



EHESP

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2018 –

**UNE NOUVELLE DEMARCHE DANS LE CHAMP DU
HANDICAP : « UNE REPOSE ACCOMPAGNEE
POUR TOUS »**

– Groupe n°11 –

- | | |
|-----------------------|---------------------|
| – BERLAND Candice | – JOUANNIGOT Jim |
| – BERNET Jean-Laurent | – MALGOUIRES Céline |
| – BOUTRY Nicolas | – MARTINEZ Rémi |
| – HANIN David | – NOURRY Sophie |
| – HOKAYEM Elias | |

Animateur/trice(s)

- BERTILLOT Hugo
- RAPEGNO Noémie

Sommaire

Introduction.....	1
1. Les appropriations différentes de la RAPT par les professionnels en fonction des métiers et des régions sont le reflet d'impulsions différenciées et de logiques d'action locales.	7
1.1. Les professionnels au niveau national (CNSA) et territorial (ARS et MDPH) endossent surtout un rôle de conception, d'ingénierie du dispositif et de soutien documentaire aux acteurs de terrain.	7
1.1.1. La CNSA a intégré la démarche RAPT en routine dans son activité d'animation du réseau des MDPH.	7
1.1.2. Les ARS et les MDPH ont renforcé leur collaboration grâce à la RAPT, même si les premières n'ont pas eu de moyens dédiés à la démarche au contraire des secondes.....	8
1.2. Au niveau du territoire, la RAPT a été bien appréhendée par les partenaires, mais leur niveau de coordination dépend fortement des coopérations préalablement établies.	10
1.2.1. Les coopérations entre acteurs sont encore embryonnaires dans le département B.	10
1.2.2. Dans le département A, les coopérations déjà bien établies avant la RAPT ont constitué un terreau propice au développement de la démarche.	10
1.3. Pour les professionnels de proximité, la RAPT semble à la fois faire prendre conscience de la nécessité de diversifier les modes de prises en charge mais peut, au contraire, aussi être vécue comme une contrainte exogène.	12
1.3.1. Les directeurs et chefs de service d'ESSMS changent progressivement leurs pratiques d'admission mais l'acculturation à la RAPT reste inachevée.....	12
1.3.2. L'accueil d'usagers dans le cadre de la RAPT génère encore des appréhensions pour les professionnels sociaux, soignants, éducatifs des ESSMS malgré une meilleure implication.	14
2. Les bonnes pratiques des organisations professionnelles autour de la RAPT doivent être essaimées et leurs limites surmontées, pour mieux déployer les nouvelles modalités d'accompagnement des situations complexes.....	16
2.1. Les acteurs apprécient la plus-value de coordination de la démarche RAPT et louent les améliorations dans l'accompagnement des usagers concernés.....	16

2.1.1. Les acteurs interrogés valorisent fortement la coordination entre partenaires	16
2.1.2. Les acteurs louent les améliorations concrètes permises par la RAPT dans l'accompagnement de certains usagers	17
2.2. Les professionnels identifient des limites à la RAPT et lient la réussite de la démarche à des facteurs de succès qui doivent être développés plus avant.	18
2.2.1. La RAPT n'est pas encore un automatisme pour les professionnels de proximité et pèse, à l'heure actuelle, sur leur qualité de vie au travail.	18
2.2.2. Des difficultés en lien avec une carence d'offre médico-sociale et de moyens financiers sont repérées sur les deux territoires étudiés	20
2.2.3. La démarche manque d'évaluation, d'adaptation et certains de ses fondements sont quelquefois remis en cause.	21
2.3. L'application et l'appropriation de la démarche par les professionnels doivent reposer sur des leviers différenciés en fonction des échelles d'action considérées.....	22
2.3.1. Les leviers d'amélioration au niveau des établissements résident principalement dans la qualification des professionnels.....	22
2.3.2. Les leviers d'amélioration à l'échelle du territoire sont les plus nombreux et vont du partage des bonnes pratiques à l'étude qualitative des listes d'attente.	22
2.3.3. La mise en cohérence temporelle de tous les projets dans la sphère médico-sociale semble être le levier d'amélioration principal au niveau national	24
Conclusion	25
Bibliographie	27
Liste des annexes	I
Annexe 1 – Méthodologie détaillée	II
Annexe 2 – Exemple de compte rendu des réunions de travail du groupe.....	V
Annexe 3 – Planning des entretiens effectués	VI
Annexe 4 – Grille d'entretien à destination des professionnels de proximité	VII
Annexe 5 – Grille d'entretien à destination des professionnels stratégiques	IX
Annexe 6 – Sociogramme des interactions entre partenaires dans le département B.....	XI

R e m e r c i e m e n t s

Nous souhaitons tout d'abord remercier l'ensemble des personnes interrogées dans le cadre de ce travail de recherche, pour leur disponibilité et la qualité des échanges qui ont grandement nourri notre réflexion.

Nous tenons également à remercier particulièrement les animateurs de notre groupe, Noémie RAPEGNO et Hugo BERTILLOT pour leur aide précieuse et leurs remarques constructives et bienveillantes, qui se sont avérées très utiles dans la rédaction de ce rapport.

Liste des sigles utilisés

ARS : Agence Régionale de Santé

CD : Conseil Départemental

CNR : Crédit Non Reconductible

CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

CREIA : Centre Régional d'Etudes, d'Actions et d'Informations

DGCS : Direction Générale de la Cohésion Sociale

DOP : Dispositif d'Orientation Permanent

ESAT : Etablissement et Service d'Aide par le Travail

ESSMS : Etablissement et Service Social ou médico-Social

GOS : Groupe Opérationnel de Synthèse

IME : Institut Médico-Educatif

MAIA : Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

PAG : Plan d'Accompagnement Global

PCH : Prestation de Compensation du Handicap

PCPE : Pôle de Compétences et de Prestations Externalisées

RAPT : Réponse Accompagnée Pour Tous

SAAD : Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile

SGCIH : Secrétariat Général du Comité Interministériel Handicap

Introduction

Déjà porteur de nombreuses réformes dans le champ du handicap, comme la création des Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH) en 2005¹, Denis Piveteau, conseiller d'Etat, a publié en juin 2014 un rapport structurant pour la politique nationale du handicap, intitulé « Zéro sans solution »². Ce rapport a mis en exergue **la problématique des personnes en situation de handicap dont la situation complexe** (problématiques multiples – médico-sociale, sociale, familiale, financière etc.) **peut mener à une rupture de la prise en charge, et aboutir à un degré sévère de criticité** dont la définition serait de « *n'avoir plus aucune solution d'accompagnement, pour une personne en situation de handicap dont le comportement est trop violent, instable ou le handicap trop lourd, et dont en conséquence "personne ne veut plus"* ».

Pour donner corps aux recommandations du rapport Piveteau, la mission « une réponse accompagnée pour tous (RAPT) » a été confiée fin 2014 à Marie-Sophie Desaulle, alors Directrice générale de l'ARS Pays-de-la-Loire.

Globalement, la démarche RAPT ambitionne, dans les pas du rapport Piveteau, que toute personne en situation de handicap puisse, quelle que soit la complexité ou la gravité de sa situation, bénéficier d'une réponse globale, adaptée et accompagnée dans le temps, sans rupture de parcours et conforme à son projet de vie. Il ne s'agit pas de créer un dispositif spécifique pour les personnes dont le parcours risque d'être rompu, car ces situations, bien que prégnantes, sont minoritaires et difficiles à chiffrer. L'idée est plutôt de créer une démarche et une culture d'anticipation de la rupture, par un dialogue renforcé et continu des acteurs autour de l'orientation de la personne, et par un accompagnement modulaire de la personne entre différents acteurs.

La démarche RAPT va donc au-delà du tournant, déjà structurant, qui a touché la politique du handicap au début des années 2000, particulièrement illustré par la loi pour l'égalité de droits et des chances la participation et la citoyenneté des personnes handicapées du 11 février 2005. Celle-ci dépassait déjà la logique d'intégration, prégnante depuis les années 1970, qui consistait à prendre en charge spécifiquement les personnes dans les institutions médico-sociales, sans perspective d'évolution. Elle prônait une logique d'inclusion où il est question de faire tout ce

¹ Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

² Piveteau. D., « Rapport du conseiller d'Etat Denis Piveteau remis à la ministre des affaires sociales et de la santé "Zéro sans solution" », 10 juin 2014.

qui peut être fait, pour et par les personnes handicapées, en milieu ordinaire (école, travail etc.) et de recourir à l'intégration de façon subsidiaire. Elle met également en avant des dispositifs de non-discrimination et d'accessibilité, et prévoit des dispositifs de protection sociale qui permettent une compensation individualisée.

Cette logique d'individualisation est inhérente à la démarche RAPT : à ce titre, celle-ci met l'accent **sur le passage d'une logique de places, d'attribution des places et de prise en charge dans les structures médico-sociales, à la logique d'accompagnement, personnalisée**, qui peut conduire à la mobilisation séquentielle et modulaire de plusieurs établissements, services, et professionnels en fonction des besoins spécifiques des personnes. Cela concerne *a fortiori* des personnes aux situations les plus complexes et sans solution, lié au fait que les structures médico-sociales accueillantes n'offrent pas d'accompagnement entièrement adapté à leurs spécificités.

La mission Desaulle a structuré le déploiement de la réponse accompagnée pour tous en quatre axes, dont la mise en œuvre officielle a commencé en décembre 2015³.

L'axe 1 concerne le Dispositif d'Orientation Permanent (DOP), piloté par la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA). Les principes du DOP, traduits dans l'article 89 de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé⁴ sont les suivants : lorsqu'une personne suivie se trouve en rupture de parcours ou dans une situation complexe, les MDPH peuvent élaborer des Plans d'Accompagnement Globaux (PAG) pour trouver des solutions après avoir :

- identifié une situation de rupture, de menace de rupture, ou de complexité, soit *via* la personne en situation de handicap, soit les partenaires impliqués, qui rédigent une fiche de demande de PAG ;
- analysé la situation à travers la mise en lien de l'ensemble des personnes concernées (établissements et services concernées, usager ou son représentant légal) sous l'égide de la MDPH au sein du Groupe Opérationnel de Synthèse (GOS).

Si la rupture ou le risque de rupture est avéré, un PAG sera élaboré par la mobilisation de l'ensemble des personnes et institutions concernées. La MDPH peut également solliciter la participation des autorités de contrôle et de tarification pour acter tout moyen supplémentaire ou dérogation garantissant la mise en œuvre opérationnelle de la solution. Un coordinateur de parcours sera désigné.

³ 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 œuvre des décisions du CIH du 2 décembre 2016.

⁴ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, article 89.

L'axe 2 de la démarche RAPT concerne la réponse territorialisée ; il est piloté par le Secrétariat Général des Ministères chargés des Affaires Sociales (SGMAS). Pour constituer un maillage territorial fort, les Agences Régionales de Santé (ARS) travaillent en partenariat avec les Conseils Départementaux (CD) et les services de l'Education nationale pour mettre en cohérence leurs stratégies et mettre en place les parcours. L'axe 2 passe, par exemple, par l'élaboration de Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) entre l'ARS et les établissements, par la capitalisation des bonnes pratiques entre les institutions et établissements et par un partage d'information entre les professionnels eux-mêmes dans des instances de coordination *ad hoc*.

L'axe 3 de la démarche RAPT concerne la dynamique d'accompagnement par les pairs et est piloté par le Secrétariat général du Comité Interministériel du Handicap (SGCIH). Il s'agit de valoriser l'expertise des personnes en situation de handicap mais aussi celle de leurs familles et des associations qui les suivent. Cette concertation peut être faite à travers l'éducation thérapeutique des personnes accompagnées pour les rendre actrices de leur propre prise en charge, la consultation systématique des associations représentatives à l'échelle des territoires ou encore le développement d'une culture de la médiation dans les établissements avec les personnes accompagnées et leurs aidants.

Enfin, l'axe 4 de la démarche concerne la conduite du changement. Elle est pilotée par la Direction Générale de la Cohésion Sociale (DGCS). Il s'agit de faire évoluer les pratiques des acteurs quant à l'accompagnement des personnes handicapées se trouvant dans une situation complexe. Cet accompagnement s'illustre, au niveau national, par une mission de soutien de la CNSA aux territoires engagés dans la démarche, dans le cadre des réseaux de partage des pratiques entre MDPH, ARS et CD. Au niveau départemental, cela passe par un soutien aux MDPH dans l'évaluation des besoins des personnes, une simplification des tâches administratives et un nouveau système d'information.

Les quatre axes de la démarche RAPT ont d'abord été expérimentés, à partir de 2015, dans 24 départements pilotes, puis progressivement étendus, avant d'être généralisés le 1^{er} janvier 2018⁵.

Ces quatre axes montrent bien que la RAPT repose sur une forte coordination des acteurs (CD, MDPH, ARS, rectorats, gestionnaires d'établissements et de services sociaux ou médico-sociaux – ESSMS) : pour atteindre son objectif, il s'agit de passer d'une mise en lien (autour d'un pivot) à une mise en réseau (sur un territoire)⁶.

⁵ CNSA, « Rapport de capitalisation : Déployer la démarche "Une réponse accompagnée pour tous", premiers enseignements et retours d'expérience », juillet 2017.

⁶ CREA de Bretagne, « Synthèse régionale : Remontée d'expériences de "réponses alternatives pour les personnes handicapées en situation de (risque de) rupture de parcours" », mars 2017.

D’abord, cette réticularité rend inévitablement nécessaire, pour tous les acteurs impliqués dans la RAPT, de faire évoluer de manière substantielle leurs méthodes de travail, en décidant avec d’autres partenaires et en co-construisant au lieu de décider seul par exemple, l’admission, le planning hebdomadaire. **Ensuite, le développement de prises en charges modulaires, séquentielles et personnalisées dans le cadre d’un PAG interroge les pratiques des professionnels qui doivent s’adapter à l’accueil d’un autre public que celui pour lesquels les structures sont initialement habilitées, public souvent plus complexe** et par exemple, gérer une crise inhabituelle (éducateurs), administrer des soins particuliers (aides-soignants) etc.

C’est sur cette mutation des pratiques et organisations professionnelles impliquée par la RAPT que notre démarche analytique se concentre. Nous avons collectivement privilégié cet angle, parmi les différents proposés, pour deux raisons. D’une part, la conduite et l’accompagnement au changement dans les pratiques des professionnels de notre secteur est l’une des problématiques principales de notre futur exercice professionnel qu’il nous paraissait intéressant d’étudier, *a fortiori* concernant un changement aussi structurant. D’autre part, l’angle des organisations professionnelles met en lumière la dynamique partenariale que la RAPT structure à plusieurs échelles, incontournable dans le milieu sanitaire, social et médico-social actuel.

Aussi, dans quelle mesure la réponse accompagnée pour tous, en passant d’une logique de prise en charge à une logique d’accompagnement global personnalisé, réinterroge-t-elle la pratique des professionnels autour des situations complexes vécues par les personnes en situation de handicap ?

Plus précisément, nous avons deux hypothèses principales au début du projet, sous la forme de questionnements :

- La RAPT est-elle un dispositif en plus des autres ou dépasse-t-elle les instruments préexistants pour améliorer effectivement la coordination des parcours et combler leurs points aveugles ?
- Comment les professionnels de proximité, au sein des structures, appréhendent-ils la RAPT et avec quelle marge de manœuvre ?

Si les appropriations différentes de la RAPT par les professionnels, en fonction des métiers et des régions, sont apparues comme le reflet d’impulsions différenciées et de logiques d’actions locales (I), les bonnes pratiques des organisations professionnelles autour de la RAPT doivent être essaimées et leurs limites surmontées, pour mieux déployer les nouvelles modalités d’accompagnement des situations complexes (II).

Méthodologie

L'ensemble de notre démarche méthodologique est décrite en annexe 1. En quelques mots, nous avons décidé de procéder à une **étude comparative s'appuyant sur des situations concrètes pour répondre à notre problématique**. La comparaison nous paraissait pertinente à double titre :

- d'une part, elle permettait de comparer les pratiques des professionnels sur des territoires différents ;
- d'autre part, nous avons pu la mener **entre un département engagé dans la 2^{ème} vague d'expérimentation de la RAPT (département A) et un département rejoignant la démarche lors de la 3^{ème} vague**, celle de généralisation du dispositif sur l'ensemble du territoire français (**département B**).

Cette étude comparative s'est décomposée en **trois temps** :

- 1^{er} temps (mineur) : **étude rapide de la documentation**, très institutionnelle car il n'y a pas encore de littérature sur le sujet (cf. bibliographie) ;
- 2^{ème} temps (majeur) : étude de cas sur l'application locale, dans deux départements, de la démarche nationale, à travers les **entretiens semi-directifs de seize professionnels concernés par la RAPT**.

Parmi ces professionnels, douze étaient directement concernés par les situations de deux jeunes autistes (dont les prénoms ont été modifiés), présentant par ailleurs des troubles du comportement importants et pris en charge dans le cadre de la RAPT (voir leur situation précise en annexe 1) :

- dans le département A : Guillaume, 15 ans, 3 GOS réalisés depuis janvier 2017 ;
 - dans le département B : Jérôme, 9 ans, 1 GOS réalisé en avril 2018.
- 3^{ème} temps (majeur) : analyse des données et rédaction du livrable.

1. Les appropriations différentes de la RAPT par les professionnels en fonction des métiers et des régions sont le reflet d'impulsions différenciées et de logiques d'action locales.

1.1. Les professionnels au niveau national (CNSA) et territorial (ARS et MDPH) endossent surtout un rôle de conception, d'ingénierie du dispositif et de soutien documentaire aux acteurs de terrain.

1.1.1. La CNSA a intégré la démarche RAPT en routine dans son activité d'animation du réseau des MDPH.

La RAPT est une démarche diffuse d'acculturation à la diversification des modèles d'accueil et aux changements d'accompagnement des personnes handicapées aux situations complexes. Il s'agit donc d'une démarche peu normée. Par conséquent, la CNSA a pour mission de financer le développement du dispositif, de faire circuler l'information et de proposer des trames et outils que chaque MDPH peut ou doit ensuite adapter, voire individualiser en fonction des personnes. Par exemple, la CNSA a créé une « box de partage d'outils » dans laquelle elle a proposé des modèles de convention partenariale ou encore un format de Plan d'Accompagnement Global (PAG) indiquant ce qu'il était important de récapituler à l'intérieur (un historique des orientations, des solutions ou listes d'attente et des droits ouverts ainsi qu'une partie réservée à l'ensemble des signataires). Elle a également suggéré d'utiliser la nomenclature des besoins des personnes, définie dans le cadre du projet « Services et Etablissements : Réforme pour une Adéquation des FINancements aux parcours des Personnes Handicapées (SERAFIN-PH) ». La CNSA a également organisé un séminaire de restitution de l'expérimentation des 24 départements pilotes en France, qui a permis de faire partager la RAPT avec de nombreuses autres MDPH ainsi qu'avec des représentants de CD, d'ARS, et d'ESSMS.

En somme, les professionnels de la CNSA considèrent mettre en œuvre un dispositif d'accompagnement léger et se reconnaissent plus un rôle d'impulsion que de suivi de la RAPT. D'ailleurs, l'une des chargées de mission au sein de la Direction de compensation de la perte d'autonomie de la CNSA, nous explique : « *Il n'y a pas de poste vraiment dédié à la RAPT à la CNSA : mon poste était "chargée de mission plan d'aide et d'accompagnement" et c'est dans ce cadre d'appui aux MDPH que je me consacre à la RAPT. En fait, elle a été intégrée en routine aux autres missions de la CNSA et se diffuse comme un thème supplémentaire à gérer dans toutes les relations d'aide et d'accompagnement qu'a la CNSA vis-à-vis des MDPH* ».

En termes de résultats, « *on pressent que la dynamique partenariale a été enclenchée, mais on n'a pas encore d'indicateurs d'impact, ni d'efficacité ou d'indicateurs de cohérence avec les autres dispositifs* » continue la même chargée de mission. Actuellement, seuls trois indicateurs sont demandés aux territoires : nombre de demandes de PAG, de PAG effectivement proposés, et de conventions entre acteurs locaux au sujet de la RAPT. **La volonté est, effectivement, de ne pas imposer aux MDPH un suivi trop lourd alors qu'elles sont en phase de mise en œuvre.**

1.1.2. Les ARS et les MDPH ont renforcé leur collaboration grâce à la RAPT, même si les premières n'ont pas eu de moyens dédiés à la démarche au contraire des secondes.

La mise en place de la RAPT peut être vécue par les ARS et leurs délégations territoriales comme un dispositif supplémentaire à intégrer en plus dans le plan de charge des équipes. C'est le cas de la délégation territoriale du département B, où aucun moyen n'a été alloué aux professionnels de l'ARS pour sa mise en place, nécessitant la réorganisation des missions en interne au sein de l'ARS.

Par ailleurs, dans ce département B, **l'étroite collaboration déjà existante entre ARS et MDPH s'est retrouvée renforcée** pour répondre aux attentes de la RAPT. Par exemple, la MDPH rencontre l'ARS toutes les deux semaines. C'est également le cas dans l'autre département étudié, le département A, où l'ARS a installé, deux fois par an, un Comité de Pilotage (COPIL) régional de la RAPT pour identifier les modalités de suivi de la démarche. Y sont conviés les quatre délégations départementales de l'ARS, les quatre directeurs des MDPH, les quatre responsables des CD, les quatre Inspecteurs de l'Education Nationale chargés d'Adaptation et d'Intégration Scolaire (IEN-AIS) ainsi que les directions métiers de l'ARS. Un des départements de cette région, pionnier dans la démarche, a également créé, à l'échelle de son territoire, un COPIL de la RAPT, permettant à l'ensemble des professionnels concernés (délégation départementale de l'ARS, CD, MDPH, Education nationale) de se rencontrer une fois par mois. Aussi, dans ce même département ainsi que dans un second, des commissions exécutives se réunissent deux à quatre fois par an et évoquent les questions relatives au fonctionnement de leur MDPH. Ces commissions ont notamment permis de créer une base de réorganisation des MDPH locales.

De manière générale, selon la CNSA, une majorité des MDPH en France aurait choisi de recruter un(e) chargé(e) de mission spécifique à la RAPT pour déployer ce dispositif. Pour cela, des financements dédiés, à hauteur de 110 000 euros, sont prévus par la CNSA. L'objectif du « référent RAPT » est d'aider au cadrage et à l'appropriation de la démarche au sein de la MDPH

dans laquelle il se trouve. Si un tel référent a été identifié au sein de la MDPH du département A depuis le 1er janvier 2017 (soit plus d'un an avant la généralisation du dispositif), cela n'est toujours pas le cas, par exemple, dans le département B.

Dans le département A, il existait déjà, en 2015, une « commission des situations critiques » au sein de la MDPH, constituée en groupes de travail technique adultes/enfants. Aujourd'hui, le service RAPT de la MDPH du département A est constitué de trois personnes qui composent la « cellule de tri » dont deux qui sont en appui du référent pour examiner les situations signalées. En effet, le groupe technique 2016/2017 a permis de créer une fiche de signalement qui, depuis le second semestre 2017, apporte rapidité et fluidité à l'examen des situations.

A contrario, pour ne pas cloisonner ses services et impliquer une majorité du personnel, la MDPH du département B a préféré revoir les missions de chacun et proposer une organisation interne nouvelle. Il n'y a donc pas une personne unique responsable de la RAPT.

Par ailleurs, **la démarche RAPT n'a pas été appréhendée selon la même temporalité par les professionnels des différentes MDPH**. Elle est seulement en cours de développement dans le département B, où dans un premier temps, le choix de la MDPH a été de prioriser le développement Via Trajectoire au cours du premier semestre 2017. Cela se justifiait par la nécessité d'améliorer la connaissance de l'offre proposée, de fluidifier le parcours de l'utilisateur, en facilitant les demandes d'admission auprès des structures et donc, au final, de réduire les temps d'attente. Cet outil est complémentaire à la RAPT et utile lors des GOS et des propositions de PAG ; il peut permettre de trouver plus aisément des solutions au déficit de places en ayant une vision plus claire de celles disponibles sur le territoire et, surtout, des spécificités de chaque structure. La priorisation du projet Via Trajectoire au détriment de la RAPT pourrait à la fois être interprétée comme un manque d'anticipation de l'intégration de la RAPT par la MDPH ou au contraire comme un choix assumé qui permet une certaine opérationnalité.

Actuellement, plusieurs procédures sont en cours d'élaboration par la MDPH et avec les principaux collaborateurs afin de structurer notamment le PAG et les engagements qui en découlent. Pour l'une des référentes RAPT interrogées, dans ce contexte « *la MDPH a un rôle d'ensemblier pour co-construire* ».

1.2. Au niveau du territoire, la RAPT a été bien appréhendée par les partenaires, mais leur niveau de coordination dépend fortement des coopérations préalablement établies.

1.2.1. Les coopérations entre acteurs sont encore embryonnaires dans le département B.

Antérieurement à la RAPT, il existait des réunions par trimestre sous forme de commission d'étude des situations critiques à la MDPH. Ces réunions étaient tenues à un rythme insuffisant, concernaient principalement les situations complexes au sein du domaine éducatif, et surtout débouchaient rarement, voire jamais, sur une solution de prise en charge. De plus, les représentants des établissements médico-sociaux n'étaient pas présents. **En somme, le dispositif précédant la RAPT présentait un fort déficit d'opérationnalité dans le département B.** Des enfants étaient et sont toujours, depuis de nombreuses années, sur une liste d'attente, sans solution satisfaisante. L'un des symptômes de la déficience des dispositifs antérieurs est le recours à la judiciarisation pour effectuer un placement. Par exemple, dans le cas de Jérôme, le juge des enfants a pris la décision d'imposer une admission dans un établissement. **La démarche RAPT impulse donc des coopérations entre les acteurs du territoire et un processus de décision plus efficient.**

En outre, **pour la MDPH, il est important que les acteurs présents et impliqués lors des GOS soient des représentants décisionnaires.** L'idée n'est plus de faire un bilan ou un simple constat mais d'agir avec des solutions concrètes : normalement, un premier GOS a lieu sans les financeurs ; ils sont ensuite conviés lors du second GOS. Or, la MDPH B a fait le choix de ne faire que des GOS n°2. Sont réunis autour de la table les acteurs nécessaires pour permettre une avancée dans la prise en charge des personnes sans solution. Ceux-ci peuvent aussi se rencontrer en dehors de ces GOS afin de préparer au préalable les réunions. Par exemple, dans le département B, les responsables de l'aide sociale à l'enfance (ASE) ajoutent « *qu'avec ces différentes rencontres, les professionnels de la MDPH, de l'ASE, de l'ARS et du foyer de l'enfance ont appris à se connaître, ce qui facilite aujourd'hui les échanges* ».

1.2.2. Dans le département A, les coopérations déjà bien établies avant la RAPT ont constitué un terreau propice au développement de la démarche.

Les responsables associatifs, déjà réunis dans une fédération d'associations dans le département A, ont vu leur dynamique partenariale relancée lorsque le rapport Piveteau « Zéro sans solution » a été publié en 2014. Pour répondre aux difficultés des personnes dites « sans solution », **sept pôles territoriaux ont alors été mis en place dans le département en 2015, avec pour**

objectif d'organiser des tables rondes mensuelles réunissant l'ensemble des partenaires des territoires concernés ayant accepté de conventionner avec cette fédération. **Ces tables rondes (inspirées par les MAIA) permettent de réfléchir sur des situations complexes et de trouver des réponses, pérennes ou séquentielles, parfois partielles, en coordination avec l'ensemble des acteurs en présence.** En effet, l'intérêt est de pouvoir échanger, de mettre en commun les expertises sur la situation et d'utiliser la connaissance des réseaux respectifs. Il s'agit aussi parfois de construire, à plusieurs, des accompagnements innovants pour répondre aux besoins de la personne.

Concrètement, le coordinateur de chaque pôle territorial centralise les remontées des situations complexes et valide leur présentation en table ronde (maximum deux situations pour trois heures de réunion). Selon les pôles, les professionnels invités (une ou deux personne(s) mandatée(s) par association conventionnée) ne sont pas toujours prévenus en avance des situations qui seront évoquées, dans le but d'en mobiliser le plus grand nombre. Ces professionnels sont essentiellement dits « de terrain » (aides-soignants, éducateurs, etc.) dans la mesure où « *ce sont eux qui ont l'expertise d'accompagnement et qui peuvent trouver des solutions* » nous explique le coordinateur d'un des pôles territoriaux de la fédération d'associations. Lors de la réunion, le professionnel, quel qu'il soit, qui est à l'origine de la remontée de la situation, présente celle-ci à l'ensemble des parties prenantes. Ces dernières partagent, ensuite, les informations et font des préconisations plus ou moins formelles (accueil d'une demi-journée dans tel établissement, par exemple). Après avoir abordé une situation, un « référent de parcours » est systématiquement identifié. Celui-ci fera le lien avec les directions d'établissements pour demander confirmation ou non des préconisations et suivra le parcours de la personne, peu importe son lieu d'accueil.

Outre les douze partenaires⁷ ayant conventionné avec la fédération dans le département A, d'autres acteurs peuvent intervenir ponctuellement lors des tables rondes si besoin. Il s'agit essentiellement de partenaires de droit commun (Education Nationale, Centres Communaux d'Action Sociale – CCAS –, Maisons Du Département – MDD –, acteurs du logement et du travail etc.), difficilement mobilisables de manière systématique car pas toujours concernés par les situations.

Suite à la mise en œuvre de la démarche RAPT, les GOS se sont ajoutés mais n'ont pas remplacé les tables rondes dans la mesure où les deux dispositifs s'avèrent complémentaires.

⁷ Etablissements et Services d'Aide par le Travail (ESAT), foyers d'hébergement, Foyers d'Accueil Médicalisé (FAM), Maisons d'Accueil Spécialisée (MAS), mandataires judiciaires, Instituts médico-éducatif (IME), Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS), hôpitaux psychiatriques, etc.

En effet, les tables rondes évoquent des cas complexes qui ne nécessitent pas forcément la rédaction d'un plan d'accompagnement global (PAG) ou la mise en place de moyens tels que le Pôles de Compétences et de Prestations Externalisées (PCPE) ; ce qui est, à l'inverse, généralement le cas suite aux GOS auxquels sont convoqués, ponctuellement, les acteurs concernés, afin de résoudre des situations dites critiques au sens de la MDPH, c'est-à-dire des situations où un risque majeur de rupture a été identifié. Ainsi, lorsqu'une situation critique est connue en tables rondes mensuelles, l'information est directement relayée par le coordinateur territorial de la fédération au référent RAPT de la MDPH. Inversement, il est déjà arrivé que la MDPH saisisse l'opportunité d'une table ronde pour présenter une situation urgente connue de la fédération. Aussi, la MDPH peut parfois s'appuyer sur les pôles territoriaux de cette fédération d'associations en leur demandant qui sur le territoire pourrait être identifié comme acteur principal autour d'une situation critique afin de le convoquer au GOS. Qui plus est, contrairement aux tables rondes, les GOS réunissent bien souvent des membres des directions d'établissements et services dans la mesure où des engagements écrits sont ensuite formalisés dans le cadre du PAG.

En plus d'une complémentarité entre les deux dispositifs, **l'acculturation à l'innovation sur les modes d'accompagnement (séquentiel, modulaire) déjà acquise grâce aux tables rondes est identifiée, dans le département A, comme un facteur clé de l'effectivité de la RAPT.**

1.3. Pour les professionnels de proximité, la RAPT semble à la fois faire prendre conscience de la nécessité de diversifier les modes de prises en charge mais peut, au contraire, aussi être vécue comme une contrainte exogène.

1.3.1. Les directeurs et chefs de service d'ESSMS changent progressivement leurs pratiques d'admission mais l'acculturation à la RAPT reste inachevée.

La CNSA a indiqué avoir perçu, dans ses remontées de terrain, un tournant progressif chez les directeurs d'ESSMS sur le volet des pratiques d'admission. **Ces dernières s'orientent vers plus de modularité et d'hébergement temporaire, notamment à travers les demandes effectuées lors de la négociation des Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM).** Il est toutefois difficile de dire si ce changement est directement lié à la démarche RAPT. Sans tout révolutionner, la CNSA décrit une prise de conscience des directeurs d'ESSMS dans le fait que chaque établissement doit faire un effort dans la recherche de solutions adaptées, y compris réenvisager des bascules en milieu ordinaire pour des personnes qui ont toujours été en établissement alors qu'ils n'auraient peut-être pas besoin d'un accompagnement aussi dense. Elle décrit, par exemple, quelques remises en cause des directeurs d'établissements qui bénéficient de «

vieilles » autorisations pour déficients intellectuels légers par rapport aux demandes sans solution de personnes handicapées psychiques.

Ce retour de la CNSA sur la posture des directeurs d'établissements est vérifié **dans le département A : plusieurs interlocuteurs nous ont décrit des directeurs de structures prompts à envisager des admissions qu'ils n'auraient pas considérées faire avant** le contexte autour du rapport Piveteau et la RAPT. C'est le cas du service d'aide à domicile (SAAD) interrogé, dont la directrice explique qu'elle n'avait « *aucune obligation à prendre en charge Guillaume* », mais qu'elle a accepté « *pour éviter le risque de rupture de parcours de soins* ». Le GOS lui a fait prendre conscience de l'aide potentielle que pouvait apporter le SAAD dans le champ du handicap, d'où la mise en place d'une stratégie de développement de ce secteur.

Dans le département B, ce changement de logique est plus ambigu. **D'une part, les établissements marquent clairement leur volonté de mieux accueillir les usagers sans solutions.** Là encore, le rapport Piveteau est décrit comme un « *levier important puisqu'il permet une prise de conscience des établissements pour qu'ils soient porteurs de projets et de solutions nouvelles* » et la RAPT, plus précisément, comme « *bénéfique en termes de repositionnement du rôle des établissements et de décloisonnement, d'élargissement dans le regard sur une situation* », selon la directrice du foyer de l'enfance du département. **Pour autant, des directeurs d'établissements sont décrits par la MDPH B comme « se cachant, se réfugiant derrière leurs agréments** », ce qui témoigne d'un maintien dans un raisonnement en « *places dédiées à tel type d'usager* », raisonnement que la RAPT cherche à modifier. C'est notamment le cas de certains ESMSS dans le département B, dont trois quarts prennent en charge des déficients intellectuels. Les directeurs de certains de ces ESSMS sont reconnus par leurs partenaires moins prompts à accueillir, quelles qu'en soient les modalités, des personnes handicapées psychiques. La directrice de l'IME interviewée explique que l'agrément, s'il ne doit empêcher, permet de réguler les admissions car les profils admis dans le cadre de la RAPT sont plus lourds : « *la RAPT, d'accord, mais jusqu'où et dans quelle limite ? Les profils ne correspondent pas à votre habilitation, et on sait que les enfants non pris dans les autres structures sont les plus compliqués... [...] On est obligé de réguler dans les établissements car si l'IME admet dix enfants comme Jérôme, le personnel ne va pas tenir ni supporter la situation, ce n'est pas vivable. Il y a une certaine harmonie à respecter quand les admissions sont faites* ».

Dans le cas de Jérôme, l'accompagnement par l'IME a déclenché l'arrêt de sa prise en charge par l'Hôpital De Jour (HDJ) de pédopsychiatrie qui estime, selon l'IME, que « *s'il est pris en charge à l'IME, il n'a plus besoin de l'HDJ de pédopsychiatrie* ». La directrice de l'IME résume ainsi : « *C'est tout l'enjeu, et toute la bataille qui peut ressortir de la RAPT : à partir du moment*

où il y a un petit bout de solution, on s'aperçoit que les autres établissements se désengagent totalement de la PEC de l'enfant ».

1.3.2. L'accueil d'usagers dans le cadre de la RAPT génère encore des appréhensions pour les professionnels sociaux, soignants, éducatifs des ESSMS malgré une meilleure implication.

Les professionnels sociaux, soignants et éducatifs qui prennent en charge un usager entrant dans la démarche RAPT sont plus impliqués dans la décision d'accompagnement à travers leur participation au GOS. Cette situation se vérifie *a fortiori* dans le département A : la situation de Guillaume a, par exemple, été étudiée avec les professionnels de proximité dès le premier GOS, car celui-ci s'appuyait sur une table ronde de la fédération, traditionnellement dédiée à la coordination des professionnels de terrain. La plupart des GOS du département A ont ensuite cherché à poursuivre la mobilisation des professionnels soignants, sociaux et éducatifs pertinents : le référent RAPT de la MPDH confirme que leur convocation en GOS est un vecteur d'implication important de leur part dans toute la démarche.

Dans le département B, la convocation en GOS d'acteurs traditionnellement moins présents dans le champ médico-social leur a également permis de faire connaissance et de démystifier les types de publics accueillis dans les autres structures. Par exemple, la directrice du foyer de l'enfance du département B indique que la « *présence des professionnels du foyer lors des GOS a permis de donner une image plus rassurante des enfants handicapés pris en charge par l'aide sociale à l'enfance* ». Leur présence ne concerne cependant pas tous les professionnels puisque seuls ceux liés directement à une prise en charge peuvent être convoqués. Il est ainsi dommageable pour les autres professionnels, tout de même impactés par l'action du GOS, de ne pas participer à ces réunions, compte tenu des conséquences en termes de charge de travail que ce processus peut impliquer pour eux.

Aussi, la RAPT a démontré l'intérêt de la collaboration entre professionnels de terrain, avec des échanges et des rapprochements inter-structures. Dans le département B, la directrice du foyer de l'enfance décrit un partage de bonnes pratiques adaptées aux situations particulières des enfants. Dans le département A, des discussions avec des SAAD se mettent en place. Elles pourraient être davantage développées pour mettre en commun des ressources humaines, tandis que des mises en commun de personnel entre IME et SAAD ont été tentées sans succès pour l'instant.

Par ailleurs, des pratiques innovantes ont émergé. Au sein du SAAD du département A, l'Aide Médicopsychologique (AMP) a développé, suite à l'admission de Guillaume, une compétence en hypersensibilité sensorielle grâce à une formation. Autre exemple, dans un ESSMS

du département A, une psychologue organise toutes les deux semaines un temps dédié à l'analyse des pratiques. Enfin, dans le département B, un cahier de liaison permet des transmissions entre l'éducateur du foyer de l'enfance et celui de l'IME, même si sa rigueur doit être renforcée.

Pour autant, **l'accompagnement modulaire et séquentielle d'un usager dans la démarche RAPT n'est pas toujours bien appréhendée par les professionnels sociaux, soignants et éducatifs**. De nombreux interlocuteurs ont, en effet, indiqué que la RAPT n'était pas nécessairement expliquée en tant que telle aux professionnels de terrain mais appréciée, dans les faits, comme une prise en charge imposée à l'établissement par une institution externe (MDPH, juge, ARS). Qui plus est, les prises en charge séquentielles doivent être anticipées et expliquées, au risque d'une incompréhension quant à la place d'intervenants extérieurs dans une structure. Pour exemple, dans le département B, un éducateur spécialisé du foyer de l'enfance vient partiellement à l'IME pour faciliter la transition de Jérôme. Or, la directrice de l'IME indique qu'il ne trouve pas vraiment sa place du fait d'un manque d'information lui étant transmis sur ce qu'il était attendu de sa présence. Dans le département A, concernant la situation de Guillaume, un éducateur spécialisé, salarié dans une association du département, le prend en charge à l'IME, dans des locaux dédiés, trois jours par semaine. Si cela se passe de façon assez sereine pour les professionnels, le coordinateur PCPE indiquait qu'« *il est certain qu'une personne en plus, hors effectif, prise en charge par un autre professionnel, nécessite de s'adapter : où ça commence, où ça s'arrête ? [...]* Sans savoir si c'est bien vu ou mal vu, cela suscite des interrogations et des inquiétudes, d'autant plus que le secteur est en cours de libéralisation ». **La RAPT vient donc « réinterroger la notion d'équipe »** : les professionnels sont amenés à travailler plus régulièrement avec des collègues extérieurs ou des métiers moins communs. Elle transforme également les modes de travail : « *on est moins en mode hiérarchique et plus en mode transversal, fonctionnel* ».

Enfin, **les prises en charge dans le cadre de la RAPT peuvent générer un épuisement des professionnels non habitués à accompagner des usagers présentant des comportements particulièrement difficiles (agressivité notamment)**. C'est le cas des professionnels du SAAD autour de Guillaume. Réticents à prendre en charge des personnes handicapées avec troubles du comportement (« *on n'a pas signé pour ça* »), ils interrogent même le choix de la structure de participer aux démarches RAPT en cours, compte tenu du fait que les contraintes budgétaires empêchent de recruter des professionnels aux compétences spécifiques. Plus encore, dans le département B, la directrice laissait entendre sa crainte d'arrêts maladie imminents suite à la lourdeur de l'accompagnement de Jérôme : « *la RAPT perturbe le fonctionnement des équipes en alourdissant l'activité au sein de l'IME. C'est compliqué avec les équipes, car c'est un enfant très*

violent, imprévisible, qui se met en danger, met en danger le personnel ainsi que les autres enfants autour. Il génère énormément de stress, d'inquiétude, de peur. Il fait certes partie de la structure mais si on pouvait le mettre ailleurs, ce serait bien dans la tête de beaucoup de personnes. Les troubles psychiques commencent à être pris en charge dans les IME, mais cela effraie le personnel, c'est un changement pour eux ».

2. Les bonnes pratiques des organisations professionnelles autour de la RAPT doivent être essayées et leurs limites surmontées, pour mieux déployer les nouvelles modalités d'accompagnement des situations complexes.

2.1. Les acteurs apprécient la plus-value de coordination de la démarche RAPT et louent les améliorations dans l'accompagnement des usagers concernés.

2.1.1. Les acteurs interrogés valorisent fortement la coordination entre partenaires

A travers l'ensemble des acteurs rencontrés, les maitres-mots qui ressortent de la démarche RAPT sont « coordination » et « coopération ». Pour le coordinateur du pôle territorial de la fédération d'associations du département A, le dialogue entre professionnels soignants et sociaux dans les tables rondes a permis l'acculturation à un raisonnement non plus en termes de places mais en termes de modalités d'accompagnement, avant une formalisation à travers les GOS dans le cadre de la RAPT. Ainsi, une « place » peut désormais permettre d'accueillir une personne quelques heures par semaine et de façon personnalisée, même séquentielle. La RAPT a permis de sortir de « son établissement », d'ouvrir le regard aux autres structures. De la même manière, pour la cheffe de service d'un foyer de l'enfance dans le département B, la démarche RAPT permet la mise en cohérence de tous les acteurs autour d'un jeune (hôpital de jour psychiatrique, établissements spécialisés, ARS).

Cette coordination est possible car elle bénéficie de financements dédiés. Dans le département B, l'ARS a financé un soutien grâce à des Crédits Non Reconductibles (CNR) pour permettre de trouver une solution adaptée dans le cadre des PAG. Les CNR ne sont pas le seul outil dont disposent les acteurs pour améliorer l'accompagnement et sortir d'une impasse. Les financements PCPE sont également utilisés, notamment dans le département A. Même si ces derniers ne sont pas forcément corrélés au dispositif RAPT (puisque'il peut y avoir des financements PCPE hors GOS), ils permettent de financer des compétences ou professionnels qui ne sont pas directement disponibles dans le cadre d'une prise en charge classique, à la suite à d'une

orientation MDPH. Il s'agit d'une enveloppe budgétaire mobilisable sur facturation après une ouverture de droits spécifiques accordée par la MDPH. La gestion de ces fonds est détenue par une institution identifiée ayant répondu à un appel à projets de l'ARS. Ainsi, dans le département A, si la MDPH accorde l'ouverture de droits PCPE, le déblocage du financement est réalisé par la fédération d'associations qui gère le fonds. Toutefois, le PCPE s'inscrit dans une logique de subsidiarité : c'est un financement dérogatoire mobilisable uniquement lorsqu'il n'y a plus de possibilités d'avoir un financement de droit commun (PCH entre autres). Dans ce contexte, la coordination prend tout son sens, puisque ces financements vont permettre l'intervention de plusieurs professionnels différents qui contractualisent directement avec la fédération et qui seront soit des personnels indépendants (libéraux), soit des personnels mis à disposition par une structure et qui interviendront dans une autre structure.

2.1.2. Les acteurs louent les améliorations concrètes permises par la RAPT dans l'accompagnement de certains usagers

Les acteurs sont satisfaits des organisations *ad hoc* qui sont mises en place autour des personnes aux situations complexes, ainsi que des dispositifs innovants créés pour l'occasion. Selon le territoire, ces dispositifs peuvent avoir des formes et des origines variées, notamment, dans les deux cas concrets étudiés.

Dans le premier cas, préalablement à la RAPT, l'injonction du juge de placer Jérôme en IME, en situation de sureffectif, était une décision plus adaptée que le foyer de l'enfance dans lequel il était selon les acteurs. Coercitive, la décision avait toutefois été mal accueillie par les professionnels et n'avait pas encore été mise en place. La RAPT a alors permis l'inclusion progressive de Jérôme au sein de cet IME, puisque le GOS a débouché sur l'élaboration d'un planning pour le jeune et a organisé la présence d'une personne supplémentaire détachée pour s'occuper de lui. Le GOS a par ailleurs prévu le financement de la présence d'un éducateur du foyer pendant deux demi-journées à l'IME avant que deux autres demi-journées soient rajoutées récemment. Jérôme a pu acquérir l'écriture et engager un processus de socialisation. Cela a favorisé des échanges importants et un rapprochement entre les équipes des différents types de structures, sur les bonnes pratiques notamment celles adaptées aux situations particulières des enfants.

La situation de Guillaume, dans le département A, est tout autre mais n'en est pas moins complexe et critique. En l'espèce, l'élément déclencheur de la coordination est le directeur de l'ESSMS d'accueil temporaire, qui a porté la situation en table ronde (transformée par la suite en GOS). Guillaume a été admis dans un premier IME de 2010 à décembre 2016, qu'il a dû quitter car la vie en établissement ne se passait pas bien et ne convenait pas à son père. Un premier GOS, en

janvier 2017, a permis le financement d'une aide humaine à domicile à hauteur de 6,08 heures par jour. Si cela a représenté une grande avancée, celle-ci s'est avérée insuffisante. Guillaume faisant toujours partie des effectifs de l'IME, ce dernier a accepté de financer, en complément de l'aide humaine, l'intervention d'un SAAD au domicile de Guillaume. Seulement, lors de la fermeture estivale de l'IME, celui-ci a interrompu les financements du SAAD, laissant alors la famille du jeune de nouveau sans solution d'accompagnement. Suite à un second GOS, le directeur de l'association d'accueil temporaire a alors proposé d'intégrer Guillaume en « séjours escapades » et en accueil temporaire dans sa structure. Ce directeur s'est également engagé à mettre à disposition le psychologue de son IME (différent de celui où Guillaume avait été pris en charge dans le passé). L'accueil temporaire, ponctuel (deux jours par semaine et un week-end sur trois) nécessitant la présence d'un professionnel éducatif supplémentaire, un troisième GOS en mars 2018 a déclenché un financement PCPE à cette fin. **La RAPT a donc répondu partiellement, « en attendant », selon le coordinateur du pôle territorial du département A, aux deux situations complexes en instaurant un dialogue entre les différents acteurs d'un territoire.**

La démarche RAPT a également initié un changement de paradigme dans l'analyse des situations complexes chez les professionnels en lien avec la RAPT. La directrice de l'IME dans le département B, bien que réticente à l'admettre dans son établissement, reconnaît ainsi que la situation de Jérôme s'est améliorée grâce au dispositif.

2.2. Les professionnels identifient des limites à la RAPT et lient la réussite de la démarche à des facteurs de succès qui doivent être développés plus avant.

2.2.1. La RAPT n'est pas encore un automatisme pour les professionnels de proximité et pèse, à l'heure actuelle, sur leur qualité de vie au travail.

Concernant les acteurs de proximité, des différences d'acculturation à la concertation sont palpables et peuvent constituer des limites provisoires au plein déploiement de la démarche. Dans le département B, on note une faible information des professionnels quant à la RAPT. Au sein de l'IME par exemple, les professionnels de proximité (AMP, éducateurs spécialisés) semblaient en avoir une connaissance parcellaire. S'y ajoutent des difficultés de coopération entre les secteurs sanitaire et médico-social. Par exemple, dans le département B, les représentants de l'hôpital de jour de pédopsychiatrie ne sont pas présents aux GOS et les relations avec la pédopsychiatrie sont généralement difficiles : celle-ci réaffirme des logiques de seuils strictes, refusant de prendre en charge les personnes de plus de 12 ans. Les professionnels de

premier recours (notamment les médecins généralistes) restent, quant à eux, peu sensibilisés au dispositif.

A l'inverse, le département A présente une acculturation et une compréhension accrue de la RAPT de la part des professionnels. Le dispositif des tables rondes de la fédération du département A dans la concertation autour de cas complexes, a, en effet, pu constituer un préalable facilitant. Pour autant, un aspect chronophage de la démarche semble lié à la multiplication des instances. Le coordinateur PCPE dans le département A, explique que *« les instances sont bien différentes mais, certes, il y a un risque de mille feuilles des espaces de coordination entre commission des situations critiques, GOS et tables rondes »*. Si ce risque est atténué par des formes de bipartition entre instances des participants (administratifs / soignants), il perdure pour certains professionnels. Pour y remédier, un travail entre la fédération d'associations et la MDPH est réalisé pour éviter les doublons. Une prudence est aussi observée dans l'articulation de la RAPT avec d'autres dispositifs. *« S'agissant de l'articulation avec les MAIA le processus est celui d'une recherche du dispositif le plus pertinent entre tables rondes (handicap au sens large) et tables "tactiques" (MAIA) pour éviter les doublons »*. Il en va de même pour l'articulation entre RAPT et Plateforme Territoriale d'Appui (PTA).

Par ailleurs, certains professionnels notent que **l'accompagnement des cas complexes constitue un facteur d'épuisement important pour les personnels et a, de fait, une incidence sur la Qualité de Vie au Travail (QVT)**. Parmi les manifestations les plus évidentes de ce phénomène : dans le département A, la cheffe de service de l'accueil temporaire, indique que dans des situations complexes comme celle de Guillaume, les personnels peuvent parfois demander à exercer leur droit de retrait. De plus, certains professionnels du SAAD, se déclarent très éprouvés face à des situations de violence. De même, dans le département B, l'arrivée de Jérôme a pu perturber le fonctionnement des équipes en alourdissant l'activité au sein de l'IME. Certains professionnels expriment un désarroi face aux difficultés de prise en charge, expliquant notamment que l'accompagnement de cas aussi complexes ne relèverait pas de leurs attributions : *« on n'a pas signé pour ça »*, relève un soignant.

En outre, **l'admission de personnes dans le cadre de la RAPT au sein de structures médico-sociales peut influencer sur la qualité de vie des autres résidents**. Cela passe, par exemple, dans le cas de Jérôme, par des menaces récurrentes à l'égard des autres enfants qui peuvent exacerber leurs troubles comportementaux. Ces formes de détresse peuvent également révéler, de manière sous-jacente, un insuffisant calibrage des formations des professionnels du secteur (gestion de la violence, des comportements autistiques, etc.). Or, l'impression de délaisser les autres

résidents, ou de diminuer leur qualité de vie dans leur structure du fait des agissements d'un autre résident, a été signalé comme frustrant par les professionnels. Au total, se pose une question de gestion prévisionnelle des emplois et compétences, dans un contexte difficile alliant budgets contraints, rareté de la compétence spécifique ciblée sur les cas complexes et une RAPT encore embryonnaire.

2.2.2. Des difficultés en lien avec une carence d'offre médico-sociale et de moyens financiers sont repérées sur les deux territoires étudiés

De manière bilatérale, dans les départements A et B, on retrouve des problématiques centrales et communes sur le plan de l'offre médico-sociale. Le manque de places au sein de structures adaptées, engendrant des prises en charge d'urgence inadéquates, d'une part, et des absences de prise en charge, d'autre part, est effectivement un problème récurrent soulevé lors de nombreux entretiens. Les ARS, impliquées dans la démarche selon des degrés divers, reconnaissent une nécessité d'adapter l'offre médico-sociale, sous deux réserves toutefois. Premièrement, la délégation territoriale de l'ARS du département B souligne qu'elle veut accompagner la mutation de l'offre médico-sociale en vue de faciliter la RAPT, mais indique qu'elle préfère disposer, en amont, des orientations du Projet Régional de Santé (PRS) 2018 afin d'être en mesure de prendre des engagements et de poser des actions. Deuxièmement, les ARS mettent en avant un accompagnement financier temporaire de la RAPT, afin de permettre aux personnels des structures d'accueil des cas complexes de s'adapter. Elles rappellent, néanmoins, que ces financements n'auront pas de caractère pérenne. L'effort d'adaptation reposerait donc surtout sur les établissements d'accueil et les autres financeurs.

Corrélativement, **nombre d'acteurs pointent une injonction paradoxale entre, d'une part, l'individualisation et personnalisation des prises en charge et d'autre part, les restrictions budgétaires appliquées.** L'une des chargées de mission de la CNSA indique notamment que « *l'un des obstacles semble quand même être la contrainte budgétaire des MDPH, qui couplée à l'augmentation des demandes, les met en difficulté pour individualiser la coordination autour des usagers comme le prévoit la RAPT* ». Il y a donc un possible risque de limitation de la portée des démarches et/ou du nombre de cas traités.

Parallèlement, si la RAPT a permis d'améliorer l'identification et la visibilité des financeurs (ciblés au sein du PAG) pour mobiliser les fonds nécessaires (PCPE, CNR) à la gestion d'un cas complexe, les modalités de financements restent toutefois difficiles à anticiper pour certains acteurs. Cela s'avère particulièrement vrai lorsque la situation évolue, notamment lors de

glissements d'accompagnement d'un établissement vers un autre (particulièrement dans le cas de Jérôme).

S'ajoute le **problème global du manque de compétences spécifiques** dans le champ des situations complexes qui n'est pas assorti d'incitations financières personnalisées suffisantes. La responsable du SAAD dans le département A souligne à ce sujet les difficultés d'attractivité de métiers rémunérés « *au salaire minimum* ».

2.2.3. La démarche manque d'évaluation, d'adaptation et certains de ses fondements sont quelquefois remis en cause.

Concernant les **difficultés d'évaluation**, le coordinateur PCPE ainsi que l'une des référentes CNSA ont mis en évidence l'absence d'études et d'indicateurs d'impact, à l'heure actuelle, sur les résultats de la RAPT. Une identification des faiblesses permettrait, pourtant, une amélioration des pratiques.

La prévention des risques de rupture est, elle aussi, délaissée : par exemple, ViaTrajectoire, qui a vocation à terme à faciliter la mise en œuvre de la RAPT, le développement de cet outil est lui a un développement hétérogène, puisque par exemple, il n'a pas été favorisé dans le département A, contrairement au département B.

Par ailleurs, **certains apports de la RAPT sont contestés dans leur fondement ou leur mise en œuvre**. Premièrement, la modularité favorisée par la RAPT est remise en cause par certains professionnels qui soulignent la nécessité, selon eux, de retourner ponctuellement à des structures *ad hoc* et à des prises en charge complètes. « *Pour Jérôme, il [...] faudrait une prise en charge H24 dans un lieu unique pour éviter de le déstabiliser* » affirme la cheffe de service de l'ASE dans le département B. Deuxièmement, le corollaire de la modularité est le changement d'environnement fréquent, qui semble majoritairement reposer sur les personnes : les transports automobiles quotidiens, parfois avec contention, ou la multiplicité d'interlocuteurs et de lieux peuvent être des facteurs déstabilisants, *a fortiori* pour des personnes autistes. Enfin, une insuffisante association de l'utilisateur ainsi que des relations souvent conflictuelles avec les familles peuvent être pénalisantes pour l'accompagnement.

2.3. L'application et l'appropriation de la démarche par les professionnels doivent reposer sur des leviers différenciés en fonction des échelles d'action considérées.

2.3.1. Les leviers d'amélioration au niveau des établissements résident principalement dans la qualification des professionnels.

Pour aider les changements de pratiques et poursuivre l'acculturation à la nouvelle logique d'accompagnement, **favoriser la formation semble le levier principal.**

Tout d'abord, les formations relatives à l'accompagnement au changement, des directeurs vers les équipes et pour les directeurs d'ESSMS eux-mêmes pourraient être renforcées, y compris sur le volet des pratiques d'admission.

C'est aussi le cas des formations initiales et continues des professionnels soignants, sociaux et éducatifs sur les besoins et les possibles accompagnements des publics « atypiques ».

Enfin, afin qu'ils recrutent des éducateurs qualifiés *via* une rémunération plus attractive, **des financements supplémentaires pourraient être alloués aux établissements** dans le cadre spécifique des situations complexes.

2.3.2. Les leviers d'amélioration à l'échelle du territoire sont les plus nombreux et vont du partage des bonnes pratiques à l'étude qualitative des listes d'attente.

Le partage de bonnes pratiques et d'expériences entre professionnels d'un même territoire semble être loué par de nombreux acteurs. Il pourrait se faire, par exemple, par des séminaires intra-professionnels. C'est le cas du séminaire d'éducateurs spécialisés du territoire dans le département A qui a lieu tous les ans et a pour objectif de formaliser les compétences collectives sur le territoire et d'accompagner le changement. C'est aussi le cas des actions-formation de la fédération d'associations du département A. Le contenu de ces formations a, qui plus est, l'avantage d'être co-construit avec les différents partenaires du territoire.

En effet, de la démarche RAPT, peuvent découler **plusieurs bonnes pratiques comme la formalisation des échanges entre professionnels de proximité**, échanges qui se font déjà, *de facto*, avec les éducateurs spécialisés ou AMP qui interviennent dans des structures extérieures. Il s'agirait ensuite d'en faire un vrai mécanisme de compagnonnage entre professionnels soignants, sociaux ou éducatifs qui ont des compétences diverses. **Cette pratique pourrait prendre la forme d'équipes mobiles, par exemple de travailleurs sociaux**, comme le propose la responsable de l'offre médico-sociale de la délégation territoriale du département B, qui viendraient former leurs collègues et apporter un soutien ponctuel à l'accompagnement de résidents atypiques.

Les délégations territoriales des ARS organisent également des **journées de sensibilisation à la RAPT, auprès des associations d'établissements et de services, qui pourraient être étendues** : dans le cas du département A, l'ARS a missionné le Centre Régional d'Etude, d'Actions et d'Informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité (CREAI) local sur des actions de sensibilisation des directions d'ESSMS et d'associations à décliner en modules de formation.

Le dialogue entre professionnels soignants et sociaux, *via* les GOS et l'analyse des pratiques professionnelles auxquelles il conduit, souligne la **nécessité d'essaimer cette contractualisation entre partenaires, autour des personnes, dans l'ensemble du territoire national**. La coopération entre acteurs du social et médico-social sur un même territoire est nécessaire.

Plus encore, cette coopération doit dépasser le seul champ du social pour y inclure les professionnels du secteur sanitaire. Cela permettrait une prise en soin somatique plus poussée, indispensable dans l'accompagnement global des publics présentant des comportements atypiques. Cette coopération sanitaire/médico-social passe par la sensibilisation des professionnels de santé de premier recours en ce qui concerne les problématiques du handicap, en particulier les médecins généralistes.

A moyen terme, il serait intéressant de passer d'une **logique de mobilité des résidents entre services et structures, à une mobilité des professionnels** autour de l'utilisateur. Dans ce cas, la contrainte de la mobilité ne devrait pas peser sur les résidents mais sur les soignants.

Alors qu'elles sont généralement structurées en pôles, par âge des usagers (enfance/ adulte), **certaines MDPH ont profité de la RAPT pour se réorganiser**. Par exemple, l'un des modèles qui pourrait être suivi est celui des MDPH d'Île-de-France et de Provence-Alpes-Côte d'Azur, qui ont réorganisé leur fonctionnement selon l'importance des besoins de réponse de personnes, en les graduant et en concentrant les demandes administratives et d'orientation.

Par ailleurs, afin de pouvoir répondre aux différents axes de la RAPT, il est désormais nécessaire pour les MDPH, à l'instar de ce qui commence à être fait dans le département B et de la volonté de certains acteurs du département A, de **pratiquer des études qualitatives des listes d'attente d'entrée en ESSMS**. Cela permet, d'une part, de repérer, d'anticiper et de traiter les situations de rupture et, d'autre part, de mieux calibrer les besoins sur le territoire en termes d'autorisations.

2.3.3. La mise en cohérence temporelle de tous les projets dans la sphère médico-sociale semble être le levier d'amélioration principal au niveau national

Le **développement de logiques de relais professionnels**, observé dans les territoires étudiés, pour diffuser l'information au sein des établissements mériterait un développement au plan national.

Par ailleurs, il convient de **mieux articuler la RAPT avec les autres chantiers médico-sociaux**, à savoir la réforme des autorisations des ESSMS, tout comme la réforme du mode de financement de ces structures, dans le cadre de SERAFIN-PH. La convergence de la RAPT avec la nouvelle nomenclature SERAFIN-PH semble très pertinente pour identifier les besoins et valoriser l'activité individualisée des professionnels.

Au final, comme dans toutes les réformes du médico-social, l'enjeu de la RAPT est de formaliser l'activité pour mieux la connaître et la contrôler. De ce constat, découle la réorientation de l'offre médico-sociale et l'analyse qualitative des listes d'attentes au sein des MDPH.

C o n c l u s i o n

L'étude que nous avons menée a permis de mieux éclairer la mise en œuvre pragmatique de la RAPT. Elle a permis de développer, pour les nuancer, voire s'y opposer, nos hypothèses de travail.

Il était supposé, *a priori*, que la RAPT pouvait s'ajouter à d'autres dispositifs de coordination des parcours, sans nécessairement avoir un impact considérable. Cette supposition n'a pas résisté à l'analyse. La RAPT ne paraît pas s'inscrire dans un processus de sédimentation ; au contraire, elle semble apporter des éléments nouveaux. Son impact territorial connaît des variations qui sont à imputer à une progression différenciée entre les deux territoires comparés dans les démarches de coordination des acteurs de la prise en charge du handicap. Par là même, elle relève d'une logique de complémentarité vis-à-vis des dispositifs préexistants, notamment dans le département A où elle complète utilement les réunions de la fédération d'associations locales. Elle crée une coordination plus officielle et formalisée de la démarche, aboutissant à un accompagnement plus intégré, modulaire des cas les plus complexes. Si l'hypothèse de la sédimentation n'est donc pas vérifiée, les risques de recours trop nombreux aux réunions ont néanmoins pu être soulevés par des acteurs et doivent donc faire l'objet d'une meilleure imbrication.

Dans le département B, la RAPT est venue apporter une opérationnalité et une coordination auparavant peu développées. La RAPT, dans ce département qui n'était pas l'un de ceux expérimentant la démarche, a pu montrer tous ses effets sur la concertation, la coordination et le passage à une logique de modularité dans la prise en charge. Elle a, parallèlement, permis de mettre en lumière un processus d'adaptation et de conduite du changement des pratiques des professionnels, même si elle a aussi révélé des mécanismes de résistance au changement.

Une autre hypothèse cardinale avait consisté à supposer que la modification des pratiques professionnelles induites par la RAPT concernerait au premier chef les professionnels de proximité. Si cette hypothèse n'est pas à rejeter, elle s'est avérée incomplète. Les professionnels de proximité se sont vu fortement impactés dans leurs pratiques professionnelles sur plusieurs champs : intégration de nouveaux professionnels au sein des structures, nécessité corrélative de passer d'une logique hiérarchique à une logique de transversalité dans la gestion d'équipe, adaptations du cadre de l'accompagnement afin d'intégrer les cas complexes avec les résidents des structures, impératif d'adopter de nouvelles méthodes de travail et d'acquérir des compétences adéquates dans l'accompagnement des cas complexes. L'ensemble de ces mutations a des incidences sur les professionnels, sur leur qualité de vie au travail, exige des

montées en compétence et requiert des modalités de liaison et de communication autour des cas complexes, afin d'assurer un meilleur accompagnement.

L'aspect qui avait, en revanche, été insuffisamment appréhendé par l'hypothèse de travail est la forte modification des dynamiques partenariales à l'œuvre. Ces dynamiques se développent dans une optique multiscalaire, impliquant des acteurs au niveau des personnels de proximité, mais également des cadres et chefs de service, des gestionnaires directeurs d'établissement, qui peuvent également avoir la fonction de coordinateurs territoriaux, des référents RAPT au sein de la MDPH ou de l'ARS, des référents PCPE etc. L'ensemble des interactions entre ces acteurs a été renforcé et dynamisé par la RAPT. Cela a permis de mettre en évidence des facteurs-clés de réussite ou de blocage. Au nombre des facteurs bloquants, les relations entre établissements et financeurs et entre financeurs eux-mêmes n'ont pas été complètement clarifiées par le dispositif : des glissements d'un établissement à l'autre ont pu être constatés dans l'accompagnement des personnes. Les acteurs institutionnels connaissent une implication variable dans la réalisation opérationnelle, jouant un rôle de conception mais restant en réserve dans la mise en œuvre et, parfois, sur les perspectives de financement de long-terme. Sur le plan des facteurs favorisants, l'opérationnalité permise par la définition des acteurs, le pointage des financements, la définition de périodes d'accompagnement au cours des GOS sont autant d'éléments qui mettent en place une coopération concrète et encadrée.

En somme, il est ressorti de nos entretiens que la mise en place de la RAPT s'est pour l'heure cristallisée sur le premier axe fondant le dispositif d'orientation permanente. En revanche, le temps contraint qui a présidé à l'élaboration de la RAPT a induit un retard concernant les autres axes. Il importe désormais d'accompagner mieux la conduite du changement, surtout auprès des acteurs de proximité et également d'associer les usagers et leurs familles à la démarche.

L'enjeu semble à présent résider dans la montée en charge du dispositif, le renforcement des coopérations, la question de la pérennité des financements, le dimensionnement de l'offre et, toujours, la prévention des ruptures. Il semble qu'il faille dire, à la suite de Denis Piveteau, que *« la seule réponse sérieuse aux situations de vie critiques qui ont justifié [ce rapport], c'est de se mettre en mesure de les éviter. Et on ne pourra sérieusement les éviter qu'à la condition de mettre en place des procédures de travail (fondées sur la formation, la coordination des acteurs, etc.) et des offres de services (modulaires, appuyées sur de l'expertise disponible et mobile, etc.) qui, du même coup, rendront possible une réaction très efficace le jour où, inévitablement, surviendront les quelques événements critiques résiduels ».*

Les efforts à venir devront être à la hauteur de l'enjeu que la RAPT se propose : ne laisser personne sans solution.

Bibliographie

Textes règlementaires

- Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.
- Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, article 89.
- 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 œuvre des décisions du CIH du 2 décembre 2016.

Rapports thématiques

- Piveteau. D., « Rapport du conseiller d'Etat Denis Piveteau remis à la ministre des affaires sociales et de la santé "Zéro sans solution" », 10 juin 2014.
- CREA I de Bretagne, « Synthèse régionale : Remontée d'expériences de « réponses alternatives pour les personnes handicapées en situation de (risque de) rupture de parcours" », mars 2017.
- CNSA, « Rapport de capitalisation : Déployer la démarche "Une réponse accompagnée pour tous", premiers expériences enseignements et retours d'expérience », juillet 2017.

Liste des annexes

Annexe 1 – Méthodologie détaillée

Annexe 2 – Exemple de compte rendu des réunions de travail du groupe

Annexe 3 – Planning des entretiens effectués

Annexe 4 – Grille d’entretien à destination des professionnels de proximité

Annexe 5 – Grille d’entretien à destination des professionnels stratégiques

Annexe 6 – Sociogramme des interactions entre partenaires dans le département B

Annexe 7 – Format de plan d’accompagnement global proposé par la CNSA

Annexe 1 – Méthodologie détaillée

Pour mémoire, cette étude comparative s'est décomposée en **trois temps** :

- 1^{er} temps (mineur) : **étude rapide de la documentation**, très institutionnelle car il n'y a pas encore de littérature sur le sujet (cf. bibliographie) ;
- 2^{ème} temps (majeur) : étude de cas sur l'application locale, dans deux départements, de la démarche nationale, à travers les **entretiens semi-directifs de seize professionnels concernés par la RAPT**. Parmi ces professionnels, douze étaient directement concernés par les situations de deux jeunes autistes (dont les prénoms ont été modifiés), présentant par ailleurs des troubles du comportement importants et pris en charge dans le cadre de la RAPT (voir leur situation précise en annexe 1) :
 - dans le département A : Guillaume, 15 ans, 3 GOS réalisés depuis janvier 2017 ;
 - dans le département B : Jérôme, 9 ans, 1 GOS réalisé en avril 2018.
- 3^{ème} temps (majeur) : **analyse des données et rédaction du livrable**.

Avant le lancement du séminaire MIP

Nous avons **initié les travaux du module interprofessionnel** deux semaines avant la date officielle du 3 mai, avec chronologiquement :

- création d'un groupe Outlook/Sharepoint « MIP 11 » : espace collaboratif pour échanger des mails, partager des fichiers et des outils communs de synthèse, d'analyse et de rédaction ;
- premier contact mail avec les animateurs du MIP 11, qui nous ont fourni des documents *via* le forum REAL, complétés par des éléments que des membres du groupe ont trouvés ;
- première réunion en présentiel (18/04) : tour de table sur les motivations et premier échange sur le dispositif (voir compte-rendu en annexe 1), choix de la problématique et émergence de la possibilité d'élargir l'étude sur un autre territoire suite au contact de l'un des membres du groupe ;
- deuxième réunion en présentiel (26/04) : premier contact avec nos animateurs, explications des attentes du MIP de leur part, point sur les RDV déjà initiés par les animateurs grâce à leur contact, qui les a aiguillés vers une situation complexe prise en charge dans le cadre de la démarche RAPT et vers les interlocuteurs autour de cette situation ;
- première ébauche de la grille d'entretien (01/05).

A partir du lancement du séminaire MIP

La réunion en présentiel du 03/05 a **structuré notre travail de terrain** :

- création d'un planning Excel partagé des entretiens : répartition, date, adresse et membres du groupe réalisant les entretiens selon des modalités téléphoniques et physiques ;

- 1^{er} échange en visio-conférence avec nos deux animateurs : point sur les entretiens et échange sur notre réflexion sur le contenu des entretiens semi-directifs que nous allions mener ;
- travail sur la grille d'entretien et revue de la trame suite à un 2^e échange avec nos animateurs et décision de créer deux trames différentes (une professionnels de proximité, l'autre professionnels des tutelles) ;
- mobilisation d'un référent administratif pour le MIP.

Suite à cette journée, le **travail de terrain** a commencé :

- confirmation du second terrain d'étude le 04/05 autour d'une situation concrète complexe et début de planification des entretiens autour de cette personne ;
- entretiens du 4/05 au 18/05 : planning des entretiens en annexe et rédaction systématique des comptes rendus, partagés sur le Sharepoint ;

Ensuite, est venu le temps de **l'analyse du matériel d'entretien et l'organisation du livrable final** :

- point d'étape entre élèves (15/05) ;
- point d'étape avec les animateurs (16/05) : alerte sur l'importance du partage des informations et notamment des comptes rendus entre élèves afin que chacun s'approprie l'ensemble des éléments ;
- point d'étape entre élèves (toute la journée du 18/05) : *brainstorming* sur le plan très détaillé (3 niveaux et éléments à l'intérieur), répartition de la rédaction ;
- rédaction (week-end du 19/05 au 21/05) ;
- relecture de fond (22/05, 23/05, 24/05) ;
- relecture de forme et élaboration du résumé (24/05 et 25/05).

Le travail du groupe a principalement été fait à distance, **facilité par des outils de partage des informations** systématiques avec des mails réguliers (Outlook), un partage de fichiers (Sharepoint), dont des fichiers sur lesquels il est possible de travailler simultanément, et un outil de visio-conférence (Zoom).

Focus sur les cas pratiques étudiés

Notre étude de cas prend sa source autour de la situation de deux personnes faisant l'objet de la démarche RAPT. Le premier, dans le département A, avait été identifié par l'interlocuteur des animateurs. Le second a été identifié par la référente RAPT de la MDPH du département B suite au contact de l'un des membres du groupe.

Situation de Guillaume dans le département A

- Département faisant partie de la deuxième vague de l'expérimentation RAPT.
- Personne : Guillaume, 15 ans, troubles autistiques avec troubles du comportement.

- Contexte familial : fratrie de 5 enfants, mère décédée, père et grands-parents présents. Le père souhaite maintenir le plus possible une prise en charge à domicile, mais a une nouvelle opportunité professionnelle assez loin du domicile familial depuis janvier 2018, ce qui a obligé à un changement du PAG.
- Prise en charge : enfant suivi depuis janvier 2017 en démarche RAPT :
 - il a bénéficié de 3 GOS et un 4^e est prévu en juin 2018 ;
 - prise en charge actuelle : nuits à domicile chez les grands parents et deux week-ends sur 3 ; 3 jours par semaine en IME avec un éducateur spécialisé d'un autre ESSMS à savoir une structure d'accueil temporaire ; 2 jours dans la structure d'accueil temporaire en question ; intervention quotidienne d'une AMP du SAAD à l'IME à l'accueil temporaire ; aide humaine à domicile dans le cadre de la PCH.
- Entretiens avec les organismes engagés dans la démarche RAPT (ARS, MDPH, fédération d'associations du département) et des professionnels de terrain contactés par les animateurs du module MIP (coordinateur territorial, coordinateur PCPE, référent RAPT de la structure d'accueil, responsable du SAAD).

Situation de Jérôme dans le département B

- Territoire qui entre dans la démarche RAPT le 1^{er} janvier 2018 dans sa phase de généralisation.
- Personne : Jérôme, 9 ans, troubles du comportement avec suspicion d'autisme (sans diagnostic établi).
- Contexte familial : parents déficients intellectuels légers, maltraitants face aux comportements de leur fils. Il a été retiré de sa famille.
- Prise en charge :
 - premier GOS il y a environ quatre semaines, regroupant différents acteurs et élaboration du PAG en cours ;
 - prise en charge actuelle : intégration progressive d'un foyer de l'enfance (où il était jusque-là) à l'IME (pour l'instant 3 jours par semaine, avec la présence d'un éducateur spécialisé du foyer de l'enfance) suite à l'injonction du juge d'appliquer l'orientation IME.
- Entretiens avec les organismes engagés dans la démarche (ARS, MDPH) et des professionnels de terrain conseillés par la conseillère analyse technique MDPH.

Annexe 2 – Exemple de compte rendu des réunions de travail du groupe

COMPTE-RENDU DE LA REUNION DU GROUPE 11 MIP – 18/04/2018

Présents : Candice, Céline, Elias, Jean-Laurent, Jim, Nicolas, Remi et David (Sophie excusée)

Points abordés	Actions/décisions	Responsables
Choix de la problématique	Nous partirions sur le choix de la problématique suivante : <i>quels sont les effets de la dynamique de la mise en place du RAPT sur les organisations professionnelles ?</i> Cela semble davantage correspondre aux enquêtes que nous allons mener. Choix à confirmer avec Sophie (absente) et nos 2 animateurs.	Tous
Calendrier de nos rencontres	Souhait du groupe de se revoir avant le 3 mai → mercredi 25/04 à 18h15 (ou mardi 24/04 à 17h ou jeudi 26/04 à 17h30 selon disponibilité éventuelle de nos animateurs). David fait la demande à nos 2 référents de nous rencontrer la semaine prochaine.	Tous
Quelques interrogations	Peut-on interroger des personnes en dehors du territoire identifié (dans l'intérêt d'un benchmark – croisement des territoires) ? Peut-on avoir le nom des autres contacts pour prendre la main sur les rdv pas encore programmés ? Souhait de connaître le planning du 3 mai pour notre organisation : entretien, mise en commun suite à nos lectures ?	David → mail aux animateurs
Organisation des entretiens	Pour les entretiens déjà programmés (cf tableau) : 4 mai : Remi et ? 14 mai à 11h : voir pour le décaler car personne n'est disponible 14 mai à 14h à Paris : Céline et ? 17 mai à 11h : Jim et ? Pour les entretiens non programmés : voir avec les animateurs	
Pour nos prochaines réunions	25 avril : nous nous voyons pour définir notre organisation. Pour cette date, commencer à lire les documents et réfléchir aux grilles d'entretien que nous allons élaborer. Nous devons également choisir qui parmi sera référent du budget (réunion le 3/05 à 17h30) 3 mai : pour cette date, avoir lu l'ensemble des documents.	Tous

→ Prochaine réunion : 25 avril à 18h15 (à confirmer avec les animateurs).

Annexe 3 – Planning des entretiens effectués

	Initiales (modifiées)	Structure	Fonction	Date et heure de rencontre
	Madame R.	CNSA	Chargée de mission plan d'accompagnement	14 mai à 14h30
	Madame S.	CNSA	Chargée de mission animation réseau des directeurs de MDPH	
Département A	Monsieur T.	Fédération d'associations	Coordinateur d'un pôle territorial (et chef de service Esat et foyer hébergement par ailleurs)	4 mai entre 9h30 et 12h30
	Monsieur D.	Fédération d'associations	Coordinateur PCPE (et chef de service SAVS par ailleurs)	14 mai à 11h00
	Madame P.	SAAD	Coordinatrice	17 mai à 11h00
	Monsieur B.	ESSMS d'accueil temporaire	Coordinateur RAPT et projet de séjour	18 mai à 10h00
	Madame P.	ESSMS d'accueil temporaire	Chef de service	
	Monsieur M.	MDPH	Référent RAPT	9 mai à 17h00
	Madame E.	ARS	Directrice adjointe en charge de la stratégie régionale de santé	18 mai à 11h00
	Département B	Madame S.	MDPH	Conseillère analyse technique adultes et référente RAPT
Madame G.		MDPH	Conseillère analyse technique enfance	9 mai à 17h00
Madame W.		ARS	Responsable du service de l'offre sanitaire et médico-sociale	15 mai à 17h00
Madame H.		IME	Directrice (ainsi que d'un foyer d'accueil)	17 mai à 13h30
Monsieur M.		IME	Chef de service	
Madame I.		Aide sociale à l'enfance	Cheffe de service	15 mai à 16h00
Madame O.		Foyer de l'enfance	Cheffe de service	16 mai à 16h00

Annexe 4 – Grille d’entretien à destination des professionnels de proximité

1. Présentation des élèves et du principe du MIP

2. Présentation de l’interlocuteur et de sa structure

- Quel public accueillez-vous ? Type de handicap, âge des personnes accueillies
- Combien de personnes accueillies ?

3. Modalités de la démarche RAPT dans la structure : cas pratique

Pouvez-vous nous décrire la situation de Guillaume/Jérôme (acteurs et circuit) ?

- Comment cette personne vous a-t-elle été adressée ? Modalité habituelle ou spécifique ?
- Quelle est la problématique de Guillaume / Jérôme ?
- Avez-vous un protocole dédié à l’accueil des usagers RAPT ?
- Quels sont les acteurs impliqués dans la prise en charge ? Sont-ils adaptés pour une prise en charge optimale de Guillaume / Jérôme ?
- Cette prise en charge spécifique a-t-elle des incidences sur l’organisation du travail au sein de votre établissement ? (activités différentes de celles des autres résidents, adaptation du mode de communication, horaires adaptés, localisation spécifique au sein de l’établissement)
- Quel est le positionnement des équipes face à cette prise en charge (pénibilité, attrait pour la diversité des prises en charge, sens, motivation, intérêt) ? Formation des équipes ?
- Mise en place de GOS (Groupe opérationnel de synthèse) – PAG (ou autres outils) ? Participation des équipes à ces outils ?

4. Bilan/prospective

a. Eléments facilitant la prise en charge de Guillaume / Jérôme ? Des points forts ? Facteurs de réussite ?

- Rôle de coordinateur moteur dans la prise en charge ?

b. Avez-vous rencontré des difficultés dans la prise en charge de Guillaume / Jérôme ?

- Conditions matérielles et ressources humaines dédiées
- Barrières liées à la spécialisation des personnels
- Asymétries d’information ou absence de communication entre équipes des structures d’accueil successives
- Barrières familiales
- Selon vous le système de prise en charge est-il lisible pour les familles des usagers ?
- Obstacles d’ordre administratif (procédures complexes, pièces multiples)
- Coordination des acteurs

c. Identifiez-vous des leviers pour pallier ces difficultés et améliorer la prise en charge ? Si oui lesquels ?

d. Pensez-vous que l’équipe partage votre vision sur les difficultés et les leviers ?

e. **Comment évaluez-vous l'adaptation des pratiques des professionnels à la RAPT ?
Outils spécifiques ?**

5. Questions conclusives

- Pensez-vous que la RAPT vient entériner officiellement des mécanismes de coordination déjà existants ?
- Quelle modification a-t-elle apportée ?
- Pensez-vous que la RAPT permette effectivement de remplir les objectifs qu'elle se propose ?
- Quelles perspectives d'évolution voyez-vous au dispositif de manière plus générale ?
- Quelles pistes d'amélioration de la démarche pourriez-vous proposer ?

Annexe 5 – Grille d’entretien à destination des professionnels stratégiques

Présentation du MIP

Présentation des interlocuteurs et de leur fonction

1. Questions générales sur la RAPT

Dispositif et objectifs

- Quelle est la genèse du dispositif RAPT ? (*objectif : rappel rapide du contexte*)
- Quels sont les objectifs de la RAPT ?
- Pensez-vous que la RAPT vienne entériner officiellement des mécanismes de coordination déjà existants ou crée-t-elle la coordination ?
- Quelles pouvaient être les modalités de coordination pour les parcours compliqués avant la RAPT ?
- Quelle modification a-t-elle apportée par rapport aux démarches déjà entreprises sur les territoires ?
- Quels sont les indicateurs de la démarche RAPT et que donnent les premières évaluations ?

Perspectives

- Pensez-vous que la RAPT permette effectivement de remplir ses objectifs ?
- Quelles perspectives d’évolution voyez-vous au dispositif (à court terme, moyen terme) ? Quelles pistes d’amélioration ? Quels obstacles à lever ?

2. Impact de la RAPT pour les professionnels

- Comment la consultation des professionnels (gestionnaires et institutionnels / soignants / socio-éducatifs) a-t-elle été prise en compte pendant la genèse du dispositif ?

Professionnels administratifs/gestionnaires

- Comment la CNSA a-t-elle informée du dispositif RAPT :
 - son réseau de MDPH ?
 - les gestionnaires de services et structures médico-sociales ?
- Selon vous, quel a été l’impact de la RAPT sur la pratique des :
 - directeurs de MDPH ?
 - référents RAPT concernés ?
 - directeurs d’ESSMS ?
- Y’a-t-il eu entre ces professionnels des partages de bonne pratique et des outils de réflexion communs ?
- Voyez-vous des leviers d’amélioration de la connaissance et de l’appropriation du dispositif par les professionnels gestionnaires ?

Professionnels soignants et socio-éducatifs

- La CNSA a-t-elle informée du dispositif RAPT et si oui, comment (directement/via les MDPH ; par des outils de communication spécifiques/par des réunions nationales) :
 - les professionnels de santé ?
 - les travailleurs sociaux ?

- les agents socio-éducatifs ?
- Selon vous, quel a été l'impact de la RAPT sur la pratique des :
 - professionnels de santé ?
 - travailleurs sociaux ?
 - agents socio-éducatifs ?
- En particulier, comment les professionnels ont-ils été préparés à l'accueil de personnes dont le profil n'était pas celui qu'ils avaient l'habitude de prendre en charge ? Ou dont la prise en charge (séquentielle) était inhabituelle ?
- Y'a-t-il eu entre ces professionnels des partages de bonne pratique et des outils de réflexion communs ?
- Voyez-vous des leviers d'amélioration de la connaissance et de l'appropriation du dispositif par les professionnels sociaux et soignants ?

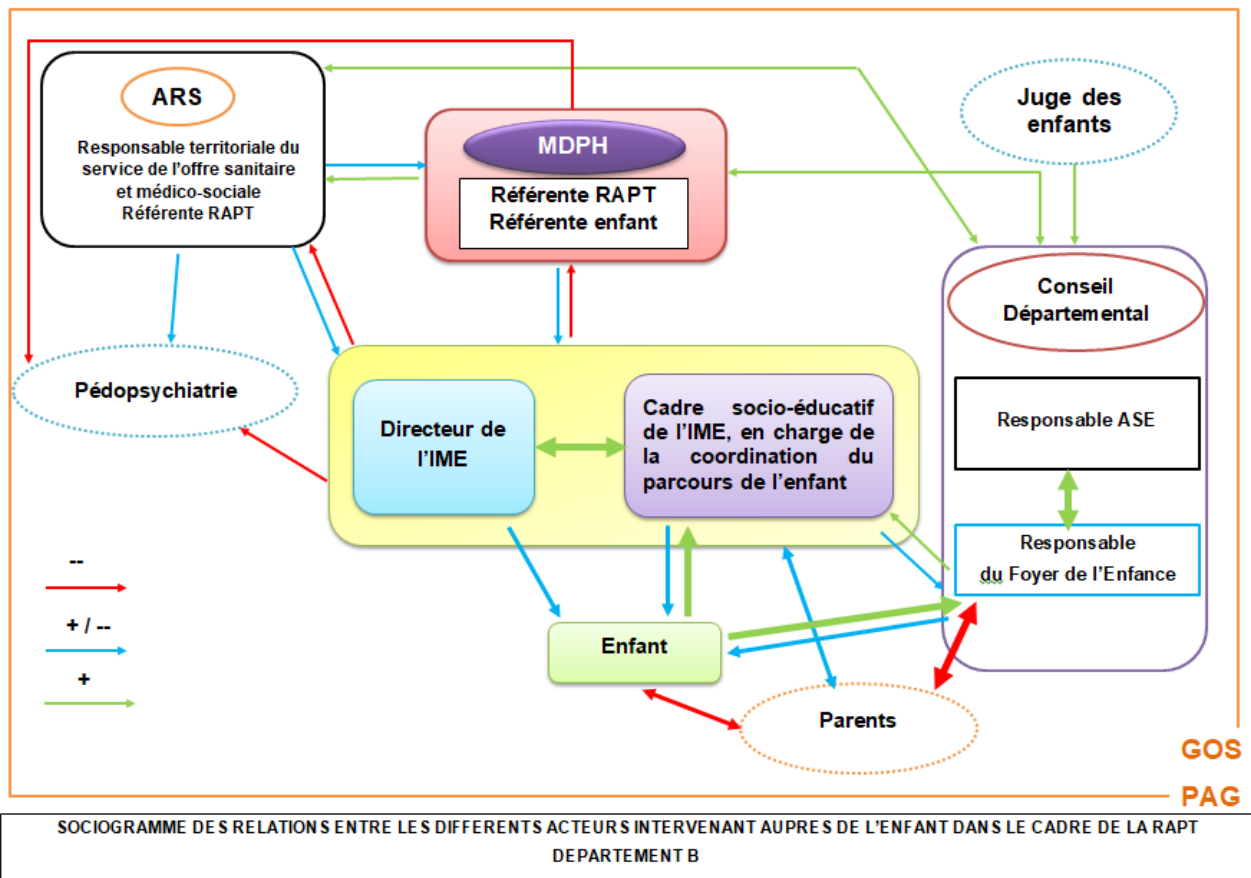
Professionnels des tutelles (CNSA/ARS)

- Comment la démarche RAPT a-t-elle été appréhendée au sein de la CNSA elle-même et au sein des ARS ?
- Voyez-vous des leviers d'amélioration de la connaissance et de l'appropriation du dispositif par les acteurs de tutelle (ARS et CD) ?

3. Impact de la RAPT pour les usagers (si le temps)

- Selon vous le système de prise en charge est-il lisible pour les familles des usagers ?
- Si non, que faites-vous, quelles sont vos stratégies pour le rendre plus efficace et plus lisible ? (explications orales, informations écrits, démarche de porter à connaissance vis-à-vis des familles, actions de communication et d'aide de la MDPH)
- Selon vous, quel est le regard, ressenti des usagers pris en charge (difficultés, satisfaction, désorientation, adaptation aux équipes de prise en charge, adaptation à un nouveau cadre de vie) ?

Annexe 6 – Sociogramme des interactions entre partenaires dans le département B



Thème n°11

Animé par : Noémie RAPEGNO et Hugo BERTILLOT

UNE NOUVELLE DEMARCHE DANS LE CHAMP DU HANDICAP : « UNE REPONSE ACCOMPAGNEE POUR TOUS (RAPT) »

BERLAND Candice (DH)
BERNET Jean-Laurent (DH)
BOUTRY Nicolas (D3S)
HANIN David (DS)
HOKAYEM Elias (AAH)

JOUANNIGOT Jim (D3S)
MALGOUIRES Céline (D3S)
MARTINEZ Rémi (AAH)
NOURRY Sophie (DS)

Résumé :

La démarche « Réponse Accompagnée Pour Tous » (RAPT) ambitionne que toute personne en situation de handicap puisse, quelle que soit la complexité ou la gravité de sa situation, bénéficier d'une réponse globale, adaptée et accompagnée dans le temps, sans rupture de parcours et conforme à son projet de vie. S'il est entendu qu'un tel objectif repose sur une forte coordination des acteurs, passant alors d'une mise en lien (autour d'un pivot) à une mise en réseau (sur un territoire), le présent rapport s'intéresse particulièrement aux mutations potentielles des pratiques et organisations professionnelles impliquées par la RAPT.

A ce titre, une étude comparative entre un département anciennement doté d'un réseau de coordination et un département en étant dépourvu, a pu être réalisée, autour de la situation de deux jeunes personnes, Jérôme et Guillaume, accompagnés dans le cadre de la démarche RAPT. Nous avons interrogé seize professionnels concernés par ces cas pratiques ou par la RAPT plus globalement, au sein d'institutions diverses (CNSA, ARS, MDPH, ESSMS).

Cette comparaison a permis de mettre en exergue les plus-values et les limites, sur les deux territoires, de la mise en place de la RAPT :

- entérinement ou développement de la logique d'un accompagnement davantage modulaire pour les situations les plus complexes dans les ESSMS, bien que certaines pratiques d'admission sont encore pensées en termes de « places » ;
- implication variable des acteurs nationaux, régionaux et départementaux dans la réalisation opérationnelle ;
- processus d'adaptation et de conduite du changement des pratiques des professionnels de proximité enclenché, même si des mécanismes de résistance ont pu être relevés (liés à de l'épuisement, à une mauvaise information sur la démarche et à un manque de formation) ;
- intégration de professionnels extérieurs au sein des structures ;
- nouveaux modes de gestion d'équipe ;
- partage de bonnes pratiques ; etc.

Dès lors, l'enjeu semble à présent résider dans la montée en charge du dispositif, le renforcement des coopérations et de l'acculturation aux nouveaux modes d'accompagnement, tout en prenant en compte la question de la pérennité des financements et le dimensionnement de l'offre médico-sociale. Dans ce rapport, plusieurs préconisations ont pu être formulées en ce sens.

Mots clés :

Accompagnement ; personnes en situation de handicap ; complexité ; criticité ; inclusion ; réponse accompagnée pour tous ; accompagnement au changement ; pratiques professionnelles ; formation.

L'École des hautes études en santé publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les rapports : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.