

LA VIE, LE RISQUE, LE PARCOURS

JOURNEE REGIONALE HANDICAP PSYCHIQUE

13 DECEMBRE 2016 A LILLE

UNE REPONSE ACCOMPAGNEE POUR TOUS

INTERVENTION DE LUC GINDREY ET DE MARTINE VIVIER

Luc GINDREY

Bonjour à tous. Luc GINDREY, je suis le Directeur de la MDPH du Pas-de-Calais et je suis accompagné de Martine VIVIER qui est mon homologue de la MDPH de l'Aisne. On nous a demandé d'évoquer, pour vous, les projets pour lesquels les deux départements respectifs sont engagés au projet *Une réponse accompagnée pour tous*. C'est un projet d'abord national et qui est décliné dans certains nombres de Départements français. Dans la Région Haute France, il y a deux Départements l'Aisne et le Pas-de-Calais qui sont en situation, on ne dit pas d'expérimentateurs parce que c'est un mouvement irréversible, mais sont pilotes, on y reviendra. *Réponse accompagnée pour tous*, si on devait reformuler simplement, c'est un projet ambitieux qui vise à apporter une réponse adaptée et dans la durée à toute personne qui connaît une situation de handicap qui a été reconnue par la MDPH. C'est une ambition, ce qui signifie que la réalité n'est pas encore à la hauteur de cette ambition aujourd'hui.

Si on fait un petit appel historique, on parle de réponse accompagnée à partir d'un élément déclencheur, 2013, l'affaire Amélie LOQUET. Pour un certain nombre d'entre vous, c'est quelque chose connu, pour d'autres ça l'est moins. L'affaire Amélie LOQUET, c'est une affaire assez classique d'une jeune adulte handicapée avec un handicap assez lourd qui ne trouve pas de solution adaptée à sa situation. Elle a des droits ouverts par la MDPH d'un Département d'Île-de-France, Seine-et-Marne je crois, mais elle ne trouve pas d'équipement prêt à l'accueillir. Ça devait être une maison d'accueil spécialisée. Elle vit à la charge de ses parents qui s'épuisent. Ses parents attaquent l'ARS d'Île-de-France et gagnent. Le Tribunal administratif donne raison à la famille et l'ARS d'Île-de-France est condamnée d'une part financièrement et elle est astreinte à trouver une solution dans les 15 jours pour un accompagnement adapté à la situation de cette jeune femme. Les pouvoirs publics ont été clairement pris en défaut d'incapacité de donner une réponse digne, humaine, à une personne qui en avait besoin. À partir de cette situation, la Ministre Marisol TOURAINE a demandé, de manière assez immédiate, un rapport, a commandé un rapport à Denis PIVETEAU. Denis PIVETEAU, c'est quelqu'un qui a sa place dans le champ du handicap, ça a été le premier Directeur de la Caisse nationale solidarité autonomie. Il est par ailleurs Conseiller d'État. La question qui lui a été posée, c'était de poser un constat et de dégager des pistes qui permettent d'éviter à l'avenir ce type de situation et, bien sûr, de retrouver ce type de voie judiciaire avec condamnation des pouvoirs publics. Et lui, il s'est approprié très complètement la question et il a sorti un rapport, un rapport fondateur qui propose des transformations qu'on dit systémiques, systémiques parce qu'elles touchent à la logique complète du système qui est aujourd'hui censé accompagner les personnes en situation de handicap. Il propose des changements forts dans l'action des MDPH, dans l'action des Départements et des ARS et aussi, bien sûr, dans l'action de tous les acteurs qu'il finance, c'est-à-dire les établissements et services médicosociaux, mais également le champ sanitaire qui a un rôle à jouer en matière de handicap. Il donne une place essentielle plus forte qu'elle ne l'a aujourd'hui à la notion d'autodétermination en mettant la personne, en lui redonnant une place dans le système.

Quels sont les principaux constats du rapport PIVETEAU ? Premier constat dans l'affaire Amélie, tout le monde a fait son travail. C'est-à-dire que la MDPH a évalué la situation de cette dame handicapée de manière correcte. Elle a donné la bonne orientation. Les

Directeurs de MAS du Département ou tous ceux qui ont été contactés ont apporté une réponse qui était celle qu'ils pouvaient ou voulaient donner à ce moment-là à savoir qu'ils n'avaient pas de disponibilité ou étaient dans l'incapacité de l'accueillir. Et puis l'ARS d'Île-de-France, elle a partagé les crédits à sa disposition de la manière la plus pertinente possible. Tout le monde a fait son travail, mais on arrive à une impasse et la variable d'ajustement dans cette affaire, c'est l'usager, c'est la personne handicapée et un peu plus largement sa famille qui avait la charge complète de leur fille.

Le constat, c'est aussi que, malgré la hausse continue des moyens, même si dire ça aujourd'hui est un peu provocant parce que les moyens, ils n'augmentent plus beaucoup, ils continuent encore à légèrement augmenter, mais plus du tout dans les rythmes qu'on a connus depuis 40 ans. Mais jusqu'à ces dernières années, il faut quand même le rappeler, même si ce n'est pas obligatoirement à moi de le faire, mais les rythmes d'augmentation des moyens dans le champ médicosocial étaient de l'ordre de 5 à 6 % par an. De mémoire, cette année, on est encore à un ONDAM (Objectif de dépense d'assurance maladie) médicosocial, c'est-à-dire la dépense de sécurité sociale consacrée au champ médicosocial qui est de plus de 2 % dans un contexte où la croissance n'est pas à la même hauteur. Il y a encore un effort national aujourd'hui significatif même s'il se réduit de manière très nette. Malgré cette hausse continue et importante des moyens qui s'est traduite par la création d'établissements, de services, ou de diversification de l'offre, beaucoup de personnes restent sans solution aujourd'hui. Les chiffres, moi, j'ai simplement repris ceux que rappelle régulièrement l'UNAPEI. L'UNAPEI rappelle qu'aujourd'hui il y a, selon eux, 47 000 personnes sans solution, c'est-à-dire qui ont des droits ouverts pour un accompagnement en établissement ou service et qui sont sans solution au niveau national. En plus, il y a 6 500 personnes qui sont accompagnées en Belgique parce qu'elles ne trouvent pas de solution en France.

Un des autres constats établis, c'est que ces « sans solution » ne sont pas toujours ceux qui ont les moins besoin du système. Ça veut dire que les personnes qui ne trouvent pas de solution, elles sont victimes d'un effet d'éviction alors que, bien sûr, il n'y a pas assez de solutions pour tout le monde aujourd'hui. Pas assez de places dans les établissements. Il n'y a pas assez de capacités de réponses au niveau des services. C'est un constat arithmétique que l'on peut constater dans notre Département et dans la plupart des départements. Il y a une insuffisance quantitative, mais il y a aussi le fait qu'aujourd'hui tous les acteurs du système sont des acteurs qui sont autonomes, mais qui ont un degré de liberté important, ce qui est normal. Mais il n'y a pas de gouvernance globale de cette liberté-là. C'est-à-dire qu'aujourd'hui, on prend l'exemple d'un Directeur d'établissement ou de service, il est libre d'accueillir qui il veut, il est libre de refuser. Quand il n'a plus de place, il ne peut que refuser. Parfois, il considère que l'orientation de la personne ne correspond pas obligatoirement à l'établissement et puis, parfois, il y a des situations qui sont suffisamment lourdes ou complexes pour lui faire peur aussi parce qu'il est peut-être libre, mais il est également isolé. C'est-à-dire qu'on est aujourd'hui dans un système qui est encore trop parcellisé et le professionnel qui va prendre un risque, c'est-à-dire le risque d'accepter une situation qui est lourde, qui va le mettre en difficulté est aussi un acteur qui est seul. Il y a un enjeu pointé par le rapport de créer les conditions d'une collaboration entre professionnels et d'une confiance entre professionnels.

Une absence de mise en responsabilité et de coordination des acteurs, une absence de gouvernance. Personne aujourd'hui n'a le rôle de mise en cohérence et de pilotage global du système. Une logique du tout ou rien, c'est-à-dire que trop souvent, même si tout ça est un peu caricatural, mais trop souvent, il y a deux solutions, celle d'avoir trouvé chaussure à son pied, d'avoir trouvé l'établissement ou le service adapté à sa situation, et l'avoir de manière définitive, souvent à vie pour une prise en charge qui est vraiment une prise en charge complète et qui est très sécurisante, mais qui, d'une certaine manière aussi, enlève ou réduit la capacité de projection et de prise d'autonomie de la personne. Ça, c'est le « tout » et puis, en face, vous avez le « rien ». Le rien, c'est une situation qu'un certain nombre ici, je pense, connaît directement ou indirectement, c'est le maintien à domicile subi, c'est l'isolement social et c'est l'usure des aidants. Entre les deux, même si se développent de plus

en plus de solutions intermédiaires, on a encore aujourd'hui beaucoup de difficultés à faire émerger des solutions, soit adaptées, équilibrées qui trouvent le bon point d'équilibre entre la recherche, le maintien, le travail autour de l'autonomie et la logique de protection, des solutions qui soient aussi évolutives, c'est-à-dire qui ne soient pas uniformes et stables, complètement stables dans la durée, et qui soient dans une logique de soutien par les professionnels de la personne handicapée et de ses aidants.

Parmi ces constats, il y a aussi le fait, et ça nous concerne directement aujourd'hui, que les personnes en situation de handicap psychique sont très directement victimes des insuffisances que je viens de décrire de manière générale. D'abord parce que le handicap psychique, c'est le dernier arrivé dans le champ du handicap. Ça a été dit tout à l'heure, reconnaissance par la loi de 2005, mais c'est une reconnaissance tardive par rapport au développement du champ du handicap avec ces moments fondateurs qu'a été notamment la loi de 1975. Le handicap psychique est aujourd'hui parmi l'équipement qui est développé sur les territoires, le parent pauvre dans le champ médicosocial par rapport au handicap mental, au handicap physique ou sensoriel qui, lui, a une antériorité plus forte. Les personnes handicapées psychiques ont été longtemps été les sujets d'une approche principalement sanitaire. Les handicapés psychiques présentent souvent par nature des situations qu'on dit complexes parce qu'elles croisent des compétences, des besoins d'accompagnement qui sont sanitaires - un handicapé psychique reste un malade psychique, la plupart du temps - des solutions médicosociales et des solutions sociales. Cette approche complexe nécessite une coordination des acteurs et c'est aussi un handicap qui présente, contrairement à d'autres handicaps, une véritable instabilité dans le temps qui est très favorable aux ruptures de parcours.

Qu'est-ce que préconise, à partir de ces constats, le rapport de Denis PIVETEAU ? Il nous dit que le changement doit être structurel. Il doit concerner les MDPH qui, elles, sont des prescripteurs, qui évaluent des situations de handicap et qui proposent des solutions en ouvrant des droits aux personnes ; les ARS et les Départements qui sont les développeurs, financeurs et contrôleurs de l'offre de service sur les territoires et les établissements et les services médicosociaux et sanitaires eux-mêmes à travers une mise en responsabilité collective. Il nous dit que l'objectif de zéro « sans solution » est un objectif atteignable. Zéro « sans solution », ça veut dire ne laisser plus aucune personne sans solution en se contentant de lui ouvrir un droit formel qu'il n'arrive pas à mettre en œuvre. Il nous dit que c'est un objectif atteignable dans la mesure où on arrive à faire bouger les lignes à plusieurs niveaux. Mais ce qu'il nous dit en nous disant que c'est un objectif atteignable, il n'est pas naïf, il nous dit que c'est un objectif qui est atteignable si on met le système en tension, c'est-à-dire si on accepte l'idée qu'avec les moyens dont on dispose aujourd'hui, avec le public tel qu'on l'identifie au niveau des MDPH, il y a moyen de servir tout le monde. Ça veut dire que, pour servir tout le monde, on ne pourra pas se défausser en expliquant qu'il va falloir créer 50 000 places de plus et ça, c'est une solution. C'était la perspective dans laquelle on était jusqu'à ces dernières années, cette perspective-là, elle n'est plus réaliste. Ce qui est proposé, c'est de faire bouger le système pour arriver, à moyens donnés, à servir tout le public qui exprime un besoin.

Il nous propose de passer d'une logique de place à une logique de réponse. Une place, ça laisse entendre qu'on est servi et qu'on l'est pour longtemps. Une logique de réponse, c'est plus exigeant. Il propose, il affiche de manière forte ce qu'il appelle le principe de subsidiarité. C'est un principe qui est fort et qui doit nous guider tous, et les MDPH au premier chef, dans notre travail quotidien. Le principe de subsidiarité s'exprime clairement, c'est-à-dire n'envisager des solutions qui ont recours au milieu le plus spécialisé qu'une fois qu'on a vraiment épuisé toutes les solutions du maintien en milieu de vie le plus ordinaire. Il y a une gradation alors qu'on a encore des réflexes, tous, à la place où on est, des réflexes un peu automatiques de placer les gens dans des cases. Il y a une démonstration à faire autour de chaque situation que ce qui est proposé est nécessaire parce qu'on a constaté un échec pour une solution plus simple.

Promouvoir un service public accompagnant, un service public qui soit capable de suivre les situations et d'anticiper les ruptures de parcours ou les crises. Ce n'est absolument pas le cas

aujourd'hui. Dans ma MDPH comme dans toutes les MDPH, on est saisi de situation de manière ponctuelle, c'est-à-dire que quand une personne handicapée formule une demande, on va étudier sa situation. Le droit qui est ouvert a une durée de vie souvent de 5 ans et c'est 5 ans après, au moment du renouvellement, qu'on va se repencher sur la situation en essayant, à partir du dossier, de retrouver un peu la mémoire de ce qui avait été décidé et envisagé à l'époque. On n'a pas aujourd'hui d'outillage, de capacité à suivre dans la durée les situations et de se préoccuper de savoir où sont les personnes et comment elles vivent. C'est un service public qui est capable de coordonner des interventions multiples. On le verra, ma collègue vous présentera la logique de plan d'accompagnement global qui matérialise cette ambition-là. C'est un service public qui mise sur l'empowerment, ça veut dire sur la mobilisation systématique des capacités et du potentiel des personnes aussi petit soit-il. S'appuyer sur les capacités de la personne à choisir et à faire. Tout à l'heure, en introduction, a été évoqué le concept d'autodétermination. On est clairement au cœur de tout ça.

Le rapport dit également que la MDPH est l'acteur naturel de cet assemblage-là. Pourquoi c'est l'acteur naturel ? Tout simplement parce que les MDPH qui ont été créées par la loi de 2005 sont des guichets uniques à destination des personnes en situation de handicap et de leur famille qui sont là pour conseiller, orienter, ouvrir des droits, accompagner. C'est dans leur mission même si elles ont du mal à le faire aujourd'hui et elles sont constituées en Groupement d'Intérêt Public. Ça veut dire que dès qu'on parle de handicap, il n'y a pas une institution qui est directement légitime. L'ARS, elle est légitime parce qu'elle a la main sur le champ sanitaire. Le Département est légitime parce qu'il est chef de file en matière sociale. L'Éducation nationale est légitime quand on parle de scolarisation. Quand on parle de travail, il y a d'autres administrations qui sont légitimes. On voit que la légitimité est éclatée. Donc on a créé un Groupement d'intérêt public qui s'appelle la MDPH pour essayer d'avoir un cadre contenant et travailler efficacement ensemble. C'est assez naturellement que le rapport PIVETEAU propose que les MDPH pilotent cette mise en mouvement et cet assemblage des acteurs.

On a évoqué l'affaire Amélie LOQUET, octobre 2013, le rapport de Denis PIVETEAU est rendu en milieu d'année 2014. En décembre 2014, le Gouvernement missionne Marie-Sophie DESSAULLE, haut fonctionnaire, ancienne Directrice d'ARS pour mettre en œuvre les préconisations du rapport PIVETEAU. Juillet 2015, un appel à candidatures est lancé auprès de tous les Départements et MDPH de France pour identifier des Départements et MDPH qui souhaitent s'engager dans la mise en œuvre des préconisations. Et en janvier 2016, on a eu une loi, la loi de modernisation du système de santé que Gwen MARQUÉ a largement rappelée. Dans un de ses articles, on parle de réponse accompagnée pour tous et on indique quelque chose d'extrêmement fort, c'est-à-dire qu'à partir du 1^{er} janvier 2018, toute personne en situation de handicap qui n'arriverait pas à mettre en œuvre les droits que lui ouvre la MDPH est en mesure et en droit d'exiger un plan d'accompagnement global c'est-à-dire est en droit d'exiger qu'une solution lui soit apportée même si cette solution n'est pas la solution idéale. Mais l'Administration se retrouve collectivement face à une obligation de résultat. Les Départements pionniers, on a dit qu'en Hauts-de-France on était deux, l'Aisne et le Pas-de-Calais, je crois que le Département du Nord et d'autres départements vont s'engager dès 2017, mais aujourd'hui, on a 23 départements au niveau national qui sont engagés dans le projet.

On l'a dit, la promulgation de la loi de modernisation du système de santé, un plan personnalisé de compensation pourra comporter un plan d'accompagnement global à la demande de l'utilisateur et il prévoit pour ça la construction du projet d'accompagnement à travers un dispositif qui vous sera décrit par Martine dans quelques minutes.

Le chantier *Réponse accompagnée pour tous*, il s'organise autour de quatre grands axes, on a dit que c'était un chantier systémique. Premier axe, la notion d'orientation permanente. C'est principalement de ça dont on va parler aujourd'hui, c'est-à-dire « Comment la MDPH est aujourd'hui capable au-delà de la simple ouverture de droit de préposer des solutions *ad hoc* et effectives aux personnes qui ont des difficultés à rentrer dans le système ? ». Comment elle est capable de suivre ces situations dans la durée, c'est-à-dire de jouer un rôle de veille

et de tracer les situations et aussi, ça, c'est quelque chose auquel on s'attaque dans le Pas-de-Calais, mais sur lequel chacun devra, d'une manière ou d'une autre, avancer c'est la question de la mise en mouvement des acteurs, de la définition de priorité et de savoir comment on apporte des réponses à des situations qu'on identifie comme prioritaires.

La question du déploiement de réponses territorialisées, là, c'est un objectif qui concerne très directement l'ARS et le Département, comment pour pouvoir mettre en œuvre ce projet de *Réponse accompagnée pour tous*, on a sur les territoires des réponses qui sont suffisantes, diversifiées, coordonnées entre elles.

Troisième objectif, le soutien et l'accompagnement par les pairs, c'est ce qu'on a évoqué à travers les termes d'autodétermination, d'empowerment, la question de la participation des personnes aux décisions qui les concernent et à leur projet. Comment on intègre également le soutien par les pairs, par les aidants ? Ce chantier-là qui est un chantier compliqué, on voit de manière intuitive tout ce que ça peut toucher, mais c'est un chantier sur lequel on n'avance pas spontanément. Ce chantier, il est aujourd'hui chez nous, dans le Pas-de-Calais, piloté par le Comité inter-associatif, c'est-à-dire la Fédération des associations qui œuvrent dans le champ du handicap et qui vont nous faire des propositions en la matière qui a, bien sûr, un axe d'accompagnement aux changements des pratiques dans la mesure où c'est un projet qui fait bouger fortement les lignes dans tous les champs professionnels.

Je vous laisse Martine présenter la suite de l'exposé.

Martine VIVIER

Moi, je vais vous parler un petit peu plus de la partie pratique et des outils utilisés pour avancer, en fait, dans cette démarche d'accompagnement. Un petit rappel sur la démarche d'évaluation conduite par les équipes pluridisciplinaires de la MDPH. On part bien du souhait du projet formulé par la personne handicapée, son représentant légal. Nos deux MDPH ont développé les outils aussi de recueil d'informations auprès des tiers intervenant dans le quotidien de la personne handicapée, notamment des familles et de l'entourage proche.

La démarche d'évaluation des besoins, on est sur une évaluation globale pluridisciplinaire où on va considérer l'ensemble des aspects de la vie quotidienne de la personne handicapée et voir quels sont ses besoins et quelles réponses on va pouvoir proposer pour avancer notamment dans la démarche d'autonomie.

Ces travaux d'évaluation sont restitués sur le plan personnalisé de compensation. C'est un outil qui est en place depuis la loi de 2005, avec proposition d'une réponse unique ou de réponses modulaires. C'est généralement le cas, on est plus souvent sur des situations où il y a un certain nombre de réponses qui vont être proposées. On est rarement sur une situation, une réponse ou un besoin, une réponse. Cette proposition, c'est ce qu'on appelle la réponse « idéale », c'est-à-dire la cible qu'on va devoir atteindre, ce qu'on va devoir mettre en œuvre pour faciliter le quotidien de la personne en situation de handicap. Ce qui va changer, au niveau de la démarche de la *Réponse accompagnée pour tous* puisque cette première partie, c'est ce qu'on faisait déjà au niveau des MDPH, ce qui change, c'est de se poser la question à savoir « Est-ce que les réponses qui vont être proposées, on va pouvoir les mettre en œuvre de suite ou est-ce qu'il n'y a pas possibilité de mettre en œuvre ces réponses ? ». S'il y a possibilité de mise en œuvre, on est sur un plan classique avec une proposition à la CDAPH, une notification de décision. S'il n'y a pas possibilité de mettre en œuvre les réponses qui ont été identifiées dans le cadre de l'évaluation des besoins, là, on va proposer aux familles d'écrire un plan d'accompagnement global. Ça ne peut se faire que sous l'accord de l'utilisateur ou de son représentant légal et on va voir avec lui quelle réponse alternative, d'attente ou de tremplin on va pouvoir mettre en œuvre pour avancer dans la proposition d'une réponse cible. Cette réponse alternative, c'est une réponse qui va prendre en compte l'offre disponible sur le territoire.

Les situations pour lesquelles on est concerné dans le cadre des plans d'accompagnement globaux, on a un certain nombre de sollicitations qui nous viennent directement des usagers ou de leurs familles parce qu'en fait la décision a été notifiée par la CDAPH et ils ne savent pas trop, au niveau des démarches, ce qu'il faut faire pour pouvoir contacter les établissements ou services, savoir à qui il faut s'adresser, comment ça se passe pour mettre en œuvre la décision.

Les deuxièmes cas de figure qui sont les plus fréquents, on est sur des situations complexes. Ce n'est pas toujours la situation de handicap qui est complexe. Souvent, comme le disait Monsieur GINDREY, on n'est plus sur des réponses qui sont complexes parce que parfois morcelées et parfois éparpillées et pour lesquelles il y aura nécessité d'articuler pour éviter la superposition des réponses, mais bien d'apporter une réponse globale à l'ensemble des besoins de la personne. C'est ces situations complexes pour lesquelles on est souvent et on flirte souvent avec la rupture ou le risque de rupture de parcours.

Dans les situations généralement proposées, on va être sur des carrefours, si vous voulez, au niveau des âges, des périodes charnières. On va être sur des 16 – 20 ans, on va être sur des personnes handicapées vieillissantes qui vivent chez des parents également vieillissants. On va être sur des sorties d'hospitalisation, quand il n'y a pas de relais identifiés ou quand le relais ne se met pas en place dès la sortie d'hospitalisation. On a un certain nombre de cas de figure. On a des situations pour lesquelles il y a une indisponibilité ou une inadaptation des réponses. Indisponibilité, on rejoint ce qui a été évoqué tout à l'heure, c'est-à-dire des places qui sont relativement embolisées et où la personne va être inscrite sur liste que l'on appelle « liste d'attente » ou « liste de demande ». On a aussi dans ce type de situation un certain nombre de personnes pour lesquelles les dispositifs n'existent pas, ne sont pas inscrits dans le Code de l'action sociale et des familles et donc on est sollicité pour des orientations sur des dispositifs un peu plus innovants comme les logements accompagnés, les familles gouvernantes. On va élargir un petit peu la recherche de réponses par rapport à ce qui existe jusqu'alors dans le Code de l'action sociale et des familles.

Le dernier cas de figure pour lequel on est sollicité, ce sont des personnes qui ont des réponses, mais des réponses qui sont souvent partielles parce que la situation a évolué, les besoins sont différents, le contexte familial est différent ou le contexte d'accueil en fait qui est différent, et il y a nécessité d'aller un peu plus loin par rapport à ce qui peut être proposé jusqu'alors.

Au niveau des sollicitations, concrètement, par rapport au Pôle *Réponse accompagnée* on a deux voies d'entrée. On est généralement sollicité par les acteurs de proximité, que ce soit les familles, les professionnels. Quand on identifie une situation qui commence à se compliquer et pour laquelle il y a besoin de soutenir l'accompagnement au niveau du domicile, quand il y a des risques qui sont identifiés. La deuxième voie d'entrée, c'est l'équipe pluridisciplinaire, quand elle est sollicitée pour le renouvellement d'une prestation ou quand on est sollicité pour une réorientation, on est aussi informé dans le cadre de situations, ce qu'on appelle des signalements, de situations préoccupantes. Ça peut être par le lien que l'on peut avoir avec les Conseils locaux de santé mentale, les cellules cas complexes. On a des cellules cas complexes aussi qui existent dans le cadre de l'accompagnement des enfants. Quand on a une situation particulière, on va pouvoir se pencher un petit peu plus et se réinterroger sur les besoins de la personne, les réponses à mettre en œuvre pour permettre l'accompagnement et éviter la rupture de parcours.

La cellule d'analyse est une réflexion qui est conduite pour se dire : « Est-ce que la situation relève bien effectivement du Pôle *Réponse accompagnée* ? Est-ce qu'il y a des nouveaux besoins ? Quelles sont les difficultés qui ont été rencontrées dans la mise en œuvre des solutions pour pouvoir identifier les acteurs qu'il conviendra de convoquer pour élaborer un plan d'accompagnement global ? » Le plan d'accompagnement global est une équipe à géométrie variable. Les acteurs se réunissent sur convocation du Directeur de la MDPH et regroupent les personnes qui ont marqué... les personnes, ça peut être des pairs, ça peut être des professionnels qui ont marqué l'histoire de la personne en situation de handicap, des acteurs qui interviennent actuellement dans le quotidien de la personne handicapée et des

acteurs qui pourront être potentiellement demain un soutien par rapport à la situation et aux difficultés rencontrées. Ces acteurs sont réunis dans ce qu'on appelle des Groupes opérationnels de synthèse, on est sur un groupe de travail. Le premier niveau, on est sur des techniciens où on va pouvoir un petit peu se repencher sur l'histoire de la personne et voir ce qu'on pourrait proposer pour avancer dans l'accompagnement de celle-ci.

Le premier niveau, on est sur le GOS 1. On rencontre deux techniciens. Dans les techniciens, on inclut les pairs aidants, les familles pour s'appuyer sur l'expertise d'usage, sur le parcours de l'usager et selon les situations et les réponses qui peuvent être identifiées, il y a possibilité pour le Directeur de la MDPH de convoquer ce qu'on appelle un Groupe opérationnel de synthèse de niveau 2 où là on est plus sur des décideurs, des financeurs, notamment l'ARS, le Département pour voir un petit peu comment on peut lever les obstacles. Les obstacles, ce ne sont pas toujours des problématiques financières. On a parfois des problématiques de secteur géographique, de critère d'âge, de zone d'intervention. C'est comment on peut dépasser ces obstacles administratifs pour favoriser la mise en œuvre des solutions qui vont être préconisées ou identifiées par le Groupe opérationnel de premier niveau.

De nouveaux acteurs, la cellule d'analyse, j'en ai parlé, l'évaluation, l'équipe disciplinaire d'évaluation, elle a toujours son rôle. On a deux acteurs supplémentaires qui viennent s'inscrire dans cette dynamique. C'est le référent du plan d'accompagnement global. Le référent du plan d'accompagnement global, c'est généralement un évaluateur qui est soit désigné pour l'ensemble des situations suivies dans le cadre des Pôles Réponse accompagnée ou qui peut être désigné, selon les situations, au cas par cas, comme un référent de parcours. Le référent du plan d'accompagnement global, c'est celui qui va animer les débats au moment des Groupes opérationnels de synthèse, qui va en porter l'engagement des différents acteurs, qui va recueillir l'accord de l'usager et/ou de son représentant légal de la famille. C'est-à-dire qu'il faut que tout le monde soit d'accord sur les propositions qui vont être identifiées et l'autre acteur, le nouvel acteur, c'est le coordinateur de parcours qui, lui, sera chargé du suivi de la mise en œuvre de ce plan d'accompagnement global. C'est quelqu'un qui va être sur le terrain, généralement désigné par le Groupe opérationnel de synthèse comme un acteur de proximité, qui va veiller à la mise en œuvre de ce plan d'accompagnement global et proposer, le cas échéant, une révision du plan, une nouvelle rencontre pour proposer des ajustements, si nécessaire.

Sur les situations les plus fréquemment rencontrées puisqu'on est en place, dans cette dynamique, déjà depuis un certain temps, on est sur un certain nombre de situations avec des risques de rupture de parcours, en règle générale multifactorielle sur les risques de rupture de parcours, on est sur des problématiques de déscolarisation, de rupture familiale, de sortie d'établissement, service ou du secteur sanitaire sans relais identifiés, des situations de précarité et d'isolement. On a bien souvent aussi des situations où on est interpellé parce qu'il y a des hospitalisations de longue durée. En fait, l'hospitalisation a été mise en place au départ pour la gestion d'une crise et, faute de réponse, la personne est restée ou l'hospitalisation perdure et va générer des problématiques ou des exacerbations notamment au niveau des problématiques de comportement. On a un petit peu l'impression de tourner en rond parce que le médicosocial dit : « On n'est pas stabilisé », et au niveau du secteur sanitaire, on n'est plus tout à fait dans la réponse aux besoins de la personne.

Les situations, d'un coup on est sur une embolie de place, on en a parlé. On a un certain nombre de situations, notamment chez les adolescents, de jeunes qui sont au carrefour de différents dispositifs, c'est-à-dire qu'ils dépendent aussi bien de l'ASE, de la PJJ, du soin, du domaine du handicap et, jusqu'à l'heure où chacun se renvoie là-bas en disant : « Ce n'est pas moi ». Ce sont des jeunes qui ne dépendent de personne, mais à la fois de tout le monde. C'est bien la dynamique qu'on va rechercher dans le cadre du Groupe opérationnel de synthèse, c'est que chacun apporte un bout de la réponse, mais pas de façon écartelée ou morcelée, mais bien de façon coordonnée et organisée.

Et puis, on a dans les situations généralement confiées, les échecs d'accompagnement proposé avec des échecs répétés.

Pour faire rapidement sur la particularité du handicap psychique puisque Monsieur GINDREY en a parlé, sur un handicap récemment reconnu, avec peu ou pas de dispositifs dédiés, des organisations qui se mettent seulement en place et des hétérogénéités entre les départements par rapport aux réponses possibles et à proposer. On est sur la nécessité de développer des coordinations. Quand on parle de coordination, elles sont à la fois institutionnelles. On a un travail d'acculturation à mener entre le médicosocial et le secteur sanitaire. Quand l'un parle de stabiliser, stabiliser pour l'un ne veut pas dire stabiliser pour l'autre. Il faut vraiment qu'on travaille sur une culture commune et sur des collaborations, sur des outils partagés, et également des coordinations sur le terrain puisque, généralement, la personne a des besoins divers et c'est bien sur l'ensemble des besoins qu'il convient d'avancer. C'est tout le sens du coordinateur de parcours. On voit bien dans la pratique que, quand on avance dans un domaine, et que les autres domaines ne suivent pas, en règle générale, on va à l'échec. On a la nécessité de travailler sur une bienveillance ou une veille collective. C'est tout le travail que l'on conduit sur le maillage territorial avec la nécessaire identification des acteurs et des partenaires de réseau. L'articulation des conseils locaux, on a tous les échanges que l'on peut conduire avec les Groupes d'entraide mutuelle. On essaie vraiment de diversifier nos contacts pour pouvoir anticiper les ruptures de parcours.

On travaille aussi sur tout ce qui est la préparation des sorties d'hospitalisation. Être bien dans la logique que l'hospitalisation est un lieu de gestion de crise et que dès l'entrée, il faut qu'on se saisisse de ce qui va se passer après pour commencer à travailler ensemble sur comment on va pouvoir envisager la sortie et faire en sorte que l'hospitalisation ne perde pas dans le temps. On est sur une approche de réponse individuelle, graduée, avec nécessité de flexibilité et de modularité dans les réponses. Pour nous, c'est important de pouvoir recenser à la fois les besoins et les réponses, le domaine du possible, pour pouvoir faire remonter comme un observatoire l'ensemble des besoins au niveau des organismes de tutelle.

En conclusion, dans la mise en œuvre des Pôles Réponse accompagnée, selon les départements, les choses peuvent s'organiser un petit peu différemment parce que le pilotage se fait par les Commissions exécutives des MDPH. Certaines proposent des publics cibles. On a des niveaux de graduation au niveau des interventions. On va avoir des petites disparités au niveau organisationnel, mais on a bien les mêmes objectifs et on se voit régulièrement pour tendre sur l'harmonisation des pratiques et profiter des démarches régionales et des actions régionales qui sont engagées. Mais on se rend bien compte qu'on est vraiment sur une co-construction et que la MDPH seule ne peut pas avancer dans l'élaboration de réponses. Il faut qu'on puisse réfléchir ensemble, anticiper, mobiliser l'ensemble des acteurs, se concerter, collaborer, innover, être source de propositions pour pouvoir avoir des réponses vraiment très individualisées.

La MDPH qui se situe vraiment comme assembleur. Pour nous, un bon Groupe opérationnel de synthèse, c'est un petit peu quand les gens vous disent : « Tout seul, je ne peux pas faire. Mais si on y va tous ensemble, on va pouvoir avancer ».

Voilà, j'ai dû faire vite.