

COMPTE-RENDU

Rencontre avec M.S DESAULLE - 27 Janvier 2016

Lieu : Ministère des affaires sociales, de la Santé et du droit des femmes, 14 avenue Duquesne, 75007 Paris

Date : 27 janvier 2016

Durée : 1 heure

Représentant le GEPSO :

- **Clothilde HARITCHABALET**, animatrice de la commission « enfance en situation de handicap » du GEPSO et directrice de l'E.P.A.E.M.S.L du Havre,
- **Claire DUPONT**, administratrice du GEPSO et directrice générale adjointe de l'E.P.N.A.K Essonne
- **Aline PETITPAS**, secrétaire générale du GEPSO

Axe I : Mise en place d'un dispositif d'orientation permanent

Le GEPSO rappelle son soutien à cette proposition. Depuis toujours, il milite pour une orientation des personnes en fonction de leurs besoins et attentes et non en fonction du nombre de places disponibles sur un territoire.

GEPSO : Si le dispositif d'orientation permanent se substitue à la décision d'orientation, est-ce la fin de la notion de places au profit des files actives ? Pourriez-vous nous dessiner sa mise en place opérationnel ?

Marie-Sophie DESAULLE : La CDAPH continue à prononcer l'orientation dite "cible". Lorsque cette orientation cible ne peut être mise en œuvre faute de place ou en raison de la complexité de la situation, un **groupe opérationnel de synthèse** est actionné. Il se réunit autour d'une table ou en virtuel. Il est composé des différents acteurs amenés à intervenir dans l'accompagnement de la personne et ayant capacité à décider. Le groupe opérationnel de synthèse doit être force de proposition et répondre à plusieurs au plan d'accompagnement dans l'attente de l'atteinte de l'orientation cible. Le groupe opérationnel propose des temps distincts d'accompagnement afin d'apporter une réponse type dispositif (ex: temps IME/ temps SESSAD...). Chacun des acteurs signe la solution proposée, cette dernière étant réévaluée régulièrement (1 fois par an). Aucune solution ne peut être mise en œuvre sans accord exprès de la personne.

Le groupe opérationnel est convoqué de droit par la MDPH, tel que prévu par l'article 89 de la loi santé. Un coordonateur s'auto désigne au sein du groupe.

Ainsi, plusieurs services d'organismes gestionnaires différents pourront accompagner chacun pour une partie du plan d'accompagnement une personne en situation de handicap. Cela pourra également être deux établissements aux missions similaires, sur des temps différents (ex: 2 IME), l'un pour l'accompagnement en journée et l'autre assurant l'hébergement.

Toute personne en situation de handicap, dans l'attente de son orientation cible, pourra donc être accompagnée par une, deux ou trois structures différentes en fonction de ses besoins et des plateaux techniques à disposition sur son territoire.

Introduction de la notion de SESSAD collectif qui pourrait suivre des personnes en situation de handicap sur liste d'attente et donc sans solution. Ce SESSAD collectif (mise en commun de personnel) opérerait un entretien une fois par an afin de maintenir un lien avec la personne et sa famille.

M.S DESAULLE invite le GEPSO à intégrer ces groupes opérationnels de synthèse de manière proactive et à construire avec les MDPH des outils d'évaluation commun pour l'évaluation du plan d'accompagnement, afin d'éviter doublon et redite pour les personnes.

GEPSO: Souhait d'une généralisation de la démarche de GEVA compatibilité, en vue d'une meilleure coordination et d'échanges entre les acteurs afin de partager les informations pertinentes relatives à la situation de handicap de la personne. Sur le terrain, malgré les textes réglementaires, le GEVA n'est pas systématiquement utilisé par les MDPH.

Marie-Sophie DESAULLE : le GEVA est effectivement un outil central du recueil de données et de l'évaluation sur lequel les ESMS doivent appuyer. De plus, la CNSA mène actuellement un travail afin de s'assurer que le GEVA soit bien utilisé, notamment par les MDPH.

GEPSO: dans le cadre de l'informatisation des listes d'attente expérimentée par les départements pilotes, nous regrettons qu'il n'y ait pas davantage de cohérence nationale dans l'utilisation des logiciels et outils qui sont différents d'un territoire à l'autre.

Marie-Sophie DESAULLE: la CNSA travaille sur une harmonisation du système d'information, à travers une logique de tronc commun et d'inter opérabilité. En revanche, cela ne signifie pas qu'il y ait uniformisation des moyens utilisés, les logiciels peuvent donc être différents d'un territoire à l'autre, l'important étant que le système d'information soit interopérable entre MDPH et entre MDPH/ESMS.

Axe II: Déploiement de réponses territorialisées accompagnées pour tous: développer la contractualisation et la coordination entre les acteurs

A) Contractualisation

Marie-Sophie DESAULLE : La fluidité des parcours et l'élaboration de réponses plurielles nécessite un engagement fort des établissements notamment des établissements publics.

La mise en œuvre de réponses territorialisées, passe par des évaluations et outils partagés, tel que le GEVA, mais également le dossier de l'utilisateur qui à ce jour n'a pas de définition et tronc commun.

GEPSO: nous avons mené un travail sur l'élaboration du dossier de l'utilisateur, son contenu et son accès.

Marie-Sophie DESAULLE: un groupe de travail à ce sujet sera prochainement constitué et j'engage le GEPSO à y participer dans l'objectif de définir la colonne vertébrale d'informations du dossier unique de la personne.

Marie-Sophie DESAULLE: se pose également le problème du partage des informations, en premier lieu, au sein des établissements, puis entre établissements partenaires (lorsqu'une personne est accompagnée par plusieurs structures) et avec les MDPH, mais aussi entre MDPH. Cela renvoie à la question du secret médical ou quelles données transmet-on? A qui?

GEPSO: Le PLFSS pour 2016 a rendu obligatoire la signature de CPOM avec l'ARS pour les établissements financés par l'assurance maladie. Cette mesure a peu de sens pour le parcours de la personne si elle n'est pas appliquée en parallèle aux conseils départementaux.

De plus, nous avons réalisé en 2015 une enquête relative aux CPOM auprès des établissements adhérents. Il en ressort, notamment, que les conseils départementaux freinent relativement souvent les démarches de contractualisation.

La contractualisation entre ARS, Conseils départementaux et éventuellement rectorats peut-elle être rendue obligatoire?

Marie-Sophie DESAULLE : non ce n'est pas possible car les départements ont des compétences propres dont eux-seuls ont la responsabilité.

GEPSO: De même, les établissements sous double financements signent parfois un CPOM avec l'ARS et un autre avec le conseil départemental. Un CPOM triparties paraîtrait bien plus judicieux...

Marie-Sophie DESAULLE: Oui bien sûr, mais là encore du fait de compétences propres aux départements, l'obligation de CPOM triparties ne peut pas être inscrite dans la loi, bien qu'il faille vraiment aller vers cela. Il appartient à vos établissements de faire vivre ces CPOM, d'inciter les partenaires CD et ARS à se mettre ensemble autour de la table et de s'engager collectivement.

GEPSO : si les CPOM sont des outils de dialogue, dans une réalité où les budgets sont contraints, les CPOM sont trop souvent motivés par une meilleure régulation des dépenses.

Marie-Sophie DESAULLE : effectivement, il y a une contraction des enveloppes financières mais il est nécessaire que les ESMS soient inventifs, proactifs et cessent d'attendre les commandes et orientations des autorités de tarification. J'incite les directions à être plus volontaristes dans leurs propositions aux tutelles et ne pas hésiter à passer par la fenêtre lorsque la porte reste fermée.

GEPSO: il est important de renforcer la contractualisation et le décloisonnement entre les trois secteurs : social, médico-social et sanitaire. Attention notamment à ne pas oublier le secteur social: 25 % des enfants relevant de l'aide sociale à l'enfance ont également une notification MDPH.

- les CPOM santé devraient intégrer des réponses aux PH venant des ESMS et inversement;



- les CPOM sociaux devraient intégrer des réponses aux personnes relevant également du médico-social handicap et inversement.

Marie-Sophie DESAULLE: là encore, l'établissement doit être force de proposition dans le cadre de la signature de CPOM afin que ce partenariat inter sectoriel soit mis en avant.

GEPSO: enfin concernant les CPOM, nous pensons qu'il faudrait prévoir une **évaluation de ces derniers intégrant la qualité de l'action au bénéfice de la personne: quel impact du CPOM sur l'accompagnement de la personne? En incluant l'avis de cette dernière.**

A ce propos, nous avons mené une étude, en partenariat avec l'IRTS Parmentier, "impact des coopérations sur le parcours de l'utilisateur" 2015, qui pourrait constituer une base de travail vers une étude spécifique à l'évaluation des CPOM.

Marie-Sophie DESAULLE: votre proposition est très intéressante, je souhaite que vous me fassiez parvenir l'étude que vous avez réalisée.

B) Coopération entre les acteurs

GEPSO: La structuration de notre association est propice aux démarches de coopération et de transversalité entre les secteurs, qui nous permettent de soutenir activement ces démarches de coopération. Citons:

- le travail transversal des commissions adultes en situation de handicap / personnes âgées qui a donné lieu à l'élaboration d'un référentiel de formation "accompagnement des personnes handicapées avançant en âge" et à un travail autour de la mise en place d'équipes mobiles PA/PH;
- le travail transversal enfance en situation de handicap / aide sociale à l'enfance qui prévoit également un projet d'équipe mobile et la création d'un référentiel de formation commun

Marie-Sophie DESAULLE: En effet, vous menez des travaux tout à fait pertinents. **Je souhaiterais que le GEPSO puisse nous proposer un plan d'action suite aux expérimentations qu'il a mené concernant l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes et les enfants relevant des deux dispositifs ASE/MDPH, en incluant une valorisation des bonnes pratiques en la matière.**

De même, le GEPSO pourrait proposer **un plan d'action, en lien avec les ARS, afin d'éviter les départs en Belgique. 15 millions d'euros sont dédiés à ce chantier.** Une des pistes pourrait être l'hébergement temporaire avec un taux d'occupation actuel de seulement 50%.

GEPSO: La loi HPST a eu pour effet pervers de cloisonner l'action du secteur social. Pour une meilleure coopération avec ce secteur. Nous préconisons pour chaque mineur accompagné relevant du social et du médico-social: la mise en place de fiches de liaison entre l'ASE et la MDPH et la création d'un poste de référent de parcours au sein de ces deux entités.

Par ailleurs, si le GEPSO est très favorable à davantage de coopération avec le sanitaire, il reste vigilant face au risque de sanitarisation des ESMS. Le conventionnement doit être renforcé.



L'autonomie de gestion et l'individualisation budgétaire du M.S face au sanitaire doivent être maintenues.

Marie-Sophie DESAULLE: Je plaide en faveur des GHT et des GCSMS sanitaires / médico-sociaux. En tant qu'établissements publics, vous avez un boulevard devant vous pour y rentrer, mais il faut que cela soit piloté par les ARS.

Axe III: Mise en place d'une dynamique de soutien par les pairs : expertise, formation, accompagnement

GEPSO: S'appuyer sur l'expertise de l'utilisateur, en tant qu'acteur central de l'action menée à son égard, est une évolution primordiale portée par le GEPSO, notamment au travers de son CNU et de ses CIRU. Dès lors que cela est possible, le GEPSO favorise la participation directe de l'utilisateur.

Concernant l'accompagnement par les pairs, quelle reconnaissance et quel statut auraient ces derniers? Quel type d'aide pourraient-ils proposer? Quelle coordination avec les professionnels? Attention à la représentation des professionnels sur la place des familles, des réticences peuvent exister, comment dépasser la peur des professionnels? Quid de la responsabilité des établissements envers ces personnes?

Marie-Sophie DESAULLE: les démarches que vous menez (création des CIRU...) pour la participation des usagers sont tout à fait pertinentes. Au travers de vos CIRU, je vous propose de recenser des volontaires qui souhaiteraient se former à la formation de formateur aidant.

Concernant les réticences que vous évoquez, j'insiste sur le nécessaire changement de culture des professionnels, notamment des équipes et des cadres intermédiaires, qui doit passer par la formation et l'imprégnation / intégration des aidants naturels.

Concernant le statut et la reconnaissance des pairs dans l'accompagnement, ils seraient salariés, contractuels pour les établissements publics, membres à part entière de l'équipe professionnelle à des postes type adjoint administratif.