



Master 2 Mention Santé publique

Parcours : Pilotage des politiques et actions en santé
publique

Promotion : 2019-2020

« S'autoriser à tout imaginer » :
Une analyse des partenariats au sein de la
démarche Réponse Accompagnée Pour
Tous

Victor Bodénès

Remerciements

Je tiens à remercier ma tutrice de stage Sandrine de ROUMILLY, chargée de mission Orientation et parcours à la CNSA, pour son accompagnement bienveillant et pédagogique tout au long de ces six mois de stage.

J'adresse également mes remerciements à Jean-Michel LAMIAUX, chef du pôle Expertise et appui métier, et à toute l'équipe de la Direction de la compensation de la CNSA, pour leur accueil chaleureux et les nombreux échanges très riches que nous avons pu avoir.

Je souhaite également remercier tous les professionnels avec qui j'ai pu échanger, notamment les chargés de mission Réponse accompagnée en MDPH, pour le temps qu'ils ont consacré à me faire découvrir leurs missions au cœur des politiques d'accompagnement des personnes en situation de handicap.

Je remercie également Pascale ROUSSEL, Professeure à l'EHESP, pour ses précieux conseils et son accompagnement dans la rédaction de ce mémoire.

Enfin, je remercie Arnaud CAMPEON, responsable du Master 2 Pilotage des politiques et actions en santé publique (PPASP), ainsi que l'ensemble des enseignants et intervenants rencontrés au cours de ces deux années de formation à l'EHESP.

Sommaire

Introduction.....	1
Méthodologie	9
Première partie : Janvier – Mars.....	9
Deuxième partie : Mars – Juillet	10
Troisième partie : Juillet – Août	12
1 Mieux répondre aux besoins des personnes implique de nouveaux rôles pour les acteurs des politiques du handicap	13
1.1 Collecter les besoins des personnes et mobiliser les partenaires, un nouveau rôle d'assembleur pour les MDPH.....	13
1.1.1 <i>Les MDPH, un guichet unique de l'accompagnement des personnes en situation de handicap.....</i>	<i>13</i>
1.1.2 <i>Les GOS, un outil de la Réponse accompagnée pour la collecte les besoins des personnes.....</i>	<i>16</i>
1.2 S'engager dans la construction des réponses, un nouveau rôle pour les ESSMS 20	
1.2.1 <i>Les ESSMS, un acteur amené à participer à la construction de solutions d'accompagnement</i>	<i>21</i>
1.2.2 <i>Les PAG : un outil contractuel pour engager les partenaires dans la construction de solutions d'accompagnement.....</i>	<i>25</i>
1.3 Impulser la transformation de l'offre d'accompagnement médico-social, un rôle confié aux ARS	28
1.3.1 La Réponse accompagnée permet l'identification de besoins non couverts sur le territoire.....	28
1.3.2 De l'identification des besoins non couverts par les MDPH à la transformation de l'offre par les ARS : des écarts de temporalité	32

2 Les solutions d'accompagnement inscrites dans une diversité d'organisations locales de la démarche Réponse accompagnée	34
2.1 Une pluralité d'organisations locales de la démarche	34
2.1.1 <i>La gouvernance locale de la Réponse accompagnée.....</i>	<i>35</i>
2.1.2 <i>L'organisation interne des MDPH pour mettre en œuvre la démarche Réponse accompagnée.....</i>	<i>37</i>
2.2 La construction et la mise en œuvre des réponses s'inscrit dans un contexte départemental : une analyse dans deux départements	39
2.2.1 <i>La mise en œuvre de la démarche au sein de la MDPH.....</i>	<i>39</i>
2.2.2 <i>La mobilisation des partenaires dans le cadre de la Réponse accompagnée</i>	<i>42</i>
2.3 Construire une solution d'accompagnement : l'exemple des relations entre les MDPH et l'Aide Sociale à l'Enfance.....	44
2.3.1 Des constats communs pour mener un travail partenarial	44
2.3.2 Des actions innovantes menées au niveau départemental	46
Conclusion.....	47
Bibliographie.....	51
Annexes.....	I
Note réflexive	VII

Liste des sigles utilisés

AAC : Appel à candidature

AGEFIPH : Association de Gestion du Fonds pour l'Insertion Professionnelle des Personnes Handicapées

AMI : Appel à manifestation d'intérêt

ARS : Agence régionale de santé

ASE : Aide sociale à l'enfance

CAF : Caisse d'allocations familiales

CASF : Code de l'action sociale et des familles

CD : Conseil départemental

CDAPH : Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées

CDES : Commission de l'éducation spéciale

CNR : Crédits non reconductibles

CNSA : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

CNH : Conférence nationale du handicap

COG : Convention d'objectifs et de gestion

COMEX : Commission exécutive

COFIL : Comité de pilotage

COTECH : Comité technique

CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie

CPOM : Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

COTOREP : Commission technique d'orientation et de reclassement professionnel

DDARS : Délégation départementale de l'agence régionale de santé

Dircccte : Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi

EHESP : Ecole des hautes études en santé publique

EP : Euripe pluridisciplinaire

ESMS : Etablissements et services médico-sociaux

ESSMS : Etablissements et services sociaux et médico-sociaux

GIP : Groupement d'intérêt public

GOS : Groupe opérationnel de synthèse

LFSS : Loi de financement de la sécurité sociale

MDPH : Maison départementale des personnes handicapées

PAG : Plan d'accompagnement global

PJJ : Protection judiciaire de la jeunesse

PPC : Plan personnalisé de compensation

PRS : Projet régional de santé

SgCIH : Secrétariat général du comité interministériel du handicap

SI SDO : Système d'information de suivi des décisions d'orientation

SRS : Schéma régional de santé

Introduction

La 5^{ème} Conférence Nationale du Handicap (CNH) organisée à l'Élysée le 11 février 2020, s'est conclue par un discours du Président de la République dans lequel la loi du 11 février 2005 est qualifiée de « *fondatrice* ». C'est en effet la première loi française à définir le handicap dans son article L-114 : « *Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant.* » (Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF)). De plus, en mettant l'accent sur la citoyenneté et la participation des personnes, la loi de 2005 considère l'individu « *dans son environnement* » et conjugue deux principes : l'accessibilité et la compensation. Se plaçant dans une perspective universaliste, il s'agit d'éliminer toute barrière pouvant entraver la participation des citoyens. De même, en introduisant le droit à la compensation dans la loi, on cherche à mieux répondre aux besoins des personnes. Ainsi, la loi de 2005 porte une dimension personnalisée de l'accompagnement des personnes en situation de handicap dont le but est bien de saisir les aspirations et le projet de vie de chacun afin de mettre un œuvre un accompagnement capable d'en garantir le succès (Ville et al., 2015). L'individu, ainsi placé « *au cœur du dispositif* » se voit attribuer des « *droits créances* » vis-à-vis de l'Etat, le « Plan Personnalisé de Compensation » (PPC) devant permettre de définir un ensemble de moyens et de prestations garantissant à la personne une compensation des conséquences de son handicap (Baudot, 2016). En ce sens, Emmanuel Macron réaffirme en conclusion de la CNH la volonté qu'« *aucune personne en situation de handicap [...] ne soit laissée seule dans sa recherche de solution* » en annonçant notamment la création des « *Communautés 360* ». Cela n'est pas sans rappeler les ambitions portées par la démarche « *Une Réponse Accompagnée Pour Tous* » lancée il y a maintenant 5 ans.

Le plan d'action Réponse accompagnée¹ trouve ses origines dans le rapport rédigé et coordonné par le conseiller d'Etat Denis Piveteau publié le 10 juin 2014 : « *Zéro sans solution – Le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches* », dit « *rapport Piveteau* » ou rapport « *Zéro sans solution* ». Comme évoqué

¹ Par commodité et par confort de lecture, la démarche « *Une Réponse Accompagnée Pour Tous* » pourra également être désignée par « *Plan d'action Réponse Accompagnée* », « *Démarche Réponse accompagnée* », voire « *Réponse accompagnée* ».

en introduction de la lettre de mission adressée par Marisol Touraine, Ministre des Affaires Sociales et de la Santé, et Marie-Arlette Carlotti, Ministre déléguée en charge des personnes handicapées et de la lutte contre l' exclusion, à Denis Piveteau en décembre 2013 , « *plusieurs événements récents [...] ont donné lieu à des décisions de justice remarquées et médiatisées, ont mis en évidence les difficultés de prise en charge de certaines situations de handicap particulièrement critiques, mais aussi les lacunes de nos organisations administratives et les insuffisances de l'offre pour assurer une réponse individualisée* » à l'instar de « l'affaire Amélie Loquet ». En effet, en octobre 2013 après une décision du tribunal administratif de Cergy-Pontoise, l'ARS Île-de-France est priée de proposer une « *solution* » à une jeune femme de 19 ans, Amélie Locquet, alors en rupture de parcours et sans solution d'accompagnement (Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), 2017). Cet événement très médiatisé a en parti conduit à la rédaction du rapport « Zéro sans solution ».

Au-delà de rappeler l'obligation de résultat des pouvoirs publics vis-à-vis des personnes en situation de handicap, Denis Piveteau et ses co-auteurs considèrent que le recours aux tribunaux ne peut en aucun cas être une solution viable pour les personnes en situation de handicap et leurs familles (Piveteau et al., 2014). Ainsi, les premières pages du rapport posent des éléments de diagnostic qui mettent notamment en évidence des « *carences flagrantes dans l'accompagnement* ». Premièrement, le rapport souligne un « *manque d'anticipation et de maîtrise du projet dans le parcours de vie* ». Ce qui se traduit par d'importants défauts dans l'accompagnement, en particulier à des moments clés dans la vie comme la sortie de la petite enfance, le passage à l'âge adulte ou encore l'avancée vers le grand âge. Deuxièmement, le rapport évoque une insuffisance de l'offre qui se traduit notamment par des phénomènes de « *listes d'attente* » qui aboutissent souvent à un retour au domicile familiale lorsqu'aucune solution n'est trouvée. Troisièmement, le rapport fait ressortir les « *bricolages* » des familles alors plongées dans une « *solitude* » face au « *multiple renvoi des responsabilités* ». Ainsi, les rédacteurs du rapport souhaitent créer les conditions nécessaires pour garantir à toute situation une « *réponse accompagnée* » (Piveteau et al., 2014). C'est ainsi que 131 propositions, à la fois législatives, réglementaires ou encore organisationnelles sont formulées. En effet, le rapport Piveteau propose de réviser l'organisation des politiques du handicap en menant plusieurs transformations (CNSA, 2017).

La première transformation consiste à permettre à la logique de « *réponse coordonnée* » de se substituer à la « *logique de place* », prégnante dans le secteur médico-social. Construire une réponse signifie alors mettre en œuvre un « *dispositif modulaire, capable de combiner plusieurs*

prises en charge médico-sociales, sanitaires, éducatives et d'épouser les situations complexes ou évolutives » (Piveteau et al., 2014).

La deuxième transformation à mener consiste en la capacité à apporter une réponse à toutes les situations. Cela s'organise notamment selon un « *principe de subsidiarité* » où les structures sanitaires et médico-sociales interviennent au service de « *lieux de vie* » moins spécialisés. Ce qui implique une nouvelle offre comme des équipes mobiles ou la création de structures permettant un accueil temporaire ou de répit (Piveteau et al., 2014).

La troisième transformation porte sur le rôle des Maisons départementales des Personnes Handicapées (MDPH) et doit notamment viser à les impliquer davantage dans l'accompagnement des situations individuelles complexes (Piveteau et al., 2014).

La quatrième transformation doit porter sur la responsabilité des autorités de tutelle et de financement. En effet, les MDPH ont « *peu de prise sur la plupart des moyens concrets de cet accompagnement* » qui sont placés sous l'autorité des Agences régionales de santé (ARS), des Conseils départementaux (CD)² et des rectorats. C'est alors à ces acteurs d'« *organiser concrètement [leurs] responsabilité[s] vis-à-vis de la MDPH* » (Piveteau et al., 2014).

La cinquième transformation à investir est de renforcer le pouvoir d'agir des personnes. Notamment, en veillant à associer les personnes et leurs représentants « *à tous les travaux* » afin de « *confirmer la personne dans sa place agissante* » (Piveteau et al., 2014).

La plupart des propositions du rapport Piveteau sont reprises, concrétisées et formalisées dans la démarche Réponse accompagnée lancée dès 2015. Le dispositif d'ampleur national pose ainsi comme objectifs les grandes transformations évoquées dans le rapport « Zéro sans solution », en les déclinant en 4 axes :

- Axe 1 : Mettre en œuvre le dispositif d'orientation permanent (DOP)
- Axe 2 : Renforcer le partenariat sur le territoire
- Axe 3 : Développer la participation et l'accompagnement par les pairs
- Axe 4 : Accompagner les changements de pratiques

² Le rapport « Zéro sans solution » parle de « Conseils généraux » puisqu'ils sont devenus « Conseils départementaux » en 2015.

Il s'agit finalement de mobiliser l'ensemble des acteurs des politiques du handicap (au niveau national comme local) afin de permettre la recherche et la mise en œuvre de réponses d'accompagnement aux situations complexes (CNSA, 2017) en impulsant une dynamique de « *responsabilité partagée* » (Drobi, 2019).

De manière opérationnelle, la démarche s'est déployée progressivement à l'ensemble du territoire national entre 2015 et 2018. Une première vague concerne 24 départements volontaires ayant répondu à un appel à candidature lancé en août 2015 et s'étend jusqu'en 2016. Ainsi, la démarche a été lancée dans différents territoires métropolitains. La deuxième vague de déploiement concerne 66 nouveaux départements entrés dans la démarche au cours de l'année 2017. Ainsi, la plupart du territoire métropolitain est couvert par la Réponse accompagnée, tout comme La Réunion. Enfin, l'article 89 de la loi de modernisation de notre système de santé (2016) prévoit que la Réponse Accompagnée s'applique à l'ensemble du territoire national à partir du 1^{er} janvier 2018, ce qui correspond à la troisième vague de déploiement du plan d'action.

Comme nous venons de le montrer, l'ambitieuse démarche Réponse accompagnée implique de mobiliser l'ensemble des acteurs des politiques du handicap afin de permettre une co-construction du déploiement, une coopération entre les parties prenantes favorisant le développement de relations de confiance et une coordination autour de la personne en situation de handicap, autour de laquelle « *la démarche doit être pensée et déployée* » (Drobi, 2019). Il s'agit en effet de répondre à un double objectif : celui d'apporter des solutions d'accompagnement à toutes les situations tout en parvenant à prévenir les ruptures de parcours. Nous devons alors nous interroger sur les principaux enjeux dans lesquels s'inscrit la démarche Réponse accompagnée.

Tout d'abord, il convient de s'intéresser à la notion de parcours. Elle apparaît pour la première fois dans la loi du 13 août 2014 relative à l'Assurance maladie et porte sur le champ sanitaire. Cependant, la notion de parcours de soins ainsi évoquée semble davantage porteuse d'un renforcement du rôle des médecins généralistes et d'une volonté de diminuer les dépenses que d'une meilleure prise en compte des besoins des individus (Bloch et Hénaut, 2013). Par la suite, à partir des années 2000, la notion de parcours va évoluer vers le « *parcours de santé* » puis le « *parcours de vie* » qui vont apparaître progressivement dans l'espace public (Bloch et Hénaut, 2013). Le parcours peut alors être défini comme une « *succession d'événements et de positions occupées par un individu* » et c'est l'approche par « *parcours de vie* » qui va devenir un « *modèle*

structurant » des politiques d'action sociale (Bouquet et Dubechot, 2017). Nous assistons alors à une « *primauté du parcours* » qui « *entérine [...] le recentrage sur la personne* » (Loubat et al., 2016). Ainsi, l'accompagnement des personnes en situation de handicap sous l'angle du parcours de vie permet de penser les situations dans leurs singularités en invitant à les saisir dans leur globalité : ressources économiques, caractéristiques sociodémographiques, lieu de résidence, trajectoire antérieure etc. (Bloch et Hénaut, 2013). En ce sens, la CNSA propose une définition du parcours de vie : « *La notion de parcours de vie recouvre le cheminement individuel de chaque personne dans les différentes dimensions de sa vie : personnelle et relationnelle, professionnelle et sociale, familiale et citoyenne. Utilisée dans le champ de la santé (au sens large de l'OMS), la notion de parcours de vie désigne l'ensemble des événements intervenant dans la vie d'une personne et les différentes « périodes » et transitions qu'elle connaît. Ces derniers affectent son bien-être physique, mental et social, sa capacité à prendre des décisions ou à maîtriser ses conditions de vie, ses interactions avec son entourage, sa participation à la vie sociale.* » (CNSA, 2012). Alors, dans le cadre de l'accompagnement des personnes, nous identifions des enjeux de connaissance des parcours afin de permettre à la personne d'accéder à des outils en capacité de répondre à ses besoins, ce qui implique la construction d'un « *un réseau cohérent et territorialisé de ressources sanitaires et sociales* » (Bouquet et Dubechot, 2017) et ainsi éviter la « *rupture de parcours* » qui peut se définir comme un changement plus ou moins brusque dans la situation des personnes (Bouquet et Dubechot, 2017). Finalement, la prise en compte du parcours de vie dans l'accompagnement des personnes en situation de handicap implique plusieurs éléments. Premièrement, il s'agit de créer du lien entre les différentes structures du système de santé (acteurs de soins primaires, établissements et services médico-sociaux (ESMS) et associations) (Loubat et al., 2016). Deuxièmement, il faut faire en sorte que ces différentes structures soient en mesure d'offrir « *la réponse la plus appropriée* » aux besoins de la personne, c'est-à-dire qu'il faut « *accroître la variété de l'offre de services plutôt que son volume* » (Bloch et Hénaut, 2013).

Ensuite, nous savons désormais que considérer l'accompagnement des personnes dans une logique de parcours implique des réponses « *souples et modulables capables de s'adapter précisément aux variations situationnelles du parcours de la personne* ». Or, le système de santé apparaît comme « *fragmenté* » du fait d'un très grand nombre d'ESMS créés pour accompagner des personnes en situation de handicap aux besoins très diversifiés (Loubat et al., 2016). C'est pourquoi la Réponse accompagnée entend apporter des solutions d'accompagnement aux situations complexes, lesquelles sont définies par Jean-Yves Barreyre : « *Une situation complexe est le résultat de l'interaction entre trois types de difficultés (qui se posent à ceux qui la vivent comme à ceux qui*

*souhaitent la connaître) : l'intrication et la sévérité des altérations organiques et/ou des difficultés sociales par les personnes ; le caractère problématique d'une évaluation globale et partagée des besoins de la situation ; les incapacités ou difficultés constatées des professionnels de la santé et du social à mettre en œuvre, avec les personnes, une stratégie globale d'intervention partagée sur un territoire de vie donné » (Barreyre, 2020). La Réponse accompagnée est alors en mesure de prévoir des évolutions législatives et réglementaires favorables à la co-responsabilité des acteurs accompagnant ces situations dites complexes (Barreyre, 2020). Cependant, nous savons qu'il existe des freins à la mise en œuvre des politiques publiques, notamment au niveau local. Il n'est en effet par rare que nous constatons un écart « *entre ce qui est prescrit par les pouvoirs publics, et ce qui est effectivement mis en place* », ces freins pouvant être « *le manque de moyens engagés, le manque d'opérationnalité de certains textes, les phénomènes de dépendance au sentier, les cloisonnements administratifs et le manque de cohérence entre les différents plans d'action publique* » (Bloch et Hénaut, 2013).*

Enfin, nous avons montré que la Réponse accompagnée se fixe comme objectif d'apporter une solution d'accompagnement aux situations sans réponse, tout en prévenant les ruptures de parcours. Nous devons donc nous demander si les outils créés et mis en œuvre forment un cadre suffisamment « puissant » pour permettre aux professionnels de changer leurs pratiques dans la perspective de répondre à ce double objectif. Alors, comment les acteurs impliqués dans la démarche « Une Réponse Accompagnée Pour Tous » s'approprient-ils leur nouveau rôle de construction de solutions d'accompagnement souples et modulables des personnes en situation de handicap ? Nous formulons ainsi deux hypothèses qui vont conduire la suite de notre travail. Premièrement, nous supposons que la démarche Réponse accompagnée confie de nouveaux rôles aux acteurs traditionnellement impliqués dans les politiques du handicap. Deuxièmement, il s'agit de vérifier que la capacité des professionnels à proposer des solutions d'accompagnement dépend des relations qui se nouent en dehors des outils de la Réponse accompagnée.

A présent, il convient de comprendre le contexte de réalisation de ce travail. Il s'agit d'un mémoire de fin d'étude réalisé dans le cadre du Master 2 de Santé Publique – Pilotage des politiques et actions en santé publique suivi à l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP) au cours de l'année universitaire 2019-2020. Cet écrit a été produit à l'occasion d'un stage effectué à la CNSA entre le 2 mars et le 28 août 2020.

La convention d'objectif et de gestion (COG) entre la CNSA et l'Etat pour la période 2016-2022 (renouvelée en 2020), confie à la CNSA par son Axe 2 le fait de « *soutenir les MDPH et leurs partenaires dans l'amélioration de la qualité de service, le déploiement de la réponse accompagnée et l'harmonisation des pratiques en vue d'une meilleure équité de traitement* » (CNSA, 2016). Ainsi, nous retrouvons plusieurs objectifs associés au déploiement de la Réponse accompagnée comme le soutien aux MDPH, en lien avec les ARS et les départements dans la montée en charge du DOP et l'animation du réseau des MDPH dans un objectif d'harmonisation des pratiques (CNSA, 2016). C'est la direction de la compensation de la perte d'autonomie qui est en charge de l'animation du réseau des MDPH à la CNSA, au sein de laquelle le Pôle expertise et appui métier est chargé d'animer les relations avec les différents réseaux métiers en MDPH (coordinateurs d'équipes pluridisciplinaire, référents insertion professionnelle, chargés de mission Réponse accompagnée etc.). Le stage s'est déroulé au sein de ce pôle auprès de la chargée de mission Orientation et parcours qui travaille, entre autres, sur la Réponse accompagnée et anime le réseau de chargés de mission en MDPH. Ainsi, cela en fait un terrain tout à fait favorable à la réalisation de notre étude.

Après avoir détaillé les principes et les outils méthodologiques utilisés dans le cadre de ce mémoire, nous nous intéresserons dans un premier temps aux conséquences de la mise en place de la Réponse accompagnée sur les structures du secteur du handicap en analysant les nouveaux rôles confiés aux acteurs (1) avant de discuter l'impact de la démarche sur les pratiques professionnelles et les relations partenariales qui se nouent au niveau local (2).

Méthodologie

Nous détaillons ici la méthodologie employée pour réaliser notre étude. Pour rappel, nous cherchons à comprendre, à travers ce mémoire, comment les différents acteurs impliqués dans la démarche Réponse accompagnée parviennent-ils à s'approprier leur nouveau rôle de construction de solutions d'accompagnement souples et modulables des personnes en situations de handicap. Cette présentation de notre démarche méthodologique est structurée en trois parties qui correspondent aux différents temps ayant rythmé mon stage à la CNSA.

Première partie : Janvier – Mars

La première phase de mon travail a été de constituer une revue de littérature assez généraliste. En effet, je découvrais le secteur du handicap et avais besoin d'en saisir les différents enjeux, à la fois sur les évolutions législatives de la notion de handicap comme sur la manière dont sont organisées les politiques publiques au niveau national et local.

La constitution de cette revue de littérature a débuté par la lecture d'un ouvrage assez généraliste sur le handicap, *Introduction à la sociologie du handicap* d'Isabelle Ville, Emmanuelle Fillion et Jean-François Ravaud (2015). Ainsi, j'ai pu identifier plusieurs dimensions à investir : premièrement, l'évolution des concepts et de la notion de handicap, notamment à travers une approche législative ; deuxièmement, les acteurs et la territorialisation des politiques en direction des personnes en situation de handicap ; troisièmement, le déploiement de la démarche Réponse accompagnée, sujet de mon stage. La méthodologie employée a été, dans un premier temps, de se référer aux articles ou ouvrages cités dans *Introduction à la sociologie du handicap*. Cela a donc permis, dans un deuxième temps, par « effet boule de neige », de constituer une revue de littérature assez exhaustive sur les trois dimensions évoquées précédemment. J'ai ainsi lu de nombreux textes en lien notamment avec les évolutions des politiques du handicap qui m'ont permis « d'entrer dans le sujet », ils ne sont donc pas tous mobilisés directement dans l'argumentation de ce mémoire.

Un autre travail qui a été mené pendant ces deux mois précédents le stage a été de suivre l'actualité du secteur, particulièrement riche pendant cette période du fait l'organisation de la 5^{ème} CNH au mois de février. Ainsi, les ressources, particulièrement denses, à la fois dans la presse grand public et dans la presse spécialisée, m'ont permis d'approcher les enjeux du secteur du handicap. De plus,

ce travail a été complété par l'écoute de podcasts et de contenus radiophoniques, également particulièrement riches sur la période.

Enfin, ces deux mois ont également été mobilisés pour commencer à comprendre les origines et le contexte de déploiement de la Réponse accompagnée, comme le rôle de la CNSA dans le cadre de la démarche. Ainsi, les sources exploitées étaient surtout institutionnelles et ont été étudiées à partir du site internet de la CNSA. Le rapport de capitalisation sur le déploiement de la démarche Réponse accompagnée publié en 2017 a alors été une ressource particulièrement fournie et indispensable pour bien comprendre les objectifs de la démarche et la manière dont elle a été mise en place.

Deuxième partie : Mars – Juillet

A présent, nous nous intéressons au déroulement de mon stage et à la période de collecte des différents matériaux nécessaires à notre analyse. Cette phase de recueil s'est déroulée entre le mois de mars, le début de mon stage, et le mois de juillet. Ainsi, je reviendrai dans un premier temps sur les missions qui m'ont été confiées à la CNSA, avant d'évoquer les différents types de matériaux auxquels elles m'ont permis d'accéder.

Comme évoqué précédemment, j'ai travaillé pendant plusieurs mois auprès de la chargée de mission Orientation et parcours de la CNSA, qui travaille notamment sur la Réponse accompagnée et sur l'animation du réseau de chargés de mission en MDPH. Mon stage s'est articulé autour de deux missions principales. Premièrement, un travail sur l'enquête Réponse accompagnée. Chaque trimestre, la CNSA diffuse auprès des chargés de mission Réponse accompagnée une enquête pour faire état du déploiement de la démarche, et notamment sur le nombre de situations accompagnées dans le cadre des dispositifs d'accompagnement (Groupes opérationnels de synthèse (GOS) et Plan d'accompagnement global (PAG) notamment, sur lesquels nous reviendrons). Cependant, cette enquête, essentiellement quantitative, peine à retranscrire le travail d'accompagnement mené en MDPH, notamment puisque des situations peuvent être solutionnées sans aller jusqu'à l'organisation d'un PAG ou la signature d'un GOS. Il s'agissait alors de la faire évoluer afin qu'elle puisse mieux rendre compte du travail mené en MDPH, en travaillant notamment sur l'aspect qualitatif de l'accompagnement. C'est pourquoi un groupe de travail, complété d'un questionnaire, a été organisé avec les chargés de mission Réponse accompagnée en MDPH. Deuxièmement, je suis intervenu sur la capitalisation des différents retours d'expériences et des actions ou expérimentations mises en place dans le cadre de la démarche. Concrètement, il

s'agissait d'organiser des entretiens avec des chargés de mission Réponse accompagnée afin d'évoquer une ou plusieurs actions conduites dans le cadre de la démarche dans leur département pour en rédiger une fiche synthèse. Par la suite, cette fiche et les documents en lien avec l'action ont été publiés sur l'extranet de la CNSA auquel les chargés de mission Réponse accompagnée ont accès. Par ailleurs, d'autres missions plus spécifiques m'ont été confiées comme la réalisation d'une synthèse des dialogues de gestion avec les ARS sur les aspects de la Réponse accompagnée ou encore la participation à un groupe de travail sur l'organisation des GOS pendant les périodes de confinement et de déconfinement (dans le contexte de la pandémie de COVID19). Cela m'a donc permis d'accéder à d'autres matériaux.

Ensuite, compte tenu du rôle d'animation de la CNSA, les matériaux collectés sont essentiellement qualitatifs. Ils sont en effet constitués des entretiens téléphoniques avec les chargés de mission dans le cadre de la rédaction des fiches, des échanges téléphoniques au cours des groupes de travail, ainsi que des échanges plus ou moins formels avec des professionnels à la CNSA en lien avec les missions qui m'ont été confiées. A noter, que pour les entretiens avec les chargés de mission, des guides d'entretien ont été systématiquement construits, notamment dans la perspective de compléter les éléments qu'ils avaient déjà fourni à travers les documents transmis sur l'action mise en place et dans le but d'alimenter la fiche synthèse. Une première analyse de ces matériaux a mis en évidence un besoin de les compléter par d'autres entretiens, plus formels, qui ont été réalisés en juillet et en août avec 2 chargés de mission Réponse accompagnée ainsi qu'avec 3 professionnels à la CNSA. Pour ces entretiens, des guides, plus ou moins exhaustifs, selon la disponibilité des professionnels, ont été construits. Ces guides sont présentés en annexe (Annexe 1). Ensuite, ces échanges ont donné lieu à plusieurs retranscriptions partielles, réalisées à partir de l'enregistrement de l'entretien. A noter que l'ensemble des entretiens, qu'ils aient été organisés dans le cadre de mes missions ou de mon mémoire, sont répertoriés en annexe (Annexe 2). De plus, ces matériaux qualitatifs ont été complétés par des matériaux quantitatifs : l'analyse des réponses au questionnaire dans le cadre du groupe de travail sur l'enquête Réponse accompagnée; et une brève analyse statistique des réponses à l'enquête Réponse accompagnée pour le deuxième trimestre 2020, même si elle a surtout été mobilisée à titre d'illustration dans ce mémoire. Par ailleurs, l'extranet de la CNSA a également été une ressource intéressante, en permettant l'accès à différents documents et outils utilisés par les MDPH, qui ont également été mobilisés à titre illustratif.

Enfin, nous devons évoquer le contexte particulier dans lequel s'est déroulé ce stage. En effet, le premier trimestre de l'année 2020 est marqué par la pandémie de COVID19, qui a impliqué une

période de confinement du 17 mars au 11 mai 2020. Ainsi, une partie des missions ont été réalisées en télétravail, avec des échanges téléphoniques ou en visioconférence. Au-delà de cet aspect « organisationnel », je n'ai pas constaté un accès au terrain plus difficile, certains professionnels étant davantage mobilisés sur la période quand d'autres étaient plus disponibles pour échanger. La « note réflexive » présentée à la suite de ce mémoire, permet de revenir plus en détail sur les conditions dans lesquelles s'est déroulé ce stage (Voir II.).

Troisième partie : Juillet – Août

La dernière partie du stage, de la fin du mois de juillet à la fin du mois d'août a été consacrée à l'analyse des matériaux collectés. En effet, mes missions ont évolué vers la finalisation des différents travaux en cours, ce qui m'a permis d'interrompre le recueil de données et de me concentrer sur l'analyse.

L'analyse des matériaux qualitatifs, à savoir les entretiens réalisés avec les chargés de mission Réponse accompagnée et les professionnels de la CNSA, ainsi que la participation aux différents groupes de travail, s'est déroulée de deux manières. Premièrement, une grille d'analyse a été construite pour classer tous les matériaux collectés dans le cadre de mes missions à la CNSA en deux thématiques : la réponse aux besoins des personnes et les partenariats. Deuxièmement, les 4 entretiens réalisés dans le cadre de mon mémoire ont été analysés dans une grille spécifique, reprenant néanmoins les mêmes thématiques. Ainsi, plusieurs sous-thématiques ont été identifiées et ont permis d'affiner le plan de notre rédaction afin de répondre à la problématique que nous avons formulée en introduction. Par ailleurs, les éléments « d'illustration », comme nous l'évoquions précédemment, ont été mobilisés au fil de la rédaction.

Concernant les éléments bibliographiques, il est important de souligner que si une première revue de littérature a été constituée, elle ne s'est jamais « figée » puisqu'elle a évolué tout au long de notre travail. En effet, au fur et à mesure que l'analyse avançait, plusieurs thématiques et sous-thématiques ont fait l'objet de recherches spécifiques afin d'enrichir les données de terrain d'apports conceptuels et théoriques. De même, dans le cadre de mes missions, j'ai accédé à différents documents, souvent de source institutionnelle, qui ont pu être mobilisés dans une perspective d'analyse des matériaux et de rédaction.

1 Mieux répondre aux besoins des personnes implique de nouveaux rôles pour les acteurs des politiques du handicap

La démarche « Une Réponse Accompagnée Pour Tous » porte une double exigence : à la fois apporter une réponse d'accompagnement à toutes les situations, souvent les plus complexes, et prévenir les ruptures de parcours. Le rapport Piveteau, à l'origine de la Réponse accompagnée invite ainsi à développer des solutions qui soient souples et modulables dans la perspective d'une meilleure prise en compte des besoins des personnes et de proposer des accompagnements plus adaptés à leur situation. Alors, nous devons nous interroger sur la manière dont les différents outils proposés par la démarche impactent les missions des structures impliquées dans les politiques du handicap. Nous verrons que cela passe notamment par la définition de nouveaux rôles pour les différentes parties prenantes, notamment pour les MDPH, les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) et les ARS. Nous verrons également en quoi ces nouvelles relations entre les partenaires sont en mesure d'impulser une transformation de l'offre d'accompagnement des personnes en situation de handicap.

1.1 Collecter les besoins des personnes et mobiliser les partenaires, un nouveau rôle d'assembleur pour les MDPH

Le rapport Piveteau entendait confier à la MDPH un rôle d'« assembleur » tout en l'impliquant davantage dans l'accompagnement des situations individuelles complexes. Nous allons donc nous interroger sur ce nouveau rôle attribué aux MDPH, avant de revenir sur les GOS comme l'outil principal de recueil des besoins des personnes dans la Réponse accompagnée.

1.1.1 Les MDPH, un guichet unique de l'accompagnement des personnes en situation de handicap

Dans un premier temps, nous devons nous interroger sur le rôle des MDPH depuis leur création en 2005, jusqu'au déploiement de la Réponse accompagnée avec la mise en place du DOP, dont elles sont l'acteur clé (CNSA, 2020).

La loi du 11 février 2005 crée les MDPH et c'est l'article 64 qui définit leurs missions : « *La maison départementale des personnes handicapées exerce une mission d'accueil, d'information, d'accompagnement et de conseil des personnes handicapées et de leur famille, ainsi que de sensibilisation de tous les citoyens au handicap.* » (CASF). Avec une MDPH par département, il s'agit de proposer un « *guichet unique* » aux personnes en situation de handicap pour qu'elle puisse accomplir l'ensemble de leurs démarches à partir d'un seul interlocuteur (Rayssiguier et Huteau, 2018). Au-delà de ces aspects administratifs, la création des MDPH permet la « *démédicalisation du secteur du handicap* ». En effet, avant 2005, l'évaluation des besoins de la personne n'était réalisée que par un médecin à travers les commissions techniques d'orientation et de reclassement professionnel (COTOREP) pour les adultes ou les commissions de l'éducation spéciale (CDES) pour les enfants (Bloch et Hainaut, 2013). Or, depuis 2005, au cœur du fonctionnement des MDPH se trouve l'équipe pluridisciplinaire (EP) en charge notamment d'évaluer les besoins d'un individu en lien avec son projet de vie (Baudot, 2016). Cette équipe, composée de professionnels de « *tous horizons* » propose une solution de compensation ensuite soumise à la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) qui remplace, dès lors, la COTOREP et la CDES (Bloch et Hainaut, 2013). Il s'agit donc bien ici de parvenir à prendre en compte le projet de vie la personne, comme le souligne ce même article 64 de la loi du 11 février 2005 : « *La MDPH assure à la personne handicapée et à sa famille l'aide nécessaire à la formulation de son projet de vie* » (CASF). La pluridisciplinarité apparaît alors comme une composante essentielle dans le fonctionnement des MDPH. Très concrètement, c'est le statut de groupement d'intérêt public (GIP) qui permet aux différents professionnels, salariés ou mis à disposition par une autre institution, de travailler ensemble au sein de la MDPH (Rayssiguier et al., 2018). Ce sont par ailleurs, les Conseils départementaux qui pilotent le dispositif MDPH (Baudot, 2013), le président du CD étant également président de la CDAPH et de la Commission exécutive (COMEX) chargée de définir la politique générale de la MDPH comme d'en assurer sa gestion. Finalement, nous constatons ici que les MDPH impliquent, de fait, plusieurs institutions. Il faut donc maintenant nous interroger sur leurs nouvelles missions dans le cadre de la Réponse accompagnée, et notamment le rôle d'« *assembleur* » qui leur est confié.

Nous venons de montrer que les MDPH, depuis leur création, portent comme ambition de répondre aux besoins des personnes dans le cadre de leur projet de vie, ce qui explique la constitution d'une équipe pluridisciplinaire. Cependant, dans un souci d'apporter une réponse à toutes les situations, la démarche Réponse accompagnée, confiée aux MDPH la mise en place du DOP. Cela se traduit par la création d'un nouveau droit pour les usagers : le PAG (CNSA, 2020). En effet, l'article 89 de la Loi de Modernisation de notre système de santé (2016) introduit la possibilité pour une personne en

situation de handicap de saisir la MDPH pour solliciter un accompagnement dans le cadre d'un PAG : « *Un plan d'accompagnement global est élaboré sur proposition de l'équipe pluridisciplinaire avec l'accord préalable de la personne concernée ou de son représentant légal : « 1° En cas d'indisponibilité ou d'inadaptation des réponses connues ; 2° En cas de complexité de la réponse à apporter, ou de risque ou de constat de rupture du parcours de la personne. » et « un plan d'accompagnement global est également proposé par l'équipe pluridisciplinaire quand la personne concernée ou son représentant légal en fait la demande. » (CASF). C'est-à-dire que la Réponse accompagnée, à travers la mise en place du DOP permet aux personnes dont l'orientation médico-sociale n'est pas effective de solliciter la MDPH afin d'obtenir un « *plan B* » (Drobi, 2019). Ainsi, l'une des nouvelles missions confiées à la MDPH va être de traiter cette sollicitation de PAG. Soit en allant effectivement jusqu'à la rédaction d'un PAG, soit en proposant une solution alternative d'accompagnement qui ne nécessiterait pas la rédaction d'un PAG (CNSA, 2020). En effet, la plupart des entretiens que nous avons mené ou échanges auxquels nous avons participé révèlent que de nombreuses situations font l'objet d'un accompagnement dans le cadre de la Réponse accompagnée, sans pour autant faire l'objet d'un PAG.*

Nous reviendrons par la suite sur le contenu du PAG et la manière dont il est construit, mais ce que nous voulons interroger ici est l'entrée des personnes en situation de handicap dans le DOP. Il ne semble en effet, ne pas y avoir de critères partagés à l'échelle nationale sur l'entrée effective dans le DOP. Par exemple, dans certains départements, l'entrée dans le dispositif se fait dès que la MDPH reçoit une sollicitation pour un PAG, quand pour d'autres l'entrée est effective dès qu'une instance interne à la MDPH (EP, équipe de pré-évaluation, table ronde etc.) considère que la situation ne trouvera pas de solution en dehors de la Réponse accompagnée. De plus, le rapport de capitalisation rédigé par la CNSA sur la démarche en 2020 précise bien que « *La démarche « réponse accompagnée » aura réussi quand on n'aura plus besoin d'élaborer des PAG pour offrir un accompagnement répondant aux besoins des personnes »*, complété par plusieurs témoignages de professionnels (à la CNSA, comme en MDPH) qui considèrent que le PAG est « *un outil comme un autre* ». Ainsi, nous découvrons ici, que la « *puissance* » (terme évoqué à l'occasion de plusieurs échanges avec des professionnels de la CNSA) de l'outil PAG ne réside pas seulement dans ce qu'il permet d'apporter en termes de solution lorsqu'il est mobilisé (nous y reviendrons dans la partie 1.2) mais bien dans sa capacité à faire travailler les professionnels dans une dynamique de démarche, soit en changeant leurs pratiques de travail. Finalement, dans la construction d'une réponse, la sollicitation de PAG permet aux personnes sans solution d'accompagnement de se manifester auprès de la MDPH, laquelle a l'obligation légale d'engager une recherche de solution avec ses partenaires, que celle-ci passe par la signature d'un PAG ou non.

Nous savons donc à présent, que les MDPH se sont historiquement construites sur de la pluridisciplinarité et qu'à travers le DOP, « *l'outil opérationnel* » de la Réponse accompagnée (Dupont, 2018), les MDPH sont dans l'obligation d'apporter une réponse d'accompagnement à des personnes sans solution. De plus, nous savons que l'accompagnement des situations complexes mobilisent « *une pluralité d'intervenants et de structures* » ce qui nécessite un important travail de coordination (Dumont, 2020). Le rôle d'assembleur de la MDPH, conféré par la Réponse accompagnée consiste alors à mobiliser les partenaires dans la recherche et la construction de solution, comme cela a été évoqué lors d'un entretien avec une professionnelle de la CNSA : « *Avant la MDPH était dans une position un peu de « je notifie », « je décrète que vous êtes orienté dans cet établissement » sans forcément se soucier de « est-ce que y'a de la place ? ». C'est de dire « vous votre besoin c'est ça, donc je vous notifie la réponse à votre besoin ». Avec ce positionnement d'assembleur, qui est de créer de la confiance avec les partenaires, la Réponse accompagnée invite à s'interroger finalement sur « est-ce que l'orientation prononcée va pouvoir se mettre en œuvre ou pas ? ». Et donc si on prononce une orientation et qu'on sait pertinemment qu'elle ne va pas se mettre en œuvre, il faut quand même construire autre chose. C'est une sorte de basculement pour essayer d'anticiper les situations de rupture, plus que de les colmater après. ».* Cela rejoint également des échanges que nous avons suivi avec des professionnels du Secrétariat général du Comité Interministériel du Handicap (SgCIH) qui évoquaient le rôle de « *garant* » de la MDPH vis-à-vis des situations accompagnées où il s'agissait d'une part d'interroger la possibilité de la réponse et de s'assurer de l'effectivité de solution apportée. Ainsi, les MDPH, se trouvent, au travers la démarche Réponse accompagnée, dans une fonction de mobilisation des partenaires du territoire dans la construction de réponses.

1.1.2 Les GOS, un outil de la Réponse accompagnée pour la collecte des besoins des personnes

Nous venons de montrer que les MDPH agissaient au sein de la Réponse accompagnée comme garant des solutions d'accompagnement proposées. Cela passe notamment par une mobilisation des partenaires dans le but de construire des réponses d'accompagnement « *plus légères mais sécurisantes* » (Drobi, 2019) répondant aux besoins des personnes. Ainsi, la Réponse accompagnée propose la mise en place de groupes opérationnels de synthèse.

De prime abord, il convient de revenir sur la place des personnes au sein des politiques sociales et médico-sociales. C'est la loi du 2 janvier 2002, de rénovation de l'action sociales et médico-sociale

qui reconnaît l'individu comme « *acteur de la définition de sa propre prise en charge* », son « *consentement éclairé* » devant ainsi « *systématiquement être recherché* » (CASF). L'article 7 de la loi impose également « *la participation directe [de la personne] ou avec l'aide de son représentant légal à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui la concerne.* » (CASF). En ce sens, comme nous l'avons déjà évoqué, la Réponse accompagnée invite à dépasser le cadre médico-social, en considérant qu'un ESMS seul n'est pas en mesure d'accompagner convenablement les personnes en situations de handicap (Dupont, 2018). De plus, le rapport Piveteau considère qu'il « *il faut beaucoup progresser sur les conditions de participation des personnes en situation de handicap et de leurs représentants* » (Piveteau et al., 2014). Ainsi, la participation des personnes « *à tout ce qui les concerne* » apparaît comme « *indispensable* » là où il s'agit de renforcer leur « *pouvoir d'agir* » (Drobi, 2019). Cela répond à plusieurs objectifs : « *concevoir de nouvelles réponses d'accompagnement qui seraient à la fois pertinentes et acceptables pour leurs usagers potentiel* » ; « *donner aux personnes la confiance nécessaire pour aller vers des projets de vie plus inclusif* » ; « *outiller les professionnels dans l'accompagnement de ces projet* » (Drobi, 2019).

Outre le fait de garantir la participation des personnes à la gouvernance de la démarche, il est « *impératif* » de partir de leurs attentes et de leurs ressources pour la construction de leur accompagnement (Drobi, 2019). C'est le sens des groupes opérationnels de synthèse. En effet, dès la réception d'une demande de PAG, la Réponse accompagnée prévoit la désignation d'un référent d'élaboration du PAG au sein de la MDPH. Il est chargé d'organiser un ou plusieurs GOS associant la personne et/ou ses représentants et les professionnels susceptibles d'apporter une réponse (notamment les professionnels connaissant déjà la personne) dans le cadre de la mise en œuvre d'une solution d'accompagnement, il s'agit alors d'un GOS dit de niveau 1. Il est également possible d'y associer les autorités de contrôle et de tarification, auquel cas nous nous situons dans un GOS dit de niveau 2 (CNSA, 2020). L'objectif de cette ou de ces réunions est donc bien, comme évoqué lors d'un entretien avec la chargée de mission Orientation et parcours de la CNSA, de rassembler « *autour de la table* » la personne et les professionnels pour identifier « *collectivement avec l'ensemble des partenaires qui connaissent la personne et la personne elle-même [...] les besoins de la personne et quelles sont ses capacités, ses potentialités, sur quoi elle va pouvoir s'appuyer* », avant de poursuivre : « *on donne une vraie place à la personne pour qu'elle exprime elle-même ses besoins, ses attentes et construire avec elle les réponses qui lui conviennent. Ça c'est vraiment une force, on ne voit pas les choses de la même manière si les personnes sont là.* ». En effet, il convient de préciser ici que la présence des personnes est obligatoire en GOS (sauf s'ils décident de ne pas y participer), ainsi que celles des opérateurs qui reçoivent une convocation émise par le directeur de la MDPH (CNSA, 2020).

Finalement, les GOS, qu'il soient de niveau 1 ou de niveau 2, semblent correspondre à un réseau professionnel formel tel que défini par Régis Dumont : « *une organisation transversale en interface avec les organisations d'un même système d'actions qui rassemble des professionnels désignés, par délégation de leurs structures d'appartenance respectives, pour élaborer, expérimenter les modalités de mise en œuvre d'un projet commun, d'une coopération à inventer en application d'une loi nouvellement entrée en vigueur et impliquant différentes structures, de pratiques nouvelles, d'outils, de procédures, en réponse à une problématique commune* » (Dumont, 2020).

Nous venons donc de montrer que les GOS sont un outil de la Réponse accompagnée permettant de rassembler la personne et/ou ses représentants et les professionnels du territoire dans le but de construire une réponse d'accompagnement. Nous devons alors comprendre comment se mettent en place ces GOS. Premièrement, le référent d'élaboration du PAG, qui organise les GOS, est chargé de recueillir des informations sur la situation auprès des partenaires, de l'EP de la MDPH (les situations accompagnées dans le cadre de la Réponse accompagnée, étant souvent déjà connues) et des personnes elles-mêmes (CNSA, 2020). Deuxièmement, dans la plupart des échanges que nous avons eus avec des chargés de mission en MDPH, nous constatons un important travail en amont de la réunion. En effet, il s'agit bien souvent de « *rassurer* » la famille, une telle réunion étant parfois « *très angoissante* ». Une autre chargée de mission Réponse accompagnée, infirmière de formation, avec qui nous avons échangé parle même de « *préparation psychologique* » avec un travail à mener avec la personne et/ou sa famille, en amont, pendant et après la tenue du GOS : « *Je leur dit bien « à un moment donné ça va être compliqué, parce que vous allez voir, on ne va pas, ça ne va pas être miraculeux, on ne va pas avoir tout de suite les partenaires qui vont dire, là moi tout de suite je prends, je prends , ça va être douloureux. Si à un moment donné vous avez besoin de sortir, d'aller fumer une cigarette », on le voit là les parents ils ont besoin de sortir, « et ben écoutez, y'a pas de problème, moi je vous accompagne, on fait une pause, on boit un café et on y retourne ». Donc moi voilà je leur explique un peu comment ça va se passer. Et au moment du GOS je leur demande d'arriver un quart d'heure en avance, j'accueille les personnes, je leur offre un café, j'essaye de les installer, de voir en fonction de comment je les place aussi dans la salle, [...] j'essaye de les mettre parmi tout le monde, et puis de les entourer, [...] de montrer qu'ils sont avec nous, au même titre qu'un partenaire institutionnel de façon à vraiment les installer. [...] Et en sortant, je reprends un temps avec les parents pour essayer d'expliquer la suite, pour qu'ils repartent et qu'ils aient l'impression qu'il s'est passé quelque chose pendant cette instance. »* Il s'agit donc bien de s'adapter et d'accompagner les personnes au cours de cette instance. Nous pouvons également l'illustrer à partir des données collectées lors d'un groupe de travail sur les GOS ayant été organisés pendant le confinement. La nouveauté était donc d'organiser

cette instance, parfois en distanciel parfois en présentiel, selon les préférences des personnes. Là encore, les chargés de missions ayant pris la parole lors de ce groupe de travail évoquent tous « *un important travail en amont* » (plus important que lors du fonctionnement habituel). Par exemple, dans ce département du centre de la France, la chargée de mission Réponse accompagnée de la MDPH précise les différentes modalités d'organisation des GOS pendant cette période : « *Les usagers qui avaient une adresse mail ont pu participer par connexion internet sans que cela nécessite l'installation d'un logiciel. Et puis, pour les personnes sans possibilité de visioconférence, je leur ai transmis un numéro de téléphone.* » avant de préciser qu'elle a appelé les familles en amont pour expliquer la manipulation et ainsi tous les usagers sont pu participer aux GOS. Nous constatons donc bien ici la nécessaire adaptation aux personnes pour s'assurer d'une bonne tenue de cette instance.

Nous venons de montrer que les GOS sont un outil apporté par la Réponse accompagnée pour permettre de mieux collecter les besoins des personnes, avec un important de travail à mener pour garantir les conditions de leur participation aux réunions. La Réponse accompagnée, propose, toujours selon l'objectif de « *progresser sur les conditions de participation des personnes en situation de handicap et de leurs représentants* » (Piveteau et al., 2014), de développer la participation et l'accompagnement par les pairs à travers son Axe 3 (CNSA, 2020). En effet, dans le cadre des transformations qu'ambitionne la Réponse accompagner, le développement de la pair-aidance permet d'agir à plusieurs niveaux : premièrement, en « *facilitant l'expression de la parole de la personne* » ; deuxièmement, « *en encourageant ses projets à travers le partage de leur propre expérience* » ; et troisièmement, « *en facilitant le dialogue entre la personne et l'équipe de professionnels afin de lever d'éventuels blocages et faire émerger les conditions de réussite du projet d'accompagnement ou de soin* » (Drobi, 2019). L'analyse des réponses à l'enquête montre que 62% des MDPH (parmi celles ayant répondu à cette question) n'ont pas associé de pairs aux GOS au deuxième trimestre de l'année 2020, quand elles sont 22% à le faire ponctuellement, 11% à le faire systématiquement et 5% a affirmé le faire souvent. S'il est vrai que la majorité des MDPH ne semblent donc pas avoir associé de pairs lors des GOS, nous constatons néanmoins plusieurs actions menées dans les territoires visant à renforcer le développement de la pair-aidance. A partir de nos échanges avec les chargés de mission, nous constatons que ces actions portent notamment sur l'organisation de journées ou de séminaires sur la pair-aidance. Le but étant bien de clarifier la notion auprès des professionnels comme de les sensibiliser aux dynamiques d'accompagnement par les pairs. Ainsi, nous observons que cela abouti à l'identification de dynamiques de pair-aidance sur le territoire voire à la construction de projet de formation, tout en renforçant le travail en réseau entre les professionnels. Il est vrai que les initiatives repérées s'inscrivent dans le cadre d'un travail

de capitalisation des retours d'expérience sur la démarche, elles ne permettent donc pas d'accéder à une vision unifiée pour l'ensemble du territoire, mais traduisent tout de même, en lien avec les résultats de l'enquête, une dynamique qui en est encore à ses débuts. Pour l'un des départements les plus avancés sur l'axe 3 de la Réponse accompagnée, un état des lieux sur le développement de la pair-aidance dans le département a conduit, d'une part, à l'objectivation des initiatives liées à la participation des usagers dans les lieux d'élaboration des décisions, et d'autre part, à la valorisation de l'expertise d'usage dans les ESSMS ou les associations. Cela a notamment permis aux pair-aidants ainsi identifiés de s'approprier la démarche Réponse accompagnée et de s'entendre sur un cadre de référence de leurs missions, comme sur le développement de compétences de pair-accompagnement. Nous constatons donc que ces différentes actions semblent en cohérentes avec les recommandations du rapport de capitalisation de la démarche Réponse accompagnée en s'inscrivant dans « *une véritable réflexion pour dynamiser la participation des personnes et de leurs proches en mobilisant tous les leviers disponibles dans une approche structurée et inscrite dans le moyen terme* » (CNSA, 2020).

Nous venons de montrer que la Réponse accompagnée confiait aux MDPH un rôle d'assembleur dans l'accompagnement des situations de handicap complexe. Cette mission porte d'une part, sur la collecte des besoins des personnes et sur la mobilisation des partenaires dans le but de construire des solutions d'accompagnement qui répondent au mieux aux attentes des individus. Ainsi, nous avons vu que le dispositif d'orientation permanente permettait de formaliser ce nouveau rôle par la mise en place de deux outils principaux : les GOS et les PAG.

1.2 S'engager dans la construction des réponses, un nouveau rôle pour les ESSMS

A présent, nous devons nous interroger sur les outils disponibles dans le cadre de la Réponse accompagnée pour permettre aux différents opérateurs de proposer des solutions d'accompagnement. En effet, nous avons montré que la réponse aux besoins des personnes mobilisait nécessairement plusieurs partenaires. C'est pourquoi dans un premier temps, nous nous intéresserons aux nouvelles missions confiées aux ESSMS dans le cadre de la démarche, en détaillant les différents outils d'ordre juridique et organisationnel qui permettent de rendre effective la construction de réponses pluri-partenariales, avant de revenir en détail sur le contenu des PAG et sur la manière dont ils permettent de formaliser l'engagement des partenaires dans la mise en œuvre d'une réponse d'accompagnement.

1.2.1 Les ESSMS, un acteur amené à participer à la construction de solutions d'accompagnement

La démarche Réponse accompagnée implique la participation des ESSMS dès la construction de la solution d'accompagnement. Ainsi, nous devons évoquer le rôle et la place de ces structures dans le champ médico-social comme interroger les outils qui permettent la mise en œuvre des réponses.

Tout d'abord, nous nous intéressons à la place des ESSMS dans le champ médico-social. La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale porte plusieurs principes. Premièrement, les droits des usagers y sont affirmés. Deuxièmement, les missions des ESSMS sont élargies afin de respecter la dignité des personnes et de « *garantir un accès équitable* » sur tout le territoire. Troisièmement, de nouvelles procédures de pilotage sont mises en œuvre comme le régime des autorisations et des mesures de contractualisation, de planification, de contrôle et d'évaluation. Quatrièmement, il s'agit d'améliorer la coordination entre les différents acteurs à travers notamment la mise en place de systèmes d'information (Rayssiguier et Huteau, 2018). Ainsi, elle porte plusieurs objectifs comme encourager les innovations et les expérimentations et favorise la responsabilisation des acteurs impliqués (Rayssiguier et Huteau, 2018). C'est ainsi, que nous pouvons constater une diversification et une multiplication progressive des ESSMS à destination des personnes en situation de handicap qui permettent de « *couvrir la plupart des situations de prise en charge* » (Bloch et Henaut, 2013). En effet, le travail mené par Yvette-Rose Rayssiguier et Gilles Huteau (2018) permet d'identifier la pluralité de structures médico-sociales :

« Selon la nomenclature établie par le CASF (art L.312-1, I) sont considérés comme des [ESSMS] [...] :

- *Les établissements ou services prenant en charge habituellement, y compris au titre de la prévention, des mineurs et des majeurs de moins de 21 ans relevant du service de l'aide sociale à l'enfance*
- *Les établissements ou services d'enseignement qui assurent, à titre principal, une éducation adaptée et un accompagnement social ou médico-social aux mineurs ou jeunes adultes handicapés ou présentant des difficultés d'adaptation*
- *Les centres d'action médico-sociale précoce*
- *Les établissements ou services mettant en œuvre les mesures éducatives ordonnées par l'autorité judiciaire ou les mesures d'investigation préalables aux mesures d'assistance éducative*

- *Les établissements ou services soit d'aide par le travail, soit de réadaptation, pré orientation et rééducation professionnelle*
- *Les établissements et services qui accueillent des personnes âgées ou leur apporte à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale*
- *Les établissements et services, y compris les foyers d'accueil médicalisés, qui accueillent des personnes adultes handicapées, quel que soit leur degré de handicap ou leur âge, ou des personnes atteintes de pathologies chroniques, leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale ou bien leur assurent un accompagnement médico-social en milieu ouvert*
- *Les établissements ou services, comportant ou non un hébergement, qui assurent l'accueil, notamment dans les situations d'urgences, le soutien ou l'accompagnement social, l'adaptation à la vie active ou l'insertion sociale et professionnelle des personnes ou des familles en difficulté ou en situation de détresse*
- *Les établissements ou services qui assurent l'accueil et l'accompagnement de personnes confrontées à des difficultés spécifiques en vue de favoriser l'adaptation à la vie active et l'aide à l'insertion sociale et professionnelle ou d'assurer des prestations de soins et de suivi médical*
- *Les foyers de jeunes travailleurs*
- *Les établissements et services, dénommés, selon les cas, centres de ressources, centres d'information et de coordination ou centres prestataires de services de proximité, et destinés à mettre en œuvre des actions de dépistage, d'aide, de soutien, de formation ou d'information, de conseil, d'expertise ou de coordination au bénéfice d'usagers, ou d'autres établissements et services*
- *Les établissements ou services à caractère expérimental*
- *Les centres d'accueil pour demandeurs d'asile*
- *Les services mettant en œuvre les mesures de protection des majeurs ordonnés par l'autorité judiciaire*
- *Les services mettant en œuvre les mesures d'aide à la gestion du budget familial » (Rayssiguier et Huteau, 2018).*

Finalement, nous constatons bien ici la pluralité des ESSMS pouvant potentiellement accompagner les personnes en situation de handicap. Ces structures étant parfois davantage médicales, davantage sociales, voire destinées à l'accompagnement de situations complexes ou plus « standard » (Loubat et al., 2016). De plus, les modes de prises en charge ont progressivement évolué depuis 2002, permettant notamment le développement d'accueils temporaires, séquentiels, à domicile etc. ; sans oublier la possibilité de création de structures expérimentales renforcée par la loi de modernisation de notre système de santé (2016) (Rayssiguier et Huteau, 2018).

Ensuite, nous venons de montrer que les ESSMS accompagnant les personnes en situation de handicap sont nombreux et variés. Alors, tout l'enjeu de la Réponse accompagnée est de parvenir à associer un ensemble de structures et de professionnels dans le but de répondre aux besoins des personnes, comme le résume une chargée de mission de la CNSA lors d'un entretien : « *Dans les situations les plus complexes, on n'a pas qu'un seul interlocuteur qui puisse répondre aux besoins. Alors, on a besoin d'être tous ensemble autour de la table pour que chacun amène un petit bout de la réponse* ».

Dans la plupart des cas l'ensemble des professionnels se réunissent au sein des GOS dans le but de construire des solutions d'accompagnement, idéalement souples modulables pour mieux répondre aux besoins des personnes. L'une des difficultés à laquelle sont alors confrontés les référents d'élaboration du PAG ou les chargés de mission Réponse accompagnée est de parvenir à mobiliser ces différentes structures au sein de la démarche. En effet, comme évoqué par une chargée de mission Réponse accompagnée lors d'un entretien « *personne n'apprécie de se faire convoquer en GOS* » en évoquant le travail à mener dans l'accompagnement des situations complexes avec le service de protection de l'enfance du Conseil départemental. Nous détaillerons dans la seconde partie de cet écrit, la manière dont s'organise les partenariats au niveau local, néanmoins force est de constater que de nombreux échanges que nous avons pu avoir, comme les données quantitatives (de l'enquête Réponse accompagnée et du questionnaire diffusé dans le cadre du groupe de travail sur l'évolution de l'enquête) pointent que certains partenaires sont difficiles à mobiliser. C'est notamment le cas pour le secteur sanitaire et pour la psychiatrie : « *Les relations avec la psychiatrie sont déplorables* » évoque cette chargée de mission Réponse accompagnée en MDPH, avant de poursuivre sur l'enjeu de « *faire en sorte qu'ils [les ESSMS] comprennent que la situation est compliquée et qu'ils doivent nous aider* ».

Nous constatons que bien que la Réponse accompagnée positionne les MDPH comme « *assembleur* » autour des situations complexes, des difficultés dans la mobilisation des partenaires subsistent. De plus, l'article 89 de la loi de modernisation de notre système de santé (2016) confie bien à la MDPH la possibilité de solliciter « *le concours des établissements ou services* » (CASF) et cette « *convocation en GOS* » est qualifiée d'« *obligatoire* » par plusieurs professionnels impliqués dans la Réponse accompagnée, à l'instar de cette chargée de mission en MDPH : « *Je constate que quand les acteurs sont convoqués ils viennent. Parfois les établissements jouent le jeu de la « chaise vide » alors je fais un rappel à la loi : « c'est une convocation GOS, ils n'ont pas le choix ». Il y a des échanges par mails assez tendus parfois et quand il y a des instances de régulation et d'échange, un listing est fait et partagé avec les partenaires ARS et CD [...] Dans le cadre de la Réponse Accompagnée Pour Tous on [la MDPH] a ce rôle d'observatoire, et moi de façon tout à fait*

Victor Bodénès - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

transparente, je renvoie aux institutionnels : [...] « voilà ceux qui jouent le jeu et ceux qu'on ne voit jamais » ». Ainsi, nous constatons qu'un certain rapport de force peut se mettre en place entre la MDPH et les ESSMS.

Enfin, nous avons montré que les ESSMS avait un rôle essentiel dans la construction de solutions d'accompagnement. Néanmoins, les MDPH disposent finalement de peu de leviers pour les mobiliser (outre leur rôle d'« assembleur » confié par la démarche Réponse accompagnée). Alors, la mise en œuvre de la démarche prévoit d'autres outils pour permettre aux ESSMS, à la fois de se mobiliser dans la démarche et aussi de proposer des solutions d'accompagnement. Ces leviers sont à la main des autorités de contrôle et de tarification que sont les ARS et les CD.

Premièrement, l'ordonnance du 1^{er} décembre 2005 (art. L.313-11 du CASF) introduit la signature de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) (Rayssiguier et Huteau, 2018) et l'article 75 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) de 2016 les généralise à l'ensemble des ESMS accompagnant les personnes en situation de handicap (CNSA, 2020). Les CPOM sont identifiés dans le cadre de la démarche Réponse accompagnée comme un levier pour formaliser la mobilisation des ESSMS (CNSA, 2020). En effet, il s'agit d'y faire figurer plusieurs engagements visant à « *favoriser la collaboration des ESMS avec les acteurs de proximité du territoire* » (dont la MDPH), à « *s'assurer de la participation des ESMS à la mise en œuvre du [DOP]* » ou encore à « *favoriser la participation des ESMS de l'évolution de l'offre de service sur le territoire, via notamment leur participation à la mise en œuvre d'une offre modulaire* » (CNSA, 2020). Ainsi, selon les données de la CNSA, 94% des territoire ont intégré des objectifs « Réponse accompagnée » au sein de leurs CPOM en 2018, dont les trois quarts ont décliné ces objectifs dans les CPOM des établissements de compétence ARS et ceux de compétence CD (CNSA, 2020).

Deuxièmement, un autre outil permettant un changement dans les pratiques professionnelles dans le but de favoriser la construction de solutions d'accompagnement souples et modulables concerne les pratiques d'admission. En effet, cela illustre le passage d'une logique de « *place* » à une logique de « *parcours* » où les politiques d'admission des établissements « *doivent s'adapter pour permettre plus de souplesse dans les publics accueillis* » (CNSA, 2020). Nous constatons alors que dans la plupart des départements un travail est engagé ou prévu et peut porter sur la conception d'un dossier unique d'admission, la définition de critères harmonisés de gestion de listes d'attente ou le déploiement d'un dispositif coordonné de gestion des admissions (CNSA, 2020). Par exemple, lors d'un entretien réalisé avec une chargée de mission Réponse accompagnée dans une MDPH de l'ouest de la France, ont été évoqués la mise en place de critères de priorisation des admissions. En effet, chaque directeur étant « *compétent* » pour décider de l'admission d'une personne, la MDPH n'était pas en mesure d'imposer une admission : « *Beaucoup directeurs me disaient « Moi je veux*

bien accueillir le petit là, mais si l'ARS me donne un budget complémentaire ». Donc en fait c'est devenu un « jeu » [...] de réclamer du budget à l'ARS pour accueillir un enfant. ». Alors, face à ces situations de blocage et pour éviter que des personnes ne restent « bloqués » sur des listes d'attente jusqu'au dépassement des conditions d'admission, des critères de priorisation ont été co-construits et validés par les directeurs d'ESMS.

Troisièmement, dans le cadre du DOP plusieurs départements ont mis en place un « *cadre de dérogation* », l'objectif est de garantir davantage de fluidité dans la construction de solutions d'accompagnement. Ainsi, à la suite d'un travail commun avec les autorités de financement (ARS et/ou CD) il s'agit de s'entendre sur de dérogations à l'autorisation (en permettant à des ESMS réunis dans le cadre d'un GOS de proposer des modalités d'accueil spécifiques – sureffectif sans financement, accueil sur places laissées vacantes, accueil inter-établissement etc.) ou sur des dérogations sur la prise charge financière (développer un accompagnement renforcé par exemple) (CNSA, 2020).

Nous venons de montrer que les ESSMS se voyaient confier un nouveau rôle dans l'accompagnement des personnes en situation de handicap, la démarche Réponse accompagnée prévoyant un certain nombre d'outils devant permettre leur mobilisation dès la construction de la solution d'accompagnement. Ainsi, les acteurs susceptibles d'apporter une « partie » de la réponse sont la plupart du temps convoqués en GOS, lesquels aboutissent à la rédaction d'un PAG.

1.2.2 Les PAG : un outil contractuel pour engager les partenaires dans la construction de solutions d'accompagnement

A présent, nous devons nous intéresser aux PAG et aux engagements qu'ils contiennent. C'est pourquoi nous allons revenir dans un premier temps sur le contenu de ces plans d'accompagnement global avant d'analyser la manière dont ils permettent de mettre en pratique la « solidarité d'engagement » (Drobi, 2019).

Tout d'abord, nous devons revenir sur le « circuit » d'élaboration des PAG. Pour rappel, les personnes en situations de handicap peuvent solliciter la MDPH dans le cadre du PPC pour demander un PAG « *en cas d'indisponibilité ou d'inadaptation des réponses connues* » et « *en cas de complexité de la réponse à apporter, ou de risque ou de constat de rupture du parcours* » (Art. L. 114-1-1, CASF). Ainsi, le rôle d' « assembleur » confié à la MDPH dans le cadre de la Réponse accompagnée l'implique dans le traitement de la sollicitation. La sollicitation est donc traitée,

différemment selon les organisations internes, et est proposé à la personne d'organiser un GOS en vue de la rédaction du PAG ou une autre solution d'accompagnement si la situation ne nécessite pas l'organisation d'un GOS. En effet, comme le souligne une chargée de mission de la CNSA « *la personne demande un PAG pour avoir une réponse à son besoin, pas pour avoir un PAG. Donc si on peut avoir une réponse satisfaisante sans aller jusqu'à un PAG et que la personne est d'accord, on y va.* ». Cependant, dès lors qu'un GOS est décidé, un référent d'élaboration du PAG est désigné au sein de la MDPH, et, conformément, au rôle d'« assembleur » confié à la MDPH, il est chargé de collecter les besoins de la personne et de mobiliser les partenaires susceptibles d'apporter une solution d'accompagnement (CNSA, 2020). Les objectifs des GOS sont donc bien de rédiger le PAG. Lequel peut se définir comme « *un cadre de coresponsabilité pour sécuriser les parcours* » (Drobi, 2019). C'est-à-dire qu'il doit être en mesure de poser les conditions d'un accompagnement partenarial en respectant plusieurs exigences : 1/ Les MDPH comme « assembleur » chargé d'animer la construction plurinstitutionnelle de la réponse ; 2/ Toutes les parties prenantes doivent participer à l'élaboration des PAG ; 3/ Le PAG décrit des modalités précises et opérationnelles d'intervention des différents partenaires ; 4/ Le PAG est un outil contractuel engageant les partenaires ; 5/ Un coordonnateur de parcours est désigné pour mettre en œuvre le PAG en lien avec le référent désigné au sein de la MDPH ; 6/ Les PAG sont révisés tous les ans (Drobi, 2019).

Ensuite, après avoir identifié ces éléments formels et législatifs, nous devons entrer dans le contenu très précis des PAG. En effet, à partir des différents modèles de PAG transmis par les MDPH, le rapport de capitalisation de la démarche Réponse accompagnée publié par la CNSA en 2017 (mis à jour en 2020) permet d'identifier plusieurs éléments indispensables dans un PAG : 1/ L'acteur qui a formulé la demande de PAG (personne, partenaire, EP de la MDPH etc.) ; 2/ La description de la situation (dont l'orientation CDAPH et les droits ouverts) ; 3/ Le contexte de la mise en place du PAG (notamment l'historique des accompagnements, les démarches abouties et non abouties ainsi que les motifs de non réalisation et les besoins identifiés) ; 4/ Les engagements des opérateurs du PAG (en précisant les dates de l'accompagnement et les prérequis comme le matériel et si un recrutement est nécessaire) ; 5/ Les modalités de suivi du PAG (nom du coordonnateur de parcours) ; 6/ Annexes (Article 89 de la loi du 26 janvier 2016, nomenclature de description des besoins et prestations, emploi du temps hebdomadaire des intervenants et interventions) (CNSA, 2020). De plus, une rapide analyse des modèles de PAG utilisés dans différentes MDPH et publiés sur l'extranet de la CNSA permet effectivement de constater que ces 6 éléments y figurent systématiquement. Néanmoins, cette homogénéité dans les modèles de PAG peut aussi s'expliquer par le fait que l'extranet de la CNSA a pour but de diffuser des « bonnes pratiques » auprès des chargés de mission Réponse accompagnée des MDPH, nous pouvons alors émettre sérieusement

l'hypothèse que n'y figurent que les modèles valorisés dans le cadre de la démarche. Une analyse plus poussée aurait en effet pu permettre de mieux saisir l'appropriation de l'outil par les professionnels. En effet, lors d'un entretien avec un médecin de la CNSA, nous nous rendons compte que dans certains cas, bien que le modèle de PAG utilisé soit similaire à ceux publiés sur l'extranet, le contenu manque d'opérationnalité. Ainsi deux éléments semblent capitaux à prendre en compte dans la rédaction des PAG : une identification des besoins de la personne qui sont « *centraux dans la construction de réponses* » et que les partenaires formulent des engagements où « *chacun parle de ce qu'il peut apporter* ».

Enfin, nous avons montré que le PAG est un outil contractuel où sont précisément décrites les interventions de chaque partenaire dans le but de répondre aux besoins des personnes. Ainsi, cela participe à favoriser la co-responsabilité entre les acteurs. Premièrement, parce qu'il s'agit de partir des besoins des personnes en s'appuyant sur le principe d'autodétermination. C'est-à-dire que les usagers définissent leur projet, les ressources qu'ils peuvent mobiliser et les soutiens dont ils ont besoin, soit une « *approche active de la solidarité qui réaffirme le rôle des personnes accompagnées* » (Drobi, 2019). Deuxièmement, parce qu'il y a une obligation des résultats d'apporter des réponses à toutes les situations qui impose des réponses pluri-institutionnelles et de « *sécuriser le caractère partenarial de la réponse* » (Drobi, 2019). Troisièmement, comme nous l'évoquions précédemment, chaque acteur impliqué est doté d'outils favorisant cette construction partenariale des réponses. Ainsi, la démarche Réponse accompagnée permet d'impliquer l'ensemble des acteurs dans la construction de solutions d'accompagnement dans la perspective de mieux répondre aux besoins. La démarche permet ainsi de « *sortir du cadre* » (CNSA, 2020) et de « *s'autoriser à tout imaginer* » comme le résume une chargée de mission Réponse accompagnée lors d'un entretien : « *Ce qui est vraiment chouette c'est de pouvoir s'autoriser à tout imaginer [...] on se met aucune barrière, « Qu'est-ce qu'il faudrait faire sur cette situation pour qu'elle avance ? » « Il faudrait faire ça mais on n'a pas telle orientation » [...] on élimine tous les freins [...] on se libère de toutes les contraintes administratives* ». De plus, un médecin de la CNSA, parle de « *fabriquer la co-responsabilité* », en considérant notamment que les GOS ou le PAG agissent comme des « *filets de sécurité* » pour construire la confiance entre les partenaires. Ainsi, dès lors, que les partenaires sauront qu'ils peuvent se faire confiance sur les engagements qu'ils prennent, il n'y aura plus de raison de formaliser un PAG. C'est une configuration que nous trouvons dans certains départements et que nous évoquerons en deuxième partie.

Nous venons de montrer que la Réponse accompagnée développe des outils pour favoriser la construction de réponses et permettre de « *sortir du cadre* » de ce qui se faisait habituellement dans le secteur médico-social. Mais la démarche porte aussi comme ambition de prévenir les ruptures de parcours, ce qui doit passer par une transformation de l'offre d'accompagnement des personnes en situation de handicap.

1.3 Impulser la transformation de l'offre d'accompagnement médico-social, un rôle confié aux ARS

Comme déjà évoqué à plusieurs reprises, la démarche Réponse accompagnée porte un double objectif : celui d'apporter des solutions d'accompagnement souples et modulables aux personnes sans solution et de prévenir les ruptures de parcours. Nous avons vu précédemment les outils mis en œuvre pour construire de réponses d'accompagnement et comment cela redéfinissait le rôle des acteurs des politiques du handicap. Néanmoins, parvenir à prévenir les ruptures de parcours suppose de faire évoluer l'offre d'accompagnement, c'est également un rôle confié aux ARS et qui dépasse les objectifs de la Réponse accompagnée. Dans un premier temps nous nous intéressons à la manière dont le plan d'action met en évidence des besoins non couverts sur le territoire, avant de nous intéresser à la transformation de l'offre et à son inscription dans un cadre national.

1.3.1 La Réponse accompagnée permet l'identification de besoins non couverts sur le territoire

La démarche Réponse accompagnée en développant des outils pour fédérer l'ensemble des acteurs impliqués dans les politiques du handicap autour de l'accompagnement de situations complexes contribue à identifier des besoins non couverts sur le territoire. Nous allons donc nous intéresser au rôle des ARS dans ce cadre.

Tout d'abord, nous proposons de revenir sur la mobilisation des ARS dans la démarche et particulièrement au sein du DOP. En effet, les ARS, souvent par le biais de leurs délégations départementales (DDARS), sont conviées par les MDPH en GOS, alors dit de niveau 2 (CNSA, 2020). Le plus souvent la participation de l'ARS (ou de la DDARS) à la résolution d'une situation passe par la mobilisation d'une dérogation ou l'octroi de crédits non reconductibles (CNR), comme l'explique

cette chargée de mission Réponse accompagnée en MDPH : « *Aujourd'hui les ARS travaillent avec les CNR, sauf qu'on se rend bien compte que les CNR sont un engagement de principe puisqu'ils ne sont pas à la main des ARS* ». Ainsi, nous constatons que cette manière de procéder ne semble pas optimale, les DDARS présentes en GOS n'étant donc pas toujours en mesure d'accorder des CNR. De même, une autre chargée de mission Réponse accompagnée dans une autre MDPH estime que « *les CNR sont de moins en moins la réponse adaptée parce que suivant la situation et si on a des situations très complexes, le problème n'est pas forcément d'avoir une place en établissement, mais que la personne puisse être accompagnée par des professionnels formés pour la prendre en charge* ». C'est pourquoi, nous commençons ici à identifier des enjeux qui dépassent la construction d'une solution d'accompagnement pour une situation individuelle. En effet, l'intérêt d'un GOS, même si c'est relativement limité pour certains professionnels, est aussi de permettre aux autorités de contrôle et de tarification d'identifier des besoins non couverts sur le territoire. C'est ce qu'évoque une professionnelle de la CNSA : « *Quand on est en GOS 2, on se met autour d'une situation individuelle qui est révélatrice d'un besoin non couvert sur le territoire. Alors il y a un intérêt à bien connaître et à bien identifier les personnes pour lesquelles on sait que les besoins ne sont pas couverts. L'idée est que ça fasse des données à l'ARS pour agir sur la transformation de l'offre* », avant de poursuivre : « *ces situations aident à identifier les besoins et les réponses. Cette manière de travailler en GOS invite aussi à la créativité et à parfois imaginer des réponses auxquelles on n'aurait pas pensé. L'intérêt d'avoir l'ARS ou le CD en GOS c'est aussi de faire un constat partagé de quels sont les besoins non couverts sur le territoire et quelles sont les ressources du territoire* ». Au-delà des ces enjeux locaux, un échange avec une professionnelle de la CNSA démontre tout l'enjeu de capitaliser sur ces différentes expérimentations, faisant preuve d'une certaine « *créativité* » et qui participent à la transformation de l'offre.

Ensuite, nous avons vu que la présence des ARS en GOS (de niveau 2) permettait d'identifier des besoins non couverts sur le territoire. Cependant, ces constats partent souvent de situations individuelles. Alors, l'analyse du questionnaire diffusé auprès des chargés de mission Réponse accompagnée dans le cadre des travaux sur l'évolution de l'enquête trimestrielle menée par la CNSA, permet de voir que les MDPH sont plutôt volontaires pour partager avec les ARS les données dont elles disposent dans une perspective d'évolution de l'offre. En effet, à l'occasion d'échanges avec les MDPH, certains chargés de missions évoquent même une « *expertise* » de la MDPH vis-à-vis des besoins non couverts. Ainsi, l'analyse du questionnaire révèlent certaines données que pourraient fournir les MDPH aux ARS dans cet objectif d'évolution de l'offre. Premièrement, certains chargés de mission en MDPH ayant répondu au questionnaire estiment que des indicateurs relatifs aux situations accompagnées seraient utiles aux ARS pour transformer l'offre comme le

nombre de situations sans solution d'accompagnement sur le territoire, le type de besoins non couverts ou les orientations cible non atteintes ou encore le secteur géographique. Deuxièmement, les répondants aux questionnaires estiment que des indicateurs relatifs aux accompagnements non mis en œuvre pourraient être utiles aux ARS, comme le nombre de situations sur liste d'attente ou encore le nombre de situations pour lesquelles les admissions ont été déclarées impossibles par les ESMS. Troisièmement, les répondants au questionnaire considèrent que des indicateurs relatifs au suivi des financeurs, à savoir leur engagement dans la Réponse accompagnée (la participation aux GOS, à la coordination du PAG etc.) pourraient également servir aux ARS dans une perspective de transformation de l'offre. Ainsi, nous constatons que les MDPH semblent pouvoir proposer un certain nombre d'indicateurs, cependant il est difficile de savoir dans quelles conditions ces données pourraient être produites et même de savoir si toutes les MDPH pourraient être en mesure de le faire. Par ailleurs, le questionnaire transmis aux chargés de mission en MDPH et l'analyse des dialogues de gestion avec les ARS révèlent d'importantes attentes au niveau sur le déploiement du système d'information de suivi des orientations (SI SDO) dénommé *Via Trajectoire*. En effet, selon ce répondant au questionnaire, cela permettrait de « *ne pas s'appuyer seulement sur les situations complexes ou urgentes* » et de réfléchir sur « *les parcours et leurs continuité* ». De plus, un échange informel avec une chargée de mission de la CNSA en charge du déploiement du SI SDO, permet d'identifier, selon ses mots, un « *trptyque : Réponse Accompagnée Pour Tous – Transformation de l'offre – Suivi des orientations* ».

Enfin, nous venons de montrer que la présence des ARS en GOS permettait d'identifier des besoins non couverts sur le territoire et qu'il y avait d'important enjeux de partages de données entre les MDPH et les autorités de tarification. En ce sens, un outil apporté par la démarche Réponse accompagnée permet de formaliser ce partage d'information. En effet, le décret n°2017- 137 du 7 février 2017 permet à la COMEX de la MDPH de formaliser des informations à transmettre et les modalités de transmission par ses partenaires. L'extrait de ce décret ci-dessous permet d'identifier précisément les informations qui peuvent être transmises à la MDPH par leurs partenaires :

« *Elles portent sur :*

1° Les ressources et les dispositifs sociaux et médico-sociaux permettant d'accompagner les personnes handicapées [...];

2° Les ressources et les dispositifs en matière de scolarisation et d'accompagnement en milieu ordinaire des enfants et adolescents handicapés ;

3° Les ressources et les dispositifs en matière de soins somatiques et psychiatriques pouvant assurer des interventions préventives et thérapeutiques destinées aux personnes handicapées ;

4° Les ressources et les dispositifs en matière de formation et l'emploi en milieu ordinaire pour les personnes handicapées ;

5° Les ressources et les dispositifs en matière de d'insertion sociale des personnes handicapées, y compris dans le domaine du logement ;

6° Les ressources et les dispositifs en matière d'appui aux aidants des personnes handicapées ;

7° Les ressources et les dispositifs en matière d'appui mutuel aux personnes handicapées.

[...] II.- Les informations mentionnées au I précisent autant que possible :

1° Les modes et les capacités d'accueil, d'accompagnement et de prise en charge ;

2° L'organisation territoriale des ressources et des dispositifs, y compris les coopérations et les coordinations mises en œuvre et les dispositifs d'appui à la coordination des professionnels, dont les plates-formes territoriales d'appui [...]

3° Les dispositifs innovants, identifiés notamment dans le cadre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens ;

4° Pour les informations mentionnées au 1°, la disponibilité des capacités d'accueil et d'accompagnement des établissements et des services sociaux et médico-sociaux, telle qu'elle est renseignée par le système d'information de suivi des orientations des personnes handicapées ;

5° Pour les informations mentionnées au 1° et au 3°, les prévisions annuelles de création, de transformation ou d'extension des établissements et des services sociaux, médico-sociaux et sanitaires. » (Art. D. 146-29-2, CASF).

L'analyse des réponses à l'enquête trimestrielle Réponse accompagnée révèle ainsi que pour 63% des MDPH, la COMEX a formalisé (ou a prévu de le faire) des informations à transmettre et les modalités de transmissions, quand 37% des MDPH ne l'ont pas fait. Ainsi, pour 68% des MDPH les informations attendues ont été reçues par la MDPH.

Nous avons montré que la démarche Réponse accompagnée permettait, notamment à travers les GOS, d'identifier des besoins non couverts sur le territoire. Néanmoins, nous constatons aussi qu'un important travail reste à mener pour assurer ce partage d'information. Le déploiement du SI SDO devrait alors permettre de solutionner une partie de ce problème.

1.3.2 De l'identification des besoins non couverts par les MDPH à la transformation de l'offre par les ARS : des écarts de temporalité

A présent, nous devons nous interroger sur la manière dont les ARS passent d'une identification des besoins non couverts à une transformation effective de l'offre. Nous reviendrons dans un premier temps sur le rôle des ARS en matière de transformation de l'offre, avant d'aborder les outils dont elle dispose pour la rendre effective.

Tout d'abord, nous devons nous intéresser à la planification de l'offre médico-sociale. Depuis le 1^{er} janvier 2018, la planification passe par l'élaboration d'un Projet Régional de Santé (PRS), lequel comprend un Schéma Régional de Santé (SRS) qui est composé d'un volet médico-social (Rayssiguier et Huteau, 2018). De plus, depuis la loi HPST de 2009, la procédure des autorisations est révisée pour mettre en place une procédure d'appel à projet. C'est-à-dire que les autorisations sont délivrées lorsque le projet soumis par les candidats est en accord avec le cahier des charges émis par les autorités de tarification (ARS et CD notamment) et avec les objectifs du SRS (Rayssiguier et Huteau, 2018). Ainsi, l'analyse des dialogues de gestion entre la CNSA et les ARS pour l'année 2019 confirment bien, que l'utilisation d'appels à candidature (AAC) ou d'appels à manifestation d'intérêt (AMI) sont des outils mobilisés pour contribuer à la transformation de l'offre.

Il convient alors de préciser que l'évolution de l'offre d'accompagnement des personnes en situation de handicap dépasse le cadre de la Réponse accompagnée, comme l'explique une professionnelle de la CNSA, ayant travaillée en ARS : « *La transformation de l'offre est quelque chose de très cadré par le national et tourné vers l'inclusion* ». En effet, depuis 2019, le suivi de la Réponse accompagnée est « *adossé* » à la démarche « *Ambition transformation* » (CNSA, 2020) qui vise également un « *à garantir à chaque personne un accompagnement souple, modulaire et construit au regard de ses attentes* »³. Concrètement, ce plan d'action est une « *stratégie quinquennale* » d'évolution et de transformation de l'offre pour la période 2019-2022. La feuille de route est alors composée de 25 actions répondant à 5 objectifs : 1/ Donner à voir et expliquer ; 2/ Poursuivre l'enrichissement des réponses inclusives ; 3/ Poursuivre l'assouplissement du cadre pour lever les freins administratifs et organisationnels ; 4/ Fédérer les acteurs et former les professionnels ; 5/ Accélérer le changement avec le déploiement de la démarche des territoires 100% inclusifs. (Premier Ministre, Secrétariat d'Etat chargé des personnes handicapées, 2019).

³ Site internet de la CNSA : <https://www.cnsa.fr/grands-chantiers/strategie-quinquennale-devolution-et-de-transformation-de-loffre>, consulté le 31/09/2020

A noter, qu'une analyse plus approfondie des dialogues de gestion avec les ARS aurait permis d'identifier en quoi les AAC ou AMI émis s'inscrivent dans cette perspective de transformation de l'offre.

Ensuite et pour finir, nous venons de montrer que la transformation de l'offre s'inscrivait dans un contexte national, notamment dans le cadre de stratégies quinquennales d'évolution de l'offre. Nous avons également vu que la procédure des appels d'offres permettait aux ARS de planifier cette transformation de l'offre. De plus, un entretien avec une professionnelle de la CNSA ayant travaillé en ARS nous permet d'identifier plusieurs leviers permettant de faire évoluer l'offre d'accompagnement. Il s'agit par exemple, de la réforme des autorisations, des dérogations, des crédits distribués dans le cadre des plans nationaux ou encore les CPOM. Néanmoins il convient de préciser que la logique de la Réponse accompagnée et la logique de transformation de l'offre ne s'inscrivent pas dans les mêmes temporalités. C'est ce qu'explique une chargée de mission de la CNSA : *« La transformation de l'offre est un projet plus vaste [que la Réponse accompagnée] qui s'appuie sur d'autres données, mais c'est vrai que dans la Réponse accompagnée, le rôle de l'ARS va être au niveau dispositif d'orientation permanent, de pouvoir être présent au GOS 2 pour construire des réponses et autoriser des dérogations si besoin. C'est un travail de court terme, et après il y a un travail de long terme qui est de planifier une transformation de l'offre »*. Cette différence de « temporalité » est souvent évoquée lors des entretiens avec les chargés de mission Réponse accompagnée quand ils parlent de leurs relations avec leurs partenaires. Ainsi, plusieurs ARS, développent en lien avec la MDPH, différents types d'outils permettant plus de réactivité dans la construction des réponses à l'instar de l'ARS dans laquelle travaillait la chargée de mission de la CNSA avec qui nous avons échangé. Ces outils sont par exemples de fiches de liaison entre la MDPH et l'ARS, des fiches internes à l'ARS avec des données financières sur les établissements pour pouvoir proposer des solutions en GOS ou encore la création de dossiers uniques d'admission. Finalement, ces outils ne permettent de mener directement une transformation de l'offre mais plutôt d'amener plus de fluidité dans le fonctionnement de la Réponse accompagnée.

Nous avons donc montré que les ARS sont un acteur central de la transformation de l'offre en l'animant régionalement à partir de directives nationales. Néanmoins, nous constatons des écarts de temporalité entre des besoins non couverts identifiés et donc la solution doit parfois être trouvée « dans l'urgence » et une dynamique à plus long terme d'évolution de l'offre d'accompagnement des personnes en situation de handicap.

2 Les solutions d'accompagnement inscrites dans une diversité d'organisations locales de la démarche Réponse accompagnée

La première partie de cet écrit visait à démontrer les modifications apportées par la démarche Réponse accompagnée sur les structures traditionnellement impliquées dans le secteur du handicap. Ainsi, nous avons vu que les outils déployés dans le cadre du plan d'action confiaient un nouveau rôle aux acteurs. En effet, les MDPH sont positionnées comme « *assembleur* » autour des situations complexes ce qui les amène à assurer la collecte des besoins des personnes et à mobiliser l'ensemble des partenaires susceptibles d'apporter des solutions d'accompagnement. Les ESSMS se retrouvent, quant à eux, impliqués dès la construction de la réponse en lien avec les autorités de contrôle et de tarification. Enfin, les ARS se voient confier un rôle d'animation de l'évolution de l'offre d'accompagnement des personnes en situation de handicap, lequel dépasse largement le cadre de la Réponse accompagnée. A présent, il convient de s'intéresser à la manière dont se construisent concrètement les solutions d'accompagnement au niveau local. C'est pourquoi nous verrons dans un premier temps que la démarche s'est déployée de manière très diversifiée sur le territoire national, avant d'étudier la manière dont elle s'est mise en œuvre dans deux départements et comment les professionnels parviennent à construire des solutions d'accompagnement. Enfin, notre écrit se terminera par une analyse des partenariats entre les MDPH et les services d'Aide Sociale à l'Enfance (ASE).

2.1 Une pluralité d'organisations locales de la démarche

Un élément qui doit nous interroger est le constat d'une pluralité d'organisations locales de la démarche Réponse accompagnée. En effet, le plan d'action, se déploie depuis maintenant 5 ans et nous ne pouvons que constater des choix différents opérés au niveau local. Notre objectif ici est de démontrer l'hétérogénéité de mise en œuvre de la démarche, à la fois sur sa gouvernance, et sur l'organisation des MDPH.

2.1.1 La gouvernance locale de la Réponse accompagnée

Dans un premier temps, nous nous intéressons à la gouvernance de la démarche au niveau local. Nous allons donc revenir sur la définition de la gouvernance portée par la démarche, avant de détailler les différentes instances qui se sont mises en œuvre au niveau de chaque région et département et de revenir sur les dynamiques partenariales qui ont été créées au fil du déploiement du plan d'action. Cette partie s'appuie sur une analyse des dialogues de gestion entre la CNSA et les ARS pour l'année 2019.

Tout d'abord, le rapport de capitalisation sur la démarche Réponse accompagnée publié en 2017 (mis à jour en 2020) définit la gouvernance comme « *la répartition des rôles et des responsabilités de chacun* » (CNSA, 2020). Ainsi, est assurée la promotion de deux niveaux de gouvernance. Le premier est un niveau stratégique qui doit veiller à la définition des orientations stratégiques de la démarche. Il s'agit d'en faire un « garant de la bonne avancée de la démarche » et se formalise via un comité de pilotage (COFIL). Le second niveau est un niveau opérationnel chargé de « la conduite et du suivi quotidien de l'avancement des travaux ». (CNSA, 2020). Il est par ailleurs rappelé que la mise en œuvre de la Réponse accompagnée nécessite la participation de tous les acteurs impliqués dans les politiques du handicap notamment dans une perspective de « *responsabiliser* » chaque acteur (CNSA, 2020).

Ensuite, nous nous intéressons aux choix effectués au niveau des territoires pour la gouvernance de la Réponse accompagnée. Ainsi, nous constatons, après analyse des dialogues de gestion, que la gouvernance régionale de la démarche s'organise souvent autour d'un COFIL « Réponse Accompagnée Pour Tous » animé par l'ARS. Toutes les ARS ne précisent pas le fonctionnement de ce COFIL, mais on peut noter qu'en Bourgogne-Franche-Comté, il associe les 8 MDPH, qu'il se réunit deux fois par an en Provence-Alpes-Côte d'Azur, comme en région Centre-Val-de-Loire ou dans la région Occitanie où il est prévu que le COFIL Réponse accompagnée évolue vers un COFIL chargé d'animer la transformation de l'offre. De plus, dans la plupart des régions, la gouvernance de la démarche est déclinée au niveau départemental. C'est notamment le cas en Bourgogne-Franche-Comté où l'ARS participe aux COFIL départementaux. De même, en région Grand-Est où les comités territoriaux (mis en place dans chaque département) rassemblent l'ensemble des acteurs institutionnels locaux (DDARS, EN, DDCS etc.). Dans la région Hauts-de-France la gouvernance départementale est quant à elle construite autour de trois instances : un comité stratégique (1 à 2 fois par an), un comité technique (COTECH) (3 à 4 fois par an) et des groupes de travail. Cela est décliné de la même manière à La Réunion avec un COFIL associant la COMEX de la MDPH (ou *ad*

hoc), un COTECH et une réunion trimestrielle voire semestrielle. Par ailleurs, dans certaines régions, d'autres formes de partenariat remplacent les instances départementales dédiées à la gouvernance de la démarche. Par exemple, en Nouvelle-Aquitaine, en Provence-Alpes-Côte d'Azur et dans les Pays de la Loire, les directeurs des DDARS participent aux COMEX des MDPH. De plus, en Provence-Alpes-Côte d'Azur et en Bretagne il existe des réunions départementales de suivi et de bilan de la démarche, qui correspondent aux séminaires régionaux Réponse accompagnée mis en place en Ile-de-France. Par ailleurs, dans l'ensemble des régions, les ARS organisent ou interviennent en soutien à la mise en place de groupes techniques. Par exemple en Nouvelle-Aquitaine où l'ARS a mis en place un club métier Réponse accompagnée au niveau régional ou dans les Pays de la Loire où ont lieu des rencontres interdépartementales avec les MDPH et les CD. Ces groupes techniques permettent, entre autres, la construction d'un plan d'action régional puis décliné au niveau départemental. Cela prend la forme d'une convention, d'une feuille de route ou d'un protocole dans la plupart des régions.

Pour finir, nous venons de montrer qu'il n'existait pas de gouvernance uniforme de la démarche au niveau local. Néanmoins, la majorité des territoires se sont engagés ou ont prévu de construire une convention territoriale (CNSA, 2020). Selon les dynamiques constatées au niveau de chaque département, il s'agit de formaliser dans un document signé par tous les partenaires (ARS, CD, Education nationale, Assurance Maladie, MDPH) plusieurs éléments qui définissent le « cadre de coopération entre acteurs » (CNSA, 2020). Ainsi peuvent y figurer le fonctionnement du DOP et les modalités de participation des acteurs à son fonctionnement, les modalités de travail commun sur le partage et l'échange d'information, le dispositif de dérogation etc. (CNSA, 2020). De plus l'analyse des dialogues de gestion permet de rendre compte des dynamiques partenariales engagées sur les différents territoires. Ainsi, si dans certaines régions la dynamique de la Réponse accompagnée semble s'essouffler et l'engagement dans la démarche être assez inégal, pour la plupart, les relations entre les partenaires impliqués dans l'accompagnement de personnes en situation de handicap se sont renforcées. En effet, en Bourgogne-Franche-Comté, des synergies ont pu être créées avec les acteurs du sanitaires (psychiatrie et hospitalier), avec l'ASE ainsi qu'entre professionnels du médico-social. Cette dynamique est similaire dans les Hauts-de-France où des travaux avec l'Education nationale, l'ASE, la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ), les Caisses d'allocation familiales (CAF)/ Caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) ont pu être menés. De même en Provence-Alpes-Côte d'Azur où les échanges ont été renforcés entre ces différents partenaires, y compris avec la Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (Direccte) et l' Association de Gestion du Fonds pour l'Insertion Professionnelle des Personnes Handicapées (AGEFIPH). Ces dynamiques partenariales,

initiées ou renouvelées, ont permis une meilleure interconnaissance des différents acteurs en permettant notamment de mettre en œuvre le principe de co-responsabilité. Concrètement, cela se traduit par des outils harmonisés, comme la fiche « situations critiques » qui permet réguler les demandes de CNR en Nouvelle-Aquitaine ou encore la mise en place d'un cadre dérogatoire en Ile-de-France. De plus, les différentes parties-prenantes (y compris les acteurs associatifs) se sont mobilisés sur plusieurs thématiques au sein de groupes de travail pluri-partenariaux comme la transformation de l'offre et les modes d'accueil dans la région Centre-Val de Loire ou par exemple en travaillant sur les PRS dans la région Grand-Est.

Nous venons donc de montrer que l'organisation territoriale de la démarche Réponse accompagnée était très différente selon les territoires. Ainsi, nous constatons également une certaine hétérogénéité dans les dynamiques partenariales.

2.1.2 L'organisation interne des MDPH pour mettre en œuvre la démarche Réponse accompagnée

A présent, nous devons nous intéresser à la manière dont se sont organisées les MDPH pour mettre en œuvre la démarche Réponse accompagnée et en particulier le DOP. Là encore, nous constatons une certaine hétérogénéité. Nous nous basons ici sur l'analyse des réponses formulées par les chargés de mission en MDPH dans l'enquête trimestrielle sur le déploiement de la Réponse accompagnée.

Tout d'abord, il convient d'interroger notre matériau. En effet, nous allons nous baser pour cette analyse sur l'enquête trimestrielle Réponse accompagnée. L'une des questions porte sur l'organisation interne de la MDPH et est formulée ainsi : « Comment décrivez-vous l'organisation mise en place pour assurer la mise en œuvre de la démarche ? ». Cette question est donc ouverte et propose la collecte de données qualitatives. C'est donc une source d'information particulièrement riche pour notre étude. Cependant, elle est difficile à analyser. En effet, nous constatons plusieurs niveaux d'interprétation de la question. Ainsi, certains des chargés de mission vont y répondre en faisant référence à la gouvernance, quand d'autres évoqueront plutôt l'avancée dans la mise en œuvre de la démarche. Nous allons donc nous intéresser ici aux éléments « organisationnels ». Loin d'être aisée, cette analyse visera à dégager de grandes tendances plus qu'à chiffrer et quantifier des modes d'organisation. Ainsi, plusieurs éléments se dégagent.

Premièrement, nous constatons le rôle important joué par le chargé de mission Réponse accompagnée. Bien souvent, il est en charge de l'animation du déploiement de la démarche et veille à mobiliser les acteurs au niveau départemental. Ainsi, il n'est pas rare de constater que les MDPH cherchant à recruter un chargé de mission ou ayant un poste vacant indiquent que le déploiement du plan d'action soit « à l'arrêt » ou en « *stand by* ». Nous constatons donc le rôle essentiel du chargé de mission dans l'impulsion de la démarche Réponse accompagnée au niveau départemental.

Deuxièmement, nous constatons que de nombreuses MDPH ont veillé à associer l'ensemble des partenaires du territoire à la mise en œuvre de la démarche. Ainsi, les différents partenaires ont été désignés pilotes sur les différents axes de la démarche. Nous pouvons alors identifier une configuration relativement homogène lorsque des pilotes partenaires conduisent les différents axes de la démarche. En effet, nous constatons que l'Axe 1 sur la mise en œuvre du DOP est piloté par la MDPH. L'axe 2 sur le renforcement du partenariat sur le territoire est souvent copiloté par le CD et l'ARS voire la DDARS. L'axe 3 est, quant à lui, en général piloté par des acteurs associatifs, représentants d'usagers ou collectifs d'associations. Enfin, l'axe 4 sur l'accompagnement au changement de pratiques est principalement mis en œuvre par les CD et les ARS ou DDARS même si dans certains départements ils n'agissent qu'en appui des ESMS.

Enfin, l'un des éléments nous permettant d'identifier une certaine homogénéité dans le fonctionnement des MDPH est la disparition des commissions « situations critiques ». En effet, la circulaire du 22 novembre 2013 relative à la mise en œuvre d'une procédure de prise en compte des situations individuelles critiques de personnes handicapées enfants et adultes prévoit la mise en place au sein de chaque MDPH d'une commission chargée de la gestion de ces situations critiques. D'après le rapport de capitalisation de la démarche Réponse accompagnée (2020), seules une dizaine de MDPH ont maintenu ces commissions. Alors, l'analyse des dialogues de gestion avec les ARS nous permet de comprendre son articulation avec la Réponse accompagnée. Par exemple, en région Centre-Val de Loire le dispositif « situations critiques » a été maintenu au niveau de l'ARS avec un médecin chargé de solliciter les ESMS (dont les établissements de la psychiatrie). Son articulation avec la Réponse accompagnée s'opère alors de deux manières : soit la MDPH avertit la DDARS des situations critiques pour l'inviter en GOS de niveau 2, soit elle est invitée dès les GOS de niveau 1. Outre la mise en œuvre du DOP, plusieurs ARS ont mis en place des procédures spécifiques d'accompagnement des situations critiques. C'est le cas dans le Grand-Est où l'ARS mobilise les partenaires sanitaires et médico-sociaux en amont des GOS de niveau 2. Cela peut également prendre la forme d'une cellule de veille pour les situations où le risque de rupture est très probable

comme en Auvergne-Rhône-Alpes ou d'une commission régionale chargée d'analyser les dynamiques enclenchées par les établissements en Nouvelle-Aquitaine. Par ailleurs, à Mayotte, les situations extrêmement critiques sont présentées en CDAPH, chaque ESMS disposant au moins d'une place pour permettre la prise en charge immédiate d'une personne.

Nous venons donc de montrer que le déploiement de la Réponse accompagnée s'est opéré de manière très hétérogène selon les territoires. En effet, nous constatons des modalités de gouvernance différentes d'un territoire à l'autre, avec des organisations en MDPH également variées, lesquelles traduisent des relations partenariales plus ou moins dynamiques.

2.2 La construction et la mise en œuvre des réponses s'inscrit dans un contexte départemental : une analyse dans deux départements

A présent, nous savons qu'il existe différents niveaux de mobilisation des partenaires dans le cadre de la Réponse accompagnée. Il convient alors de s'interroger sur les éléments facilitant la construction de solutions d'accompagnement pluri-institutionnelles. C'est pourquoi, nous proposons une étude de cas dans 2 départements. En effet, les résultats de l'enquête Réponse accompagnée, et c'est d'ailleurs l'un des enjeux du groupe de travail sur son évolution, ne permettent d'entrer avec finesse dans le fonctionnement local de la démarche et des relations partenariales qui s'y nouent. C'est pourquoi deux entretiens ont été organisés avec des chargés de mission en MDPH. Le premier département (Département 1) est un petit département bourguignon (en population) et le second (Département 2) est un département breton de taille moyenne.

2.2.1 La mise en œuvre de la démarche au sein de la MDPH

Dans un premier temps, il convient de s'intéresser à la mise en œuvre de la démarche au sein de la MDPH. Il s'agit alors d'aborder l'organisation de la MDPH pour répondre aux sollicitations de PAG et d'identifier les modalités d'entrée dans le DOP.

Tout d'abord, nous nous intéressons à l'organisation de la MDPH mise en place dans le cadre de la Réponse accompagnée.

Dans le département 1, deux personnes ont été recrutées dans la cadre de la démarche. Un agent qui travaille exclusivement sur l'axe 4 du plan d'action en particulier sur la conduite du changement dans sa dimension numérique et informatique. L'autre professionnel est la chargée de mission Réponse accompagnée avec qui nous avons échangé. Elle porte ainsi la dimension « *pilotage* » de la démarche comme sa partie « *opérationnelle* » en ayant également le rôle de référent d'élaboration du PAG. Ainsi, elle témoigne de sa « *grande solitude* » en estimant qu'il est « *très compliqué de mener de front, à la fois des groupes opérationnels, rédiger des PAG, faire des partenariats, des choses comme ça et le pilotage du projet. C'est vraiment deux aspects totalement différents* ». En effet, elle explique qu'au moment du déploiement, la Réponse accompagnée a été vue comme « *une solution à tout* » et ainsi toutes les situations les plus complexes étaient orientées vers elle : « *le reste de l'équipe s'en débarrasse un peu* » avant de poursuivre « *il faut qu'on travaille ensemble sur ces situations et moi on vient me chercher sur des situations extrêmes, quand c'est vraiment insoluble* ». Nous constatons donc ici que l'intégration de la démarche au fonctionnement de la Réponse accompagnée semble s'être mise en place comme un dispositif supplémentaire, pas nécessairement comme un outil pour faire évoluer les pratiques de la MDPH.

Dans le département 2, la Réponse accompagnée s'est mise en place avec le concours d'un réseau associatif déjà formalisé dans le département par le biais d'une association rassemblant les gestionnaires d'établissements (en y associant le secteur de la psychiatrie et des associations de protection des majeurs). Ainsi, la démarche a été organisée selon plusieurs niveaux de réponses. Premièrement, l'organisation de « *tables rondes* » dans chaque territoire du département de manière mensuelle. Toutes pilotées par un partenaire ces tables rondes rassemblent les différents professionnels des secteurs sanitaires, social et médico-social pour proposer des solutions d'accompagnement. Le deuxième niveau de réponse intervient lorsqu'aucune solution d'accompagnement n'est trouvée au sein des tables rondes. Ainsi, la MDPH est sollicitée dans le cadre de la Réponse accompagnée. Là encore, deux professionnels sont mobilisés au sein de la MDPH sur la démarche. La chargée de mission avec qui nous avons échangé est l'interlocutrice principale et porte le rôle de référent d'élaboration du PAG. Après une sollicitation, les situations sont étudiées en interne à la MDPH pour décider de l'organisation d'un GOS ou construire une solution d'accompagnement. En interne, il y a une « *équipe de réception et d'orientation* » composée des deux professionnels impliqués dans la Réponse accompagnée qui est chargée de « *faire le point sur le dossier* » afin de « *cerner le problème* » (en lien avec l'EP et le collectif associatif notamment). Puis, une deuxième instance est mobilisée, c'est l'« *équipe d'analyse de situation critique* ». Composée d'un membre de l'ARS, d'un membre du CD et d'un membre de l'Education nationale, cette instance est chargée de décider de l'organisation d'un GOS ou de proposer une

solution à activer. Il est alors important de préciser que les GOS portent sur « *les situations les plus dégradées, les plus critiques, les plus complexes, celles pour lesquelles aucune réponse, aucune solution, n'a été trouvée en amont avec les partenaires* ». Finalement, nous constatons que dans ce département, la démarche a été intégrée au fonctionnement de la MDPH en veillant à impliquer les professionnels partenaires ou internes à la MDPH dans l'analyse de la situation.

Ensuite et pour finir, le groupe de travail sur l'enquête Réponse accompagnée mettent en évidence les frontières « floues » dans l'entrée dans le DOP. En effet, comme l'illustrent les organisations des deux MDPH précédemment cités, il peut y avoir des variations importantes sur l'entrée effective dans la démarche. Alors, dans le département 1, c'est la saisine de PAG qui signifie l'entrée dans le DOP : « *Chez nous [...] c'est à partir de la saisine même si on a du mal avec la définition du DOP car tout le monde entre dedans puisque tout le monde a le droit à un plan A, plan B, plan C. Mais les gens dont je vais m'occuper [...] pour qu'il y ait un GOS il faut forcément une saisine officielle, c'est-à-dire un document qui retrace toute la situation. Mais la plupart du temps il n'y a pas de GOS chez nous, donc c'est très informel comme façon de travailler* » avant de poursuivre « *si on a une saisine on va faire les choses très officiellement, mais on arrive à travailler en amont des ruptures. Si quelqu'un est en situation de rupture dans le département, c'est suffisamment petit pour quelqu'un m'appelle et me dise « Attention ça se passe mal, comment on fait ? »* ». Dans le département 2, l'entrée dans la démarche s'effectue dès lors que les tables rondes n'ont pas permis de trouver une solution d'accompagnement. Finalement, ces frontières floues autour de l'entrée dans le DOP traduisent la philosophie de la Réponse accompagnée. C'est-à-dire que nous nous situons bien dans une démarche, où les personnes ne sont pas éligibles à un dispositif, mais c'est l'évolution des pratiques et le travail partenarial qui permet de proposer des solutions d'accompagnement.

Nous avons donc montré que l'organisation interne de la MDPH pour mettre en œuvre le DOP était très différente selon les départements. Cela dépend notamment des relations qui préexistaient à la démarche. Soit, parce que la « petit[e] » taille du département est favorable à l'interconnaissance (Département 1), soit parce que le réseau de partenaire est structuré dans des instances externes ou internes à la MDPH (Département 2).

2.2.2 La mobilisation des partenaires dans le cadre de la Réponse accompagnée

A présent, après avoir étudié les modalités formelles d'organisation nous devons nous intéresser aux éléments favorisant la construction de réponses d'accompagnement plur-institutionnelles.

Tout d'abord, nous avons identifié que, dans les deux départements, un important travail était mené en dehors des outils de la Réponse accompagnée. Il convient alors de comprendre ce qui conduit ces MDPH à organiser des GOS. Dans le département 1, il n'y a pas de réunions spécifiques organisées avant les GOS. Seuls des appels téléphoniques avec les partenaires sollicités afin d'avoir « *une idée de solution à apporter* » et de savoir « *s'ils sont prêts à s'engager* ». A noter, que la chargée de mission Réponse accompagnée du département 1 nous confie en entretien que « *même s'ils me disent qu'ils ne veulent pas s'engager, je les fais quand même venir* ». Dans le département 2, les pratiques semblent similaires. En effet, la chargée de mission Réponse accompagnée nous l'explique : « *Nous quand on organise un GOS [...] rien n'est préparé en amont, on ne prépare la situation. On est vraiment dans une démarche de partir de la situation, des besoins, [...] et c'est pendant le GOS avec tous ces outils, tous ces retours que l'on a [...] qu'on travaille avec les professionnels pendant 2 à 3 heures [...] c'est au terme de ce GOS là qu'on élabore le PAG tous ensemble* ». De plus, dans le département 1, la chargée de mission Réponse accompagnée nous explique que lorsqu'un GOS est organisé c'est « *qu'[ils] [ont] déjà une idée de la réponse* » en poursuivant « *on va faire un GOS quand on sait qu'on va avoir besoin de l'ARS, un GOS de niveau 2, niveau 1 ça n'existe pas on se débrouille entre nous* ». En effet, elle indique qu'un important travail est mené par « *une grosse équipe de travailleurs sociaux [à la MDPH] qui connaissent bien les situations possibles localement, elles vont loin dans les recherches de solution avant de m'interpeller [...] sauf que je n'en ai pas plus qu'elle [l'équipe de travailleurs sociaux] des solutions* », c'est notamment ce qui explique l'organisation d'un GOS. Finalement, nous constatons que dans ces deux départements l'organisation des GOS semble liée au degré de complexité de la réponse à apporter.

Ensuite, après avoir compris ce qui conduisait ces deux départements à organiser des GOS, nous devons nous interroger sur les éléments facilitant la construction de réponses au cours de cette instance. L'élément principal remontant de nos échanges avec ces deux chargées de missions est la notion d'interconnaissance. En effet, c'est ce qu'évoque ici la professionnelle du département 1 : « *Je trouve que la Réponse accompagnée c'est une question de connaissances, si les gens vous connaissent ils font appel à vous. Il faut du temps pour que les partenaires s'approprient la* »

Victor Bodénès - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

démarche et viennent vous solliciter, mais ça marche bien en 2020. Surtout que le confinement a eu ce mérite de nous faire beaucoup communiquer [...] ça a fait du bien aux partenariats ». De plus, elle évoque une « révolution » dans les relations avec l'ASE. En effet, l'arrivée d'une nouvelle directrice à la protection de l'enfance, une « ancienne collègue » devrait permettre de favoriser un travail partenarial, avant de conclure « ce n'est pas tant sur la façon de travailler, mais c'est vraiment lié aux personnes ». De même, dans le département 2, la chargée de mission tient un discours semblable en évoquant une « super collaboration » avec une dispositif départemental d'accueil temporaire : « ils sont présents à tous les GOS. Ça s'est fait de manière naturelle : d'un point de vue humain, on a une directrice et [...] un chef de service, [...], c'est transparent comme de l'eau de source pour eux, il y a vraiment [...] une humanité [...] en eux, au niveau professionnel, ça leur paraît évident de venir en soutien des établissements et d'être impliqués », avant de poursuivre « c'est une question je pense de posture professionnelle, individuelle, personnelle, c'est vraiment un bonheur de travailler avec eux, parce que même quand la situation est au bord du gouffre [...] mon appel est toujours réceptionné favorablement [...] même quand y'a plus de place, ils font de la place [...] Sont en bienveillance avec les autres établissements, font du lien, aident au décloisonnement, sont avec tous les partenaires social, médico-social, sanitaire, ils s'inscrivent dans tous les groupes de travail et donc du coup ils favorisent l'interconnaissance [...] y'a pas d'enjeux de rivalité ». Finalement, nous constatons que la capacité à formuler des solutions d'accompagnement dépend bien des relations et de l'interconnaissance entre les professionnels.

Enfin, en première partie nous avons identifié les GOS comme un « réseau professionnel formel » (Dumont, 2020), néanmoins ces nouveaux éléments nous permettent de considérer que la démarche Réponse accompagnée tend parfois davantage vers un « réseau spontanée ». En effet, nous constatons que les liens se tissent « à la seule initiative des acteurs concernés, par leurs seules volontés et capacités relationnelles » (Dumont, 2020). Ainsi, sans rejeter la notion de « réseau professionnel formel », nous pouvons dès lors, affirmer que la Réponse accompagnée développe des outils pour formaliser les relations entre les professionnels (les GOS notamment), mais la capacité de ces derniers à construire des solutions d'accompagnement va dépendre de ce qui se noue au niveau local au sein d'un réseau relationnel. Une analyse complémentaire pourrait alors être menée afin de comprendre si lorsque les professionnels se mobilisent par « obligation » ou par « contrainte » dans le cadre de la Réponse accompagnée, des solutions d'accompagnement parviennent à se mettre en place.

Finalement, nous avons montré que le travail partenarial permettait parfois de trouver des solutions en amont d'une entrée dans le DOP et sans utiliser les outils proposés par la Réponse accompagnée. Pour les situations les plus complexes l'organisation d'un GOS est alors nécessaire mais la construction d'une réponse d'accompagnement va dépendre des relations qui se nouent au niveau local, favorisé à la fois par l'interconnaissance entre les professionnels et par la capacité des partenaires à se mobiliser dans la démarche Réponse accompagnée.

2.3 Construire une solution d'accompagnement : l'exemple des relations entre les MDPH et l'Aide Sociale à l'Enfance

Toujours dans la perspective de comprendre comment s'organise la construction de solutions d'accompagnement au niveau local. Nous proposons de nous intéresser aux relations entre les MDPH et l'ASE. En effet, nous avons pu échanger régulièrement avec des professionnels en MDPH ayant mis en place divers outils ou dispositifs visant à proposer des solutions d'accompagnement à des enfants en situation de handicap confiés à l'ASE. C'est pourquoi dans un premier temps nous nous intéresserons aux constats communs qui poussent les MDPH à travailler avec les services départementaux de protection de l'enfance, avant d'évoquer certaines initiatives menées au niveau départemental.

2.3.1 Des constats communs pour mener un travail partenarial

Il convient de nous intéresser, dans un premier temps, aux constats communs aux MDPH et aux services de protection de l'enfance qui incitent ces deux acteurs à mener un travail partenarial d'accompagnement d'enfants en situation de handicap confiés à l'ASE.

Tout d'abord, le rapport annuel consacré aux droits de l'enfant du Défenseur des Droits en 2015 « Handicap et protection de l'enfance : des droits pour des enfants invisibles » était consacré à l'accompagnement des les enfants en situation de handicap confiés et l'aide sociale à l'enfance. Le rapport met ainsi en avant plusieurs éléments. Premièrement, ces enfants souffrent d'une « *double vulnérabilité* », à la fois liée à l'entrée dans le handicap et à l'entrée dans la protection de l'enfance. Deuxième, ces enfants aux « *besoins multiples* » connaissent des parcours souvent morcelés du fait d'une pluralité d'acteurs qui peinent à se coordonner (Défenseur des droits, 2015). De plus, la stratégie nationale de prévention et de protection de l'enfance 2020-2022 porte comme

engagement de « *sécuriser les parcours des enfants protégés et de prévenir les ruptures de parcours* » en proposant la création de dispositifs d'interventions « *adaptés aux problématiques croisées de protection de l'enfance et de handicap* » (Ministère des solidarités et de la santé, 2020). C'est en sens qu'a été organisée à la CNSA une rencontre nationale entre l'ASE et les MDPH le 31 janvier 2020. Ainsi, plusieurs chantiers ont été identifiés, comme la nécessité de connaître le public et ses besoins, de favoriser les échanges entre professionnels et de réduire les écarts de postures professionnelles, de créer des instances communes et de partager des outils communs (Compte-rendu de la journée, CNSA, 2020).

Ensuite, cette journée a permis d'identifier et de partager au niveau national différentes initiatives, actions ou expérimentations menées dans différents départements. Les entretiens que nous avons pu mener avec les chargés de mission Réponse accompagnée en MDPH suite à ces retours d'expérience permettent d'identifier plusieurs constats communs. Premièrement, il existe un manque de coordination entre les MDPH et l'ASE, avec des relations parfois « *très compliquées* » entre les deux structures. Deuxièmement, est identifié un enjeu de connaissance des situations et notamment de pouvoir « *quantifier* » ce public à « *double vulnérabilité* ». Troisièmement, il apparaît nécessaire de développer des « *rouages* » communs entre la MDPH et l'ASE face au constat de situations de ruptures de parcours très fréquentes pour ce public.

Enfin, au-delà des constats précédemment formulés, il convient d'identifier des leviers pour favoriser le développement de ce travail commun entre les MDPH et les services de protection de l'enfance. Ainsi, l'ensemble des entretiens que nous avons réalisés avec des chargés de mission en MDPH, identifie la démarche Réponse accompagnée comme levier principal permettant la mise en œuvre de ce travail commun.

Nous avons donc montré que les professionnels de la MDPH, comme ceux de la protection de l'enfance partagent plusieurs constats communs et notamment la nécessité de faire évoluer leurs pratiques afin de faciliter l'accompagnement de ce public à « *double vulnérabilité* » et de prévenir les ruptures de parcours.

2.3.2 Des actions innovantes menées au niveau départemental

La démarche de capitalisation menée par la CNSA autour des relations MDPH-ASE permet d'identifier plusieurs initiatives, expérimentations, ou actions innovantes conduites au niveau départemental. A partir des entretiens que nous avons réalisé avec des chargés de mission Réponse accompagnée en MDPH ou avec des professionnels de la protection de l'enfance, nous avons pu identifier plusieurs actions s'étant mises en œuvre.

Tout d'abord, plusieurs professionnels avec qui nous avons échangé expriment leur difficulté à quantifier le nombre de situations concernées par cette « *double vulnérabilité* ». En effet, il peut s'avérer parfois difficile d'identifier les enfants suivis à la fois par la MDPH et par l'ASE. C'est pourquoi certains départements ont conduit des enquêtes dans leur département afin d'« *objectiver la réalité de la situation* ». Cet « *état des lieux* » a notamment permis par la suite d'organiser des réunions et des groupes de travail inter-institutionnels afin de proposer des pistes d'actions communes pouvant porter sur l'accompagnement des enfants, le passage dans les dispositifs adultes, ou encore la coordination des interventions.

Ensuite, dans certains départements des outils communs à l'ASE et à la MDPH se sont mis en place. Par exemple, dans plusieurs départements des fiches de liaison ont été construites, permettant ainsi d'assurer une circulation de l'information entre les MDPH et l'ASE et de prévenir les ruptures de parcours. De plus, des travaux sont actuellement en cours dans un département du sud de la France pour parvenir à construire une trame d'évaluation commune entre l'ASE et la MDPH. L'objectif est donc que l'ASE puisse fournir à l'EP de la MDPH des éléments sur la vie quotidienne de l'enfant lorsqu'une demande de compensation ou d'orientation est formulée.

Enfin, nous identifions aussi que dans certains départements des réflexions sont en cours pour la construction d'instances communes entre les MDPH et les services de protection de l'enfance. C'est notamment le cas dans un département du nord de la France qui a mis en place une instance mensuelle permettant, de manière pluri-partenaire, de construire un « *parcours adapté* » en mobilisant « *les ressources* » disponibles sur le territoire.

Nous venons de montrer, à partir de ce bref état des lieux des initiatives co-portées par les MDPH et les services de protection de l'enfance, que la démarche Réponse accompagnée était un levier important permettant d'impulser un changement dans les pratiques professionnelles.

Conclusion

La démarche « Une Réponse Accompagnée Pour Tous » lancée en 2015 porte un double objectif : apporter des solutions d'accompagnement aux personnes en situation de handicap et prévenir les ruptures de parcours. Dans la perspective de mieux répondre aux besoins des personnes, il s'agit de mobiliser l'ensemble des acteurs impliqués dans les politiques du handicap afin de permettre l'émergence de solutions d'accompagnement souples et modulables. Ces réponses sont alors amenées à se construire de manière pluri-partenaire.

L'objectif de notre travail était alors de comprendre comment les acteurs impliqués dans la démarche Réponse accompagnée s'approprièrent leur nouveau rôle de construction de solutions d'accompagnement souples et modulables. La première partie de notre analyse portait ainsi sur l'impact que cette nouvelle manière de travailler a eu sur les structures impliquées dans les politiques du handicap en émettant notamment l'hypothèse que cela confiait de nouveaux rôles à ces acteurs. Dans un deuxième temps, nous nous sommes intéressés à la manière dont se construisent localement les solutions d'accompagnement et en quoi cela a des effets sur les pratiques professionnelles.

Au fil de notre analyse, nous avons également constaté l'hétérogénéité de la mise en œuvre de la démarche. Ainsi, sans prétendre à l'exhaustivité ou à identifier des éléments généralisables à l'ensemble des MDPH, notre étude aura permis de mettre en évidence qu'au-delà des outils déployés par la Réponse accompagnée, ce sont les relations partenariales qui se nouent au niveau local qui permettent la construction de solutions d'accompagnement.

En créant un nouveau droit pour les personnes en situation de handicap, celui de solliciter la MDPH pour la mise en œuvre d'un PAG, la démarche Réponse accompagnée confie de nouveaux rôles aux acteurs traditionnellement impliqués dans les politiques du handicap. Premièrement, en cohérence avec les objectifs du rapport « Zéro sans solution », les MDPH se voient confier un rôle d'« assembleur » et sont ainsi chargées d'assurer la collecte des besoins des personnes et de mobiliser les partenaires dans la construction de solutions d'accompagnement. Deuxièmement, les ESSMS se retrouvent impliqués dans la construction de réponses apportées aux personnes en situation de handicap. Troisièmement, les ARS se voient confier pour mission d'animer la transformation de l'offre au niveau régional, à partir de l'identification des besoins non couverts

sur le territoire. Finalement, les outils déployés dans le cadre de la démarche Réponse accompagnée implique bien un changement de pratique au niveau des structures.

Nous constatons également des appropriations différentes des outils de la démarche Réponse accompagnée selon les territoires. Ainsi, la construction de réponses d'accompagnement s'effectue dans un contexte local et dépend des relations qui se nouent entre les professionnels. Les facteurs facilitant la mise en œuvre de solutions d'accompagnement sont alors liés à l'interconnaissance entre les différentes parties prenantes et à la mobilisation de ces dernières dans la démarche Réponse accompagnée. Finalement, la capacité des professionnels à proposer des solutions d'accompagnement dépend bien des relations qui se nouent au niveau local, parfois en dehors des outils de la Réponse accompagnée.

La notion de démarche est alors importante à souligner. En effet, nous ne nous situons pas ici dans un dispositif auquel les personnes en situation de handicap seraient éligibles. Nous bien dans un processus dynamique qui porte un changement dans les pratiques professionnelles. Ainsi, dès lors, que ces transformations se seront opérées, que la confiance entre les partenaires sera devenue naturelle et que la construction de réponses pluri-partenariales sera la norme, nous pouvons supposer que les outils de la démarche Réponse accompagnée seront obsolètes. Tout l'enjeu est alors de faire suffisamment évoluer les manières de travailler pour parvenir à éviter les ruptures de parcours et ne pas mobiliser la Réponse accompagnée seulement dans l'urgence ou de manière curative. Finalement, notre étude aura permis de montrer qu'un premier niveau de changement de pratiques s'est opéré depuis la mise en œuvre de la démarche en 2015.

Afin de poursuivre cette dynamique plusieurs éléments semblent importants à prendre en compte :

1° Harmoniser au niveau national l'utilisation des outils de la Réponse accompagnée (notamment les pratiques d'animation de GOS et de rédaction des PAG)

2° Renforcer la légitimité des MDPH dans leur mission d'« assembleur » autour des situations individuelles complexes

3° Poursuivre le travail de capitalisation sur les actions innovantes déployées dans le cadre de la démarche Réponse accompagnée

4° Renforcer le lien entre les territoires notamment dans la perspective de favoriser le partage des « bonnes pratiques »

5° Dresser un bilan national sur l'évolution des pratiques professionnels depuis le déploiement de la démarche

Enfin, il convient de rappeler que, dans le contexte de la crise sanitaire, le déploiement des Communautés 360 a commencé dans certains territoires. Annoncées par le Président de la République lors de la CNH du 11 février 2020, elles ont pour objectif d’approfondir la dynamique de coopération territoriale impulsée par la démarche Réponse accompagnée. Il s’agit notamment de renforcer la mobilisation des acteurs institutionnels, des organismes gestionnaires et des acteurs de droit commun à l’échelle d’un bassin de vie (CNSA, 2020). Nous devons alors nous interroger sur l’articulation de ce nouveau dispositif avec la Réponse accompagnée.

Bibliographie

Ouvrages :

BLOCH M-A., HENAUT L., Coordination et parcours. La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social, Santé Social, Politiques et dispositifs, 2013, pp.315

LOUBAT J-R, HARDY J-P, BLOCH M-A, Concevoir des plateformes de services en action sociale et médico-sociale, Guides Santé Social, Dunod, Juin 2016, pp. 376

RAYSSIGUIER, Y.R., HUTEAU, G., Politiques sociales et de santé, Presses de l'EHESP. Ed, 2018, pp. 790

VILLE, I., FILLION, E., RAVAUD, J.-F., Introduction à la sociologie du handicap. Histoire, politiques et expérience, Deboeck. ed, Ouvertures politiques, 2014, pp. 256

Articles de revue :

BARREYRE J-Y, Les situations dites complexes : une priorité de l'action sanitaire et sociale, Les cahiers de l'actif n°526-527, Mars/Avril 2020, p.29-43

BAUDOT P-Y, Figures de l'Etat local. Une approche relationnelle des politiques du handicap, Sciences de la société, L'Etat et ses territoires, n°90, 2013, pp.19

BAUDOT P-Y, Le handicap comme catégorie administrative. Revue française des affaires sociales, 2016, p. 63-87

BOUQUET B., DUBECHOT P., Parcours, bifurcations, ruptures, éléments de compréhension de la mobilisation actuelle de ces concepts, ERES, Vie sociale, 2017/2, n°18, p. 13-23

DROBI M., Une réponse accompagnée pour tous : une démarche qui met le pouvoir d'agir au service de la continuité des parcours. Pratiques en santé mentale, 65^{ème} année, 2019 P. 27-35

DROBI M., Une réponse accompagnée pour tous, la solidarité d'engagement en pratique, ERES, Vie sociale, n°27, 2019, p. 153-165

DUMONT R., Travailler en réseau ou en partenariat, Les Cahiers de l'Actif, N°526-527, Mars/Avril 2020, p.7-28

DUPONT H., La place de l'utilisateur dans le système social et médico-social. Vers un accompagnement total ?, Savoir/Agir, N°48, 2018, p.13-21

Documents institutionnels

Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, Une réponse accompagnée pour tous. Rapport de capitalisation et retours d'expérience, 2017 (mise à jour en Septembre 2020)

Défenseur des Droits, Handicap et protection de l'enfance : des droits pour des enfants invisibles, 2015

Ministère des solidarités et de la santé, Stratégie nationale de prévention et de protection de l'enfance 2020-2022, 2020

PIVETEAU D., ACEF S., DEBRABANT F-X., JAFFRE D., PERRIN A., « Zéro sans solution », le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches, 2014

Premier Ministre – Secrétariat d'Etat en charge des personnes handicapées, Feuille de route « Ambition transformation » 2019-2022, 2019

Annexes

Annexe 1 : Guides d'entretien

Annexe 1.1 Guide d'entretien chargé de mission Réponse accompagnée en MDPH

Bonjour,

Merci de vous rendre disponible pour ce temps d'échange.

Pour recontextualiser, je suis étudiant en Master 2 de Santé Publique et suis arrivé en stage à la CNSA début mars, je termine fin août. Je travaille avec [...] sur la Réponse accompagnée. Dans le cadre de mon mémoire je m'intéresse aux solutions proposées dans le cadre des PAG et cherche notamment à comprendre comment les différents partenaires impliqués travaillent ensemble et ce qui aide à proposer des solutions souples et modulables, ce sont les ambitions de la Réponse accompagnée, et qui puissent mieux répondre aux besoins des personnes.

Donc le but de l'entretien aujourd'hui, c'est d'aborder le déploiement de la Réponse accompagnée dans votre département, comment c'est organisé au sein de la MDPH, qui sont les partenaires que vous mobilisez et comment vous parvenez à construire des solutions d'accompagnement qui répondent aux besoins des personnes.

Comme convenu, l'entretien est enregistré pour que je puisse le mobiliser dans mon mémoire, mais les noms et les départements seront anonymisés.

La démarche Réponse accompagnée à la MDPH 22

- **Pour commencer, est-ce que je peux vous demander de vous présenter ?**
Quelles sont vos fonctions au sein de la MDPH ? Depuis quand ? Avec qui travaillez-vous en interne ?
- **Où en êtes-vous du déploiement de la démarche Réponse accompagnée ?**
Quand êtes-vous entrés dans la démarche ? Tous les axes de la démarche ont-ils été investis ? Comment ? Si non, pourquoi ?
- **Comment est organisée la démarche Réponse accompagnée au sein de la MDPH ?**
Qui sont les professionnels impliqués ? Quels sont leurs rôles ? Qu'est-ce qui a changé avec la mise en place de la démarche ?

- **Des acteurs externes à la MDPH interviennent-ils dans l'organisation et l'animation de la démarche ?**
Existe-il une animation régionale de la démarche par l'ARS ? Ou départementale par la DDARS ou le CD ? Dans quel but ? Comment cela s'organise-t-il ?

Je vous propose maintenant qu'on échange par rapport à l'accompagnement des situations.

L'entrée des personnes accompagnées dans le DOP

- **A partir de quand considérez-vous qu'une situation entre dans le DOP ?**
Quels types de situations ? Toutes les demandes de PAG font-elles l'objet d'un GOS/PAG ? Si non, entrent-elles tout de même dans le DOP ?
- **Des solutions sont-elles apportées en dehors de la réunion d'un GOS ou de la signature d'un PAG ?**
Quel accompagnement est mis en place pour les situations qui ne sont pas accompagnées dans le cadre d'un GOS ?

Comment vous assurez-vous de répondre aux besoins des personnes ? Comment peut-on expliquer le fait que des solutions soient trouvées sans réunir un GOS ou signer un PAG ?

Les solutions apportées

- **Quel accompagnement menez-vous en amont des GOS ?**
Comment accompagnez-vous les usagers dans la définition de leurs besoins ?

Des échanges sont-ils prévus avec les partenaires en amont des GOS ? Les usagers y sont-ils associés ? Quels sont les objectifs de ces échanges ?

A quel moment interviennent les usagers dans le processus de construction de la solution ?
- **Comment se déroulent les GOS ?**
Qui sont les partenaires présents en GOS de niveau 1 ?

L'ARS et les CD sont-ils systématiquement présents en GOS de niveau 2 ? Sont-ils en mesure de formuler des propositions d'accompagnement ?

Les usagers sont-ils présents en GOS ? Dans quel but ?
- **Quels types de solutions estimez-vous apporter le plus souvent ?**
Est-ce des admissions en établissement ? L'intervention du PCPE ? Autres solutions ?

Qu'est-ce qui explique que ce soit ces solutions qui soient le plus proposées ?
- **Comment décririez-vous vos relations avec vos partenaires ?**
Diriez-vous que vos partenaires sont facilement mobilisables ? Pourquoi ?

Comment travaillez-vous ensemble ?

Utilisez-vous des outils communs pour travailler ensemble ?

L'effectivité des solutions apportées

III

- **Assurez-vous un suivi des solutions apportées suite à une entrée dans le DOP (avec ou sans signature d'un PAG) ?**
Faites-vous confiance à vos partenaires ? Si oui, qu'est-ce qui favorise cette confiance ?

Conclusion et perspectives

- **Avez-vous des exemples de solutions apportées sur des situations ?**
- **Quelles perspectives pour la suite de la démarche dans votre département ?**
Y-a-t-il des axes que vous souhaitez investir prochainement ? Lesquels ? Pourquoi ?
Comment ?
- **Avez-vous quelque chose à ajouter ?**

Merci beaucoup pour le temps que vous m'avez accordé et pour cet échange.

Guide d'entretien – Professionnels de la CNSA

Bonjour,

Merci de te rendre disponible pour ce temps d'échange.

Dans le cadre de mon mémoire, je travaille sur la manière dont les acteurs impliqués dans la Réponse accompagnée s'approprient les différents outils de la démarche comme les PAG, les GOS ou les fonctions de référent PAG et de coordonnateur de parcours, pour comprendre comment ils permettent de proposer des solutions d'accompagnement souples et modulables aux personnes en situation de handicap.

Donc le but de notre échange est d'aborder le déploiement de la Réponse accompagnée et l'utilisation qui est faite de ces différents outils, comme de comprendre le rôle de la CNSA dans la démarche. Comme convenu, l'entretien est enregistré pour que je puisse le mobiliser dans mon mémoire, mais les noms et les départements seront anonymisés.

Présentation

- **Pour commencer, est-ce que je peux te demander de te présenter ?**
Quelle est ta fonction ? Quelles sont tes missions à la CNSA ? Depuis quand y travailles-tu ?
Quelles étaient tes anciennes fonctions ?
- **Quel est le rôle de la CNSA dans le cadre de la démarche « Une Réponse Accompagnée Pour Tous » ?**

Est-ce un rôle essentiellement d'animation et de capitalisation des différents retours d'expérience de la démarche ? D'autres missions se sont-elles ajoutées progressivement avec le déploiement de la démarche ? Lesquelles ?

D'autres missions sont-elles amenées à être confiées à la CNSA ? Par qui ? Dans quelles perspectives ?

D'une logique de place à une logique de réponse aux besoins des personnes

- **Comment est assurée la collecte des besoins des personnes dans le cadre de la démarche Réponse accompagnée ?**
Quels outils sont mobilisés ? Ces outils te paraissent-ils appropriés ? D'autres outils pourraient-ils être utilisés ? Pourquoi ?
- **En quoi cela fait-il évoluer les manières de travailler ?**
La MDPH est-elle la seule structure impliquée dans la collecte des besoins des personnes ? Comment s'assure-t-elle de la participation de ses partenaires à cette phase de recueil des besoins ?
- **Une fois les besoins collectés, se pose la question de l'entrée ou non dans la démarche pour les personnes accompagnées. Or, il n'y a pas de critères nationaux d'entrée dans le Dispositif d'Orientement Permanent (DOP), comment peut-on l'expliquer ?**
Est-ce parce qu'il n'est pas possible de refuser la construction d'un Plan d'Accompagnement Global (PAG) à une personne qui le sollicite ?
Quels critères de priorisations (et pas d'éligibilité) peuvent alors être mis en place en MDPH ?
Des travaux sont-ils en cours à la CNSA pour travailler cette priorisation ? Si non, auraient-ils de l'intérêt ?

Les nouveaux rôles des acteurs du handicap dans le cadre de la Réponse accompagnée

- **Peut-on dire que la démarche Réponse accompagnée confie de nouveaux rôles et missions aux acteurs des politiques du handicap ?**
Pourquoi ? Qu'est-ce qui a changé avec les manières de travailler antérieures à la démarche ?
- **Comment s'organise concrètement le rôle d' « assemblier » confié aux MDPH ?**
Un rôle d' « assemblier », est-ce un terme qui te paraît approprié ? Pourquoi ? En quoi cela impacte leurs manières de travailler ? Leur mission est-elle de s'assurer que la solution trouvée répond bien aux besoins des personnes ?
- **Le passage d'une logique de place à une logique de « réponse coordonnée » (Rapport Piveteau) implique une mobilisation des partenaires dès la construction des réponses, peut-on parler d'un nouveau rôle pour les partenaires des MDPH ? Notamment ceux des ESMS qui ne s'impliquent plus seulement en réponse à une notification mais qui doivent participer à la construction de la réponse ?**
Cela a-t-il un impact sur leurs manières de travailler ? De quels leviers disposent les MDPH pour les impliquer ?
- **Des réponses d'accompagnement souples et modulables impliquent-elles aussi les dispositifs de droit commun (ou le « milieu ordinaire ») ?**

De quels leviers disposent les MDPH pour les impliquer dans la construction et dans la mise en œuvre de la Réponse ?

- **La démarche Réponse accompagnée permet d'identifier des besoins non couverts sur le territoire, comment cela peut-il amener à une transformation de l'offre d'accompagnement des personnes en situation de handicap ?**
Quel est alors le rôle confié aux ARSS (et DDARS) dans le cadre de la démarche ?

Les solutions d'accompagnement inscrites dans une diversité d'organisations locales de la démarche

- **La Réponse accompagnée est organisée de manières très différentes selon les territoires, peut-on dire qu'il y avait, au moment du déploiement de la démarche, une volonté de laisser de la liberté aux acteurs pour s'approprier et mettre en œuvre la Réponse accompagnée ?**
Pourquoi ? Comment cela s'est-il articulé avec les missions de la CNSA ?
- **Les outils comme les PAG ou les GOS sont-ils finalement des solutions qui peuvent être mobilisées ou non selon la situation ?**
Cela avait-il été imaginé de cette manière ?

Qu'est-ce qui peut expliquer que ces outils ne soient parfois pas utilisés pour construire une réponse ?

Les perspectives

- **Quelles sont les perspectives pour la suite de la démarche ?**
Quel sera alors le rôle de la CNSA ?

Annexe 2 : Liste des entretiens réalisés

Date de l'entretien	Fonction du professionnel	Structure	Objet
5/03	Chargée de mission Réponse accompagnée	MDPH	Mission
18/03	Chargée de mission Réponse accompagnée	MDPH	Mission
24/03	Chargée de mission Réponse accompagnée	MDPH	Mission
24/03	Chargée de mission Réponse accompagnée	MDPH	Mission
24/03	Chargée de mission Réponse accompagnée	MDPH	Mission
25/03	Chargée de mission Réponse accompagnée	MDPH	Mission
2/04	Chargée de mission Réponse accompagnée	MDPH	Mission
9/04	Chargée de mission Réponse accompagnée	MDPH	Mission
16/04	Chargée de mission Réponse accompagnée	MDPH	Mission
17/04	Chargée de mission Réponse accompagnée	MDPH	Mission
22/04	Chargée de mission Réponse accompagnée	MDPH	Mission
27/04	Chargée de mission Réponse accompagnée	MDPH	Mission
11/06	Chargée de mission Réponse accompagnée	MDPH	Mission
19/06	Cheffe du service « Evaluation »	MDPH	Mission
1/07	Directrice	MDPH	Mission
6/07	Chargée de mission Réponse accompagnée	MDPH	Mission
17/07	Directrice Enfance-Famille	CD	Mission
24/07	Médecin	CNSA	Mémoire
28/07	Chargée de mission orientation et parcours	CNSA	Mémoire
30/07	Chargée de mission Réponse accompagnée	MDPH	Mission
30/07	Chargée de mission Réponse accompagnée	MDPH	Mémoire
30/07	Chargée de mission (auparavant chargée de mission Réponse accompagnée en ARS)	CNSA	Mémoire
20/08	Chargée de mission Réponse accompagnée	MDPH	Mémoire

Note réflexive

Afin d'enrichir cet écrit, il semblait nécessaire d'aborder mon expérience de stage. En effet, j'ai été accueilli en stage de fin d'étude à la CNSA pour une période de 6 mois entre le 2 mars et le 28 août 2020. L'objet de cette note réflexive est donc bien d'aborder mon expérience de stage et de revenir les conditions de réalisation de ce dernier et de production de ce mémoire. C'est pourquoi, nous aborderons dans un premier temps les missions qui m'ont été confiées et mon positionnement au sein de la CNSA, avant de revenir sur les compétences mobilisées et développées dans le cadre de ces différents travaux et de dresser un bilan professionnel de cette expérience très formatrice.

Missions et positionnement au sein de la CNSA

Nous aborderons ici les missions qui m'ont été confiées dans le cadre de mon stage et le positionnement que j'ai adopté au sein de la CNSA. Ainsi, nous reviendrons dans un premier temps sur les motivations qui m'ont poussées à candidater à la CNSA, puis nous évoquerons les missions qui m'ont été confiées et mon positionnement de stagiaire, avant d'évoquer les relations entretenues avec les professionnels que j'ai rencontré.

De prime abord, ils convient d'évoquer mes motivations pour avoir déposé une candidature spontanée à la CNSA. Il apparaît alors nécessaire de revenir sur mon parcours universitaire.

Titulaire d'une licence de Sociologie et d'une licence d'Economie-gestion, j'ai intégré le Master 1 de Santé publique de l'EHESP en septembre 2018. Fondé sur une approche pluridisciplinaire, cette première année de Master a été très riche du point de vue des enseignements, permettant d'aborder de nombreuses disciplines comme le droit, les sciences sociales, la gestion ou encore la promotion de la santé. De plus, de nombreuses compétences ont été acquises notamment dans la perspective de mieux cerner les besoins des populations (statistiques, cartographie etc.). Ce M1 s'est conclu par une première expérience professionnelle au sein d'un Conseil départemental pendant 4 mois durant l'été 2019. Soucieux de valoriser mon parcours universitaire j'ai été accueilli au sein de la direction de l'insertion pour travailler sur le dispositif des clauses d'insertion dans les marchés publics. Cette expérience m'a ainsi permis de faire le « pont » entre les connaissances

acquises en licence et la dimension davantage tournée vers les politiques publiques de solidarité apportée par l'EHESP.

En septembre 2019, j'ai intégré le Master 2 Pilotage des politiques publiques et actions en santé publique (PPASP) de l'EHESP. En effet, c'était le Master qui me semblait le mieux correspondre à mes attentes en permettant notamment d'acquérir une connaissance plus approfondie des enjeux de transformation et d'évolution du système de santé. S'il est vrai que de nombreux outils « techniques » ont été acquis au cours de cette formation, comme des instruments de pilotage, de coordination d'évaluation ou de gestion de projet, la principale richesse vient des travaux de groupes qui ont su rythmer ce premier semestre. Le deuxième semestre de la formation était consacré à la réalisation d'un stage. Après une expérience riche et réussie au sein d'un Conseil départemental, je souhaitais pourvoir appréhender les enjeux nationaux des politiques sanitaires et sociale, tout en me rapprochant davantage du secteur de l'autonomie. De plus, il me semblait important de cibler une organisation nationale constamment en lien avec les acteurs locaux des politiques de santé. Ainsi, une candidature à la CNSA est apparue comme naturelle compte tenu de mes objectifs.

Ensuite, nous abordons les missions qui m'ont été confiées. J'ai travaillé pendant 6 mois auprès de la chargée de missions Orientation et parcours qui anime notamment le réseau de chargés de mission « Une Réponse Accompagnée Pour Tous » en MDPH. Mon stage était composé de deux missions principales.

Premièrement, je suis intervenu sur un travail d'évolution de l'enquête trimestrielle Réponse accompagnée diffusée auprès des chargés de mission en MDPH. Cette enquête a été mise en place pour suivre le déploiement de la démarche et assurer son pilotage national. La phase de déploiement étant terminée, cette enquête devait évoluer notamment pour l'adapter aux besoins avec la nécessité d'améliorer la qualité, la fiabilité et l'exploitation des données. Plusieurs dimensions étaient alors à investir. Il s'agissait que l'enquête puisse permettre un pilotage local de la démarche par les MDPH. Qu'elle puisse également renforcer le pilotage national de la démarche par la CNSA. Et enfin, qu'elle permette la production de données mobilisables dans une perspective de transformation de l'offre en identifiant les besoins non couverts sur le territoire. Concrètement, l'objectif final de ce travail était que l'enquête Réponse accompagner puisse mieux rendre compte de l'accompagnement des situations complexes en MDPH. En effet, jusqu'à présent on s'intéressait principalement au nombre de PAG signés et de GOS organisés. Or, cela ne représente qu'une faible part des situations accompagnées.

Deuxièmement, mon stage s'est structuré autour d'un travail de capitalisation des retours d'expérience dans le cadre de la démarche Réponse accompagnée. Il s'agissait de rédiger des fiches synthétiques présentant différentes actions, retours d'expérience ou initiatives menées dans le cadre de la démarche Réponse accompagnée. Cette capitalisation couvre ainsi plusieurs thématiques comme la pair-aidance, la formation croisée ou encore le travail partenarial MDPH-ASE). Ces fiches ont ensuite été diffusées sur l'Extranet de la CNSA.

Ce stage s'est déroulé au sein du Pôle Expertise et Appui Métier. Ce service rassemble plusieurs professionnels chargés d'animer le réseau de partenaires locaux, principalement dans le secteur du handicap et en particulier avec les MDPH. Ainsi, j'ai découvert que chaque agent avait un portefeuille spécifique de professionnels : certains étaient chargés de l'animation du réseau des coordinateurs d'équipes pluridisciplinaire, d'autres des référents insertion professionnelle ou encore des chargés de mission Réponse accompagnée. Ce sont les réunions de pôle hebdomadaires ainsi que les échanges avec ces différents professionnels lors de mes premières semaines de stage qui m'ont permis de bien identifier les zones d'intervention de chacun, même si elles semblent parfois se chevaucher. De plus, j'estime que cela a facilité mon identification par les autres agents de la CNSA. En effet, lorsque je disais travailler avec la chargée de mission Orientation et parcours sur la Réponse accompagnée, les professionnels semblaient m'identifier et me repositionner dans l'organigramme de la structure.

Finalement, les missions qui m'ont été confiées se sont inscrites dans une forme d'appui à la chargée de mission Orientation et parcours qui avait identifié, avant le début de mon stage, plusieurs chantiers à investir. Ainsi, lors de mon entretien à la CNSA pour obtenir le stage, elle m'a dit avoir vu mon CV et avoir été intéressée dans le cadre des différents travaux qu'elle avait en tête, même si aucune offre de stage n'était, à l'origine, prévue.

Enfin, il convient d'aborder les relations entretenues avec les professionnels de la CNSA. Comme évoqué précédemment, je travaillais exclusivement sur la démarche Réponse accompagnée.

Mon interlocutrice principale au sein de la CNSA était donc ma tutrice, chargée de mission Orientation et parcours. Néanmoins l'ampleur de la démarche et la transversalité qu'elle impose m'ont conduit à être en lien avec d'autres professionnels de la CNSA sur différents sujets comme le partage d'information, les systèmes d'information ou l'utilisation de l'extranet. En effet, ce qui a été un motif d'étonnement pour moi au début du stage, sont les nombreuses réunions qui jalonnent les journées de travail des professionnels de la CNSA. Chacun ayant en charge une thématique particulière et certains sujets étant parfois très transversaux, il apparaît nécessaire de se rencontrer et d'échanger pour permettre une diffusion de l'information. J'ai donc pu constater

que l'information à la CNSA circule principalement de manière orale et parfois de manière très cloisonnée entre les différents pôles, et encore davantage entre les différentes directions. Cependant, l'avantage que j'en ai retiré est que cela m'a permis d'entrer dans le fonctionnement de la structure en m'offrant la possibilité d'échanger avec différents professionnels et de m'initier à l'organisation et aux missions des différentes directions.

Par ailleurs, il convient d'évoquer que ce stage s'est déroulé pour sa majeure partie en télétravail. En effet, la pandémie de COVID19 a imposé un confinement généralisé en France du 17 mars au 11 mai 2020. L'ensemble des agents de la CNSA ont alors poursuivi leur activité en télétravail, avec un retour progressif sur site au début du mois de juin. J'étais équipé d'un ordinateur portable fourni par la CNSA qui m'a permis de poursuivre mes missions à distance. Dans le contexte d'un stage cette période s'est avérée être assez particulière. En effet, j'étais, de fait, éloigné de la structure d'accueil et des autres professionnels. J'ai donc poursuivi mes missions de manière un peu solitaire parfois, sans pour autant être isolé. C'est-à-dire, que j'échangeais régulièrement avec ma tutrice sur l'avancée des différentes tâches en cours mais il demeurait difficile de pouvoir suivre les « actualités » du pôle et les différents travaux en cours au sein de la direction. De fait, toute la dimension informelle des échanges avait disparu, ce qui, nous l'avons vu, est souvent le véhicule principal de la transmission d'information. De même, les réunions de pôles ayant été maintenues en visioconférences, je me suis souvent senti moins concerné par les informations qui y était partagées et les échanges qui s'y déroulaient. En effet, bien souvent pour que je puisse suivre les discussions, ma tutrice me contextualisait rapidement les enjeux. Cependant, à distance, cet échange informel ne pouvait pas avoir lieu et il était alors plus difficile d'intervenir dans ce type de réunion (en visioconférence) pour demander des précisions. Finalement, cette période m'aura davantage permis de m'investir pleinement dans les missions qui m'ont été confiées dans le cadre de la réponse accompagnée, que de pouvoir suivre les sujets rythmant la vie de la structure.

Compétences déployées et développées au cours du stage

Les missions qui m'ont été proposées dans le cadre du stage m'ont tout de suite semblées très intéressante, en me permettant notamment de mobiliser mes compétences et d'en développer de nouvelles.

Tout d'abord, ce stage m'a permis de déployer de nombreuses compétences acquise au cours de mon parcours universitaire. Ainsi, j'ai pu mobiliser, des outils statistiques et de traitement de données, principalement dans le cadre du groupe de travail sur l'évolution de l'enquête

trimestrielle sur le déploiement de la Réponse accompagnée. De plus, la conduite d'entretiens semi-directifs auprès de chargés de missions Réponse accompagnée, ayant constituée une grande partie de mes missions j'ai pu gagner en efficacité dans la construction des guides d'entretien, en étant au fil des échanges davantage capable d'identifier les enjeux auxquels étaient confrontés mes interlocuteurs.

Ensuite, à l'occasion d'échanges avec les professionnels de la CNSA j'ai pu approfondir certaines de mes compétences. Ayant été amené à produire plusieurs questionnaires à destination des chargés de mission Réponse accompagnée, les échanges très riches avec les statisticiens de la CNSA m'ont permis d'acquérir plusieurs outils méthodologiques sur la construction d'enquêtes. Par ailleurs, j'ai découvert les enjeux de l'animation de réseau. Les difficultés que j'ai rencontrées au départ étaient principalement de parvenir à me repérer dans la densité d'informations que je traitais simultanément. En effet, dans le cadre de la rédaction des fiches, je travaillais sur plusieurs actions en même temps, certaines se ressemblant beaucoup il était parfois difficile de se repérer dans cette masse d'information et de pouvoir associer les actions et les départements dans lequel elles se sont mises en place. Ainsi, j'ai dû développer mes capacités d'organisation en construisant différents outils de suivi.

Enfin, il convient d'évoquer la rédaction de mon mémoire. L'ampleur de la démarche Réponse accompagnée en fait un objet d'étude particulièrement difficile à saisir. Premièrement, puisque de nombreuses thématiques y sont liées comme la transformation de l'offre, la place des personnes, la mobilisation des partenaires, la tarification des établissements etc. Ainsi, de nombreux « angles d'attaque » sont possibles. Deuxièmement, j'ai rapidement constaté que chaque département avait sa propre organisation de la démarche avec des utilisations très variées des outils. Troisièmement, le fait d'intervenir à un niveau national ne permet pas d'entrer avec finesse dans les modalités d'organisation concrète de la démarche. Ces différents éléments ont donc été source de difficulté pour parvenir à définir un sujet.

Perspectives professionnelles

Ces 6 mois de stage m'ont ainsi permis de découvrir le secteur de l'autonomie et en particulier les politiques d'accompagnement des personnes en situation de handicap, tout en constatant le rôle stratégique de la CNSA dans le secteur du handicap : celui d'interface entre les enjeux nationaux et les réalités opérationnelles au niveau local. De plus, travailler sur la démarche Réponse accompagnée est très enrichissant. Son ampleur permet d'embrasser de nombreuses thématiques comme le travail pluri-partenarial, la transformation de l'offre et les besoins des personnes, tout en abordant les problématiques transversales de l'accompagnement des personnes en situation de vulnérabilité (accès aux droits, aux soins, à l'emploi, l'inclusion, la mobilité etc.).

Très intéressé par les partenariats qui participent au succès des politiques de solidarité au niveau national comme local, je souhaiterais pouvoir poursuivre mon parcours professionnel dans une collectivité territoriale. Notamment au sein d'un Conseil départemental, leurs missions étant amenées à évoluer et à prendre davantage de place dans la conduite des politiques d'action sociale.

Bodénès	Victor	17/09/20
Master 2 Pilotage des politiques et actions en santé publique		
<i>« S'autoriser à tout imaginer » :</i> Une analyse des partenariats au sein de la démarche Réponse Accompagnée Pour Tous		
Promotion 2019-2020		
<p>Résumé :</p> <p>Initiée en 2015 la démarche « Une Réponse Accompagnée Pour Tous » porte un double objectif : apporter des solutions d'accompagnement aux personnes en situation de handicap et prévenir les ruptures de parcours. Dans la perspective de mieux répondre aux besoins des personnes, il s'agit de mobiliser l'ensemble des acteurs impliqués dans les politiques du handicap afin de permettre l'émergence de solution d'accompagnement souples et modulables. Ces réponses sont alors amenées à se construire de manière pluri-partenaire.</p> <p>L'objectif de notre travail est de comprendre comment les acteurs impliqués dans la démarche Réponse accompagnée s'approprient leur nouveau rôle de construction de solutions d'accompagnement souples et modulables.</p> <p>En créant un nouveau droit pour les personnes en situation de handicap, celui de solliciter la MDPH pour la mise en œuvre d'un PAG, la démarche Réponse accompagnée confie de nouveaux rôles aux acteurs traditionnellement impliqués dans les politiques du handicap. Premièrement, les MDPH se voient confier un rôle d'« assembleur » et sont ainsi chargées d'assurer la collecte des besoins des personnes et de mobiliser les partenaires. Deuxièmement, les ESSMS se retrouvent impliqués dans la construction de réponses apportées aux personnes en situation de handicap. Troisièmement, les ARS se voient confier pour mission d'animer la transformation de l'offre. Nous constatons également des appropriations différentes des outils de la démarche Réponse accompagnée selon les territoires. Ainsi, la construction de réponses d'accompagnement s'effectue dans un contexte local et dépend des relations qui se nouent entre les professionnels.</p>		
<p>Mots clés :</p> <p>Réponse accompagnée pour tous, partenariats, coordination, besoins, transformation de l'offre, acteurs, professionnels, médico-social</p>		
<p><i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique ainsi que L'IEP de Rennes n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i></p>		

