



GROUPE ENEIS

Réponse accompagnée pour tous

Journée d'information Côtes d'Armor

Les origines

1 élément déclencheur : l'affaire « Amélie Loquet »

Octobre 2013 :
« Affaire Amélie
Loquet »

Décembre 2013 :
Le gouvernement missionne Denis
Piveteau pour améliorer les
parcours des personnes en situation
de handicap.

Juin 2014 :
Denis Piveteau remet son
rapport *Zéro sans solution* au
gouvernement.

Décembre 2014 :
Le gouvernement missionne
Marie-Sophie Desaulle pour
mettre en œuvre le rapport
Piveteau.

Juillet 2015 :
La CNSA publie un appel d'offre
pour la mise en œuvre d'une
« réponse accompagnée pour
tous »

1 rapport : *Zéro sans solution*



GRUPE ENEIS

Droit à une vie familiale normale

Réponse accompagnée pour Tous

Les constats du rapport

Des carences dans l'organisation du champs du handicap conduisant à des situations critiques :

- **Insuffisances qualitatives** et quantitatives de l'offre adaptée
- **Manque d'anticipation** dans l'accompagnement des personnes
- Organisation trop segmentées **défavorables au parcours** (en terme d'âge, de territoire d'action, de champ d'intervention, ...)
- Politiques d'admissions **trop restrictives** face à des personnes à problématiques multiples
- ...

=> Ces constats ne sont pas propres à un département, mais à l'organisation du champ du handicap dans son ensemble. Ils conduisent à des parcours de vie marqués par de nombreuses ruptures, et à fortiori à des situations critiques.

Le rappel des objectifs de chaque axe

4 axes complémentaires

❑ Axe 1 :

- Affiner du point de vue opérationnel les modalités de mise en œuvre des nouvelles modalités d'orientation des personnes handicapées, conformément aux préconisations du rapport « Zéro sans solution ».

❑ Axe 2 :

- Favoriser l'évolution de l'offre

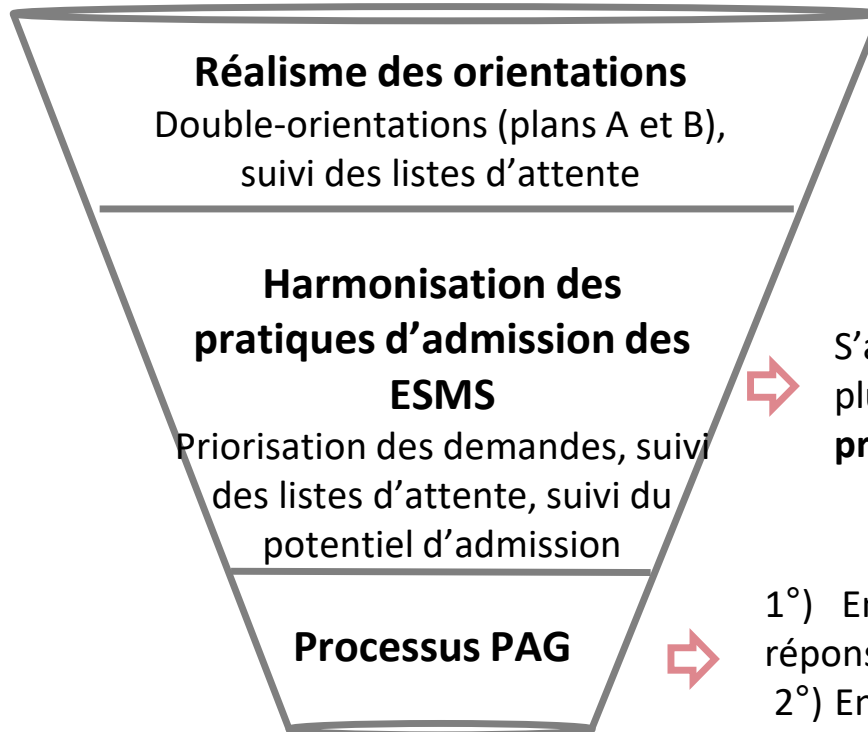
❑ Axe 3

- Développer la Pair-aidance et l'expertise d'usage

❑ Axe 4

- Développer les formations croisées

LE PAG : quel processus ?



⇒ A partir d'une vision de l'offre et des listes d'attente, s'assurer que l'orientation proposée **pourra être mise en œuvre**, ou **proposer une alternative**

⇒ S'assurer que les personnes qui en ont le plus besoin sont **prises en charge de façon prioritaire**

⇒ 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.

Le PAG : son contenu

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 1ère 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
- ? Etat 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 etc.)

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



Le PAG : les incontournables



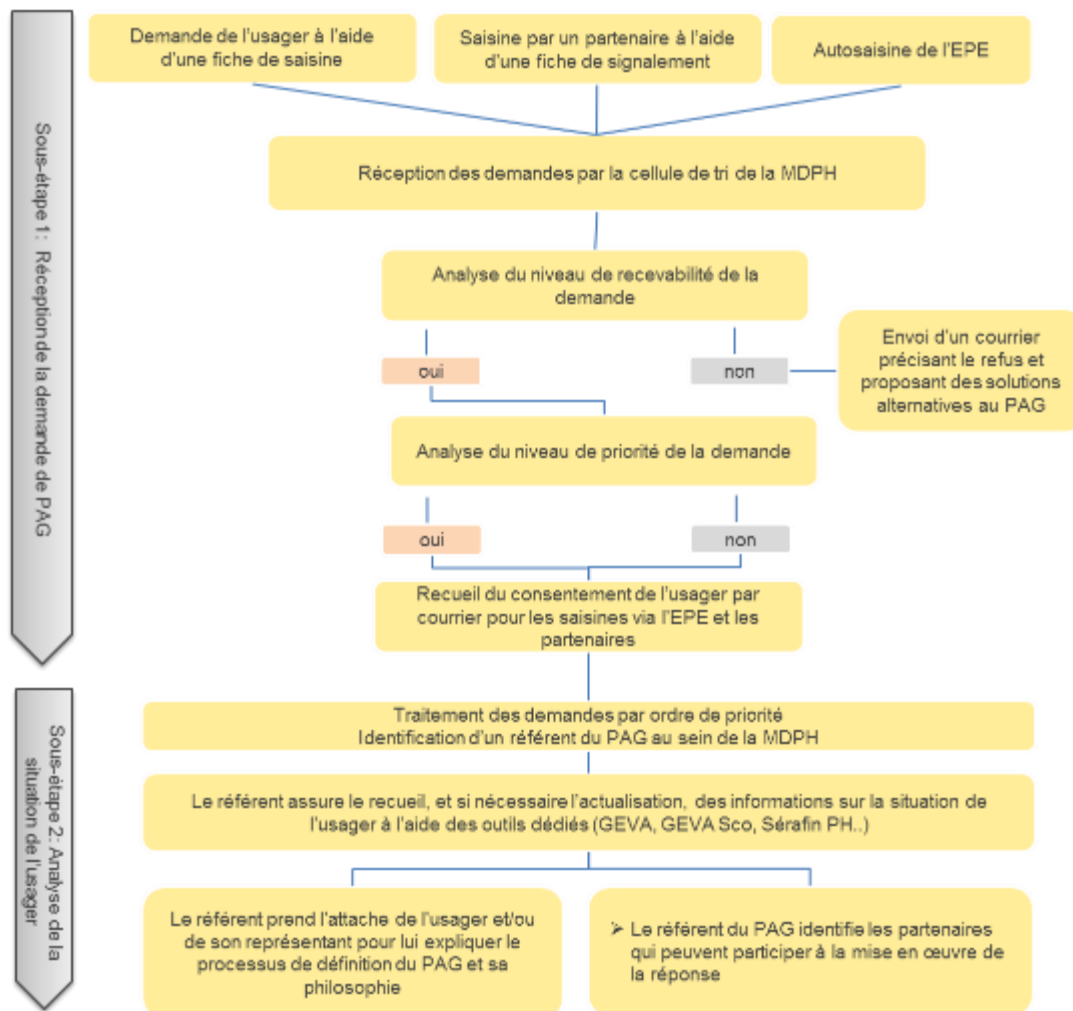
Le Plan d'accompagnement global **ne peut être construit** sans la participation active de la personne ou de son représentant légal.

- Le PAG **identifie nominativement les opérateurs** qui participeront à la mise en œuvre de la réponse 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. **Le nombre de participants doit être limité.** Des GOS de niveau 1 ou 2 peuvent être organisés.
- **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 de son représentant légal. Le PAG est signé a minima par la personne et le coordinateur

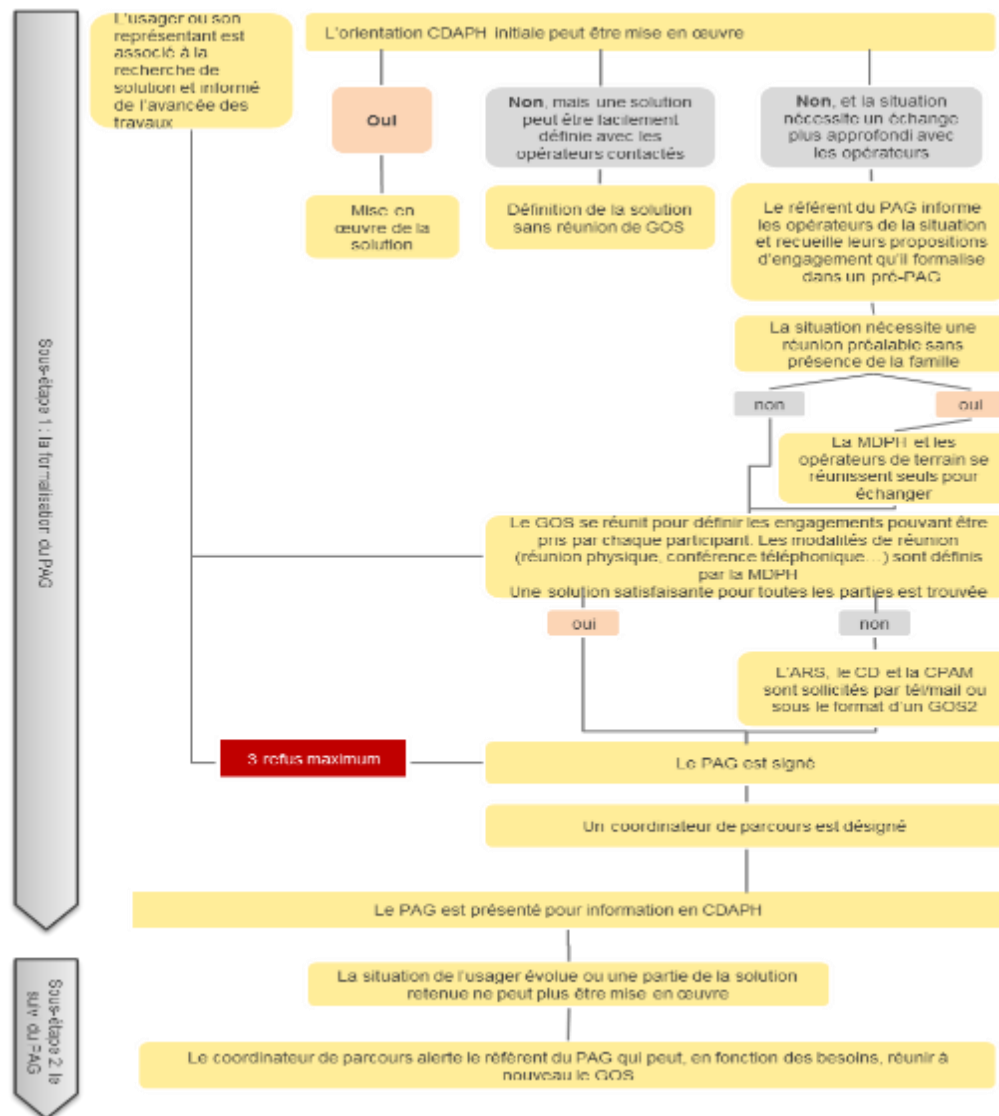


Le PAG : quel processus ?

Le dispositif d'orientation permanent



Le PAG : quel processus ?



Le PAG : le coordonnateur

❑ Les missions du coordonnateur

- Assurer et coordonner la mise en œuvre opérationnelle du Plan d'Accompagnement Global;
- Informer le référent PAG à échéances régulières de la situation;
- 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.

Exemples de PAG

❏ Illustration n°1

- **Situation individuelle** : La personne est atteinte d'une maladie rare (le syndrome de Prader Willi), qui associée à une forte prise de poids et une attitude mutique, rend difficile sa prise en charge et a entraîné plusieurs refus d'admission. La famille avait déjà effectué de nombreuses démarches pendant 3 ans auprès d'établissements médico-sociaux (FAM/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 18 mois en clinique.
- **Le PAG a permis :**
 - la prise en charge de la personne au sein du FAM,
 - Une proposition de prise en charge en cas de « rechute » par la Clinique afin de stabiliser le poids de la future résidente,
 - des séjours de répit dans la clinique si besoin dans la limite de 30 jours/an.
 - L'ARS participe à la prise en charge des équipements nécessaires.
 - Un accompagnement SAVS a été maintenu sur les premiers mois d'admission (malgré l'admission en FAM) pour faciliter la transition de la personne entre les 2 structures.

Exemples de PAG

❏ Illustration n°2

- **Situation individuelle** : Le jeune F. présente une encéphalopathie épileptique, associée à des troubles moteurs et cognitifs ainsi qu'une atrophie optique bilatérale et un autisme secondaire. 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 F. 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

- **Le PAG a permis**

- Une validation par la CDA de l'utilisation dérogatoire et transitoire de la PCH aide humaine pour permettre au service prestataire de financer le recrutement d'une auxiliaire de vie;
- L'augmentation de la prise en charge au sein de l'IME
- La mobilisation de les 3 établissements d'accueil pour porter conjointement une demande de financement auprès de l'ARS pour permettre cette prise en charge très spécifique et très individualisée.

L'axe 2 : les points clés

- ❑ La réflexion partenariale visant la signature d'une **convention territoriale** apparait comme **une condition de réussite majeure** pour le déploiement de la démarche en tant que celle-ci rend lisible 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 » constitue également un levier important pour **permettre de 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 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'autorisation, **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.



L'axe 2 : la convention territoriale

❑ Focus sur les dérogations :

Illustration de dérogations

- ▶ Maintien dans des dispositifs de scolarisation de droit commun d'enfants en attente de place en ESMS
- ▶ Accueils séquentiels en psychiatrie
- ▶ Evaluations des besoins de soins d'un résident d'établissement et service médico-sociaux (ESMS) par la psychiatrie
- ▶ Cumul d'interventions médico-sociales et psychiatriques sur un handicap particulier
- ▶ Conventionnements inter associatifs pour partage et mise à disposition d'expertise
- ▶ Renforcement des équipes par des compétences extérieures
- ▶ Croisement d'équipes entre prise en charge Jeunes et Adultes
- ▶ Intervention d'un SAVS ou d'un SAMSAH auprès d'une personne âgée de moins de 20 ans
- ▶ Dépassement quantitatif exceptionnel de l'agrément, sur la base d'un accueil temporaire, avec une priorité posée pour ladite personne dès qu'une place permanente se libère
- ▶ Croisement des prises en charge (ex: ESAT en journée, foyer occupationnel en soirée et nuitée)
- ▶ Doubles financements en cas de prise en charge multiple (exemple d'un SAMSAH intervenant auprès d'un jeune en IME)
- ▶ Prestation de compensation du handicap (PCH) mutualisée
- ▶ Prise en charge des transports

Classification traditionnelle

Dérogations à la réglementation de l'agrément:

- ▶ les dérogations d'âge,
- ▶ les dérogations à la spécialité de l'agrément,
- ▶ l'accueil en sureffectif sans financement complémentaire,
- ▶ l'accueil inter associatif ou inter établissement,
- ▶ l'accueil au sein de places laissées vacantes lors d'une hospitalisation, pendant les week-ends ou pendant les vacances.

Dérogations aux règles de prise en charge financière:

- ▶ Les prises en charge « renforcées » cumulant plusieurs intervenants
- ▶ Le maintien de prestations individuelles sans récupération d'indu (PCH ou AEEH) pendant des périodes d'adaptation notamment
- ▶ La sécurisation financière de prises en charge effectuées en urgence
- ▶ L'accueil en sureffectif avec financement complémentaire



L'axe 2 : l'appui sur les CPOM

❑ Les CPOM pourront :

- **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
- **Favoriser la participation des ESMS à l'évolution de l'offre de service** sur le territoire, via notamment la participation à la mise en œuvre d'une offre modulaire

❑ Les ARS pourront se servir des CPOM

- comme moyen pour que les situations les plus lourdes 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) .

L'axe 2 : les pratiques d'admission

- ❑ 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 infra-départementales en charge de réguler les admissions et d'organiser la gestion des listes d'attente.
- ❑ Les bonnes pratiques :
 - Création d'un outil permettant d'objectiver les caractéristiques de chaque situation individuelle pour permettre dans un second temps d'identifier des publics prioritaires à un accueil en établissement.
 - Mise en place un comité départemental de suivi des listes d'attente et des orientations médico-sociales permettant un suivi partagé en temps réel des décisions de la CDAPH et une évaluation des situations urgentes et des réponses prioritaires à mettre en place

L'axe 3 : l'implication des usagers et des associations

- ❑ Plusieurs chantiers peuvent permettre de 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** (CDCA, Commission exécutive de la MDPH, Commission des droits et 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 » mais plus globalement, 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.
 - **Le développement de la pair-aidance**

L'axe 4 : les points clés

- ❑ Les formations croisées entre institutions/ESSMS doivent être privilégiées. Les temps d'échange sur les pratiques doivent être réguliers.
- ❑ L'ensemble des personnels de la MPDH doit être associé au déploiement de la démarche pour favoriser une intégration rapide dans les pratiques quotidienne de la MDPH du dispositif d'orientation permanent
- ❑ Plus généralement, le déploiement de la démarche « une réponse accompagnée pour tous » peut être l'occasion de questionner les processus et outils actuellement utilisés par la MDPH et favoriser leur optimisation
- ❑ Le déploiement du système d'information de suivi des orientations constitue une condition de réussite majeure de la démarche qu'il convient de sécuriser

Erwan Keryer

Groupe Enéis

☐ **06 61 78 46 75**

e.keryer@groupe-eneis.com