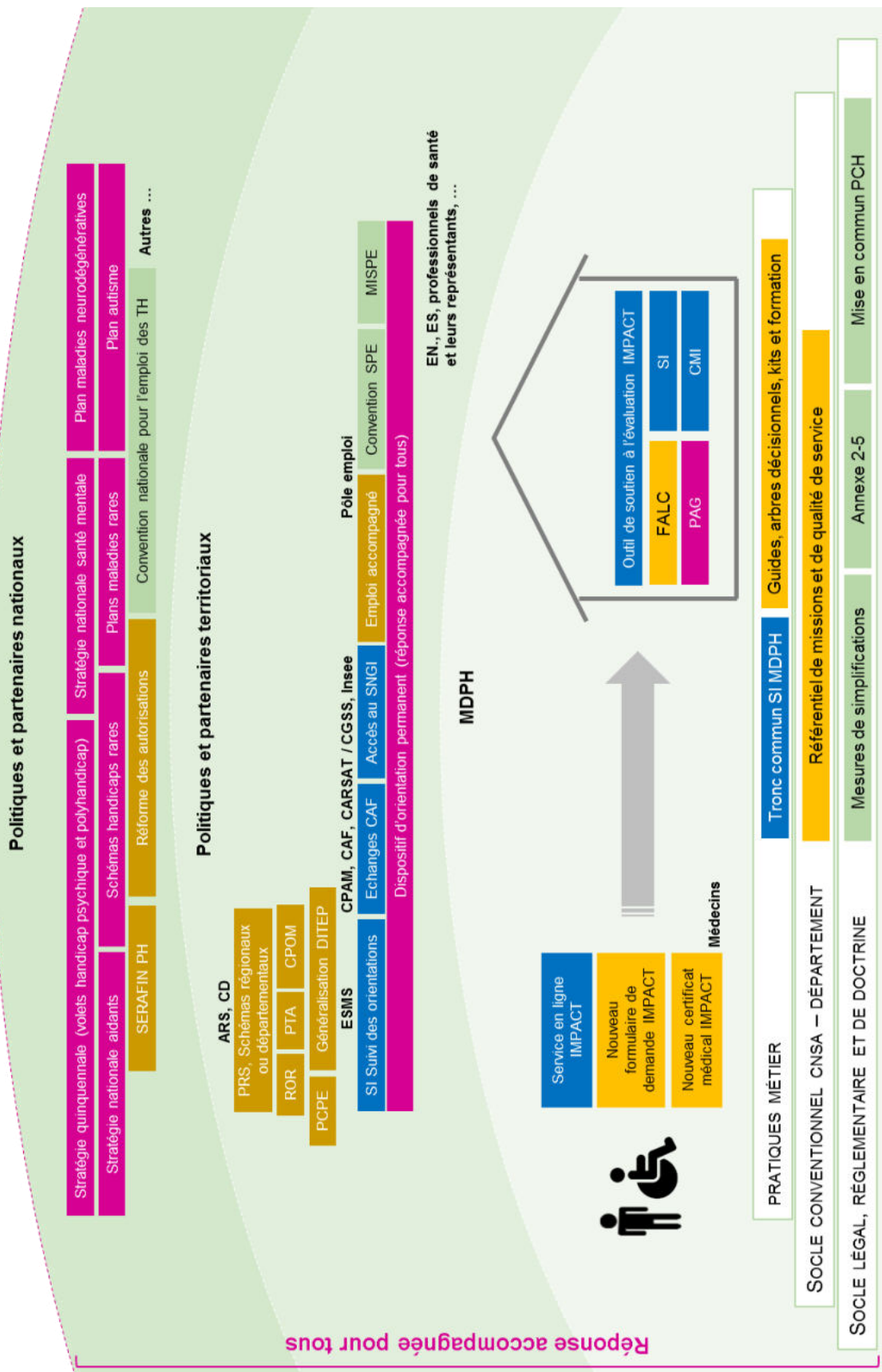


Schéma des chantiers MS en cours et leurs impacts sur les MDPH



Source : CNSA, Eléments du handicap : perspectives stratégiques pour les MDPH, Juin 2017

1. L'évolution des pratiques : contexte

Modalités de déploiement

L'évolution des métiers du travail social et des pratiques en ESMS

En cohérence avec les éléments développés précédemment sur la dynamique d'individualisation et d'inclusion, l'ensemble des pratiques des travailleurs sociaux et en ESMS doivent évoluer avec la démarche réponse accompagnée.

Par exemple, la compréhension de ses enjeux pourrait amener à :

- Dans les accompagnements, une recherche systématique d'inclusion, en réinterrogeant systématiquement les projets personnalisés en vue d'une sortie vers le milieu ordinaire, pour réserver les places en établissement aux usagers les moins autonomes et au répit des aidants ;
- Une réinterrogation des projets d'établissements et des pratiques d'admission, en lien avec l'évolution d'autorisations qui ne correspondent plus aux besoins actuels ;
- Une augmentation des liens entre milieu ordinaire et milieu spécialisé, par exemple en développant les « hors les murs » (classes externalisées, ESAT hors les murs, ...) ;
- Un attachement aux dispositions de l'article L. 241-6 du CASF qui prévoit qu'un établissement ou un service ne peut mettre fin à un accompagnement de sa propre initiative, sans accord préalable de la CDAPH ;
- Une place accrue pour les personnes en tant que véritables acteurs de leur accompagnement et le développement de la pair-aidance.

Des travaux sont en cours au niveau national pour répondre aux besoins de formation sur le sujet. Les pilotes nationaux de la démarche « Réponse accompagnée » travaillent ainsi à faciliter l'élaboration de formations interinstitutionnelles et pluri professionnelles sur des sujets identifiés comme prioritaires sur les territoires, en lien notamment avec organismes paritaires collecteurs agréés (OPCA) concernés. La DGCS a travaillé à l'intégration de la démarche dans les référentiels de formation initiale des travailleurs sociaux, travaux conduits dans le cadre du plan d'action interministériel en faveur du travail social et du développement social. La CNSA, quant à elle, travaille quant à elle à l'intégration de la démarche réponse accompagnée à l'offre du CNFPT.

Enfin, certains territoires pionniers, dans le cadre de l'appui aux territoires, ont mis en place des formations à destination de leurs partenaires pour les sensibiliser à la démarche.

1. L'évolution des pratiques : contexte

Modalités de déploiement



Retour d'expérience des territoires de la vague 1

Certains territoires ont mis en place des formations auprès de leurs partenaires en proposant certaines pistes pour l'intégration de la démarche dans leurs pratiques quotidiennes :

1. L'intégration de la démarche au sein des **orientations prioritaires de formation des travailleurs sociaux actuellement en poste** ;
2. La mise en place de **formations interinstitutionnelles et pluri-professionnelles**, destinées à développer les formations de travailleurs sociaux relevant d'employeurs différents ou avec d'autres métiers afin de favoriser la création d'une culture commune et la connaissance réciproque des acteurs).

Dans le cadre du déploiement de la démarche « Une réponse accompagnée pour tous », la MDPH d'un site pionnier a conçu et déployé deux cahiers des charges :

1. Un cahier des charges pour une formation inter institutionnelle « Politiques du handicap – Accompagnement au changement » à destination principalement des cadres (trois jours de formations, en deux fois). La formation délivre une approche théorique sur l'impact managérial du projet pour chaque institution et sur la conduite du changement.
2. Un cahier des charge pour une formation sur l'analyse de la pratique interinstitutionnelle « Politiques du handicap – Accompagnement au changement » avec une session pour les cadres et une session pour les professionnels de terrain (cinq demi-journées de formations par groupe). La formation délivre une approche de terrain à partir de situations concrètes.

1. L'évolution des pratiques : contexte

Modalités de déploiement

La communication et la mobilisation des acteurs sur la démarche « Une réponse accompagnée pour tous »

La communication autour de la démarche est indispensable à la compréhension par les acteurs de ses enjeux et de ses principes fondateurs. Elle peut emprunter de nombreux canaux :

- Les outils de communication existants (publications déjà existantes des pilotes des axes, rapport Piveteau, etc.) ;
- L'organisation d'évènements dédiés. A ce titre, si la réunion de lancement interdépartementale est importante, elle ne peut pas être le seul évènement de mobilisation autour de la démarche ;
- Des outils d'information dédiés, notamment Newsletter ;
- En interne aux administrations, des temps d'échange entre les personnes qui travaillent sur la démarche et les responsables ou chargés de missions d'autres directions potentiellement en lien avec la réponse accompagnée.

Points de vigilance

La réponse accompagnée doit irriguer l'ensemble des projets des organisations et dépasser les logiques de silo qui peuvent être à l'œuvre :

- En département, il est essentiel de favoriser la coordination du social et du médico-social, en particulier entre l'aide sociale à l'enfance et le handicap et en lien avec l'accompagnement social de proximité
- En ARS, il convient de favoriser la coordination entre le sanitaire et le médico-social, notamment au travers de la coordination des approches GHT – PTA – MDPH et en cohérence avec les secteurs de psychiatrie
- Dans toutes les organisations, il est indispensable de faire le lien avec la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ)
- Partout, les arbitrages stratégiques pris à un niveau direction / siège doivent « redescendre » dans les territoires (du national au régional, du régional aux délégations régionale)

Une communication régulière doit être mise en œuvre pour garantir le maintien de la mobilisation des acteurs.

1. L'évolution des pratiques : contexte

Modalités de déploiement



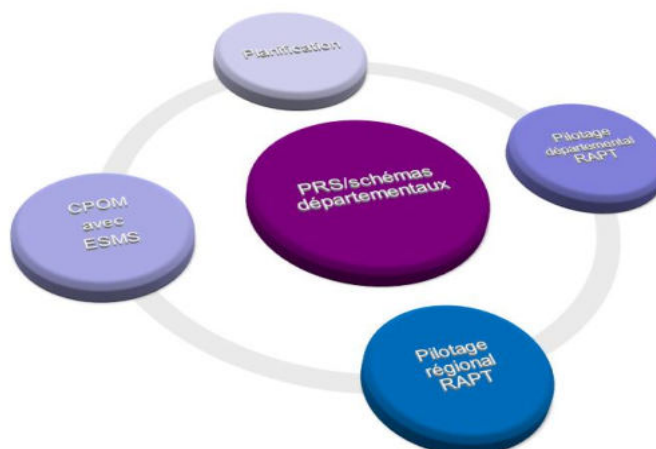
Retour d'expérience des territoires de la vague 1

Plusieurs agences régionales de santé ont travaillé à la promotion de la réponse accompagnée auprès de leurs partenaires et dans leurs pratiques quotidienne.

L'exemple de l'ARS Bretagne — **De la nécessité d'aligner les planètes...**

L'agence régionale de santé de Bretagne mène en cohérence tous les chantiers évoqués ci-avant.

Elle promeut auprès de ses partenaires un « alignement des planètes » :



Source : ARS Bretagne, extrait du support de réunion interdépartementale du 3 mars 2017

L'exemple d'ARS Bourgogne Franche-Comté

La région Bourgogne Franche-Comté a initié la démarche début 2016 avec quatre territoires pionniers : Saône et Loire, Yonne, Côte d'Or et Doubs. Très tôt, l'ARS a été proactive dans l'animation de ces territoires et l'intégration de la démarche dans les travaux de l'ARS. Aujourd'hui, la réponse accompagnée irrigue l'ensemble des projets de l'ARS (sur l'autisme, contrats locaux de santé, etc.). Des indicateurs relatifs à la réponse accompagnée ont été intégrés dans tous les CPOM signés avec les établissements et services sociaux et médico-sociaux mais également avec les établissements de santé, ainsi que dans les projets médicaux des groupements hospitaliers de territoire.

1. L'évolution des pratiques : contexte



Outils

- ▶ Les outils suivants sont également disponibles, sur le site de partage de la CNSA :
 - Circulaire N° DGCS/3B/2017/148 du 2 mai 2017 relative à la transformation de l'offre d'accompagnement des personnes handicapées dans le cadre de la démarche « une réponse accompagnée pour tous », de la stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre médico-sociale (2017-2021) et de la mise en oeuvre des décisions du CIH du 2 décembre 2016
http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2017/05/cir_42206.pdf
 - Différents supports d'information sur la démarche, réalisés au début de la démarche, à l'occasion des groupes techniques (groupes de travail associant l'ensemble des sites pionniers) organisés pendant la vague 1 de déploiement ou à l'issue cette vague dans le cadre des journées interdépartementales de capitalisation
 - Cahiers des charges de formations élaborés par des sites pionniers
 - Premier exemplaire d'une newsletter mise en place par un site pionnier de la vague 1 de déploiement pour informer régulièrement les partenaires de l'évolution des différents chantiers de la démarche Réponse accompagnée

2. L'intégration de la démarche dans les pratiques de la MDPH

Contexte

Le déploiement de la démarche réponse accompagnée et en particulier la possibilité de mettre en place des PAG à partir du 1^{er} janvier 2018 implique de réaffirmer le principe d'évaluation globale des besoins de la personne en s'appuyant davantage sur des partenaires quand c'est possible. Il implique de faire coïncider une logique de flux de toutes les demandes avec, pour les situations qui le nécessitent une logique d'accompagnement approfondi pour proposer la ou les solutions les plus adaptées. En avance sur certains outils ou textes réglementaires, des MDPH ont déjà anticipé ces exigences : en graduant les modalités d'intervention des équipes pluridisciplinaires, en associant les personnes et leurs représentants à la recherche de solutions, en tissant des partenariats opérationnels avec les professionnels de l'accompagnement sur les territoires ou encore en travaillant étroitement avec les différents services des départements, de l'Assurance Maladie, de la CAF, des ARS pour ne citer qu'eux. Ces dynamiques territoriales sont diverses. La mise en œuvre du dispositif d'orientation permanent intervient au moment où la CNSA diffuse un nouveau formulaire de demande à la MDPH hybride qui permettra aux usagers d'indiquer leurs besoins au global (logique de demande générique), en complément d'une demande fixe (CMI, RQTH, ...) le cas échéant. L'intégration de l'axe 3, impliquer les usagers et les pairs, dans les pratiques de la MDPH intervient également en prolongement des pratiques existantes depuis la loi de 2005 (projet de vie, PPC, composition de la Comex, création des CDAPH) et des exigences de qualité de service (RMQS).

Objectifs

Accompagner le changement des pratiques dans les MDPH à trois niveaux :

- Vers une logique d'évaluation globale de la demande, qui impacte non seulement les processus « instruire » et « évaluer » de la MDPH mais également sa capacité à accompagner les usagers dans la formulation de leur projet de vie ;
- Vers davantage de coopération avec les partenaires et une confiance accrue
- Vers le renforcement du lien avec les usagers, pairs
- Les chantiers à mettre en œuvre pour accompagner le changement au sein des MDPH doivent être coordonnés pour favoriser la mise en place pleine et entière du dispositif d'orientation permanent dans le quotidien des équipes..

Acteurs clés

La MDPH est le principal acteur concerné par la mise en œuvre de mesures pouvant avoir un impact sur son organisation interne. Les membres de sa gouvernance sont forcément impliqués et le conseil départemental en particulier. L'agence régionale de santé et les ESMS sont également concernés par le déploiement du système d'information (SI) de suivi des orientations.

2. L'intégration de la démarche dans les pratiques de la MDPH

Modalités de déploiement

La conduite du changement est un travail de fond qui nécessite une forte mobilisation pour :

- Comprendre les évolutions en cours, faire un état des lieux de son organisation et des évolutions à mettre en place au regard des perspectives nationales et territoriales ;
- Construire un argumentaire pour donner du sens autour de ces évolutions et savoir les porter dans une cohérence d'ensemble auprès de ses équipes et avec elles ;
- Faire évoluer les processus avec ses équipes.

1. Comprendre les évolutions en cours

Les évolutions en cours dans les MDPH sont nombreuses et ont démarré depuis plusieurs années :

- Au travers du programme Innover et moderniser les processus MDPH pour l'accès à la compensation sur les territoires (Impact) lancé fin 2013 par le Comité interministériel pour la modernisation de l'action publique (CIMAP). Ce programme a abouti à un nouveau formulaire de demande, un nouveau certificat médical, un téléservice, un outil de soutien à l'évaluation ;
- Par la construction du référentiel de missions et de qualité de service (RMQS) qui a permis de poser des exigences de qualité de service sur l'ensemble des grandes missions des MDPH et selon différents niveaux. Ce référentiel a été décliné en autodiagnostic pour permettre aux MDPH d'autoévaluer leur fonctionnement au regard de ce référentiel et initier ou renforcer de véritables démarches qualité ;
- Par l'harmonisation des systèmes d'information des MDPH, afin de mieux outiller les MDPH et de réduire les tâches à moindre valeur ajoutée, pour recentrer l'action des MDPH sur leur cœur de mission des MDPH ;
- Par la mise en place de mesures de simplification réglementaires ont également vu le jour, dont l'augmentation de la durée d'attribution de l'AAH, la dématérialisation des échanges CAF ou encore la création de la carte mobilité inclusion.

Les actions menées pour l'outillage et la modernisation des MDPH concourent à améliorer l'individualisation des réponses, la coordination des parcours et l'égalité d'accès aux droits à la compensation sur les territoires.

Elle s'alimentent des évolutions en cours sur l'offre et sa gestion et exposées précédemment.

2. L'intégration de la démarche dans les pratiques de la MDPH

Modalités de déploiement

2. Faire sens et promouvoir la démarche

Les évolutions du paysage réglementaire impliquent de repenser certaines pratiques et peuvent générer des crispations face aux différents changements : peur de ne pas savoir faire, de ne pas avoir le temps, de voir son métier disparaître, etc. Le management a un rôle-clé dans l'explication des changements en cours, le rappel du sens poursuivi par la démarche et dans la réassurance des équipes sur leurs compétences, leur capacité à faire et à changer leurs pratiques est indispensable. La conduite du changement nécessite une communication régulière sur les orientations prises au niveau stratégique, sur les calendriers notamment ainsi qu'une implication des équipes dans les changements qui s'opèrent. Par exemple, pour la réalisation du processus de rédaction d'un PAG, pour la réalisation de la trame du PAG, ou encore pour la proposition d'idées pouvant simplifier l'organisation par ailleurs (cf. ci-après).

3. Faire évoluer les processus

Comme évoqué ci-avant, l'implication de tous les professionnels, quels que soit leur fonction et leur niveau hiérarchique est essentielle. Elle participe d'un environnement de travail où chacun peut s'exprimer et contribuer à la réflexion générale.

L'évolution des processus ne peut se faire sans l'analyse fine de l'existant. Elle doit donc passer par un diagnostic qui permette ensuite l'identification des évolutions à opérer et des actions correctrices à mettre en place.

A ce titre, l'autodiagnostic RMQS a pu être utilisé. Il permet d'interroger l'ensemble des processus des MDPH sur la base des critères de qualité qui ont été posés et, ainsi, de ne mettre de côté aucun secteur de son organisation. L'ensemble des questions de l'autodiagnostic peut être travaillée avec les équipes, dans une démarche d'auto évaluation collégiale et pluridisciplinaire. Chaque question posée peut faire l'objet d'un échange approfondi sur l'existant, les évolutions à intégrer (et notamment le dispositif d'orientation, la valorisation de la parole de l'utilisateur et de la pair-aidance) et les actions à mettre en œuvre pour ce faire. En dehors de l'autodiagnostic, un audit flash spécifique peut être envisagé.

2. L'intégration de la démarche dans les pratiques de la MDPH

Modalités de déploiement

Il est nécessaire dans cette démarche d'identifier :

- Les points de difficulté, écueils à anticiper ;
- Les leviers à actionner auprès des équipes. Par exemple, certaines MDPH organisaient déjà, avant le dispositif d'orientation permanent, des dispositifs spécifiques d'évaluation globale des situations les plus complexes. Dans ce cas, il s'agit de promouvoir l'élargissement de ce fonctionnement au regard du nouveau formulaire de demande et du dispositif d'orientation permanent.

Les leviers d'optimisation

Parce qu'il exige un niveau d'individualisation et de modularité de la réponse forte, le dispositif d'orientation permanent peut être vu comme chronophage. On peut rappeler les travaux en cours réalisés pour alléger à terme la charge de travail des MDPH sur des tâches à moins forte valeur ajoutée :

- Les mesures de simplification (augmentation de la durée d'attribution de l'AAH, allongement de la durée de validité du certificat médical, simplification de la procédure de reconnaissance de la lourdeur du handicap, délivrance à titre définitif de la CMI pour les GIR 1 et 2) ;
- La réalisation d'un nouveau formulaire de demande et d'un nouveau certificat médical plus complets visant à réduire les demandes itératives et les échanges pour disposer de pièces complémentaires au dossier ;
- La construction et le déploiement d'un téléservice et d'un outil de soutien à l'évaluation permettant une traçabilité accrue et une plus grande facilité dans la préparation des dossiers de présentation en CDAPH et de recours ;
- L'harmonisation des systèmes d'information, intégrant l'automatisation des échanges CAF et des échanges avec le SNGI pour la certification du NIR par exemple ;
- La construction et le déploiement d'un SI Suivi des orientations permettant une connaissance plus fine et plus actualisée de l'offre.

Toutes ces évolutions ont vocation à permettre aux MDPH de centrer leurs missions sur leur cœur de métier qui évolue et d'améliorer le service rendu à l'utilisateur.

2. L'intégration de la démarche dans les pratiques de la MDPH

Modalités de déploiement

D'autres MDPH ont identifié des marges d'optimisation pour leur organisation :

- la mise en œuvre **d'une cellule de « tri »** des dossiers pour permettre de gérer les situations d'urgence, d'assurer une meilleure traçabilité des situations alarmantes mais de gérer les dossiers simples plus rapidement, en adaptant les pratiques d'instruction et d'évaluation aux caractéristiques de la situation ;
- **La dématérialisation des dossiers** pour gagner du temps sur de nombreuses tâches à faible valeur ajoutée, grâce à la modernisation de l'organisation et des outils. La dématérialisation peut concerner par exemple: la gestion des courriers, les échanges avec les partenaires, le portail d'accès aux usagers etc. Une partie de la saisine peut également être déléguée aux usagers via les télé service ;
- Plus globalement, le **juste dimensionnement de l'évaluation au regard des caractéristiques de la demande**. Une réflexion doit être menée au préalable sur les critères de qualité d'une évaluation ;
- Le développement d'un système de workflow permettant d'optimiser le temps moyen de traitement des dossiers ;
- Les modalités d'intégration dans les pratiques de la MDPH des nouveaux outils que sont le **formulaire Impact** et de la **grille d'analyse des besoins Serafin- PH**.

Les évolutions à opérer peuvent ensuite être intégrées à la feuille de route / au plan d'amélioration de la qualité mis en place avec l'autodiagnostic RMQS ou dans le cadre d'une feuille de route spécifique.

Les MDPH pourront être amenées à redéfinir leurs processus et procédures de travail avant d'intégrer ces nouveaux outils et démarche et, le cas échéant, chemin-faisant si nécessaire. Certaines MDPH des sites pionniers ont ainsi initié des réflexions organisationnelles comme par exemple :

- Le rapprochement des équipes en charge de l'instruction administrative des dossiers avec les équipes en charge de l'évaluation ;
- Le passage d'une approche populationnelle de l'évaluation (enfants / adultes) à une approche infra-territoriale favorisant une meilleure connaissance et des contacts plus réguliers des établissements et services de chaque territoire concerné par les membres de l'EP.

2. L'intégration de la démarche dans les pratiques de la MDPH

Modalités de déploiement

Certains territoires pionniers ont défini un plan de formation sur le thème de la « Réponse accompagnée pour tous » à destination de l'ensemble des personnels de la MDPH :

- Les membres des EP qui seront amenés pour tout ou partie à assumer le rôle de référent du PAG ;
- Les agents en charge de l'instruction qui doivent également intervenir dans l'ingénierie administrative des demandes de PAG, voire dans certaines MDPH à participer à la gestion logistique des GOS ;
- Les agents en charge de l'accueil enfin qui peuvent être sollicités par des usagers ou des partenaires sur une demande d'information associée au dispositif d'orientation permanente et doivent donc être en capacité d'assurer à ce titre un accueil de premier, voire de second niveau adapté.

A nouveau, ce travail ne peut se faire unilatéralement et de façon descendante. Elle doit mobiliser l'ensemble des équipes, de toutes fonctions et de tous niveaux hiérarchiques.

Focus : la place et le rôle du chargé de mission réponse accompagnée

De nombreuses MDPH s'interrogent sur la place et la fonction du chargé de mission réponse accompagnée. Si toutes les configurations ont été constatées dans les territoires pionniers,, quelques bonnes pratiques sont à souligner :

- Le chargé de mission doit savoir travailler en mode projet, sur des démarche d'accompagnement au changement et des démarches qualité. Il peut à ce titre coordonner les travaux de diagnostic évoqués précédemment. Un profil de qualicien peut être recherché ;
- Il doit être en proximité de la direction pour faciliter la portée institutionnelle de sa mission
- Il doit connaître les pratiques et organisations des équipes pour s'y intégrer. Une vigilance doit être portée au risque d'hyperspécialisation ou de fonctionnement à part, qui n'est pas compatible avec le besoin de changement global des pratiques.

2. L'intégration de la démarche dans les pratiques de la MDPH



Retour d'expérience des territoires pionniers

L'utilisation de l'autodiagnostic RMQS pour la démarche réponse accompagnée pour tous

Certains territoires pionniers ont utilisé l'autodiagnostic RMQS comme levier pour la réponse accompagnée pour tous.

Dans l'un d'entre eux, la démarche a débuté dès la mi-2016 lors de la contractualisation de la réalisation de l'autodiagnostic RMQS et la mise en place de trajectoire d'amélioration.

Une chargée de mission RAPT a été recrutée et a déployé la démarche en s'appuyant sur les chantiers parallèles et cohérent avec la démarche :

- La dématérialisation des processus de la MDPH ;
- Le SI MDPH ;
- La rénovation des locaux.

D'un profil qualicienne, la chargée de mission a utilisé l'autodiagnostic RMQS pour constituer la clé de voute de l'axe 4 sur le changement des pratiques. Les évolutions relatives à la démarche ont donc été questionnées lors de groupes de travail de l'autodiagnostic RMQS avec l'ensemble des équipes. Le COPIL qualité a été intégré au COPIL Réponse accompagnée sur l'axe 4. Les travaux ont abouti à la réalisation d'un tableau de bord synthétisant l'ensemble des changements à opérer. Ce tableau est devenu un tableau de référence pour les équipes sur le suivi des évolutions et améliorations apportées à la MDPH.

En pratique, la fonction instruction / évaluation a été revue : les instructeurs se sont redéployés à l'accueil et à l'évaluation, permettant de constituer un deuxième niveau d'accueil ayant pour mission de faire un premier tri des demandes et des accueils spécifiques. Les équipes pluridisciplinaires d'évaluation se sont quant à elles étoffées.

Afin d'accompagner les équipes dans l'évolution de leurs métier et rendre plus pragmatique une démarche qualité jugée trop technocratique, une formation "accompagnement au changement", animée par le CNFPT, a été proposée à l'ensemble des équipes de la MDPH.

L'ensemble de la démarche a permis de remobiliser les équipes et de permettre un échange libre autour des actions d'amélioration. Les professionnels ont ainsi demandé un nouveau matériel de travail ou encore des temps de supervision. Si ces requêtes paraissent anecdotiques, elles participent à créer les conditions nécessaires à une conduite du changement efficace.

2. L'intégration de la démarche dans les pratiques de la MDPH



Retour d'expérience

La formation d'une EP

Un site pionnier a organisé la mise en place d'une formation à destination de l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation avec les objectifs suivants :

- Sensibiliser l'ensemble des professionnels et s'assurer d'un partage des principes et des enjeux
- Exposer la valeur ajoutée de la démarche (pouvoir de convocations, engagement des partenaires, simplification administrative, évolution du rôle des membres de l'EP)
- Clarifier le lien entre Réponse accompagnée et commission des situations critiques
- Réfléchir avec les professionnels sur leur place centrale au sein de l'Axe 1
- Evoquer des situations qui peuvent ou ne peuvent pas relever de Réponse accompagnée
- Préciser les interactions possibles entre ces professionnels et les chargés de mission recrutés ou en cours de recrutement
- Lever les inquiétudes, identifier les points de vigilance mais aussi les freins qui peuvent être actionnés
- Les informer de la nécessité d'élaborer ou co-élaborer des PAG avant déploiement général de la démarche afin de favoriser leur appropriation progressive

Après un rappel historique sur l'origine de la démarche (rapport Piveteau etc.), les principes fondamentaux de la démarche ont été expliqués et les chantiers associés au déploiement de chacun des axes de la démarche précisés. Le processus lié au dispositif d'orientation permanent a été exposé et les participants ont échangé autour des modalités concrètes de la saisine, des différentes étapes d'élaboration du PAG... Une réflexion a également été entamée sur les évolutions possibles de ces processus, en fonction de points de vigilance définis collectivement. Enfin, la présentation de PAG formalisés a amené des questionnements sur les conditions de réussite du déploiement du processus d'orientation permanent et sur les échanges qui ont lieu en GOS.

La MDPH, à l'issue de la formation, en a tiré les enseignements suivants :

- Les membres de l'équipe doivent le plus tôt possible identifier des situations qu'elles évaluent pour éventuellement proposer le déclenchement de l'élaboration de PAG
- L'expertise des chargés de mission doit se diluer parmi l'équipe afin favoriser le transfert de compétences
- Les chargés de mission doivent accompagner cette phase de généralisation pour garantir une certaine homogénéité dans les pratiques

2. L'intégration de la démarche dans les pratiques de la MDPH



Retour d'expérience

Le déploiement du SI de suivi des orientation « Via trajectoire » par un site pionnier

Qu'est-ce que Via Trajectoire ?

L'objectif de la démarche « réponse accompagnée pour tous » est de faire évoluer l'organisation territoriale de l'offre pour assurer la coordination des acteurs, et d'apporter une réponse aux besoins des personnes structurée en parcours. Cet objectif s'appuie sur les outils nouveaux de coordination prévus par le projet de loi de modernisation du système de santé en articulation avec les dispositifs existants. Généraliser les outils de gestion des orientations et listes d'attente (par un partenariat ARS-département- MDPH –ESMS) répond à cet enjeu.

Via trajectoire handicap est un logiciel de gestion des demandes d'entrée en établissements et services pour adultes et enfants en situation de handicap.

Quels partenaires/acteurs concernés ?

La MDPH, les ESMS, les usagers, l'ARS et les départements sont mobilisés. Dès 2012, le département et l'ARS ont souhaité développer ce projet ambitieux de renforcement de l'accompagnement des publics. Quatre objectifs étaient visés : le renforcement de l'information des usagers (réduire les délais d'attentes et simplifier les démarches), la simplification des démarches d'entrée en établissements, l'amélioration du suivi des demandes et la mise en place d'une plateforme de gestion des listes d'attente (personnes âgées dans un premier temps puis personnes handicapées dans un second temps). L'outil permet pour les établissements d'avoir une mise à jour en temps réel des listes d'attente et ainsi d'optimiser le niveau d'activité. Pour le Département et l'ARS, Via Trajectoire offre une vision plus juste des besoins sur le territoire.

L'ARS est moteur de cette action puisque elle souhaite avoir un outil de suivi partagé par tous les Départements de la région autour d'un système d'information consolidé et cohérent. L'ARS a assuré un accompagnement financier pour le développement et le déploiement via le GCS e-santé de la région. L'ARS a eu un positionnement en faveur de l'outil Via Trajectoire (en accord avec les exigences fixées par les référentiels de la CNSA).

Ce projet départemental est devenu partenarial et régional, avec l'ARS, les autres départements et MDPH de la région.

Quels sont les outils qui ont été mis en place ?

Développé par le GCS SISRA, Via Trajectoire a été initialement conçu pour le sanitaire, puis étendu sur le secteur des personnes âgées. Il est désormais développé sur le secteur des personnes en situation de handicap (grâce à un co-financement du développement de l'outil: ARS Alsace, Bourgogne et Rhône-Alpes). L'outil a été élaboré sur la base des cahiers des charges rédigés par les partenaires (MDPH, ARS) des régions Alsace et Bourgogne et lancé en 2015.

Depuis 2015, le groupe se réunit régulièrement pour faire évoluer le logiciel. Fin 2016, un travail sera mené par le SISRA pour mettre l'outil en conformité avec le référentiel CNSA.

2. L'intégration de la démarche dans les pratiques de la MDPH



Quelles sont les fonctionnalités de l'outil ?

Cet outil au service de la démarche « une réponse accompagnée pour tous » a plusieurs fonctionnalités :

Un annuaire des établissements et services, accessible en ligne et actualisé. Il sera accessible au grand public avec des fiches descriptives tenues à jour directement par chaque ESMS et un modules de recherche par critère (géographique, types...).

Un dossier d'admission nominatif standardisé et dématérialisé : le dossier d'admission standardisé alimenté à partir des décisions CDAPH. Le dossier est accessible en mode sécurisé par les ESMS : il contient les informations sur la personne et sur la décision d'orientation (date, période de validité, catégorie ESMS...).

Des tableaux de bord pour chaque ESMS permettant de faciliter la gestion de la liste d'attente et des places disponibles (accès aux notifications de la CDAPH, traitement des demandes d'admission : contacts effectués, mise en liste d'attente, admission...)

Des tableaux de bord pour la MDPH permettant d'avoir une vision en temps réel des demandes en cours (suivi des dossiers nominatifs, historique des décisions, suivi de l'avancement des décisions d'orientation : en cours, admis, réorientation, sortis, sans suite...). Des possibilités d'intervention sur les admissions seront incluses (ajout d'un contact, validation d'un refus d'admission, annulation d'une décision, ...).

Un observatoire (en construction) permettant une analyse de l'offre existante au regard des besoins

A terme, un suivi en ligne par l'utilisateur de ses demandes.

Quelles sont les prochaines étapes ?

A ce jour, la MDPH a exporté les notifications de décisions avec 5 ans d'antériorité. Le GCS e-santé de la région assure le déploiement, la formation et l'assistance du logiciel Via Trajectoire. Le GCS e-santé de la région a commencé les sessions de formation auprès des établissements. Le déploiement se terminera premier semestre 2017.

2. L'intégration de la démarche dans les pratiques de la MDPH



Outils

Les outils suivants sont également disponibles, sur le site de partage de la CNSA :

- Grille de réflexion pour débiter un audit des procédures actuelles de la MDPH ;
- Bonnes pratiques recensées dans l'organisation des MDPH métropolitaines, depuis l'accueil jusqu'à l'évaluation. Cet état des lieux a été réalisé par le consultant en lien avec un site pionnier de la vague 1, afin de faire émerger des idées innovantes, ensuite retravaillées au sein de plusieurs groupes de travail organisés par la MDPH ;
- Présentation, en séminaire des directeurs, des éléments du handicap et des perspectives stratégiques pour les MDPH (Box MDPH).

Axe 4

Les points clés

- ▶ L'ensemble des 3 premiers axes de la démarche réponse accompagnée implique des changements de pratiques forts, et bien qu'un chapitre traite des MDPH en particulier, tous leurs partenaires sont invités à travailler différemment pour faciliter l'élaboration de solutions qui répondent aux projets des personnes.
- ▶ Les changements qui s'opèrent dans l'écosystème du handicap s'interconnectent et se nourrissent des réformes en cours : évolutions de l'offre (augmentation du nombre de place, souplesse accrue des accompagnements, dispositifs de coordination des parcours), évolution des modes de gestion de l'offre (évaluations, CPOM, ROR, SI Suivi des orientations) ou encore évolution des pratiques du travail social.
- ▶ Les changements qui s'opèrent dans les MDPH sont majeurs et s'interconnectent avec les travaux visant à mener une évaluation des situations globales plus individualisées et plus fine (nouveau formulaire de demande, demande générique) en même temps qu'une recherche d'optimisation des organisations (SI MDPH, mesures de simplifications, formulaire de demande et certificat médical)
- ▶ Dans chaque organisation, le portage de la démarche réponse accompagnée doit s'opérer dans un pilotage transversal, qui irrigue l'ensemble des projets et des travaux (des ARS, CD, ...)

Les points de vigilance

- ▶ Ces évolutions sont majeures et concernent tous les acteurs : les chantiers doivent être menés de concert, en cohérence entre eux et dans un objectif commun : améliorer le service rendu aux usagers
- ▶ L'évolution des métiers, qu'ils soient au niveau du contrôle et de la tarification, du financement des accompagnements, des accompagnements eux-mêmes ou du métier des MDPH va bousculer les pratiques traditionnelles. Ces changements doivent être accompagnés et leur bénéfice doit être expliqué, promu, auprès de toutes les parties-prenantes

Glossaire des acronymes

AAH : allocation aux adultes handicapés
ADAPEI : association départementale de parents et amis de personnes handicapées mentales
AEEH : allocation d'éducation de l'enfant handicapé
APAJH : association pour adultes et jeunes handicapés
ARS : agence régionale de santé
ASE : aide sociale à l'enfance
CAF : caisse d'allocations familiales
CASF : Code de l'action sociale et des familles
CD : Conseil départemental
CDAPH : commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées
CDCA : conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie
CDCPH : conseil départemental consultatif des personnes handicapées
CES : centre éducatif spécialisé
CNSA : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
COMEX : commission exécutive
CPAM : caisse primaire d'assurance maladie
CPOM : contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
DDARS : délégation départementale de l'agence régionale de santé
DRJCS : direction régionale de la jeunesse et de la cohésion sociale
EN : Éducation nationale
EP(E) : équipe pluridisciplinaire (d'évaluation)
ESMS : établissement et service social et médico-social
FAM : foyer d'accueil médicalisé
GCS : groupement de coopération sanitaire
GIR : groupe iso-ressources
GOS : groupe opérationnel de synthèse
IEM : institut d'éducation motrice
IME : institut médico-éducatifs
ITEP : institut thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques
LFSS : loi de financement de la sécurité sociale
MAIA : méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie
MAS : maison d'accueil spécialisée
MDPH : maison départementale des personnes handicapées
MSA : Mutualité sociale agricole
PAG : plan d'accompagnement global

Glossaire

PCH : prestation de compensation du handicap

PCPE : pôle de compétences et de prestations externalisées

PJJ: protection judiciaire de la jeunesse

PPC : plan personnalisé de compensation du handicap

PTA : plateforme territoriale d'appui

ROR: répertoire opérationnel des ressources

SAMSAH : service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés

SAVS : service d'accompagnement à la vie sociale

SESSAD : service d'éducation spéciale et de soins à domicile

SI : système d'information

SSAD : service de soins à domicile

UNAFAM : Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques