



2017

**Synthèse régionale**  
**Réponse Accompagnée Pour Tous**  
**Bourgogne-Franche-Comté**

A la demande de l'ARS  
de Bourgogne-Franche-Comté

**GERARDIN Isabelle**

Conseillère technique

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>5</b>
<i>I- Le contexte .....</i>	<i>5</i>
<i>II- Les objectifs de la demande.....</i>	<i>5</i>
<i>III- Le perimetre.....</i>	<i>6</i>
<i>IV- La méthodologie adoptee .....</i>	<i>6</i>
<i>V- Les limites de ce recueil .....</i>	<i>8</i>
<i>VI- Les retours.....</i>	<i>9</i>
<b>PARTIE 1 : TYPOLOGIE DES DISPOSITIFS INNOVANTS .....</b>	<b>12</b>
<i>I- Actions spécifiques pilotées dans le cadre des <b>situations critiques par la MDPH</b> .....</i>	<i>13</i>
1- L'organisation des PAG/commissions cas critiques .....	13
2- Vers un début d'organisation intégrée ? .....	19
3- des doubles orientations.....	22
4- dérogations /autorisation-accord de moyens supplémentaires .....	23
5- Une gestion harmonisée des listes d'attente/admissions.....	24
<i>II- Dispositifs visant à éviter les ruptures d'accompagnement liées à l'avancée en âge (16-25 ans, PHV, etc.).....</i>	<i>27</i>
1- des réponses innovantes pour répondre aux besoins des personnes handicapées vieillissantes 27	
2- des réponses innovantes pour éviter des ruptures dans les parcours de jeunes à des âges charnière (et/ou sans solution) .....	29
<i>III- Dispositifs favorisant la fluidité des <b>parcours scolaires</b> .....</i>	<i>31</i>
1- Un dispositif inter-établissements pour faciliter l'accès à la formation professionnelle (90) .....	31
2- Un dispositif d'appui aux CFA (21) .....	32
<i>IV- Dispositifs favorisant des <b>formes d'habitat intermédiaires</b> et/ou évitant les ruptures dans le parcours résidentiel .....</i>	<i>33</i>
1- Un habitat partagé et accompagné .....	33
2- des interventions complémentaires au SAMSAH et du centre d'accueil de jour pour rompre l'isolement.....	34
<i>V- Dispositifs favorisant la fluidité du <b>parcours professionnel</b> (dont l'accès et le maintien à l'emploi au milieu ordinaire) .....</i>	<i>35</i>
Un dispositif départemental pour l'accès à l'insertion professionnelle (71) .....	35
<i>VI- Dispositifs intervenant spécifiquement sur les personnes <b>en attente de solutions</b> .....</i>	<i>36</i>
projets d'accompagnement passerelle pour de jeunes adultes en situation d'amendement Creton ....	36

VII- <b>Les autres formes de collaborations favorisant la fluidité du parcours</b> .....	37
1- dispositifs ressources spécialisés apportant un appui aux ESMS du territoire .....	37
2- des collaborations entre des acteurs de différents secteurs pour apporter une solution adaptée à la complexité de la situation : prémices de plate-formes ? .....	39

## **PARTIE 2 : LES ENSEIGNEMENTS ISSUS DE CES EXPERIMENTATIONS.....42**

I- <i>Les partenaires associés</i> .....	43
1- Les partenaires des MDPH dans le cadre de l'élaboration des PAG, au sein des GOS ou des commissions cas critiques notamment.....	43
2- les partenaires des ESMS dans les dispositifs créés et/ou dans la construction de réponses sur mesure pour des cas particuliers.....	44
3- Les points forts des partenariats cités .....	46
4- Les principales difficultés rencontrées dans ces partenariats .....	46
II- <i>Les bonnes pratiques à partager</i> .....	48
1- associer l'usager (et sa famille) tout au long de la démarche .....	48
2- face aux situations complexes : aménager un accueil très progressif et de la modularité dans les réponses .....	48
3- favoriser la communication et la coordination entre les acteurs de la prise en charge.....	48
4- s'appuyer au maximum sur les ressources du droit commun .....	49
5- assurer une couverture territoriale des réponses .....	49
6- mutualiser : les moyens, les expériences, les listes d'attente... ..	50
7- former les salariés d'ESMS et les accompagner au changement.....	50
III- <i>Les leviers / facilitateurs</i> .....	50
1- l'implication et la réactivité des acteurs .....	50
2- L'obtention de dérogations, de financements exceptionnels et de souplesse .....	51
3- la possibilité de recourir à de l'expertise.....	53
4- la possibilité de mettre en place des périodes d'essai mais aussi des droits au retour en cas d'échec après une orientation .....	53
IV- <i>Les obstacles / freins</i> .....	54
1- l'inévitable inquiétude face aux changements .....	54
Une organisation en « dispositifs » qui bouleverse les pratiques.....	54
Un mixage des populations et des professionnels qui demande un temps d'acculturation .....	55
2- des barrières/freins règlementaires .....	55

Les questions financières : .....	55
Les « obligations » créées par certaines mesures .....	55
L'incompatibilité entre différentes mesures .....	55
Autres freins : .....	56
3- la fragilité de certains montages financiers .....	56
4- quand le provisoire dure .....	56
5- des parents ou des jeunes qui n'adhèrent pas à la solution proposée .....	57
V- <i>Les modalités d'évaluation envisagées</i> .....	57
1- des critères et modalités d'évaluation qui dépendent des projets .....	57
2- en résumé .....	59
VI- <i>Des propositions d'amélioration</i> .....	60
1- Une plus grande anticipation .....	60
2- proposer un accompagnement plus progressif et la possibilité de mobiliser ponctuellement des moyens supplémentaires .....	60
3- Une plus grande souplesse et cohérence entre les différentes décisions administratives .....	61
4- permettre aux différents partenaires de mieux se connaître .....	61
5- désigner un pilote pour une coordination active .....	62
6- l'organisation de places pour des séjours de rupture mobilisables rapidement .....	62
7- prendre en compte la problématique des restes a charge .....	62
8- davantage formaliser et faire connaître ces solutions innovantes .....	62
<b>ANNEXE 1 : LES FICHES DISPOSITIFS</b> .....	<b>63</b>
<i>I- Actions spécifiques pilotées dans le cadre des <b>situations critiques par la MDPH</b></i> .....	64
<i>II- Dispositifs visant à éviter les ruptures d'accompagnement liées à l'avancée en âge</i> .....	77
<i>III- Dispositifs favorisant la fluidité des <b>parcours scolaires</b></i> .....	85
<i>IV- Dispositifs favorisant des <b>formes d'habitat intermédiaires</b> et/ou évitant les ruptures dans le parcours résidentiel</i> .....	91
<i>V- Dispositifs favorisant la fluidité du <b>parcours professionnel</b> (dont l'accès et le maintien à l'emploi au milieu ordinaire)</i> .....	100
<i>VI- Dispositifs intervenant spécifiquement sur les personnes <b>en attente de solutions</b></i> .....	103
<i>VII- Les autres formes de collaborations favorisant la fluidité du parcours</i> .....	106
<b>Annexe 2 : LES FICHES INDIVIDUELLES / ILLUSTRATIVES</b> .....	<b>111</b>
<b>ANNEXE 3 : DIAPORAMA DE PRESENTATION DE LA COMMANDE</b> .....	<b>167</b>

## INTRODUCTION

### I- LE CONTEXTE

A la suite des recommandations du rapport PIVETEAU « zéro sans solution », le gouvernement a confié à Marie-Sophie DESAULLE la mission de déployer le dispositif « une réponse accompagnée pour tous », dont le cadre juridique a été posé par l'article 89 de la loi de modernisation de notre système de santé.

Vingt-quatre départements ont répondu favorablement à l'appel à candidatures conjoint lancé en août 2015 par Marisol TOURAINE, ministre des affaires sociales et de la santé, Ségolène NEUVILLE, secrétaire d'État chargée des personnes handicapées et Dominique BUSSEREAU, président de l'association des départements de France, afin de développer de nouvelles organisations et de déployer ce dispositif sur les territoires volontaires. En Bourgogne-Franche Comté, 4 départements ont fait partie de ce premier déploiement. Il s'agit de la Côte d'Or, du Doubs, de la Saône et Loire et de l'Yonne. Les 4 autres départements s'engagent dans la deuxième vague de déploiement.

Le réseau des CREAI et sa tête de réseau sont engagés dans cette mise en mouvement et se sont vu confier une mission par la CNSA et la DGCS déclinée dans l'instruction ministérielle du 24 juin 2016. Il s'agit d'organiser une remontée d'expériences sur l'accompagnement au changement de pratiques dans les réponses proposées aux personnes handicapées permettant l'ambition d'un « zéro sans solution » et spécifiquement celles présentant **une alternative aux modes de prise en charge habituelles ou des caractéristiques « innovantes »**.

### II- LES OBJECTIFS DE LA DEMANDE

Il s'agit dès lors pour le CREAI de Bourgogne-Franche-Comté :

- d'identifier dans la région (tant sur les territoires pionniers que sur les autres), les expériences ayant permis des réponses alternatives pour des personnes handicapées en situation de rupture de parcours ou en risque de rupture ;
- de recueillir une présentation de ces expériences au moyen de fiches annexées à l'instruction ministérielle pré-citée ;
- de valoriser ces expériences en collaboration avec l'ARS et les Conseils Départementaux à travers des temps de présentation et d'échanges en CRSA ;
- de produire un rapport destiné à l'ARS et à l'ANCREAI sur les éléments d'analyse issus de la démarche de repérage et sur la caractérisation des expériences recensées.

L'ARS a inscrit ce travail dans le cadre de son projet régional handicap (dans l'axe 4 intitulé « *L'accompagnement au changement* » de l'objectif 2 « *Assurer un accompagnement individuel, adapté et coordonné de la personne handicapée* ») :

« *Recensement par le CREAI des expériences ayant permis de construire et proposer des réponses alternatives pour des personnes handicapées en situation de rupture de parcours* ».

### III- LE PERIMETRE

La Mission DESAULLE vise en particulier à identifier et favoriser le développement des dispositifs innovants, expérimentés par les acteurs sanitaires, sociaux, médico-sociaux et/ou de droit commun, visant à trouver des solutions pour prévenir ou répondre aux besoins et attentes des personnes handicapées ne trouvant pas de réponse satisfaisante dans les structures médico-sociales courantes.

En l'absence de définition du caractère « innovant » à prendre en compte, l'ANCREAI et les CREAI ont choisi dans le cadre de ce recensement, de circonscrire le périmètre à **des dispositifs qui ne correspondent pas aux catégories d'établissements et services définies par les nomenclatures officielles (FINESS) et/ou ne bénéficiant pas de financement pérenne et/ou sont présents uniquement sur quelques territoires**. Ainsi, l'accueil temporaire, les sections d'activité occupationnelle des ESAT (SAS, SACAT, etc.), l'accueil séquentiel en internat ou accueil de jour, les temps partagés entre le sanitaire et le médico-social ou entre l'école et le médico-social (quand cela est pratiqué uniquement au niveau individuel et non généralisé à l'échelle d'un dispositif) n'entrent pas dans ce recensement même si bien entendu, ces pratiques visent prioritairement à fluidifier les parcours et/ou éviter les ruptures d'accompagnement. En effet, l'existence et le fonctionnement de ces dispositifs sont connus et développés dans la plupart des départements.

### IV- LA METHODOLOGIE ADOPTEE

La méthodologie s'est déroulée selon 3 principales étapes détaillées ci-dessous.

---

#### EN AMONT DU DEMARRAGE DE L'ACTION

Le CREAI a rencontré le 17/10/16 Mme Audrey PIERRE, chef de projet handicap « Une réponse accompagnée pour tous » à la direction de l'autonomie de l'ARS Bourgogne-Franche-Comté, afin de définir conjointement une stratégie permettant d'optimiser les chances de remontées d'informations de la part des acteurs, dans un contexte où les

principaux interlocuteurs pour ce travail (MDPH, Conseils Départementaux, ARS, ESMS) sont déjà très sollicités et mobilisés notamment par la mise en oeuvre des préconisations issues du rapport PIVETEAU.

La démarche a été la suivante :

- Envoi d'un courriel par Mme Audrey PIERRE aux DTARS, CD et MDPH des 8 départements pour les informer du travail entamé par le CREAI et de leur mobilisation souhaitée ;
- Transmission au CREAI du nom et des coordonnées des chargés de projet/mission RAPT (également nommés pour certains chargés de mission DESAULLE ou encore référent PAG) des MDPH des territoires pionniers ainsi que du cabinet conseil EY chargé de les accompagner sur le plan méthodologique ;
- Proposition par le CREAI d'un diaporama présentant l'organisation de la remontée régionale des réponses alternatives pour les personnes handicapées en situation ou en risque de rupture de parcours (cf diaporama en annexe 2) ayant servi de support à l'ARS pour communiquer sur ce travail à la commission spécialisée et à la commission d'harmonisation des politiques publiques.

#### LA PHASE DE REPERAGE DES PORTEURS DE DISPOSITIFS OU DE REPONSES ALTERNATIVES

Selon la méthodologie arrêtée avec l'ARS, le CREAI a envoyé le 10/11/16 un courriel aux 8 DTARS, CD et MDPH de la région, leur présentant le périmètre du recensement des expériences alternatives et les invitant à lui communiquer les coordonnées de porteurs d'expériences dont ils auraient connaissance sur leur territoire.

Concernant plus spécifiquement les MDPH, au-delà de cet appel à connaissances, il leur était également demandé de communiquer des éléments sur la mise en place des PAG et des GOS et d'illustrer quelques situations au moyen de PAG anonymés.

Le conseiller du cabinet EY a quant à lui, été sollicité lors d'un échange téléphonique en date du 17/11/16.

Parallèlement, le CREAI a également sollicité, par un courriel (24/11/16), l'ensemble des organismes gestionnaires de la région, les invitant à faire remonter des solutions que leurs établissements ou services auraient pu être amenés à construire pour proposer des réponses alternatives à des personnes en situation de rupture de parcours ou risquant de se trouver sans solution.

La participation à deux journées DESAULLE (l'une dans l'Yonne le 11/10/16, l'autre en Saône et Loire, le 15/11/16) et à une réunion organisée par l'ARS de BFC ayant pour objectif de faire un point d'étape sur l'avancement du projet RAPT (le 09/12/16) a également permis de bénéficier de quelques retours d'expériences.

Malgré ces démarches, face à l'insuffisance des remontées spontanées, le CREAI a également fait un appel à connaissances dans le cadre d'autres instances comme ses commissions régionales qui rassemblent des professionnels des ESMS de la région et procédé à des relances auprès des MDPH, des CD et des DTARS qui n'avaient pas répondu 2 mois après la première sollicitation (le 26.01.17).

## LA SOLLICITATION DES PORTEURS D'EXPERIENCES ALTERNATIVES

Les expériences susceptibles de rentrer dans le champ de la mission DESAULLE une fois identifiées, nous avons adressé aux porteurs de projets les deux fiches annexées à l'instruction ministérielle, l'une pour décrire le dispositif mis en place et l'autre pour l'illustrer au moyen d'une situation individuelle anonymée.

Parfois la remontée des fiches a dû être suivie d'un entretien téléphonique afin de préciser certains points qui n'apparaissaient pas suffisamment clairement. Certaines fiches étaient en effet assez approximatives (par exemple indiquant que la solution avait été ébauchée au niveau de la MDPH mais sans préciser quels acteurs y avaient contribué ou encore listant des partenaires sans préciser le rôle de chacun).

Dans d'autres cas, les personnes ont demandé au CREAI de renseigner les fiches à partir d'un entretien téléphonique et/ou de documents transmis, indiquant qu'ils n'avaient pas le temps de faire ce travail de rédaction. Ces fiches ont ensuite été validées par les porteurs de projets.

Les fiches individuelles (et seulement elles), renseignées par les structures ont été retouchées par le CREAI (en supprimant volontairement le nom des acteurs, les départements concernés et l'identité de la personne ayant renseigné la fiche), afin d'éviter que ces situations soient reconnaissables, dans un souci de préservation de l'anonymat des personnes concernées. Précisons que la description de leur parcours nous a été très précieuse pour illustrer les points de blocage, mais aussi les réponses co-construites en vue d'une adaptation à la complexité des situations rencontrées.

## V- LES LIMITES DE CE RECUEIL

La première limite de ce travail concerne la notion de « dispositif innovant ». Bien que nous ayons précisé le périmètre de ce recueil (cf. p6 de ce rapport), les acteurs ont eu du mal à se situer par rapport à ce dernier. En effet, certains dispositifs mis en place sont antérieurs à la démarche RAPT tout en répondant complètement à sa logique (il s'agissait alors d'acteurs pionniers en la matière !) tandis que d'autres, ayant adapté récemment leur offre, pensent être dans la logique RAPT alors que les évolutions proposées ne font pas appel à des pratiques véritablement innovantes (au sens de mobilisant des acteurs ou mesures habituellement cloisonnés ou incompatibles). Cette limite a pu conduire certains acteurs à ne pas se manifester dans le cadre de ce recueil et d'autres à en être exclus.

L'ambition de ce travail n'était pas de procéder à un recensement, mais bien d'illustrer des cas concrets de mise en œuvre de réponses innovantes et de points de blocage. Néanmoins, et il s'agit là de la seconde limite, on peut regretter la non-exhaustivité<sup>1</sup> de ce recueil qui aurait sans doute permis de réaliser un véritable diagnostic partagé des zones de « tension » entre les besoins identifiés et l'offre de prestations sur un territoire mettant en exergue les points de blocage et les leviers possibles pour tendre vers une logique de réponse modulaire, de type plate-forme.

Le « format » imposé par la circulaire (sous forme de fiches à renseigner) constitue la troisième limite de ce travail : ces fiches n'ont en effet pas toujours été renseignées de manière homogène selon les acteurs et n'invitent pas à être particulièrement précis sur la nature et le contenu des partenariats par exemple. Elle a néanmoins eu le mérite d'obliger les acteurs à renseigner les mêmes items, rendant par là même plus aisée la synthèse de ces expériences.

La dernière limite que nous avons rencontrée est le manque d'articulation entre les multiples demandes concomitantes de remontées d'informations auprès des mêmes acteurs (de la part de la CNSA, du cabinet EY chargé d'accompagner les territoires pionniers, de l'ARS et des CD dans le cadre de l'organisation de journées RAPT,...) entraînant une lassitude voire un agacement de leur part.

## VI- LES RETOURS

Au final, le recueil (non exhaustif) à partir duquel cette synthèse est rédigée, porte sur 18 expériences et 27 fiches illustratives, parfois en lien avec un dispositif mais pas toujours. En effet, peu de dispositifs nous ont été remontés. Les solutions innovantes sont pour le moment surtout construites au cas par cas, mais l'on peut imaginer que certaines d'entre elles vont se généraliser et aboutir à la mise en place de dispositifs à la suite de la pérennisation de certains partenariats pouvant évoluer vers des solutions intégrées (du type MAIA).

### SUR LES TERRITOIRES PIONNIERS

#### Côte d'Or (21)

- Orientation vers des dispositifs : MDPH 21 (fiche B)

---

<sup>1</sup> D'autres expériences existent dans la région, mais nous n'avons pas pu les prendre en compte dans ce rapport, faute d'avoir pu obtenir un entretien ou les fiches complétées de la part de ces acteurs (absence de réponse ou réponse signifiant l'impossibilité de répondre dans les temps impartis). L'ambition de ce travail n'étant pas de procéder à un recensement, mais bien d'illustrer des cas concrets de mise en œuvre de réponses innovantes et de points de blocage, nous n'avons procédé qu'à une relance auprès des acteurs concernés.

- Organisation en dispositif (fiche C)
- Mise en place de PCH aide humaine pour intervention aides à domicile auprès de PHV en FV : foyer Chantournelle, Acodège (fiche F)
- SACFA et bancs d'essai (PEP 21) (fiche J)

### **Doubs (25)**

- Intégration processus PAG au sein de la MDPH du Doubs : MDPH 25 (fiche A bis)
- Dispositif d'habitat adapté AFTC BFC (fiche M)
- Equipe mobile autisme 25 (ex plateforme autisme)- AHS de FC (fiche P)
- Colocation avec mutualisation de PCH (APF BFC) à Besançon (fiche L)

### **Saône et Loire (71)**

- Commissions d'harmonisation : MDPH 71 (fiche E)
- PDIP71 (fiche N)
- La Novelline : colocation avec mutualisation PCH pour TC (fiche K)

### **Yonne (89)**

- Démarche d'élaboration de PAG/GOS : MDPH 89 (fiche A)

---

## **SUR LES AUTRES TERRITOIRES (NON PIONNIERS)**

### **Jura (39)**

- Pas de dispositif remonté (mais deux cas illustratifs)

### **Nièvre (58)**

- Service mobile de coordination des soins au profit des personnes handicapées vieillissantes vivant dans les foyers de vie de la Nièvre – AEHM (fiche G)

### **Haute Saône (70)**

- Dispositif équipe mobile (pour des jeunes en rupture/IME ou sortis d'IME se trouvant sans solution) (fiche H)
- Dispositif passerelles pour les jeunes en aménagement Creton (fiche O)

### **Territoire de Belfort (90)**

- organisation en dispositif IME/SESSAD pour certains enfants- ESMS pour enfants ADAPEI 90 (fiche D)
- DAFP 90 Fondation Arc en Ciel (fiche I)

---

AU NIVEAU REGIONAL

- Equipe relais handicaps rares (porté par les PEP 21 en BFC) (fiche Q)

## **PARTIE 1 : TYPOLOGIE DES DISPOSITIFS INNOVANTS**

## I- ACTIONS SPECIFIQUES PILOTEES DANS LE CADRE DES SITUATIONS CRITIQUES PAR LA MDPH

### 1- L'ORGANISATION DES PAG/COMMISSIONS CAS CRITIQUES

Pour cette sous-partie (et uniquement celle-ci), les territoires pionniers ont été distingués des autres départements de la région. En effet, les premiers réfléchissent aux modalités d'élaboration des plans d'accompagnement global (PAG) et à la composition des groupes opérationnels de synthèse (GOS) alors que les seconds fonctionnent pour l'heure encore avec les commissions « cas critiques », qui préfiguraient en quelque sorte les actuels GOS.

Les exemples de PAG fournis permettent notamment d'illustrer les situations dans lesquelles des solutions sont à inventer lorsque l'orientation cible ne peut être mise en œuvre. Ils font état de formes inédites de partenariats, de différents types de dérogations accordées, des difficultés rencontrées... pour tenter de prévenir tout risque de rupture de prise en charge et/ou d'apporter une réponse à des personnes sans solution et en général dans des situations complexes du fait de facteurs liés aux besoins de la personne et/ou à son environnement.

Les MDPH des autres territoires ont indiqué combien de situations avaient été examinées en commission cas critiques en 2015 et 2016 mais ont rarement fourni des exemples détaillés de situations traitées dans cette commission.

#### Sur les territoires pionniers

**Dans le département de l'Yonne** une procédure d'élaboration des PAG (fiche A) a été définie. Elle prévoit notamment un ensemble de critères<sup>2</sup> objectivant la décision d'élaborer un PAG. Il s'agit des situations présentant :

- un risque ou un constat de rupture de parcours : déscolarisation ; refus d'accompagnement ; maintien par défaut ; transitions secteur « enfant »/ secteur « adultes » ou secteur « sanitaire » / secteur « médico-social » ; accompagnement de personnes handicapées vieillissantes en établissement médico-social ; inadéquation de l'accompagnement à l'évolution de la pathologie de la personne ;
- une complexité particulière : handicaps rares ; refus d'aides ou de soins ; épuisement des aidants et des professionnels ; soins importants ou hospitalisations récurrentes ; multiplicité des accompagnements ;
- une inadéquation de la réponse préconisée et l'offre du territoire : personnes sur listes d'attente dans un ESMS ; inadéquation ou absence de réponse sur le territoire.

Les situations repérées doivent être signalées au référent PAG de la MDPH, au moyen d'une fiche d'orientation<sup>3</sup> qui a été co-élaborée avec l'ASE, des ESMS et des enseignants référents. La situation de la personne est étudiée en comité restreint MDPH (rassemblant un membre de la direction, un médecin, le référent PAG, un représentant de l'EPE adulte, un représentant de l'EPE enfant...).

La MDPH convoque un GOS, qui élabore le PAG, mis en œuvre après engagement oral des partenaires, suivi de la signature du document. Au moment de ce recueil, 2 PAG avaient été réalisés et 4 étaient en cours de réalisation.

A titre d'exemple (fiche 01), la situation illustrée par ce PAG, montre qu'au-delà des temps partagés IME/SESSAD ou ESMS/école tels qu'ils ont déjà été déployés assez largement sur certains territoires, c'est surtout le recours à des prestations supplémentaires (psychologue spécialisé dans l'autisme) et la nécessité de mettre en œuvre des dérogations sur le plan financier qui constituent des réponses nouvelles aux problématiques posées.

En l'espèce, il s'agit d'une jeune fille de 11 ans présentant des troubles envahissants du développement associés à des troubles autistiques, se manifestant notamment par des troubles sévères de la relation et du comportement associés à des angoisses envahissantes, une phobie scolaire, des troubles de l'équilibre et de la coordination. Ses troubles et difficultés l'empêchent de suivre une scolarité au milieu des autres (elle reste dans une salle à part avec une AVS) et son comportement est également difficile à l'hôpital de jour, dont elle ne va par ailleurs bientôt plus bénéficier compte tenu de son âge. La MDPH a donc organisé une réunion d'un Groupe Opérationnel de Synthèse de niveau 2<sup>4</sup>, composé de l'ARS, du CD, de la MDPH, des ESMS accompagnant la jeune fille (IME et SESSAD), de l'EN, d'une association spécialisée dans l'autisme et de la mère de cette jeune fille. La solution proposée consiste à mettre en place une scolarisation en ULIS école à temps partiel, assortie d'une prise en charge en IME à temps partiel couplée à l'intervention d'un SESSAD et d'un psychologue à domicile spécialisé dans l'autisme. L'ARS a en outre attribué un crédit non reconductible à l'IME (accueil en sureffectif, financement d'un éducateur spécialisé) ; le Conseil Départemental a accordé une dérogation pour la prise en charge du transport entre l'ULIS et l'IME et chacun des partenaires s'est engagé dans la mise en œuvre de cette réponse alternative.

---

<sup>3</sup> Contenu de la fiche d'orientation demande de PAG : identification de l'auteur de la demande ; identification de la personne dont la situation est jugée complexe ; point sur la situation de la personne et sur les professionnels déjà en place ; description des difficultés de l'accompagnement ; attentes des besoins de la personne et/ou de l'entourage ; décision (de la MDPH).

<sup>4</sup> GOS de niveau 2 = GOS avec présence des financeurs.

## En Saône et Loire

La commission exécutive (COMEX) de la MDPH s'est dotée de critères (assez convergents avec ceux de l'Yonne) pour déterminer dans quels cas un GOS devait être constitué, sur sollicitation de l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation de la MDPH ou de l'utilisateur. Il s'agit des critères suivants :

- situation connaissant un risque de rupture de parcours et d'intégrité, sécurité de la personne ou de sa famille ;
- situations avec inadaptation de l'accueil actuel en établissement (malgré une décision d'orientation conforme aux besoins et des recherches actives) et générant des troubles compromettant l'accompagnement ;
- situations présentant une complexité dans l'élaboration et la mise en œuvre de la réponse (séquençage, modularité, technicité particulière ou besoin d'un accompagnement « 1 pour 1 »...).

Le PAG est formalisé par le référent d'évaluation des PAG (interne à la MDPH), à la suite du GOS. C'est d'ailleurs également lui qui mobilise les acteurs de terrain et prépare les réunions de ces groupes. Les modalités de suivi du PAG sont également précisées : périodicité, identification d'un coordonnateur de parcours parmi les acteurs de la mise en œuvre du plan, chargé d'accompagner l'utilisateur dans le déploiement de la solution proposée.

Au 15 novembre 2016, 17 situations (dont 15 concernant des enfants) ont fait l'objet d'au moins une réunion de GOS à l'issue de laquelle des engagements des différents partenaires ont été pris dans des PAG. Certains reposent sur un partenariat avec des acteurs du sanitaire, d'autres avec des acteurs de la protection de l'enfance, voire les deux.

Ainsi, dans le cas présenté dans la fiche 02, c'est une co-intervention ITEP (en semaine) /MECS (le week-end à partir du vendredi 14h) et un engagement de la pédo-psychiatrie à intervenir en cas de crise, qui ont permis à un jeune d'être accueilli en ITEP alors que ses troubles se traduisant par des passages à l'acte violents avaient mis en échec son accueil dans plusieurs familles d'accueil et dans plusieurs établissements de la protection de l'enfance. Pour ce cas particulier, la combinaison de ces deux types d'accueil et l'assurance d'une prise en charge sanitaire si besoin constituent une réponse adaptée aux besoins de ce jeune qui ne relève ni totalement d'un ITEP ni totalement d'une MECS mais bien d'une combinaison des deux avec un étayage en pédo-psychiatrie dans les phases de crise.

La deuxième situation présentée (fiche 03) met en œuvre elle aussi une réponse articulant étroitement les trois secteurs. Il s'agit ici encore d'un jeune relevant de l'ASE et ayant besoin d'un suivi en hôpital de jour. Il bénéficiait par ailleurs d'une orientation en IME n'ayant pas pu être mise en œuvre faute de place. Face à la situation problématique de ce jeune se désocialisant, scolarisé à temps très réduit et sans accompagnement éducatif, la solution proposée a consisté en un accueil à temps partiel à l'IME (en sur-effectif), assorti de 2 journées par semaine de prise en charge à l'hôpital de jour et d'un hébergement en famille d'accueil. Sans cet engagement des acteurs du soin, les professionnels de l'IME auraient été

en difficulté pour répondre à l'ensemble des besoins de ce jeune présentant des angoisses massives.

### En Côte d'Or

Une procédure d'élaboration des PAG a été formalisée et est appliquée. Dans un premier temps, elle ne concerne que les situations jugées critiques ou complexes. Il s'agit bien entendu de caractériser les situations considérées comme telles. La procédure n'ayant pas encore été validée par les instances, nous n'avons pas pu y avoir accès ni connaître ces critères.

L'exemple de PAG fourni (Fiche 04) permet d'illustrer comment parfois l'absence de place dans le secteur médico-social peut amener les acteurs à inventer des réponses alternatives qui se révèlent finalement répondre de manière satisfaisante aux besoins de la personne.

En l'occurrence, il s'agit d'une jeune femme aujourd'hui âgée de 23 ans, dont l'enfance a été marquée par une succession d'hébergements en famille d'accueil avant d'être accompagnée à la fois par le secteur sanitaire (CATTTP puis hospitalisation complète dans un CHS puis un autre à la suite d'un conflit avec sa famille) et par le secteur médico-social (pour un accompagnement vers une insertion professionnelle). Elle disposait d'une orientation FAM qui n'avait pas pu être mise en œuvre par manque de place. Son état de santé ne justifiant plus une hospitalisation complète, la MDPH a été saisie par le CHS pour trouver une solution adaptée à ses besoins. Cette personne se trouvait dans une situation jugée critique dans la mesure où à la sortie du CHS elle n'avait pas de solution adaptée à ses besoins.

A la suite d'une réunion de travail à la MDPH, rassemblant le CHS, la MDPH, la curatrice de la personne, le travailleur social de la cellule Accueil Familial du Département, et une famille d'accueil potentielle, il a été proposé la solution suivante : la mise en place d'un accueil familial à temps plein, situé à proximité du CHS qui la suit (et s'engage à poursuivre les soins) et d'un ESAT (si à terme une mise à l'emploi est possible) assortie d'un suivi éducatif assuré par la cellule d'accueil familial du département. La curatrice de cette personne a été désignée comme coordonnateur de parcours. Aujourd'hui, cette solution semble convenir et il n'est plus question d'une orientation en FAM.

**Dans le Doubs**, la MDPH travaille à l'intégration du processus PAG au sein de son organisation (fiche A bis).

Comme en Côte d'Or, la Comex a décidé de limiter les dossiers faisant l'objet d'un PAG aux situations critiques et complexes<sup>5</sup>. Quant au processus lui-même, la MDPH, avec un comité technique composé de l'ARS, du Conseil départemental, de l'EN, de la CPAM et d'ESMS travaillent depuis septembre 2016 notamment à la formalisation des GOS (en remplacement des commissions situations critiques), à l'élaboration d'outils et à leur expérimentation.

---

<sup>5</sup> La MDPH signale que les situations enfants sont majoritaires.

Au moment de ce recueil, 17 situations critiques étaient passées en commission, 2 GOS de niveau 2 avaient été organisés et 1 PAG avait été formalisé à la suite d'un GOS de niveau 1.

Le premier exemple de PAG renseigné (fiche 05) fait état d'une situation dont le caractère critique émane de la conjonction de plusieurs éléments : une fin de prise en charge par l'hôpital de jour car le jeune a atteint l'âge limite (12 ans) ; une absence de scolarisation (liée à l'impossibilité pour lui de suivre une scolarité en ULIS collège, ayant besoin d'un accueil en IME mais n'ayant pas trouvé de place dans ce type d'établissement) et des difficultés familiales l'ayant conduit à vivre en famille d'accueil.

Pour ce jeune, à l'issue de deux réunions de GOS (l'une en septembre en présence de l'EN, de l'ARS et des associations gestionnaires d'IME ; l'autre en décembre), un PAG a été élaboré, dans lequel un IME s'engage à accueillir (en sureffectif) le jeune sur la journée à temps partiel ; le centre de guidance infantile d'un CHS s'engage à prendre en charge des soins pendant la période d'évaluation, la famille d'accueil continue à l'accueillir et l'ASE prend financièrement en charge le transport de la famille d'accueil au centre de guidance infantile et s'engage à étudier également la prise en charge du trajet IME/famille d'accueil. La référente ASE de ce jeune a été désignée comme coordonnateur de parcours. La solution proposée repose donc, comme pour l'exemple cité dans l'Yonne, sur différentes catégories d'acteurs de différents secteurs (médico-social, social et sanitaire) et sur la mise en place de dérogations financières.

Dans le second exemple de PAG (fiche 06), la complexité de la situation réside à la fois dans la complexité des besoins d'une jeune fille de 14 ans (présentant un retard psychomoteur et une diminution de l'acuité visuelle, très dépendante pour les actes de la vie quotidienne et atteinte de TOC) et dans l'arrêt de la prise en charge financière<sup>6</sup> de la solution qui avait été trouvée pour elle, à savoir un accueil dans un IME d'un pays limitrophe, dans lequel les parents souhaitaient qu'elle puisse rester mais qui représenterait dorénavant pour eux un reste à charge de 138€ par jour.

Dans le cadre de la réunion du GOS, 4 solutions ont été proposées à la famille (un accueil en établissement pour jeunes polyhandicapés, deux possibilités d'accueil en IME l'un en internat aménagé, l'autre en semi-internat et le maintien dans l'IME actuel). Les solutions proposées en France se révélant plus onéreuses que le maintien dans l'établissement à l'étranger et la famille désirant soit un maintien dans cet établissement, soit un retour en France mais avec le même niveau de prestations que l'actuel établissement, il a été décidé, dans le cadre d'une deuxième réunion du GOS, une prolongation de l'accueil à l'étranger pendant 4 ans, les instances de ce pays ayant accepté de ramener à titre exceptionnel le prix de journée de l'établissement à celui du niveau français pour éviter un reste à charge à régler par les parents.

---

<sup>6</sup> Le financement de cet établissement se fait par dérogation sur les réserves de la CPAM au niveau du fonds de compensation.

## Sur les autres territoires

**Dans le Jura**, la commission « situations critiques » a eu à traiter 4 profils en 2014 ; 4 en 2015 et 3 en 2016. Elles ont toutes pu être résolues à l'échelle du département.

Dans l'exemple transmis par la MDPH (fiche 07), la complexité de la situation examinée tient à la fois à l'absence de place en MAS pour une personne très lourdement handicapée à la suite d'un AVC, à l'absence de solution familiale et à un accueil temporaire en accueil familial qui ne suffit pas à couvrir ses besoins. Dans un premier temps, elle a obtenu une place d'accueil temporaire en MAS, mais malgré la prolongation de cet accueil au-delà des 90 jours réglementaires, il fallait trouver rapidement une solution. Cette dernière a consisté à financer une place supplémentaire à la MAS en attendant qu'une autre se libère. Par dérogation, l'ARS a donc pris en charge le coût financier de cette place supplémentaire.

**En Haute Saône** la commission « cas critiques » n'a eu à traiter qu'une situation jusqu'à présent. Il s'agissait d'un enfant en situation de handicap rare<sup>7</sup>. Selon la directrice de la MDPH, d'autres situations complexes ont pu être résolues sans passer par une commission cas critique, en appelant les bons interlocuteurs directement (pédo-psychiatrie par ex).

**Dans le Territoire de Belfort**, la commission « cas critiques » n'a également eu à traiter qu'une situation jusqu'à présent. Il s'agissait d'une personne autiste, accueillie dans un EMS et dont les parents refusaient le traitement et le suivi psychiatrique. La solution proposée et mise en œuvre semble avoir été une orientation vers un établissement plus adapté dans un autre département. Il est signalé que le médecin et le médecin psychiatre de la MDPH auraient joué un rôle de médiateur pour la famille. Nous n'avons aucun autre élément d'analyse de cette situation<sup>8</sup>.

**Dans la Nièvre**, la commission cas critiques s'est réunie au moins à 13 reprises sur la seule année 2016 (pour 7 enfants et 6 adultes).

Dans le cas des enfants, il s'agit majoritairement<sup>9</sup> de jeunes avec des troubles sévères du comportement souvent assortis de violence. Les familles d'accueil chez lesquelles ils résident sont dites sous pression, épuisées. La MDPH souligne que le manque de places en ITEP et l'absence d'offre en hôpital de jour pour les enfants de plus de 8 ans sur ce département, conduisent à ces situations tendues. Les propositions du type « IME + Hôpital de jour + ASE » se multiplient.

---

<sup>7</sup> Le cas étant ancien, il n'a pas été possible de retracer le contexte ni les réponses mises en place à l'époque, si ce n'est que l'équipe relais handicap rares a été mobilisée.

<sup>8</sup> La fiche transmise par ce département est trop vague pour avoir une idée précise de la problématique soulevée et des réponses apportées.

<sup>9</sup> Il y a également eu un jeune autiste et un jeune avec un handicap rare.

Concernant les adultes, les problématiques rencontrées sont celles de l'accompagnement de personnes atteintes de maladies graves et complexes comme la maladie d'Huntington<sup>10</sup> ou la maladie de Bourneville<sup>11</sup>, nécessitant un accompagnement en MAS ou FAM. En l'absence de places, ces personnes se retrouvent rapidement en situation critique du fait de l'importance des besoins de prise en charge liés à leur état de santé et de dépendance pour les gestes de la vie quotidienne. Les solutions proposées dans le cadre de ces commissions consistent en des montages du type SAVS (ou SAMSAH) + accueil de jour en MAS ou hospitalisation ou encore combinaison entre accueil de jour à temps partiel en MAS + intervention d'une AMP à domicile le reste du temps financée par une PCH.

---

## 2- VERS UN DEBUT D'ORGANISATION INTEGREE ?

### Des restructurations pour tendre vers une organisation en « dispositif »

La notion de « dispositif » est au cœur des évolutions attendues dans le secteur. Dans l'idéal, il s'agit de privilégier des modes d'organisation intégrée (à l'image des MAIA pour le secteur gérontologique) pour pouvoir moduler rapidement et efficacement l'accompagnement des personnes handicapées afin de répondre au mieux à l'évolution de leurs besoins. Les dispositifs ITEP sont déjà reconnus par la loi. S'ils constituent une avancée indéniable dans ce sens et facilitent le partenariat avec d'autres acteurs grâce à cette souplesse, ils n'intègrent cependant pas des réponses du secteur sanitaire ou du secteur social dans une logique de « plate-forme ».

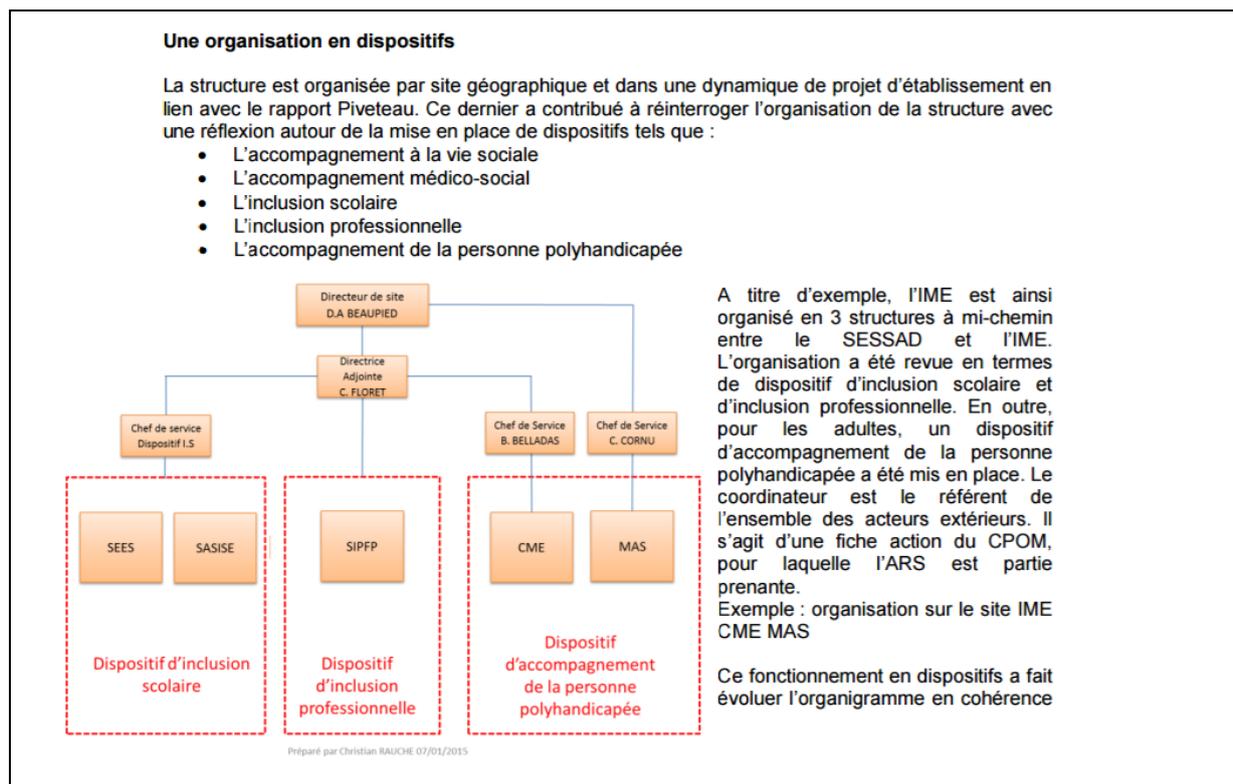
Les IME, qui n'ont pas fait partie de cette expérimentation, tentent également sur certains territoires d'apporter des réponses plus souples aux jeunes, appuyés en cela par des MDPH qui commencent à éditer des doubles notifications IME/SESSAD pour répondre à des situations particulières.

Pour l'heure, ces « dispositifs » n'en sont qu'à leurs balbutiements. La forme la plus aboutie dans la région est sans doute l'expérience du groupement Hespéria en Saône et Loire qui a réorganisé son offre de manière à préfigurer cette logique de recours à des prestations mobilisables parmi un panel de réponses, comme en témoigne l'encart de la page suivante.

---

<sup>10</sup> La maladie de Huntington est une affection neurodégénérative héréditaire qui entraîne une altération profonde et sévère des capacités physiques et intellectuelles

<sup>11</sup> La Sclérose Tubéreuse de Bourneville est une maladie génétique. Elle engendre des symptômes et des manifestations très variables d'un patient à un autre. Certains ne seront que très faiblement atteints, d'autres plus sévèrement. Les patients peuvent présenter un ou plusieurs symptômes en fonction de leur âge ou de l'évolution de la maladie



Source<sup>12</sup> : ANAP : *Négocier et mettre en œuvre les CPOM dans le secteur médico-social Retour d'expériences*, janvier 2017.

## Des notifications d'orientations vers des dispositifs

### En Côte d'Or : une expérimentation portant sur l'ensemble des orientations du secteur enfant

L'article 43 du SROMS 2012/2016 de Bourgogne ambitionne de permettre une meilleure fluidité des parcours en tenant compte de l'évolution des besoins de la personne sans attendre une réorientation de la CDAPH. Il a ainsi été envisagé de prononcer des orientations vers des dispositifs (au sens de « *couple de structures composé d'un établissement et d'un service avec même agrément de clientèle* ») plutôt que vers des établissements ou services, d'autant que dans les faits, un certain nombre d'ESMS apportaient déjà des réponses allant dans ce sens.

Se saisissant de cette opportunité, la MDPH de Côte d'Or (fiche B), en partenariat avec l'ARS et les ESMS du secteur « enfants » a mis en place, à partir de septembre 2015 une expérimentation sur 3 ans qui s'adresse aux jeunes relevant d'une orientation en ESMS

<sup>12</sup> La fiche correspondant à la description de ce dispositif ne nous a pas été retournée renseignée, mais l'expérience nous semblant particulièrement intéressante, nous avons décidé d'en rendre compte dans ce rapport.

quel que soit l'agrément, qu'ils soient déjà admis en ESMS ou inscrits en liste d'attente. Un référent de parcours a été désigné au sein de la MDPH pour suivre cette expérimentation et des outils de transmission des informations entre les différentes parties prenantes ont été élaborés et mis en œuvre<sup>13</sup>. Fin 2016, 22 dossiers de demande d'orientation vers un dispositif ont été déposés à la MDPH. Cette expérimentation a néanmoins vocation à disparaître au profit de la mise en place des PAG et des GOS.

L'IME Ste Anne et le SESSAD de l'Acodège (21) se sont portés candidats pour participer à cette expérimentation (fiche C). Ils mobilisent cette modalité de réponse dans trois types de situation :

- pour des jeunes inscrits en liste d'attente de l'IME et maintenus par défaut au SESSAD ;
- pour apporter une réponse à des jeunes passés en commission cas critiques (situations préoccupantes) ;
- pour des jeunes de l'IME pour lesquels la situation est devenue complexe et nécessite la mise en place de nouvelles réponses afin d'éviter des ruptures de prise en charge.

Une 20 aine de jeunes ont bénéficié d'une prise en charge modulaire IME/SESSAD.

### En Saône et Loire : des orientations vers des dispositifs mais avec un champ plus restreint qu'en Côte d'Or

---

Une convention a été signée entre l'ARS, l'EN, la MDPH de Saône et Loire, et 2 organismes gestionnaires<sup>14</sup> pour des orientations vers des dispositifs. L'expérimentation concerne toutes les orientations vers ces deux organismes gestionnaires depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2015. Au 1<sup>er</sup> mars 2016, 40 enfants avaient été orientés en dispositif (suite à une première demande ou à un renouvellement), dont pour 10 la porte d'entrée dans le dispositif est un SESSAD.

### En Haute Saône, les seules orientations vers des dispositifs concernent le dispositif ITEP

---

La MDPH de Haute Saône prononce des orientations vers un dispositif pour les jeunes ayant des troubles du comportement, depuis que l'ITEP et le SESSAD ont fusionné pour constituer

---

<sup>13</sup> Une fiche de liaison entre les parents, ESMS, MDPH, EN pour les changements de modalités de prise en charge médico-sociale, scolaire ou de formation professionnelle et une fiche à destination de la CAF et du CD pour le versement des prestations lié au changement des modalités d'accompagnement.

<sup>14</sup> Il s'agit de la Mutualité Française (SESSAD/ITEP de Cruzille) et des Papillons Blancs de Mâcon (SESSAD/IME Hurigny).

un dispositif en tant que tel<sup>15</sup>. Comme en Côte d'Or, une fiche navette avec la MDPH et l'EN et une fiche liaison avec la CAF et la MSA permettent aux informations de circuler entre le dispositif et les différentes instances impliquées dans l'orientation et la prise en charge financière de l'accompagnement des jeunes.

Un des éléments essentiels du fonctionnement en dispositif ITEP est la capacité pour le dispositif de préconiser des modes d'accompagnement adaptés à chaque situation particulière des jeunes, en évitant de repasser à chaque fois par une décision de la CDAPH. Cette « souplesse » dans l'accompagnement permet d'adapter au mieux les interventions des partenaires dans un projet interinstitutionnel.

En passant d'un internat complet à un internat séquentiel ou à une prestation sur les lieux de vie et en milieu ordinaire, le dispositif ITEP répond aux attentes et aux besoins du jeune et de sa famille mais aussi à celle des partenaires institutionnels (MECS, pédopsychiatrie, protection de l'enfance etc...). Ce fonctionnement répond, en partie aux préconisations du rapport PIVETEAU, en évitant (ou tout au moins en réduisant) les ruptures de parcours.

Comme il avait été acté dans la définition du périmètre de ce recensement, de ne pas considérer les dispositifs ITEP comme une réponse innovante (puisque déjà reconnue par les textes), des exemples illustratifs ne sont pas repris ici.

---

### 3- DES DOUBLES ORIENTATIONS

#### Dans la Nièvre :

Dans la Nièvre, l'expérimentation d'un dispositif de double orientation IME/SESSAD existe depuis fin 2014 et ne concerne que la Sauvegarde 58 (ce dispositif est inscrit dans son CPOM). Un outil de communication entre les partenaires (ESMS, MDPH, CAF, MSA, ARS) pour informer sur le changement du type d'accompagnement a également été créé. Pour évaluer cette expérimentation, la grille d'évaluation mise en place pour l'expérimentation nationale ITEP a été adaptée, comme en Côte d'Or.

#### Dans le territoire de Belfort : des doubles notifications venant appuyer une plus grande souplesse dans les réponses ayant tendance à s'organiser en dispositif

Dans ce territoire, la MDPH n'oriente pas vers un « dispositif » mais prononce des doubles orientations selon les besoins. Pour autant, le secteur enfance et adolescence de l'ADAPEI du Territoire de Belfort indique s'être organisé en « dispositif » (fiche D) pour les jeunes en risque de rupture de parcours scolaire et/ou de rupture avec l'IME. Cette organisation leur

---

<sup>15</sup> Le dispositif comprend ainsi 38 places en internat, internat aménagé ou internat séquentiel, 10 places en accueil de jour et 20 places d'accompagnement en prestations sur le lieu de vie et en milieu ordinaire ainsi qu'une unité d'enseignement totalement externalisée.

permet de proposer aux jeunes concernés (pour l'instant 3 enfants avec TED en bénéficiant), des temps de prise en charge collective et des temps d'accompagnement individuel en modulant dans une grande souplesse chacun de ces types d'accompagnement.

Prenons l'exemple de cette fille autiste âgée de 6 ans, sortant d'UEM, disposant d'une orientation en IME autisme/TED et en attente de prise en charge en hôpital de jour (fiche 08). La collectivité est très difficile à supporter pour elle : elle a des réactions violentes, met le groupe en danger et ses troubles du comportement empêchent un accueil complet à l'IME. Dans son cas, une double notification IME/SESSAD a permis un accompagnement et une scolarisation individuels tout en travaillant des temps d'immersion dans le collectif. Elle est depuis beaucoup moins angoissée et parvient à être davantage dans le collectif.

La parution imminente d'un décret relatif au fonctionnement en dispositif intégré prévu par l'article 91 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 relative à la modernisation de notre système de santé, devrait favoriser le déploiement de ces dispositifs dans l'ensemble des établissements médico-sociaux, IME compris.

#### 4- DEROGATIONS /AUTORISATION-ACCORD DE MOYENS SUPPLEMENTAIRES

Des dérogations au regard de l'autorisation sont de plus en plus souvent nécessaires et accordées pour permettre dans certains cas à des personnes de disposer d'une solution transitoire en attendant qu'une réponse plus adaptée soit trouvée et dans d'autres cas, au bénéfice de personnes qui se trouvent sans solution.

Ainsi par exemple (fiche 09), à la suite d'une réunion entre l'ARS de Bourgogne, la MDPH58, des directeurs d'ESMS et l'ASE<sup>16</sup>, un CME de la Nièvre a accueilli une fille de 8 ans, arrivant d'un autre département et dont les besoins nécessitaient un accueil dans un établissement spécialisé de type IEM qui aurait été plus adapté pour la prise en compte de sa pathologie (myopathie), d'autant qu'en outre, elle est dotée d'une capacité de compréhension bien supérieure à la population accueillie au CME. Au regard de l'absence d'offre adaptée sur le territoire et de l'urgence de sa situation liée notamment un contexte familial difficile, une dérogation a été accordée au CME qui a accepté de l'accueillir le temps qu'une solution plus adaptée soit trouvée. Cette **dérogation** porte à la fois sur la **catégorie de public** accueilli en CME et sur la **prise en charge des frais de transport** pour ses retours en famille le week-end (cette dernière étant domiciliée à 60 km de l'établissement).

<sup>16</sup> La personne ayant renseigné la fiche ne se souvient plus dans quel cadre cette réunion a eu lieu. Il s'agit probablement d'une réunion de la commission « cas critiques » (sachant que cette situation avait déjà été vue en commission cas critiques dans son département d'origine).

La MDPH de la Nièvre a également été conduite à accorder des dérogations dans deux cas particuliers de jeunes adultes (19 ans) accueillis en IME. Pour l'un en raison de la fermeture définitive de l'internat ; pour l'autre en raison de l'absence de solution d'accueil pendant la fermeture de l'établissement. Dans les deux cas, ces jeunes ont été admis sous **dérogation d'âge** dans une MAS de la région (avec pour l'un des deux un passage temporaire au FAM le temps qu'une place à la MAS se libère).

Dans cet autre exemple (fiche 12), c'est l'accord temporaire de moyens supplémentaires qui a permis d'accueillir dans le médico-social une jeune fille auparavant prise en charge dans le secteur sanitaire et dont l'évolution des besoins nécessitait plutôt un accueil dans une structure médico-sociale plus adaptée.

En l'espèce, il s'agit d'une enfant atteinte d'un autisme de Kanner. Son parcours a d'abord comporté en 2014 des prises en charge par un centre hospitalier (un accueil en hôpital de jour 4 fois par semaine et en CATTP 2 fois par semaine), un peu d'accueil dans une halte garderie accueillant des enfants avec TED, et des interventions à domicile d'une association proposant aux familles d'autistes des accompagnements éducatifs à domicile. Mais à la suite d'une dégradation sévère comportementale, sa prise en charge a dû être réduite à une demi-heure par semaine en hôpital de jour et 1h30 par semaine au CATTP, notamment en raison du refus par la mère d'un traitement médicamenteux. Cette prise en charge ne suffisait pas à répondre à ses besoins et a conduit l'équipe médicale de la pédopsychiatrie à alerter l'ARS pour situation préoccupante, estimant que cette enfant avait besoin d'un accompagnement plus important et plus spécialisé sur l'autisme. En réponse à cela, l'ARS a demandé à un IME avec une autorisation « autisme et TED » d'accueillir cet enfant (en sur-effectif) et lui a accordé pour cela un crédit non reconductible lui permettant de recruter pendant 6 mois deux professionnels remplaçant deux éducateurs affectés à son accompagnement à temps plein du lundi au vendredi. Ce renfort a permis à l'enfant de trouver une certaine stabilité et d'entrer dans les processus d'apprentissage (avec en parallèle un traitement médicamenteux neurologique).

## 5- UNE GESTION HARMONISEE DES LISTES D'ATTENTE/ADMISSIONS

### En Saône et Loire

La MDPH de Saône et Loire n'ayant pas de vision objective des listes d'attente et des contraintes d'admission en établissement éprouvait des difficultés à suivre les décisions prononcées par la CDAPH. Elle a par conséquent souhaité mettre en place en 2015 une commission départementale d'harmonisation des admissions (fiche E) pour le secteur enfants puis en avril 2016 pour les FAM et MAS, afin d'être en capacité d'avoir une lecture actualisée et la plus précise possible des listes d'attente.

Une réunion préparatoire a été organisée avec l'ensemble des acteurs concernés : établissements, services à domicile, sanitaire et médico-social. Elle a permis de définir la

notion de liste d'attente<sup>17</sup> et de réfléchir à l'objectivation de critères de priorisation pour l'optimisation de réponses coordonnées.

Dorénavant, une liste d'attente unique est gérée par la MDPH à partir des listes d'attente et des listes de résidents transmises par les ESMS, confrontées aux notifications d'orientation en cours de validité. Cette liste d'attente est ensuite hiérarchisée à partir d'une grille d'analyse des éléments de priorité construite avec les acteurs<sup>18</sup> (MDPH, établissements, ARS, CD) autour de certains critères :

Pour les IME/ITEP (et CME) :

- l'ancienneté de la notification d'orientation (moins d'un an, entre 1 et 3 ans, entre 3 et 5 ans ou plus de 5 ans) ;
- la situation médicale de l'enfant : couverture des besoins (répond totalement, partiellement ou pas du tout) ; l'évolution de ses troubles (en régression, stables, en aggravation ou émergence de nouveaux troubles) ; le risque d'atteinte à sa sécurité et/ou à celle de son environnement (oui/non) ;
- la situation sociale : cessation d'activité par le(s) parent(s) ou embauche d'une tierce personne (non, partielle ou embauche, totale) ; épuisement du lieu de vie (famille, famille d'accueil, foyer (oui/non) ;
- la situation scolaire : scolarisé (à temps plein, partiel, déscolarisé) ; épuisement scolaire (oui/non) ; scolarité par défaut (milieu ordinaire/milieu spécialisé) ; scolarité (permettant de mener une vie d'élève ou pas).

Pour les MAS/FAM :

- l'ancienneté de la notification d'orientation, selon les mêmes critères que pour les enfants ;
- la « situation sociale » : le risque de rupture (risque faible/modéré/élevé/très élevé) et les alertes au regard d'informations préoccupantes (aucune alerte, 1 alerte, entre 2 et 3, plus de 3 alertes) ;
- la situation de la personne : couverture des besoins médicaux (non couverts, partiellement, totalement), adaptation du dispositif transitoire mis en place<sup>19</sup> (satisfaisant, plutôt satisfaisant, plutôt insatisfaisant, inexistant ou inadapté) ; atteinte à la sécurité de la personne et/ou de son environnement ; évolution de sa dépendance (favorable, stable, aggravation modérée, aggravation importante)...

---

<sup>17</sup> Selon la MDPH de Saône et Loire, pour figurer sur la liste d'attente, la personne doit avoir une orientation validée par une notification, avoir entrepris des démarches et pris contact auprès des établissements concernés, avoir visité l'établissement et avoir confirmé sa volonté d'être admise (cette volonté doit être réinterrogée au moins une fois par an).

<sup>18</sup> La définition de la liste d'attente et des critères de priorisation ont fait l'objet de réunions de travail (11/02/2016 et 10/03/2016) : avec la MDPH, l'ARS, le CD et quelques directeurs d'ESMS. Le rang de priorité a été évalué par des professionnels de la MDPH (dont un cadre de santé, une chargée de mission RAPT...).

<sup>19</sup> Par exemple SESSAD en attente d'une admission en IME ; FV+SAMSAH ou SAVS ; accueil de jour, séquentiel, temporaire...

Les différents items sont cotés pour aboutir à une priorisation des orientations et actions définie en commission d'harmonisation. La liste d'attente mise à jour est ensuite transmise aux établissements qui doivent réaliser leurs admissions en tenant compte de l'ordre de ces priorisations<sup>20</sup>.

Cette organisation, avec deux réunions par an pour chaque commission, permet un meilleur suivi des orientations (les établissements informent la MDPH des admissions) et facilite l'admission de personnes dont les situations sont complexes.

La prochaine étape vise à harmoniser les outils pour l'ensemble des partenaires avec la mise en place d'un dossier d'admission unique (en lien avec le déploiement de l'outil Via-trajectoire<sup>21</sup>) et son étendue aux autres catégories d'ESMS.

## En Côte d'Or

Antérieurement à la Saône et Loire, la MDPH de Côte d'Or avait également mis en place un système de gestion centralisée et harmonisée des listes d'attente, dont les critères de priorisation ont également été définis avec les ESMS et l'EN. Néanmoins, elle n'existe que pour le secteur « enfants ».

En fin d'année scolaire, les membres du secteur enfance de la MDPH se réunissent et préparent la commission d'harmonisation en reprenant la situation de chaque jeune orienté dans l'année en cours afin d'établir un classement en fonction de critères de priorité. La liste des critères définis en 1999 a été actualisée et a fait l'objet d'une validation par la CDAPH plénière le 11 décembre 2009.

Les 5 critères actuellement en vigueur sont les suivants :

- un jeune ayant une prise en charge médico-sociale effective dans un autre département, dont les parents déménagent pour s'installer en Côte d'Or, et dont la notification (en cours de validité) de l'autre département a été transmise passe en première position ;
- un jeune ayant obtenu une décision de la CDAPH les années scolaires précédentes passe en deuxième position (c'est le critère de l'ancienneté d'inscription sur les listes

---

<sup>20</sup> Néanmoins, en cas de difficultés ou d'émergence d'une priorité territoriale particulière des admissions hors liste ou dans un ordre différent pourront être réalisées avec l'accord de la MDPH.

<sup>21</sup> ViaTrajectoire Handicap est un outil web d'aide à l'orientation et à l'admission des personnes handicapées. Il est destiné à être utilisé à la fois par les Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), les structures médico-sociales, et le grand public. Les objectifs sont les suivants :

- Améliorer la connaissance de l'offre proposée, des ressources disponibles en temps réel au sein de la région et améliorer ainsi la gestion des situations d'urgence.
- Fournir aux usagers et à leurs proches une aide à la recherche de la structure la mieux adaptée
- Fluidifier le parcours de l'utilisateur, faciliter les demandes d'admission auprès des structures et donc réduire les temps d'attente pour l'entrée en institution.
- Disposer d'une banque d'information à des fins d'analyse opérationnelle et prospective des besoins.

d'attentes déjà ordonnées)<sup>22</sup> ;

- un jeune sans solution antérieure, qui obtient par exemple une notification pour une orientation vers un IME mais qui n'avait jusque là aucune prise en charge, passera en troisième position ;
- un jeune sans prise en charge en cours mais en situation d'admission en ULIS ou déjà scolarisé en ULIS passera en 4<sup>ème</sup> position ;
- enfin, un jeune ayant déjà une prise en charge médico-sociale (cas d'une réorientation), passera en 5<sup>ème</sup> position.

## II- DISPOSITIFS VISANT A EVITER LES RUPTURES D'ACCOMPAGNEMENT LIEES A L'AVANCEE EN AGE (16-25 ANS, PHV, ETC.)

### 1- DES REPONSES INNOVANTES POUR REpondre AUX BESOINS DES PERSONNES HANDICAPEES VIEILLISSANTES

Avec l'avancée en âge, certaines personnes handicapées ont des besoins nouveaux ou plus importants en matière de santé et/ou d'accompagnement aux gestes de la vie quotidienne. Cette situation peut compromettre leur maintien dans la structure d'hébergement qui les accueille, nécessiter des périodes d'hospitalisation, voire dans certains cas une réorientation vers un FAM ou une MAS.

Pour tenter de répondre à ces besoins, des structures ont mis en place des partenariats innovants. Dans la région, deux foyers de vie (l'un en Côte d'Or, l'autre dans la Nièvre) porteurs de ces expériences ont apporté leur témoignage.

#### **Partenariat entre un service d'aide à domicile et un foyer de vie pour l'intervention d'auxiliaires de vie auprès de résidents vieillissants**

Après avoir procédé à plusieurs changements organisationnels et matériels pour répondre à la problématique du vieillissement de ses résidents, le foyer de vie Chantournelle à Gevrey Chambertin (21) a constaté qu'il atteignait ses limites dans les possibilités internes

---

<sup>22</sup> Les listes d'attente des années précédentes, une fois ordonnées, ne sont plus remises en question et sont traitées dans l'ordre chronologique (un jeune figurant en premier dans la liste ordonnée de 2015/2016 par exemple, passera avant un jeune figurant en premier dans la liste ordonnée de 2016/2017) à une exception près : le cas de priorité absolue du déménagement cité précédemment.

d'évolution (fiche F). Les besoins identifiés pour certains résidents nécessiteraient une réorientation en FAM ou en MAS mais faute de place, ils demeurent au foyer de vie, dont le plateau technique ne suffit cependant plus pour garantir leur sécurité selon la direction.

Par conséquent, le foyer a accompagné dans un premier temps un résident dans une demande de PCH aide humaine en vue de faire intervenir un service d'aide à domicile auprès de cette personne. Cette demande a été acceptée et dans la continuité, le Conseil Départemental accorde dorénavant cette dérogation à toute personne du foyer de vie qui obtient une orientation vers un FAM ou une MAS, **dans l'attente de la réalisation de cette réorientation.**

Le foyer a pu négocier auprès du prestataire de service un tarif préférentiel afin qu'il ne dépasse pas le montant de la PCH aide humaine. Il compte également à l'avenir mutualiser les temps de PCH de plusieurs résidents, afin de permettre l'intervention du service d'aide à domicile sur des durées plus importantes (demies, voire journées entières).

### **Création d'un service mobile de coordination des soins au profit des personnes handicapées vieillissantes vivant dans les foyers de vie de la Nièvre**

Cette expérience (fiche G) fait suite au constat d'un vieillissement des personnes handicapées dans le département de la Nièvre, confronté à l'absence de ressource médicale dans les foyers de vie. L'ARS a par conséquent lancé un appel à projet pour la création d'un service mobile de coordination des soins à destination des personnes en situation de handicap vieillissantes, accueillies dans les foyers de vie de ce département. L'AEHM (Association Européenne des Handicapés Moteurs) a été retenue et le service, porté par le Foyer de Vie « les Marizy » est opérationnel depuis février 2016.

Il poursuit 4 objectifs :

- mettre en place d'une démarche de prévention, de promotion et d'éducation à la santé (actions auprès des résidents et des professionnels autour de thèmes tels que l'hygiène bucco-dentaire, les risques liés au tabac, la prévention des chutes...);
- organiser le parcours de santé global des personnes handicapées vieillissantes en foyer de vie (évaluation des besoins, concertation avec les acteurs, suivi de santé, médiation, accompagnement à la santé...);
- favoriser l'évolution des pratiques professionnelles face au vieillissement ;
- aider aux diagnostics et aux préconisations en matière d'aménagements ergonomiques, d'accessibilité et de réadaptation fonctionnelle.

Il repose sur une équipe de 3 personnes : une infirmière coordinatrice (et par ailleurs responsable du service), une conseillère technique (animatrice prévention) et une ergothérapeute.

Il intervient à la demande des foyers du département, pour des résidents de 45 ans et plus dans le cadre d'actions qui peuvent être individuelles ou collectives. Dans le premier cas, il s'agira par exemple de régler une problématique pour un résident (coordination des soins dans le cadre de parcours complexes, ou lors d'une sortie d'hospitalisation, dans des

situations de fin de vie...). Dans le second cas, l'intervention consistera en des actions de sensibilisation collective auprès des équipes, des résidents, voire conjointement.

Le suivi des situations dure tant que nécessaire selon les besoins du foyer et une réévaluation de la situation est organisée très régulièrement (à un mois, à trois mois, à six mois, etc.). Il arrive parfois que la 1<sup>ère</sup> réunion suffise à apporter déjà des solutions à travers les échanges et regards croisés sur la situation d'une personne. Le service n'a pas vocation à dispenser des actes de soins ou gestes techniques dans les murs du foyer (hormis la pratique de l'ergothérapeute en partie directement auprès des résidents), ce qui explique que le choix ait été fait de ne pas recruter une aide soignante. Cependant, il peut être amené à intervenir directement « sur le terrain » pour faire par exemple le lien avec une spécialité médicale que le foyer n'arrive pas à établir. Il est à noter que ce service favorise également l'interconnaissance entre foyers à travers l'organisation d'un groupe de réflexion qu'il anime pour échanger sur des problématiques partagées, par exemple sur le thème de l'alimentation en traitant des questions d'hygiène, de fausses routes, de dénutrition, etc.

25 personnes ont bénéficié de ce service (dont 23 en bénéficient encore) et deux sont en attente.

Dans l'exemple cité (fiche 14), le service a été mobilisé par un foyer de vie pour une personne âgée de 67 ans afin de préparer son retour après une hospitalisation consécutive à une chute. Le service a agi sur plusieurs axes :

- en assurant la coordination entre l'équipe médicale hospitalière et le foyer de vie permettant l'anticipation des conditions d'un retour dans des conditions satisfaisantes (transmission d'informations, conseils, anticipation de prises de rendez-vous pour éviter des ruptures dans le parcours de rééducation par exemple...);
- en faisant un bilan sur l'aménagement nécessaire du cadre de vie (aides techniques, modifications architecturales...) pour éviter les risques de rechute et contribuer à restaurer au plus vite les capacités fonctionnelles du résident ;
- en sensibilisant la personne, l'équipe et les résidents à la prévention de la chute (qui a été à l'origine de l'hospitalisation).

## 2- DES REPONSES INNOVANTES POUR EVITER DES RUPTURES DANS LES PARCOURS DE JEUNES A DES AGES CHARNIERE (ET/OU SANS SOLUTION)

### Equipe mobile de l'IME (70)

Un IME de Haute Saône a constaté que son service de suite ne suffisait pas pour apporter un étayage suffisant à des jeunes après leur sortie de l'IME, que cette sortie ait été préparée ou non (cas de rupture). Le résultat observé était préoccupant : errance, rupture de contrats, abandon des démarches, notamment lorsqu'il s'agit de jeunes en situation de fragilité familiale et refusant leur situation de handicap (fiche H).

Pour permettre à ces derniers de conserver un contact avec l'IME et de bénéficier d'un

accompagnement vers d'autres ressources (du milieu ordinaire et/ou spécialisées), l'IME a mis en place, depuis 4-5 ans, aux côtés du service de suite, une nouvelle modalité d'intervention nommée « équipe mobile ». Celle-ci est constituée de professionnels de l'établissement, qui se déplacent « hors les murs » auprès du jeune et/ou de divers acteurs de l'environnement pour tenter de proposer des solutions permettant de tendre vers une situation moins précaire pour lui.

Depuis peu, la MDPH de Haute Saône précise dans sa notification « *IME dans le cadre d'une équipe mobile* », lorsqu'un jeune bénéficie du plateau technique de l'IME sans être présent au sein de l'établissement.

Chaque année, un à deux jeunes sont concernés par ce dispositif.

Prenons l'exemple de ce jeune mineur (fiche 15), pour lequel l'accueil en IME n'était plus possible en raison d'actes de violence dont il était l'auteur aussi bien en direction des adultes que des autres jeunes. Il est donc retourné au domicile de ses parents, sans solution. L'établissement lui a proposé de bénéficier d'un accompagnement dans le cadre de l'équipe mobile, axé sur une démarche d'insertion professionnelle. Le fait de sortir du cadre institutionnel de l'IME et d'être accompagné dans ses divers lieux de vie comme le ferait un SESSAD mais selon des modalités plus « cadrantes » ont permis une remobilisation de ce jeune (suivi par pôle emploi et mission locale, et signature d'un contrat SIFA). Pour autant, sa famille ayant refusé le suivi thérapeutique proposé par le médecin psychiatre et le psychologue de l'établissement (même sur le mode ambulatoire), une solution a dû être recherchée du côté du CMP. Cet exemple montre en outre la diversité des partenaires à mobiliser pour apporter une réponse la plus adaptée possible (mesure d'AEMO, équipe mobile IME, structures du droit commun, CMP).

### La mise en place d'EPE 16-22 ou 16-25 ans par 4 MDPH de la région

Bien qu'aucune fiche ne nous ait été retournée en la matière, et bien que cette organisation soit antérieure à la rédaction du rapport PIVETEAU, il nous semble opportun de faire état ici de l'existence d'équipes pluridisciplinaire de MDPH spécialement consacrées aux jeunes âgés de 16 à 22 ans ou de 16 à 25 ans. En effet, la Côte d'Or, le Doubs, la Saône et Loire et l'Yonne ont créé ces équipes, composées à la fois de membres des EPE enfants et EPE adultes et de partenaires du monde de l'insertion professionnelle. Cette composition « mixte » facilite l'anticipation des transitions entre le secteur « enfants » et le secteur « adultes ».

### III- DISPOSITIFS FAVORISANT LA FLUIDITE DES PARCOURS SCOLAIRES

#### 1- UN DISPOSITIF INTER-ETABLISSEMENTS POUR FACILITER L'ACCES A LA FORMATION PROFESSIONNELLE (90)

Dans le Territoire de Belfort, un dispositif d'accompagnement à la formation professionnelle a été mis en place (fiche I). Il constitue une alternative intéressante à la création d'un SESSAD pro (en ce sens qu'il est plus souple puisqu'il fait appel aussi bien au plateau technique de l'IME que des SESSAD). Bien qu'antérieur à la rédaction du rapport PIVETEAU, ce projet s'inscrit totalement dans la logique de la mission DESAULLE et reste innovant au regard de l'originalité de son montage et de son fonctionnement.

Plusieurs situations de rupture dans les parcours d'insertion sociale et professionnelle de jeunes à la sortie des ESMS ont été relevés par des professionnels de ces ESMS alors que leurs potentialités aurait dû leur permettre d'envisager une insertion professionnelle ou une formation en milieu ordinaire. Partant de ce constat, les structures de l'association Saint-Nicolas et de la Fondation Arc-en-Ciel, en concertation avec l'IEN-ASH de l'époque ont entamé en 2010 une réflexion pour la mise en place d'un dispositif permettant d'accompagner les jeunes vers la formation professionnelle en milieu ordinaire.

Ce dispositif, opérationnel depuis septembre 2011, consiste à accompagner des adolescents de 16 à 20 ans, inscrits dans une formation professionnelle en milieu ordinaire. L'accompagnement porte à la fois sur la formation en elle-même (formation qualifiante en lycée, CFA)...et sur tous les aspects périphériques nécessaires aux parcours de formation et d'accès à l'emploi (information sur les aides mobilisables, soutien dans les démarches administratives nécessaires, acquisition de compétences sur le plan social, sur le plan des transports, du logement...). La question de l'employabilité est également travaillée tout au long du parcours.

Pour pouvoir bénéficier de ce dispositif, une décision d'orientation de la MDPH est nécessaire ainsi qu'un accompagnement par une des structures de la Fondation Arc en Ciel. Il est financé sous forme de 8 places de SESSAD (4 au SESSAD de Perdrizet + 4 au SESSAD St Nicolas) et 4 d'IME (IME Perdrizet).

Ainsi par exemple l'existence de dispositifs d'accompagnement à l'insertion professionnelle (fiche 16), a permis à un jeune de suivre sa formation dans un CFA d'une autre région avec un accompagnement assuré par le chargé d'insertion du dispositif auprès de l'entreprise et du CFA. Un appartement de l'IME, situé dans une ville voisine a été mis à sa disposition (car le domicile de ce jeune était situé sur un département trop éloigné de son lieu de formation). En complément, un accompagnement éducatif a été assuré en soirée par un SESSAD de cette ville. Des aides financières pour ses transports ont également été mobilisées. Grâce à ce montage, la formation de ce jeune a pu aboutir là où en général, l'apprentissage conduit des jeunes à devoir quitter les effectifs de l'IME.

---

## 2- UN DISPOSITIF D'APPUI AUX CFA (21)

La création d'un service d'appui aux CFA (SACFA) par les PEP 21 fait suite à un constat partagé avec les autorités de tutelle quant à la nécessité de travailler plus fortement à l'insertion professionnelle des jeunes sortants d'IME, qui à 18 ans se retrouvaient sans solution : sans emploi ni qualification reconnue mais également sans accompagnement lié à leurs besoins spécifiques (fiche J).

Ce service, également créé bien avant la publication du rapport PIVETEAU, a pour vocation d'accompagner spécifiquement les jeunes handicapés **apprentis ou futurs apprentis** au CFA et déterminer les besoins et les priorités dans une individualisation du soutien. Le SACFA est bien repéré comme interface entre les centres de formation (en particulier les CFA) et les établissements médico-sociaux partenaires investis dans l'accompagnement de jeunes en situation de handicap. Il soutient le jeune dans sa scolarité, son parcours et il n'y a que très peu de ruptures (1 en 3 ans). Cette organisation permet de négocier un contrat d'apprenti adapté en 3 ans. Les professionnels du SACFA interviennent très régulièrement auprès du jeune. Il s'agit d'un suivi renforcé, souvent plus intense qu'auparavant.

Le SACFA organise et coordonne par ailleurs le dispositif « bancs d'essai », qui permet de proposer à des jeunes des mises en situation réelle en CFA afin de tester s'ils sont prêts pour l'alternance<sup>23</sup>. Ce dispositif présente de très bons résultats. Les jeunes sont mis en situation réelle. Cela permet de voir s'ils sont prêts pour l'alternance. Il est également indispensable pour le jeune et sa famille car c'est le CFA, et plus l'ESMS, qui va se prononcer quant à la faisabilité du projet du jeune.

Pour bénéficier des prestations du SACFA, il faut être âgé de plus de 16 ans et être accompagné par l'IME ou le SESSAD des PEP 21 (exceptionnellement il peut être ouvert à des stagiaires extérieurs).

L'accès au dispositif bancs d'essai est quant à lui plus large car il ne se limite pas aux jeunes accompagnés par une des structures des PEP21 mais à ceux des ESMS partenaires de Côte d'Or.

---

<sup>23</sup> Un banc d'essai se déroule en plusieurs étapes : d'abord deux mois d'essai pour validation des pré-requis puis pour les jeunes les mieux préparés organisation de 3 semaines en CFA sur 3 mois, avec une alternance en entreprise.

## IV- DISPOSITIFS FAVORISANT DES FORMES D'HABITAT INTERMÉDIAIRES ET/OU ÉVITANT LES RUPTURES DANS LE PARCOURS RESIDENTIEL

Entre l'habitat individuel et l'habitat collectif, se développent depuis quelques années des formes d'habitat intermédiaire avec des services collectifs apportés à des personnes qui vivent de manière autonome ou en petite colocation. Ces formes d'habitats regroupés ou du moins accompagnés, conjuguent une proposition de logement individuel et l'intervention de prestataires d'aide humaine chargés d'assurer les divers accompagnements nécessaires ou souhaités par les personnes concernées.

La mutualisation de PCH permet de financer le coût d'un service d'aide et d'intervention au domicile, au travers du versement total ou partiel de la prestation de compensation du handicap par plusieurs bénéficiaires regroupés à cette fin et dans la perspective qu'elles bénéficient d'un service partagé.

### 1- UN HABITAT PARTAGE ET ACCOMPAGNE

Lorsque l'offre disponible n'est pas adaptée aux besoins des personnes et que ces dernières aspirent en outre à une vie inscrite dans la cité, des initiatives locales se montent pour créer des solutions qui ne relèvent pas des catégories d'ESMS répertoriées dans le CASF, mais qui nécessitent la mobilisation de différents acteurs (les bénéficiaires et leur famille en premier lieu, mais aussi des bailleurs sociaux, des collectivités, des gestionnaires de services d'aide à la personne et des institutions comme la MDPH et parfois l'ARS) comme en témoignent les expériences ci-dessous.

#### La Novelline à Cluny en Saône et Loire

L'objectif de ce projet (fiche K), qui a vu le jour fin 2015 à Cluny en Saône et Loire, après 4 ans de montage, était de créer un habitat où chaque personne est chez elle, sans être seule. Au départ, ce projet a été pensé par des parents pour leur fille, victime d'un accident, puis porté par l'association qu'elle a fondée. Une SCI a été créée en 2014 pour permettre la construction de cette habitation.

Aujourd'hui, ce domicile privé est occupé en colocation par 5 personnes handicapées, affectées par une lésion cérébrale acquise. Les résidents partagent les lieux de vie communs : cuisine, salle à manger, buanderie, salle d'activité et bibliothèque (environ 150m<sup>2</sup>) et chaque personne dispose également de son habitation personnelle (T1bis de 40m<sup>2</sup> environ ou T2 de 50 m<sup>2</sup> environ) comportant une pièce de vie avec un coin kitchenette, une chambre et des sanitaires.

La mutualisation des heures d'auxiliaires de vie de chaque personne, permet d'assurer la présence toute la journée d'une personne dans les locaux pour aider chacun en fonction de ses propres difficultés.

Le Conseil Départemental a attribué une subvention de 7 000€ pour le financement de cet habitat partagé et des fonds ont été levés pour construire ce projet.

Ce projet qui s'inspire de « la maison des quatre » initialement conçue à Cénac près de Bordeaux et qui a essaimé dans d'autres régions, contribue à la citoyenneté de personnes handicapées qui trouvent là un compromis entre le souhait de vivre en milieu ordinaire de vie et le besoin d'un accompagnement médico-social proposé par des ESMS. Signalons que cette solution n'étant pas considérée comme un ESMS au sens de l'article L312-1 du CASF, aucune orientation de la CDAPH n'est nécessaire pour bénéficier de cet habitat partagé. Néanmoins, la possibilité de faire intervenir des services d'accompagnement à domicile est pour partie conditionnée par des capacités financières des bénéficiaires. Le fait que le Conseil Départemental accepte le principe de la mutualisation de certaines heures de PCH accordées aux locataires facilite le recours à ces services sur des plages horaires bénéficiant au plus grand nombre.

Cette forme d'habitat, outre le fait d'être inscrite dans le milieu ordinaire de vie, permet à ses locataires de rompre un sentiment d'isolement, dont on sait par ailleurs qu'il met souvent en péril des tentatives d'habitat autonome.

### Une colocation pour 3 jeunes handicapés moteurs (25)

Dans ce projet, porté par l'APF, il s'agit également de personnes souhaitant vivre en appartement en mutualisant leur PCH pour mobiliser les aides nécessaires dans leur vie quotidienne. A la différence du projet précédent, celui-ci s'adresse à des jeunes avec un handicap moteur et n'a pas comporté la phase « construction du logement » : un bailleur leur a en effet proposé un appartement accessible en ville (fiche L).

Ce projet concernait des jeunes en situation d'amendement Creton. Il a pu bénéficier de dérogations qui ont facilité son démarrage : les 3 jeunes concernés ont conservé leur place en IME pendant 4 mois pour garantir un « droit au retour » en cas d'échec et le Conseil Départemental a pris en charge (via le SAMSAH) le coût du loyer pendant ces 4 mois puisque ces jeunes n'avaient pas de ressources personnelles.

Comme dans le projet précédent, le Conseil Départemental accepte le principe de la mutualisation de la PCH aide humaine pour les interventions d'aide dans leur vie quotidienne et la surveillance de nuit.

## 2- DES INTERVENTIONS COMPLEMENTAIRES AU SAMSAH ET DU CENTRE D'ACCUEIL DE JOUR POUR ROMPRE L'ISOLEMENT

L'AFTC de Bourgogne-Franche-Comté et des familles de personnes cérébro-lésées habitant en appartement autonome dans un quartier de Besançon (25), ont fait conjointement le constat d'un certain isolement de ces personnes, particulièrement le soir et le week-end, lorsque le CAJ et le SAMSAH sont fermés. Cela a abouti au projet de développer une offre complémentaire à ces structures, qui permettrait aux personnes concernées une plus grande

inclusion dans la cité au moyen d'une participation à des activités et sorties individuelles ou collectives en soirée et le week-end.

Ce projet (fiche M) initié en 2012 est opérationnel depuis 2015. Un programme d'activités et de sorties, co-élaboré avec les usagers, leur est proposé. Les activités sont assurées et/ou accompagnées par 2 animateurs à temps partiel et un moniteur éducateur. Leur intervention est financée via la PCH (volet participation à la vie sociale) et l'indemnisation des personnes cérébrolésées. A cette participation financière s'ajoutent les coûts des sorties elles-mêmes. Cette prestation est réservée pour le moment aux personnes accompagnées par le SAMSAH et habitant sur le quartier de Montrapon.

Cette organisation a bénéficié à 9 personnes jusqu'à présent (dont 8 en bénéficient encore) et 4 nouvelles sont en projet.

## V- DISPOSITIFS FAVORISANT LA FLUIDITE DU **PARCOURS PROFESSIONNEL** (DONT L'ACCES ET LE MAINTIEN A L'EMPLOI AU MILIEU ORDINAIRE)

### UN DISPOSITIF DEPARTEMENTAL POUR L'ACCES A L'INSERTION PROFESSIONNELLE (71)

La Saône et Loire a mis en place une organisation originale, sous forme de GCSMS couvrant tout le département (avec trois antennes) et s'adressant aux jeunes, quel que soit l'ESMS qui l'accompagne. A cette organisation préexistaient 3 pôles d'insertion professionnelle mais portés par 3 organismes gestionnaires différents avec de grandes disparités tant en termes de missions que d'activité et des difficultés financières.

Ce pôle (fiche N) intervient auprès de travailleurs handicapés accueillis en ESAT ayant un projet d'insertion professionnelle en milieu ordinaire de travail (aide à l'élaboration du projet professionnel et suivi des mises à disposition à vocation d'insertion).

Il intervient également pour le compte des établissements médico-sociaux du secteur « enfants » qui le sollicitent. Il assure ainsi la prospection d'employeurs privés et publics, accompagne les jeunes dans leur insertion professionnelle soit par le biais d'une formation en alternance soit dans le cadre d'une insertion directe à l'emploi jusque dans l'emploi lui-même.

Enfin, il a un rôle consultatif et d'expertise auprès des professionnels de SESSAD en diffusant informations et documents sur les dispositifs de formation et les contrats de travail.

Il est financé par la contribution des établissements adhérents (ESAT, IME, ITEP, SESSAD) selon un barème lié au type de structure. La contribution est forfaitaire quel que soit le nombre de personnes effectivement accompagnées par le pôle.

L'accès à ses services ne nécessite pas de décision de la CDAPH et il n'existe pas de nombre de places déterminé.

Ainsi, dans l'exemple cité (fiche 19), la présence d'un pôle d'accès à l'insertion professionnelle a clairement joué un rôle de coordonnateur de parcours en faisant le lien entre les différents partenaires impliqués dans l'accompagnement et la formation professionnelle d'un jeune d'ITEP présentant des troubles psychiques. Sans ce rôle d'assembleur (un interlocuteur unique pour tous les partenaires : employeur, CFA, service de l'ITEP, CMP, famille), sans doute la formation en CFA et en entreprise de ce jeune aurait été mise en échec. Il a obtenu son CAP et est inscrit actuellement à la mission locale. Il bénéficie d'un accompagnement par le CMP pour le volet soins.

## VI- DISPOSITIFS INTERVENANT SPECIFIQUEMENT SUR LES PERSONNES EN ATTENTE DE SOLUTIONS

### PROJETS D'ACCOMPAGNEMENT PASSERELLE POUR DE JEUNES ADULTES EN SITUATION D'AMENDMENT CRETON

En Haute-Saône, le pôle enfance de l'ADAPEI a réfléchi à la mise en place d'une organisation et de partenariats pour proposer un accompagnement spécifique aux jeunes orientés vers le secteur hébergement (MAS, FV, FAM, AJ) pour adultes, mais qui faute de place, sont maintenus (amendement Creton) dans l'IME et l'EME de l'association (fiche O).

Sont ainsi proposées à ces jeunes adultes, en fonction de leur orientation et de leur âge, des périodes d'immersion dans des structures pour adultes, gérées par la même association, et des activités d'utilité sociale avec différents partenaires (horticulteur, ferme pédagogique, atelier environnement).

Ils sont accompagnés dans ces activités par trois professionnels des deux structures pour enfants et 2 personnes en CAE à temps plein. Ces renforcements en moyens humains ont permis de répondre à l'hétérogénéité des besoins de ces adultes et de garantir leur sécurité notamment lors des déplacements.

13 jeunes adultes âgés de 20 à 29 ans bénéficient actuellement de cette démarche (7 du pôle enfance de Luxeuil et 6 du pôle enfance d'Héricourt).

Le financement de ce projet a été validé dans le cadre de la renégociation du CPOM (2014-2016) avec l'ARS : 20% des prix de journées versés par le département de la Haute Saône au titre de l'amendement Creton, sont affectés, avec l'autorisation de l'ARS, au financement des modalités spécifiques de cette prise en charge.

## VII- LES AUTRES FORMES DE COLLABORATIONS FAVORISANT LA FLUIDITE DU PARCOURS

### 1- DISPOSITIFS RESSOURCES SPECIALISES APPORTANT UN APPUI AUX ESMS DU TERRITOIRE

#### Equipe mobile autisme 25 (ex plateforme autisme de l'AHS-FC)

Une enquête menée en 2012 auprès des ESMS et des établissements sanitaires de Franche Comté avait révélé que 68% des adultes et 32% des enfants porteurs d'autisme et autres TED étaient accompagnés par des structures non dédiées à l'autisme. Forte de ce constat et malgré le déploiement de formations auprès de professionnels d'ESMS sur l'autisme, l'ARS de Bourgogne-Franche-Comté a lancé en 2016 un appel d'offre pour la création d'équipes mobiles de soutien aux ESMS accompagnant des personnes avec autisme ou autres TED.

L'AHS-FC, historiquement engagée dans l'accompagnement de ces personnes et ayant déployé depuis 2013 une organisation innovante par le biais d'une plateforme autisme, a été retenue dans le cadre de cet appel d'offre pour le territoire du Doubs (hors aire urbaine de Belfort, Héricourt, Montbéliard)<sup>24</sup>. La plateforme était constituée d'une petite équipe pluridisciplinaire mobile, composée de professionnels des IME l'Essor et l'Envol, ayant développé une expertise sur le sujet, qui intervenait sur sollicitation des responsables des établissements et services de l'association. Cette équipe a réalisé 60 interventions sur sites pour enfants en 2015 et 26 sur sites pour adultes.

En janvier 2017, la plateforme devient équipe mobile autisme du Doubs (EMA-25) après obtention du dossier suite à l'appel à projet de l'ARS Bourgogne Franche-Comté (fiche P).

Les trois principaux objectifs de cette équipe sont :

- l'amélioration de la qualité de l'accompagnement des bénéficiaires et de leur famille ;
- le développement des compétences et savoir-faire des professionnels pour favoriser des modes d'accompagnement spécifiques ;
- favoriser une articulation entre les différents partenaires et les acteurs de terrain pour soutenir la continuité de l'accompagnement à tout âge.

L'équipe mobile du Doubs intervient auprès d'enfants, adolescents, adultes et personnes âgées porteurs d'autisme et autres troubles envahissants du développement, bénéficiant d'une prise en charge dans un établissement ou un service médico-social, que ce dernier bénéficie ou non d'un agrément spécifique autisme.

---

<sup>24</sup> Notons que quatre appels d'offre viennent d'être lancés par l'ARS sur chacun des territoires bourguignons pour y déployer d'autres équipes mobiles autisme.

L'intervention d'une équipe mobile autisme est précieuse comme en témoigne le cas de ce d'un jeune adulte autiste (fiche 20), accueilli dans un foyer et travaillant dans un ESAT non spécialisés dans la prise en charge de ce type de pathologie. Ses troubles du comportement, se traduisant par des crises violentes, inquiétaient les professionnels des deux structures, et son comportement en famille s'était également dégradé.

La solution proposée a consisté en une guidance des professionnels, dans un premier temps assurée par une sensibilisation de l'ensemble des équipes aux troubles autistiques, puis par une intervention de l'équipe mobile sur le site de l'ESAT et du Foyer (échanges avec la monitrice d'atelier de l'ESAT et un éducateur du foyer). Suite à ces observations, un temps de réunion d'équipe pluridisciplinaire a permis de proposer des préconisations d'accompagnement à mettre en place, comme la structuration de l'organisation du travail, une clarification des tâches à accomplir et une clarification du temps pour réaliser ces tâches, de la guidance par étape pour apprendre de nouvelles compétences de travail. Pour le foyer, des recommandations de clarification des temps de loisirs par le biais de cartes de choix a permis au jeune de pouvoir occuper son temps libre en autonomie. Ses troubles se sont calmés, ce dernier ayant vu la spécificité de ses besoins prise en compte. Les parents se sont également saisi des outils mis en place.

### Un recours à des expertises locales

Pour apporter les prestations nécessaires à une jeune fille déficiente intellectuelle avec des troubles associés (déficience auditive notamment), un IME du Jura a établi un partenariat avec un établissement du département voisin, spécialisé dans la déficience auditive (fiche 21). Ce partenariat consiste en l'intervention d'une orthophoniste et d'une éducatrice une fois par semaine à l'IME. Ces professionnels accompagnent la jeune fille mais étayent également le personnel de l'IME (partage d'outils, formation à la communication auprès de jeunes sourds). En intervenant sur un temps de groupe, l'éducatrice favorise également les échanges de cette jeune fille avec ses pairs en leur apprenant à communiquer avec elle. Dans cette situation, l'équipe relais handicap rares, autre expertise locale, joue également un rôle important en apportant son soutien à l'IME et à la mère de la jeune fille en les accompagnant dans les démarches administratives pour obtenir les aides techniques et financements nécessaires à la compensation de son handicap.

### Equipe relais handicaps rares

L'équipe relais handicap rares Nord Est fonctionne depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2015 (Fiche Q). Elle a pour objet d'améliorer la qualité et la continuité des parcours des personnes en situation de handicaps rares.

Ses missions sont de :

- repérer les personnes en situation de handicap rare, les dispositifs et les ressources existants ;
- mobiliser les acteurs autour de ces situations ;
- orienter/évaluer/élaborer des projets d'accompagnement individualisé ;

- apporter un appui aux professionnels.

Cet acteur peut être interpellé par les familles, les ESMS, les acteurs du handicap. Son intervention permet de proposer des réponses à des personnes sans solution et/ou d'éviter des ruptures de parcours lorsque la structure accueillante atteint ses limites.

Ainsi par exemple, l'intervention de l'ERHR, à la demande d'un foyer (fiche 22) pour un homme pluri-handicapé dont la situation médicale se dégradait et dont les problèmes de comportement amenaient l'équipe à penser à une réorientation lui a permis de rester malgré tout au foyer, grâce à la co-construction avec les salariés de l'établissement, d'outils de communication et de repérage tactiles pour cette personne atteinte de surdi-écité et déficiente intellectuelle. Il est envisagé par la suite de faire intervenir le centre national ressources CRESAM pour leur expertise ainsi qu'un assistant à la vie journalière et un instructeur en locomotion pour aider cette personne à gagner en autonomie.

L'Institut d'Education Sensorielle pour handicap auditif de l'Yonne signale que 6 jeunes qu'il accueille relèvent d'un handicap rare et devraient également bénéficier de ce dispositif.

## 2- DES COLLABORATIONS ENTRE DES ACTEURS DE DIFFERENTS SECTEURS POUR APPORTER UNE SOLUTION ADAPTEE A LA COMPLEXITE DE LA SITUATION : PREMICES DE PLATE-FORMES ?

Dans la logique « d'une réponse accompagnée pour tous », se mettent progressivement en place des réponses de type « plateforme », même si elles n'en ont pas encore la structuration. Il s'agit de mobiliser des prestations de différents plateaux techniques pour apporter une réponse la plus proche possible des besoins identifiés.

Ainsi, dans ce cadre pour un jeune accueilli en ITEP (fiche 24), une articulation entre des temps de prise en charge en pédo-psychiatrie, des temps en famille d'accueil et un accueil individuel séquentiel en ITEP ont été nécessaires pour faire face à une situation familiale et à un état de santé psychique du jeune qui s'étaient dégradés et risquaient de compromettre la poursuite de son accueil en ITEP.

Cet autre exemple témoigne également de la nécessité de prendre appui sur des prestations assurées par différents secteurs fonctionnant jusque là de manière assez cloisonnée (fiche 25) : la dégradation de la situation d'un jeune déjà accueilli à l'IME a amené à repenser les prestations à apporter à ses besoins devenus plus complexes et appelant une réponse pluripartenariale. En effet, ce jeune en situation de handicap sévère avec une déficience intellectuelle très importante, des troubles du comportement emprunts de violence et

accueilli en alternance par deux familles d'accueil pendant les périodes de fermeture de l'IME, était pris en charge depuis 8 ans par l'établissement lorsque l'évolution de son comportement s'est dégradée, rendant son maintien dans l'établissement problématique pour lui-même et pour les autres jeunes. La solution proposée en 2012 a consisté en une réorientation vers un IME TED. Cependant, faute de place, une solution a dû être trouvée pour permettre son maintien dans l'IME dans de meilleures conditions. Suite à un premier bilan en pédopsychiatrie pour évaluer son profil, il a été accueilli sur un hôpital de jour deux demi-journées par semaine. Mais au regard de son âge, cette prise en charge a dû être arrêtée en juillet 2013. En 2015, deux commissions techniques en urgence et exceptionnelles à la demande de l'ASE ont été organisées au Conseil Départemental (ASE) avec l'ensemble des partenaires concernés (CH, ASE, IME, ARS et MDPH) pour préparer l'orientation de ce jeune pour sa majorité.

Dans un premier temps il a été accueilli pendant l'été et la première quinzaine de septembre 2015 dans un CH puis sur les Week-end et vacances scolaires dans un service pour adolescents de la pédopsychiatrie jusqu'à son admission définitive). L'ASE a proposé une mesure d'accompagnement et de protection juridique des jeunes majeurs pour 6 mois à la majorité du jeune pour le soutenir sur le plan administratif. Pour la suite, la solution proposée est un accueil à temps plein au CH à compter 18 décembre 2015 avec une recherche de réorientation pour une structure pour adulte active.

Nous avons également vu dans la partie consacrée aux PAG/commissions cas critiques (I), que ces derniers prévoyaient la plupart du temps de tels montages.

Par exemple, dans le cas présenté dans la fiche 26, c'est l'absence de prise en charge institutionnelle et de scolarisation d'un enfant de 7 ans à l'époque, ayant un gros retard de développement, des troubles du comportement et relevant de la protection de l'enfance, qui a conduit la commission cas critiques de Côte d'Or à examiner son dossier en 2010. Il a alors été accueilli dans plusieurs familles d'accueil, a bénéficié de soins dispensés par plusieurs HDJ et de quelques activités proposées par l'Association Beaunoise de Protection de l'Enfance (ABPE). Il a également fait des séjours avec ses parents en résidence accueil.

En 2013, ce jeune est orienté vers un IME mais faute de place à l'internat et en raison de l'éloignement géographique de l'assistant familial (situé dans un autre département) une autre solution a été envisagée en partenariat avec une association de la protection de l'enfance : mise en place d'une scolarité très adaptée au sein de l'UE de l'IME (prise en charge en individuel puis en petit groupe avec 2 autres enfants 2 fois 30 minutes 2 jours par semaine) et accompagnement une demi-journée par semaine au sein de l'IME avec présence d'un éducateur de l'association de protection de l'enfance puis 2 jours par semaine sans l'accompagnement de ce dernier.

Aujourd'hui, il est toujours prioritairement accueilli chez l'assistant familial situé dans le département voisin et en relais chez une assistante familiale du département où se trouve l'IME 1 week-end par mois. Il dort un soir par semaine chez ses parents. Il bénéficie toujours de soins, deux matinées par semaine à dans un hôpital de jour. Il bénéficie aussi par le biais de l'association de protection de l'enfance de séances d'équithérapie et de divers temps d'ateliers. Il est reçu 2 jours à l'IME et bénéficie de deux temps de classe très réduits et a des prises en charge éducatives.

Ce dernier exemple (fiche 27), illustre la logique de parcours où différentes catégories d'acteurs s'organisent pour moduler et articuler leurs réponses à l'évolution de la situation et des besoins de la personne.

En l'occurrence, il s'agit d'un jeune garçon de 11 ans, accompagné par un SESSAD, dont les troubles du comportement et la dégradation de l'état de santé ont abouti à l'arrêt de sa scolarisation. Les parents et les professionnels du SESSAD ont le sentiment d'être arrivés à la limite des interventions possibles. Son état nécessiterait une prise en charge sanitaire mais en raison de la fermeture de places de lits de moins de 13 ans, cette dernière ne peut être mise en place.

La situation de ce jeune étant jugée critique (puisque qu'il avait besoin d'une hospitalisation), une réunion de la commission cas critiques a été organisée en juin 2015 suite au signalement du pédopsychiatre et de l'Education Nationale. A l'issue de cette réunion (qui a rassemblé la MDPH, l'EN, le SESSAD l'IME et la pédopsychiatrie) est d'abord préconisée une orientation en IME. En attendant que celle-ci devienne effective, le SESSAD et l'IME ont organisé conjointement un emploi du temps le plus adapté possible pour ce jeune<sup>25</sup>. A la rentrée du 01/09/15, il a totalement intégré les effectifs de l'IME, avec une scolarisation au sein de l'UE.

Mais ses besoins sur le volet sanitaire n'étant toujours pas couverts, ses troubles du comportement ont perduré. En janvier 2016, une consultation au service de pédopsychiatrie a été organisée en vue d'une hospitalisation qui n'a pu devenir effective qu'en mai 2016 avec un accueil de 2 demi-journées par semaine en complément de la prise en charge à l'IME.

Cependant, à la suite d'un envoi par l'IME d'une information préoccupante au sujet de cet enfant à la cellule départementale de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes, une nouvelle réunion est organisée par la MDPH avec des professionnels de l'IME, de l'hôpital de jour et le médecin responsable de la pédopsychiatrie au CHU pour une nouvelle fois adapter sa prise en charge aux besoins identifiés. A l'issue de plusieurs réunions avec les différents acteurs et d'entretiens avec la mère, il a été convenu de renforcer son accompagnement éducatif, de mettre en place l'intervention d'une TISF à domicile et de mettre en place un transport individualisé en VSL. Pour cela, un crédit non reconductible a été accordé par l'ARS, permettant de financer temporairement 0,8 ETP de moniteur éducateur positionné sur les temps de présence de l'enfant en journée et le transport en VSL.<sup>26</sup>

---

<sup>25</sup> Pendant deux semaines, il allait à l'IME en début de semaine (jusqu'au mercredi midi) et continuait à être accompagné par le SESSAD les autres jours.

<sup>26</sup> Le crédit non reconductible était basé au départ sur 1,5 ETP sur 4 mois mais comme le comportement du jeune sur les temps d'internat (3 nuits par semaine) s'est amélioré, il a été décidé de redéployer ce montant sur un accompagnement moins important en volume mais sur 8 mois.

## **PARTIE 2 : LES ENSEIGNEMENTS ISSUS DE CES EXPERIMENTATIONS**

## I- LES PARTENAIRES ASSOCIES

### 1- LES PARTENAIRES DES MDPH DANS LE CADRE DE L'ELABORATION DES PAG, AU SEIN DES GOS OU DES COMMISSIONS CAS CRITIQUES NOTAMMENT

Lorsque doivent être proposées des solutions inédites, modulaires, multipartenariales pour apporter une réponse à des situations généralement complexes et problématiques, les partenaires assis autour de la table peuvent être d'horizon très divers. Au-delà d'un noyau dur généralement constitué de la MDPH, de l'ARS et/ou du Conseil Départemental et/ ou des ESMS concernés par la situation (actuelle et/ou future), on peut trouver, en fonction des cas :

- l'Education Nationale (dossiers « enfants ») ;
- des partenaires du secteur de la protection de l'enfance (ASE, services et structures de protection de l'enfance) ;
- des accueillants familiaux ;
- des partenaires du secteur sanitaire (hôpital de jour, CHU, CHS) ;
- des représentants des personnes handicapées (famille, tuteur, curateur) ;
- la CPAM (lorsqu'il peut y avoir des incidences financières dans les décisions à prendre).

Il est signalé par les MDPH que certains partenaires sont plus difficiles à mobiliser (notamment le secteur sanitaire) et que la collaboration entre les différents intervenants n'est pas simple. En outre, plus la situation nécessite de réunir un grand nombre d'acteurs, plus les dates à trouver, les lieux à déterminer et le temps à consacrer aux réunions est problématique.

Sur le plan organisationnel, la mise en place des GOS n'est pas encore stabilisée. Se posent notamment des questions sur les modalités de remontée d'informations entre le coordonnateur de parcours (qui pour mémoire est désigné parmi les acteurs de la mise en œuvre du PAG) et le référent PAG de la MDPH par exemple. Notons (et c'est un premier pas), qu'un décret<sup>27</sup> paru le 7/02/17 précise les informations que les ARS, les services de

---

<sup>27</sup> Décret n° 2017-137 du 7 février 2017 relatif aux informations nécessaires à l'élaboration des plans d'accompagnement globaux des personnes handicapées : « détermine les informations nécessaires à l'élaboration des plans d'accompagnement globaux, que les agences régionales de santé, les services de l'Etat et les collectivités territoriales communiquent à la maison départementale des personnes handicapées, **afin de définir, en réponse aux besoins des personnes handicapées, les interventions requises dans les domaines de l'accompagnement, de l'éducation et de la scolarisation, des soins, de l'insertion professionnelle ou sociale et de l'appui aux aidants.** »

l'Etat et les collectivités territoriales doivent communiquer aux MDPH pour l'élaboration des plans d'accompagnement globaux, ainsi que les modalités de leur transmission.

La volonté d'évoluer dans les pratiques professionnelles a été mentionnée comme un point positif de la démarche ainsi que le fait de devoir proposer en fin de réunion un projet qui oblige chacun à faire des concessions, des compromis au lieu de se renvoyer la situation difficile. Enfin, la présence de financeurs dans les GOS a pu être mentionnée comme un levier pour proposer des solutions innovantes comme l'embauche spécifique de personnel pour un renforcement de l'accompagnement individualisé dans certains cas.

## 2- LES PARTENAIRES DES ESMS DANS LES DISPOSITIFS CREEES ET/OU DANS LA CONSTRUCTION DE REPONSES SUR MESURE POUR DES CAS PARTICULIERS

L'identité des partenaires sollicités dépend naturellement de la nature des projets portés, mais aussi de la problématique des publics pour lesquels ils sont mobilisés et des ressources disponibles sur un territoire.

Par exemple, lorsque les projets portent sur **l'insertion professionnelle**, comme dans le cadre du pôle départemental d'insertion professionnelle (fiches N et 19) ; dans celui du dispositif d'accompagnement à la formation professionnelle du Territoire de Belfort (fiche I) et dans une moindre mesure<sup>28</sup> dans le cas du SACFA et du dispositif « bancs d'essai » (fiche J), aux acteurs habituels (ESMS, MDPH, ARS, éventuellement EN), vont se joindre des organismes de formation (CFA, MFR, chambre des métiers), des acteurs de l'insertion professionnelle (employeurs, AGEFIPH, FIPHFP, mission locale, pôle emploi), d'autres ESMS (SAVS, SAMSAH, établissements et services pour « enfants », ESAT), voire des organismes de tutelle et des acteurs du soin (CMP).

Les expérimentations **d'habitat inclusif** (fiches K et L) appellent, aux côtés de la MDPH, du CD, et des associations d'usagers, des partenaires à la fois du côté du secteur de l'habitat (bailleurs sociaux) et des services d'aide à domicile (SAAD, SAVS, SAMSAH). Dans le premier cas, il implique même des donateurs privés, la Mairie et un Sénateur, car la réponse est innovante et impliquait un fort investissement financier.

Dans les projets davantage ciblés **sur la question du franchissement des âges charnières** (passage du seuil des 16 ans, sifflant la fin de l'obligation scolaire ; passage du secteur enfant au secteur adultes avec notamment la problématique des jeunes en aménagement Creton ; ou encore vieillissement des personnes handicapées), les partenaires cités sont ceux des secteurs d'aval et du milieu ordinaire en lien avec le souci d'inclusion.

Ainsi,

---

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000034010837&dateTexte=&categorieLien=id>

<sup>28</sup> Seuls sont cités les CFA et ESMS partenaires

- Dans le cas de **l'accompagnement des jeunes de 16-20 ans** en rupture et/ou en risque de rupture avec les institutions susceptibles de les aider (fiche H), le partenariat fait appel à des acteurs du champ social (AEMO, CHRS, restaurant du cœur) ; des acteurs de la prévention (planning familial) ; des acteurs de l'insertion professionnelle (MILO, services d'insertion professionnelle) ; des acteurs du médico-social (ESAT, SAVS), selon les cas.
- Pour les **jeunes adultes en situation d'amendement Creton**, les partenaires associés au projet (fiche O) sont des ESMS (foyers de vie, SATP<sup>29</sup>) pour des activités occupationnelles sur des temps d'immersion ; des ressources du milieu ordinaire comme lieux de participation sociale : chantier environnement « la ressourcerie à Lure », ferme pédagogique, horticulteur ; deux lieux de restauration (maison de retraite et commune) pour des temps de repas partagé avec respectivement des personnes âgées et des salariés.
- sur la **question du vieillissement des personnes handicapées**, comme celui du foyer de vie de la Côte d'Or (fiche F), ou dans cet autre exemple de création d'un service mobile de coordination des soins (fiche G), ce sont les acteurs du secteur gérontologique et de la santé qui seront mobilisés. Ainsi, l'accompagnement de ces publics est possible dans le premier cas grâce à un partenariat avec un service d'aide à domicile et dans le second cas, grâce à des acteurs du soin (médecins, centre hospitalier) et de la prévention (association de prévention en santé, IREPS). L'ARS et/ou le CD et la MDPH sont également cités comme partenaires, en ce qu'ils apportent généralement dans ces expérimentations des financements ou accordent des dérogations.

Dans les autres expérimentations citées, celles qui consistent en la **mise à disposition d'une expertise sur un thème comme l'autisme ou les handicaps rares** (fiches P, 21 et Q) font elles-mêmes appel à des partenaires experts des questions comme les centres ressource et citent l'ARS comme partenaire et quelques acteurs complémentaires comme un CAMSP, le centre hospitalier...

Enfin, les montages de réponses spécifiques **pour des personnes dans une situation « complexe » ou « préoccupante »** font souvent intervenir de manière complémentaire et simultanée des acteurs de différents secteurs (fiches 24 à 27) :

- la MDPH (pour les orientations prononcées y compris les formes de dérogations accordées) ;
- l'ASE (en complément des interventions des ESMS) ou mandataire judiciaire ;
- la pédopsychiatrie (également en complément des interventions précédentes) ;
- d'autres ESMS (du secteur enfant et du secteur adultes selon l'âge)
- l'ARS (pour l'attribution de crédits non reconductibles par exemple).

---

<sup>29</sup> SATP : Service d'activités à temps partagé de l'ADAPEI 70 « *il propose aux adultes accueillis des activités visant à développer la communication, la créativité, la curiosité, le bien-être, la valorisation des apprentissages sociaux et les développements cognitifs* ».

---

### 3- LES POINTS FORTS DES PARTENARIATS CITES

Parmi les points forts cités, on retiendra particulièrement les éléments ci-après :

- Le fait d'être plusieurs acteurs à porter un élément de la réponse aux besoins de personnes dont la situation est complexe contribue à accepter d'accueillir ou de garder dans l'ESMS ces personnes ne trouvant pas de solution par ailleurs ou dont l'évolution de la situation aurait conduit à une réorientation avec un risque de rupture de parcours entre les deux structures d'accueil (cf notamment les fiches 02 et 03).
- L'adhésion du secteur sanitaire et son engagement à poursuite des soins en parallèle du nouveau mode de prise en charge (fiche 04) ou à accueillir un jeune en sur-effectif au regard de l'évolution de ses besoins est indispensable.
- Le partenariat avec des centres ressource ou avec des équipes mobiles expertes sur certaines questions (handicaps rares, autisme, la déficience auditive...) permet aux équipes de monter en compétences et d'apporter des réponses davantage conformes aux besoins de la personne. Ces partenariats ont permis de réduire des situations problématiques dans certains établissements (fiches 20 à 23).
- Dans certains cas, le fait que les partenaires soient des structures du même organisme gestionnaire est considéré comme un levier ayant facilité la mise en œuvre de la démarche (fiche D).
- Enfin, la construction d'outils en commun (par exemple entre l'IME et le service OASIS<sup>30</sup> du CH la Chartreuse dans le cadre du partenariat est considéré comme un vrai plus.

---

### 4- LES PRINCIPALES DIFFICULTES RENCONTREES DANS CES PARTENARIATS

#### Une relative méconnaissance des ressources du territoire

Une difficulté soulignée est le manque de repérage des ressources mobilisables sur le territoire (fiche Q). Il semblerait que les acteurs se connaissent peu et mal, ce qui peut parfois retarder des interventions et provoquer des ruptures de parcours (par exemple quand l'Education Nationale tarde à orienter des jeunes vers des dispositifs d'accompagnement à l'insertion professionnelle : fiche J).

---

<sup>30</sup> Il s'agit d'une unité d'hospitalisation complète du centre hospitalier, de 12 places, accueillant une population mixte d'adultes, déficients mentaux profonds souffrant de troubles du comportement et de la communication, ne pouvant pas bénéficier d'un accueil en MAS ou d'une structure équivalente.

## La question de la coordination

Parmi les difficultés soulevées dans certains partenariats, on retrouve de manière transversale la question de la **place de chacun des partenaires**.

Par exemple, dans le cadre de l'élaboration des PAG, les fonctions de coordinateur de parcours et de référent PAG sont récentes et pas encore suffisamment formalisées de sorte que sont signalés dans certains cas (fiches 01 et 07) un manque de communication entre ces deux acteurs ou des difficultés à assurer un suivi des mesures préconisées dans le cadre du PAG.

Autre exemple, dans le cas de l'intervention d'un service d'aide à domicile en foyer de vie (fiche F), il a été souligné la difficulté à bien distinguer les tâches qui incombaient au prestataire de service et celles qui incombaient à l'équipe éducative par l'intermédiaire d'un protocole d'accompagnement. Dans cet autre exemple de service mobile de coordination des soins (fiche 14), c'est la difficulté à mettre en œuvre les préconisations des partenaires médicaux et paramédicaux au sein de l'établissement, ayant ses propres contraintes et limites qui a été relevée, avec un sentiment de ne pas toujours se comprendre.

La difficulté du partenariat avec certains acteurs libéraux comme les médecins traitants (fiche G) et la pédopsychiatrie (fiche C, fiche 12) est parfois citée mais sans que la nature de ces difficultés ne soit véritablement précisée. Dans certains cas, il a été évoqué le fait que ces acteurs ne se déplaçaient pas à la MDPH malgré des sollicitations.

La question de l'articulation des dispositifs entre eux (par exemple entre ceux de l'Education Nationale et ceux du secteur médico-social ou entre un IME et les services de l'ASE et de la pédo-psychiatrie) a également été soulevée : le manque d'articulation peut ainsi conduire à un manque d'anticipation dans les transitions nécessaires entre deux dispositifs (fiche J) ou à un risque de déplacement des missions (fiche 07) ou encore à un échange d'informations jugé insatisfaisant (fiche A bis) .

Parfois, en cas de co-intervention (fiche 02), les modes d'accompagnement de chacun des partenaires peuvent entrer en contradiction faute d'une articulation suffisante en amont et faute d'un discours conjoint auprès de la personne prise en charge qui pourrait lui expliquer les différences de pratiques d'un lieu d'hébergement à l'autre et ainsi introduire plus de cohérence dans l'ensemble de l'accompagnement proposé.

La multiplicité des acteurs impliqués peut conduire à un risque de morcellement du projet et de l'emploi du temps de la personne concernée (fiche 21).

## Un partenariat parfois empêché pour des questions de manque de place ou de barrières liées à l'âge

C'est le cas en particulier avec le secteur de la psychiatrie : jusqu'à 16 ans, la prise en charge psychiatrique relève de la pédopsychiatrie et au-delà de 16 ans, du secteur pour adultes. Pour certains jeunes, arrivés à ces limites d'âge, un changement de secteur psychiatrique peut générer des ruptures de parcours à la suite d'un arrêt du partenariat. Souvent même, un partenariat avec la pédopsychiatrie n'est pas possible ou très en deçà des besoins faute de place.

C'est également le cas pour le secteur de la protection de l'enfance (même s'il a été moins cité dans les fiches mais davantage lors de nos échanges téléphoniques avec les professionnels). Le secteur peine à trouver des places en accueil familial notamment pour des jeunes handicapés avec troubles associés dès lors que ces troubles sont liés à la violence ou d'ordre psychiatrique.

## II- LES BONNES PRATIQUES A PARTAGER

### 1- ASSOCIER L'USAGER (ET SA FAMILLE) TOUT AU LONG DE LA DEMARCHE

Plusieurs projets (fiches 01, 09, 10, F, 15, M notamment) soulignent que l'adhésion des usagers et de sa famille doit systématiquement être recherchée à toutes les étapes du projet puis de l'expérimentation afin qu'il soit connu de tous, porté et approuvé. Certains évoquent même le terme « d'alliance » avec l'environnement familial (fiches C, 12). Entendre ces derniers permet d'ajuster au mieux les réponses qui peuvent leur être proposées et repérer en amont ce qui pourrait mettre le projet en échec.

### 2- FACE AUX SITUATIONS COMPLEXES : AMENAGER UN ACCUEIL TRES PROGRESSIF ET DE LA MODULARITE DANS LES REPONSES

A plusieurs reprises (fiches 03, 12 et 27 notamment), lorsqu'il s'est agit d'évoquer des situations complexes, la nécessité de mettre en place un accueil très progressif a été mentionnée comme une bonne pratique à partager ou comme un levier ayant permis la mise en place des solutions proposées.

La souplesse d'intervention est apparue à plusieurs reprises comme un élément à prendre en compte pour éviter les risques de rupture (fiches I, N, 26).

### 3- FAVORISER LA COMMUNICATION ET LA COORDINATION ENTRE LES ACTEURS DE LA PRISE EN CHARGE

S'assurer que l'ensemble des acteurs qui vont intervenir dans l'accompagnement de la personne soient présents dès la phase de la construction de la réponse (dans le cadre des PAG notamment) a également été mentionné comme élément fondamental pour limiter les risques d'échec dans la mise en œuvre de la solution proposée (fiches 01, 07).

Permettre une fluidité de la circulation des informations entre les différents acteurs est apparue comme l'une des conditions nécessaires à la cohérence du travail mené (fiches 02, F, 13, 21). Cela passe le plus souvent par l'organisation de réunions et la mise en place de protocoles communs.

D'ailleurs, lorsque l'organisation des acteurs peut fonctionner de manière intégrée, comme dans le cadre par exemple du DAFP 90 (fiche I) ou comme le préfigurent les dispositifs IME/SESSAD (fiches C et D) ou ITEP... la fluidité des informations est plus aisée.

Lorsque les acteurs sont très nombreux, la désignation d'un coordonnateur (comme dans le cadre des PAG) semble être un gage de réussite. Sur le même principe, la possibilité de proposer un interlocuteur unique à l'ensemble des partenaires (fiches 03, N) simplifie beaucoup le partenariat.

Dans le cas de l'aménagement de modalités transitoires d'accompagnement de jeunes adultes en situation d'amendement Creton (fiche O), la mise en place de périodes d'immersion et l'organisation d'activités communes entre le secteur « enfants » et le secteur « adultes » permet à chacun de ces secteurs de s'acculturer à l'autre et d'opérer des transferts de connaissances et de compétence, voire de partager des outils.

---

#### 4- S'APPUYER AU MAXIMUM SUR LES RESSOURCES DU DROIT COMMUN

Dans la logique de l'inclusion, le recours aux ressources de droit commun doit devenir un réflexe (fiches 15, J). Il s'agit ainsi pour le secteur médico-social de penser son action comme une ressource pour le milieu ordinaire afin que celui-ci soit en mesure de jouer le jeu de l'ouverture aux personnes en situation de handicap et de ne pas s'en tenir à l'unique développement d'une offre spécialisée.

Cela suppose de bien identifier les ressources locales. Par exemple, dans le cas des projets portant sur des formes d'habitat partagé et/ou accompagné (fiches K, L et M), le choix d'implantation du logement est primordial pour permettre aux personnes d'avoir un accès facile aux services commerciaux, de santé, de loisirs...

Cela nécessite également de repérer les besoins de ces acteurs pour faciliter l'accès de leurs prestations aux personnes en situation de handicap. Le pôle départemental d'insertion professionnelle de Saône et Loire est un exemple de ce qui peut se mener en la matière (fiche N).

---

#### 5- ASSURER UNE COUVERTURE TERRITORIALE DES REPONSES

Dans le cas du déploiement départemental d'un dispositif d'accompagnement à l'insertion professionnelle (fiche N), la couverture territoriale de l'offre de prestations proposées apparaît comme essentielle pour permettre aux personnes concernées un même exercice du droit à un accompagnement vers l'insertion professionnelle. Dans d'autres départements (la

Côte d'Or par exemple), de tels dispositifs existent également, mais faute de coordination entre eux, l'ensemble du territoire n'est pas couvert.

---

#### 6- MUTUALISER : LES MOYENS, LES EXPERIENCES, LES LISTES D'ATTENTE...

La mutualisation de moyens permet de déployer des réponses à coût réduit dans un contexte où les ressources financières sont tendues (fiche N).

S'appuyer sur des modèles de réponse déjà expérimentés dans d'autres régions permet de gagner du temps (fiche A bis), d'imaginer plus facilement le portage d'un projet et d'en estimer la viabilité (fiche K).

L'existence de listes départementales centralisées en une unique liste (fiche E) permet d'avoir une vision plus réaliste des besoins. En outre, le fait de trouver un consensus autour des critères de priorisation et l'analyse partagée des situations permet d'aboutir à des propositions concrètes plutôt que d'essayer de renvoyer le cas difficile à une autre structure.

---

#### 7- FORMER LES SALARIES D'ESMS ET LES ACCOMPAGNER AU CHANGEMENT

Les équipes mobiles (qu'il s'agisse des handicaps rares ou de l'autisme), en intervenant au sein des ESMS apportent leur expertise et ce faisant contribuent également à faire monter les salariés en compétences dans l'accompagnement de ces publics notamment en proposant des formations et/ou en développant avec eux des outils adaptés (fiches Q, 21).

L'accompagnement des équipes dans le changement des pratiques est important pour qu'elles s'approprient le changement de logique et vivent au mieux le partage de compétence avec d'autres partenaires auprès des personnes (fiche F).

### III- LES LEVIERS / FACILITATEURS

---

#### 1- L'IMPLICATION ET LA REACTIVITE DES ACTEURS

La participation de tous les acteurs lors de l'élaboration des PAG (fiches 02, 03, 07) est un facteur contribuant grandement à l'élaboration d'une réponse adaptée à l'ensemble des besoins de la personne et facilite sans doute par la suite la mise en œuvre de la solution proposée.

Le souci des professionnels de faire évoluer leurs pratiques (fiches 14, H, 21) a souvent été mentionné comme un facilitateur de la mise en œuvre de ces nouvelles réponses :

renforcement de certains accompagnements (fiches 25 et 12), mise en place d'outils plus adaptés, accueil de situations supplémentaires en sureffectif « raisonnable » (fiche C).

Lorsqu'il s'agit d'inventer un nouveau mode d'accompagnement des personnes, à mi-chemin entre le domicile indépendant et l'établissement médico-social, la ténacité des parents et des associations (fiches K et L) s'est également révélée primordiale.

Le soutien de l'ARS dans l'obligation faite aux ESMS d'adhérer au pôle départemental d'insertion professionnelle de Saône et Loire (fiche N) a contribué à garantir une couverture territoriale de ce service et à asseoir ses ressources financières sur une adhésion de tous.

La prise en charge financière du service mobile de coordination des soins par l'ARS sous forme d'une dotation annuelle (fiche G) est considérée comme un levier important pour la viabilité du projet.

## 2- L'OBTENTION DE DEROGATIONS, DE FINANCEMENTS EXCEPTIONNELS ET DE SOUPLESSE

### **Certaines dérogations et aides permettent d'assouplir les transitions entre deux types de réponse.**

Ainsi,

- l'assurance maladie, quand elle accepte de financer des périodes de tuilage entre établissements et services pendant un certain temps, participe à réduire les risques de rupture que peut amener tout changement dans le parcours de la personne.
- Permettre à des jeunes sous contrat d'apprentissage, voire en emploi, de continuer à faire partie des effectifs de l'IME (convention ARS) est cité comme un véritable levier pour optimiser les chances d'une insertion professionnelle (fiche J). En effet, la plupart du temps, il est demandé aux jeunes de quitter les IME dès lors qu'ils perçoivent une rémunération. Dans ce cas, ils peuvent soit être suivis par un service de suite, soit demander une réorientation vers un SESSAD mais les délais d'attente d'une part, et la moindre intensité de l'accompagnement d'autre part, mettent en échec des projets de formation<sup>31</sup>.
- La période « 16-25 ans » est souvent signalée comme particulièrement délicate avec de multiples risques de rupture de parcours. En effet, certaines aides financières ne sont possibles qu'à partir de 20 ans ; certains dispositifs s'arrêtent à 18 ans (parfois même 16 ans)... Et quand bien même le critère de l'âge est respecté, la mise en place de l'aide peut prendre plusieurs mois avant d'être effective. Pour éviter ou réduire ces risques de rupture, des dérogations et aides exceptionnelles ont souvent été citées. Ainsi, dans l'exemple présenté dans la fiche L, la prise en charge financière du coût du loyer des jeunes par le Conseil départemental, le temps que les personnes concernées touchent l'AAH et l'allocation logement a permis d'aménager

---

<sup>31</sup> Cf. étude menée par le CREAI sur la formation et l'insertion professionnelle des jeunes de 16 ans et plus à la sortie des ESMS de BFC.

une phase de transition entre deux dispositifs réglementaires.

- Les dérogations d'âge facilitent également certaines transitions entre le secteur « enfants » et le secteur « adultes » en permettant une intégration précoce de jeunes dans une structure pour adultes par exemple (fiches 10 et 11).

### **D'autres dérogations permettent de répondre à des situations jugées critiques**

Par exemple, le financement par l'ARS d'une place supplémentaire en MAS (fiche 07) dans la continuité d'une période d'accueil temporaire ayant déjà dépassé les 90 jours réglementaires, a permis d'accueillir dans l'urgence une personne dans une situation critique en attendant qu'une place se libère.

Le financement de temps de renfort de personnel (fiches 02, 27 par exemple) peut également s'avérer précieux pour faire face au moins temporairement à un besoin de prise en charge plus intensive pour éviter que les troubles des jeunes (il s'agit souvent de jeunes dont le comportement est assez violent et difficilement compatible avec des temps en collectivité) ne mettent en échec leur accueil et pour travailler progressivement le collectif avec eux.

### **D'autres encore, permettent de réduire des restes à charge pour les familles pouvant conduire au renoncement de certains accompagnements.**

Il en est ainsi de la prise en charge financière des transports dans le cadre de solutions modulaires (fiches 01, 05, 09) ou encore d'instances d'un autre pays accueillant la personne (fiche 06) qui ont accepté de ramener le prix de journée de l'établissement étranger au niveau du prix français pour permettre à une jeune fille de continuer à bénéficier d'un accueil (faute d'établissement proposant des prestations équivalentes en France) sans que cela pénalise financièrement les parents.

### **Des assouplissements de la réglementation permettent de proposer des solutions innovantes**

Ainsi, le fait de pouvoir mutualiser des heures de PCH<sup>32</sup> a permis aux projets d'habitat partagé et accompagné (fiches L et M) de se réaliser en assurant une sécurité pour des personnes souhaitant habiter dans un logement du milieu ordinaire. En outre, la possibilité d'augmenter les heures de PCH ponctuellement pour un locataire lorsque son co-locataire est absent (fiche L) a évité une mise en échec du projet pour ce jeune.

---

<sup>32</sup> Il devrait prochainement ne plus s'agir d'une dérogation puisque le relevé de la conférence du handicap indique, parmi les mesures de simplification envisagées, l'"ajustement des modalités d'utilisation de la PCH versée par les conseils généraux pour permettre notamment sa mutualisation entre plusieurs personnes souhaitant financer ensemble une aide à domicile dans un logement partagé autonome".

La réactivité du CD et de l'ARS pour l'obtention des dérogations a été soulignée à plusieurs reprises.

### 3- LA POSSIBILITE DE RECOURIR A DE L'EXPERTISE

La possibilité de recourir à l'intervention d'équipes mobiles pour un étayage et un appui technique ont été mentionnés comme des leviers qui ont permis de garder la personne dans l'établissement et, comme déjà mentionné plus haut, de faire monter en compétence des équipes.

Pour les équipes mobiles elles-mêmes, le travail en réseau avec d'autres équipes mobiles à l'échelle nationale (cf. handicaps rares) permet de consolider des pratiques, d'échanger sur des façons de faire qui sont nouvelles.

Pour l'équipe mobile autisme (fiche P), le fait d'avoir d'abord fonctionné sous l'organisation d'une plateforme a facilité la mise en œuvre rapide de l'équipe mobile d'autant que des partenariats avaient déjà été tissés dans ce cadre avec plusieurs acteurs du champ de l'autisme.

### 4- LA POSSIBILITE DE METTRE EN PLACE DES PERIODES D'ESSAI MAIS AUSSI DES DROITS AU RETOUR EN CAS D'ECHEC APRES UNE ORIENTATION

Plusieurs exemples témoignent de l'intérêt d'aménager des transitions entre plusieurs solutions :

- Dans le cas d'un jeune sans solution à la suite de l'interruption d'un mode de prise en charge par un hôpital de jour (fiche 07), le fait d'avoir permis à l'IME qui a accepté de l'accueillir, de mettre dans un premier temps en place un accueil à temps partiel, sans s'engager sur le long terme, et d'obtenir un maintien d'une prise en charge sur le volet sanitaire a été évoqué comme un levier ayant convaincu l'IME d'accepter l'admission de ce jeune dont la problématique était complexe.
- Pour certains jeunes en aménagement Creton, souhaitant vivre dans un appartement en milieu ordinaire de vie, l'obtention d'une double orientation SAMSAH/IME valable pendant les 4 premiers mois de l'expérience a sécurisé les jeunes et leur famille et leur a permis de prendre le risque de celle-ci.
- Pour un jeune adulte, le fait d'avoir pu bénéficier d'un accueil temporaire en FAM avant d'entrer en MAS puis finalement de faire un essai en FV a permis d'affiner son orientation (fiche 10).
- Le dispositif « banc d'essai » mis en place par les PEP 21 (fiche J) participe de la même logique en permettant d'expérimenter un projet de formation avant de s'engager dans cette voie en connaissance de cause, ce qui évite des ruptures de parcours après coup.

## IV- LES OBSTACLES / FREINS

### 1- L'INEVITABLE INQUIETUDE FACE AUX CHANGEMENTS

#### Une organisation en « dispositifs » qui bouleverse les pratiques

Une des principales difficultés soulignées est la difficulté pour les ESMS à repenser leur offre en termes de dispositif plutôt que dans la logique d'établissements ou service. Ainsi, l'expérimentation en Côte d'Or d'orientation vers des dispositifs (fiche B) n'a pas suscité autant de demandes que souhaité (il était prévu de limiter l'expérimentation à 50 jeunes. Seuls 22 en ont bénéficié), sans doute en lien avec la difficulté à organiser de la souplesse dans les modes de prise en charge.

L'orientation vers des dispositifs a notamment des impacts sur AEEH qui vient limiter les évolutions des projets individuels. Elle a également des impacts sur le management des équipes (tensions qui peuvent apparaître entre équipes : l'une pouvant mal vivre le sentiment de devenir prestataire de l'autre ; modalités de partage d'information à clarifier). Elle génère également des frais supplémentaires de transports et de restauration. Cette « souplesse » vient également interroger le management, en bousculant les organisations traditionnelles des institutions construites autour de services (internat, semi internat, SESSAD, etc...)

Une autre difficulté soulevée est la « résistance » de la MDPH, dans certains départements, à orienter vers des dispositifs, craignant notamment de perdre le fil du suivi du projet du jeune et de laisser trop de latitude aux ESMS dans leur décision de passage d'un mode d'accompagnement à un autre. Ainsi, bien que n'ayant pas fait l'objet d'une inscription dans l'expérimentation nationale, l'ITEP Leconte de Lisle (70) est bien considérée comme un dispositif puisque l'autorisation n°2012.947 du 26/11/2012 détenue par le SESSAD de l'ALEFPA a été abrogée au 1<sup>er</sup> janvier 2015, « *l'activité, la clientèle, la discipline et le mode de fonctionnement du SESSAD sont transférés intégralement à l'ITEP « Leconte de Lisle » en Haute-Saône à la même date.* » et le déploiement du dispositif s'est fait dans le cadre du CPOM avec l'aval de l'ARS, la MDPH 70, les services de l'Education Nationale, la CAF et la MSA. Pour autant, la notification en dispositif par la MDPH n'est pas effective.

Ces nouvelles organisations demandent à être davantage formalisées. Bien souvent il existe encore des confusions dans l'emploi du terme « dispositif » qui est autant employé dans le langage courant pour désigner un mode d'accompagnement spécifique mis en œuvre au sein d'une structure (par exemple : dispositif d'accompagnement à l'insertion professionnelle) que pour désigner un service pluri-partenarial construit dans la logique du rapport PIVETEAU).

## Un mixage des populations et des professionnels qui demande un temps d'acculturation

Dans l'exemple d'accompagnements « passerelle » entre le secteur enfants et le secteur adultes pour des jeunes en aménagement Creton (fiche O), l'immersion de ces jeunes dans les structures pour adultes ne va pas de soi (moyenne d'âge plus élevée, rythme de vie différent... Il en va de même pour les professionnels des deux secteurs qui doivent apprendre à travailler ensemble tout en ayant des approches différentes.

Dans l'exemple de l'intervention d'un service d'aides à domicile auprès de personnes accueillies en foyer de vie (fiche F), un risque de désinvestissement des équipes éducatives dans les accompagnements de proximité a été soulevé ainsi qu'un risque de considérer le service d'aide à domicile comme un simple renfort en ressources humaines.

---

## 2- DES BARRIERES/FREINS REGLEMENTAIRES

### Les questions financières :

- Dans le cas d'un accueil en structure pour adultes avec une dérogation d'âge, se pose la question de l'attribution de l'AAH qui peut ne pas être accordée par certaines CAF avant 20 ans, quant bien même la MDPH aurait notifié cette dernière. Cela induit un reste à charge important pour la famille concernant la participation aux frais de séjour (fiche 10).
- Dans un autre cas, c'est l'attribution d'une PCH pour la prise en charge du déménagement qui a été refusée à une personne au motif qu'elle ne déménageait pas pour des raisons d'inadaptation de son logement mais pour se rendre dans un quartier lui permettant d'avoir accès au dispositif d'habitat adapté (fiche M).
- La question de la prise en charge financière des transports revient souvent (fiche 03 par exemple).

### Les « obligations » créées par certaines mesures

- La nécessité de passer par une demande de RQTH pour pouvoir bénéficier de mesures facilitant l'insertion professionnelle a été évoquée comme un frein pour certains jeunes qui refusent cette « étiquette » (fiche J).
- Un nombre de places limitées et la nécessité d'obtenir une notification de la CDAPH pour bénéficier de certains dispositifs (comme par exemple le dispositif d'accompagnement à la formation professionnelle dans le Territoire de Belfort fiche I), génère de fait des listes d'attente qui peuvent entraîner des ruptures de parcours.

### L'incompatibilité entre différentes mesures

- Le fait de devoir renoncer à l'AAH dans le cadre d'un contrat à temps partiel supérieur à 17h pour des travailleurs d'ESAT dont le projet est une insertion professionnelle en milieu ordinaire a été mentionnée signalée comme le principal

frein à cette insertion professionnelle (fiche N). En effet, un certain nombre de travailleurs handicapés d'ESAT ou de jeunes à la sortie des ESMS pour enfants (notamment avec un handicap d'origine psychique) seraient en capacité de remplir un contrat de 24 à 26h hebdomadaires mais au-delà de 17h, ils perdent leur AAH différentielle ce qui amène soit à accepter des contrats en deçà de 17h hebdomadaires (plus rares et ne répondant pas au souhait de certains d'entre eux de travailler plus), soit à renoncer à une insertion professionnelle en milieu ordinaire.

- L'incompatibilité entre le statut de jeune demandeur d'emploi dans un dispositif financé par la région et le fait d'être suivi par un ESMS empêche un étayage suffisant de ce public dans leur démarche d'insertion professionnelle et risque de mettre cette dernière en échec (fiche 15).

### Autres freins :

- L'absence de SI partagé rend difficile actuellement le suivi des situations et la connaissance des personnes sans solution, mais la mise en place de Via-trajectoire dans la région devrait permettre d'améliorer cela (fiches E et H).
- Le manque de places en établissements (médico-sociaux comme sanitaires) a souvent été évoqué par les MDPH et certains ESMS.

---

## 3- LA FRAGILITE DE CERTAINS MONTAGES FINANCIERS

Dans certaines expériences (comme par exemple l'habitat partagé et accompagné fiches K et 17), les solutions trouvées sont insuffisamment prises en charge sur le plan financier, laissant un reste à charge aux personnes qui peut compromettre le projet.

En outre, la mutualisation de la PCH a ses limites. Ainsi (fiche L), lorsque le jeune bénéficiant d'une PCH aide humaine 24h/24 s'absente du logement pour un séjour en famille ou en vacances, l'autre locataire qui ne bénéficie que d'une PCH aide humaine de 12h ne bénéficie plus de la surveillance de nuit permise par la mutualisation.

---

## 4- QUAND LE PROVISOIRE DURE...

Certaines solutions provisoires ont été mises en place pour proposer dans l'urgence une solution à une personne dans une situation critique (fiches 07, 09, 26 notamment), mais ne répondant que partiellement à leurs besoins. Lorsque cette situation provisoire dure, cela n'est pas satisfaisant du point de vue de la réponse aux besoins des personnes et/ou la dérogation qui l'a rendue temporairement possible risque de prendre fin. En principe, le dispositif d'orientation permanent, avec la révision régulière des PAG devrait à l'avenir permettre de pallier pour partie à ce problème.

Certains acteurs signalent par ailleurs que les personnes qu'ils accompagnent ne sont pas jugés prioritaires pour le moment pour le passage en GOS et l'élaboration de PAG dans la mesure où ils ont une réponse et même si cette dernière est insatisfaisante.

## 5- DES PARENTS OU DES JEUNES QUI N'ADHERENT PAS A LA SOLUTION PROPOSEE

Le cas évoqué dans la fiche 23 montre que lorsque la famille s'oppose à la réponse proposée, la situation critique ou complexe risque de perdurer. D'où l'importance de bien prendre en compte d'emblée les attentes et réticences des familles et de les associer pleinement à l'élaboration de la réponse. Cela nécessite de prendre le temps de cheminer avec la famille, de l'informer suffisamment afin qu'elle puisse faire des choix éclairés et qu'elle co-construise avec les différents acteurs la solution la mieux adaptée possible aux besoins et projets de leur enfant.

## V- LES MODALITES D'EVALUATION ENVISAGEES

Les modalités d'évaluation des dispositifs mis en place sont assez vaguement décrites comme en témoignent les éléments ci-dessous, sauf lorsqu'il s'agit de dispositifs issus de réponse à des appels d'offre ou qui ambitionnent d'essaimer.

### 1- DES CRITERES ET MODALITES D'EVALUATION QUI DEPENDENT DES PROJETS

#### Pour les PAG

Des modalités d'évaluation sont prévues. Par exemple, pour le département de l'Yonne (fiche A), une réunion du GOS est prévue 3 mois, 6 mois puis 1 an après la mise en œuvre du PAG et le nombre de contacts avec le coordinateur de parcours ainsi que le nombre de situations ayant évolué vers l'orientation cible sont des indicateurs qui vont être suivis. Concernant le département du Doubs, des critères d'évaluation précis ont été définis (fiche A bis) :

- des critères de résultat (tableau de suivi des situations pour évaluer les types de situations suivies, les types de PAG réalisés et les délais de traitement)
- des critères de processus mesurant l'adaptation des ressources mises en œuvre à la prise en charge des situations, à la construction de la solution et à sa mise en œuvre (Calcul du coût du PAG en interne, qualité de l'échange d'information, qualité des GOS -nombre et diversité des partenaires présents).

### **Pour les dérogations d'accueil**

L'évaluation est réalisée à l'occasion de la révision du projet au sein de l'établissement et/ou en EPE en cas de sollicitation d'une réorientation.

### **Pour l'organisation en dispositifs**

S'agissant de l'organisation des ESMS en dispositif, il est prévu des temps de coordination pour évaluer la cohérence de la prise en charge conjointe ainsi que le partage d'outils de suivi qui est indispensable (fiche D).

Les modalités d'évaluation sont généralement définies spécifiquement dans les conventions lorsque ces dernières existent entre partenaires impliqués dans le dispositif (fiche C). On peut supposer qu'avec le déploiement des CPOM, ces modalités d'évaluation seront systématiquement prévues.

### **Pour les projets d'habitat partagé et accompagné**

Pour l'un des projets (fiche K), le critère d'évaluation envisagé est le taux d'occupation de l'appartement. Les modalités d'évaluation complémentaires envisagées sont une enquête de satisfaction auprès des locataires et auprès du personnel qui les accompagne.

Pour le second projet (fiche L), l'évaluation du projet a été confiée à un prestataire externe : le laboratoire de l'innovation de la FEHAP avec pour objectifs de relever les intérêts, limites, freins, leviers, points de vigilance de ce projet et étudier les conditions de reproductibilité et de régulation de ce projet pour l'avenir.

Concernant le projet d'habitat accompagné (mais pas partagé : fiche M), les modalités d'évaluation envisagées portent sur le suivi de l'activité du service et des bilans individuels annuels avec enquête de satisfaction auprès des usagers et de leur famille.

### **Pour les équipes mobiles**

Equipe mobile autisme (fiche P) :

- Un questionnaire d'évaluation d'intervention est remis aux établissements ayant bénéficié de l'accompagnement de l'équipe mobile autisme
- Le rapport d'activité annuel comprend une évaluation qualitative et quantitative (mais les critères d'évaluation n'ont pas été précisés), que ce soit pour l'équipe mobile autisme ou l'équipe handicaps rares.
- Une évaluation externe est en revanche prévue en 2019 pour l'équipe mobile autisme

Equipe relais handicaps rares (fiche Q) : il est prévu une auto-évaluation à partir des rapports d'activité.

### **Pour les pôles d'appui à la formation et à l'insertion professionnelle**

Les modalités d'évaluation citées sont le nombre d'insertions réalisées.

Le rapport d'activité annuel présenté à l'ARS (fiche N) est le document dans lequel sont repris les principaux éléments nécessaires à une évaluation de l'action (organisation, actions menées, nombre de bénéficiaires, nombre d'insertions réalisées...). Parfois cela s'opère dans le cadre du comité de pilotage annuel rassemblant les acteurs du dispositif, l'ARS et la MDPH (fiche I).

### **Pour le service mobile de coordination des soins**

Les modalités d'évaluation sont des indicateurs quantitatifs : nombre de personnes intégrées dans le dispositif, nombre d'actions de prévention menées et nombre de sollicitation des foyers pour des démarches de santé.

Un questionnaire de satisfaction auprès des bénéficiaires et de l'équipe du foyer est également prévu.

### **Pour les accompagnements « passerelles » entre le secteur enfants et adultes pour des jeunes en aménagement Creton**

L'évaluation de l'expérimentation repose sur un croisement des évaluations réalisées par les deux secteurs mais il n'est pas précisé sur quels critères.

### **Pour l'intervention d'un service d'aide à domicile en FV :**

L'évaluation prévue repose sur la participation du prestataire du service à une réunion du foyer de vie par mois et sur le suivi du protocole d'accompagnement du résident.

---

## 2- EN RESUME

Des modalités d'évaluation que l'on peut regrouper en quelques points :

- des bilans individuels ;
- des rapports d'activité ;
- des enquêtes de satisfaction ;
- des réunions pour faire le point à échéances données entre partenaires ;
- des suivis d'indicateurs (taux d'occupation, nombre d'actions, nombre de personnes concernées, taux d'insertion professionnelle, nombre de PAG... )
- une évaluation externe

## VI- DES PROPOSITIONS D'AMELIORATION

### 1- UNE PLUS GRANDE ANTICIPATION

Le mot « anticipation » revient à plusieurs reprises :

- Anticiper davantage les modes de prise en charge pendant l'hospitalisation bien en amont de la sortie (fiche 04) ou encore en amont d'une prise en charge conjointe (fiche 02)
- Anticiper en amont pour une évaluation plus claire des besoins de l'enfant avec l'EN et une notification d'emblée IME/SESSAD (fiches D et 08)
- Anticiper les possibilités d'essai dès la sortie de l'IME pour déterminer dès le départ quel type d'établissement peut répondre au mieux aux besoins de la personne (fiche 09)
- Anticiper les notifications vers des dispositifs plutôt que des établissements et services pour éviter de remobiliser la MDPH quand la situation devient critique.
- Anticiper auprès de la MDPH sur les incidences de la mise en place du projet au regard de la mobilisation des aides qu'elle va appeler, au lieu de constituer les dossiers à posteriori (fiche 18).
- Une articulation plus précoce entre les différents services aurait évité une hospitalisation (fiche 24)
- Anticiper les ruptures dans les parcours des jeunes en sollicitant les équipes de la MDPH et de l'ARS pour contribuer avec d'autres partenaires à apporter des réponses adaptées aux situations-problème (fiche 07).

### 2- PROPOSER UN ACCOMPAGNEMENT PLUS PROGRESSIF ET LA POSSIBILITE DE MOBILISER PONCTUELLEMENT DES MOYENS SUPPLEMENTAIRES

Aménager différentes étapes pour le passage d'une solution à une autre est apparu à plusieurs reprises (fiches 01, 12) comme un souhait d'amélioration à apporter, notamment lorsque la situation est complexe. Dans d'autres expériences cela a d'ailleurs été signalé comme un levier ayant facilité la mise en œuvre de la solution ou comme une bonne pratique à partager (fiche B).

Si des moyens supplémentaires ont été déployés pour répondre à des situations complexes, certains acteurs (fiche 12) souhaitent que cette possibilité puisse être renouvelée autant que de besoin. En effet, au-delà de la période d'aménagement de la solution, les aides (crédits non reconductibles) cessent alors que parfois, après une période de stabilisation, la situation peut devenir de nouveau complexe mais pour autant ne plus faire l'objet d'un passage en GOS (puisque la personne a une réponse). Un soutien ponctuel peut pourtant se révéler nécessaire.

### 3- UNE PLUS GRANDE SOUPLESSE ET COHERENCE ENTRE LES DIFFERENTES DECISIONS ADMINISTRATIVES

Il serait souhaitable que la CAF puisse adopter une flexibilité individuelle pour des cas particuliers comme celui d'un jeune de 19 ans accueilli en structure pour adultes sous dérogation d'âge afin que ce dernier puisse toucher l'AAH dès son entrée dans l'établissement au lieu d'attendre l'âge de 20 ans (fiches 10 et 11).

Est également mentionné le manque de souplesse dans les possibilités d'aller-retour entre le milieu ordinaire de travail et les ESMS dans un contexte où la précarité des emplois risque de mettre en péril des projets d'insertion professionnelle au-delà du premier emploi (fiche N).

Faire en sorte qu'il soit possible pour un travailleur handicapé de cumuler un travail à temps partiel en milieu ordinaire de travail (mais supérieur à un mi-temps) et le bénéficie d'une AAH différentielle pour éviter de devoir choisir entre une insertion professionnelle en milieu ordinaire et le maintien d'un niveau de ressources.

Il serait utile de permettre des suivis en ESMS pour des jeunes en apprentissage, demandeurs d'emploi ou bénéficiant de dispositifs régionaux visant à accompagner leur insertion professionnelle (fiche 15).

Il importe de clarifier les missions respectives du coordonnateur de parcours et du référent PAG.

Il est signalé que malgré l'urgence de certaines situations, il est nécessaire de prendre le temps de mettre en place et d'assurer la coordination des partenaires pour que la réponse apportée à la personne soit cohérente.

Un souhait que des dérogations puissent aussi être obtenues pour la PCH déménagement ou pour une orientation en SAMSAH avec un soutien léger ont été indiquées (fiche M).

### 4- PERMETTRE AUX DIFFERENTS PARTENAIRES DE MIEUX SE CONNAITRE

Bien souvent, les acteurs des différents secteurs se connaissent mal et se font une idée tronquée des fonctionnements, spécificités, limites de chacun (fiches 02, 03, H).

Des formations croisées comme elles peuvent parfois se mettre en place (cf. CHS de Sevrey avec Hespéria<sup>33</sup> en Saône et Loire), des stages, des réunions... peuvent faire évoluer ces

---

<sup>33</sup> Hespéria est un groupement de coopération entre deux associations qui gère 18 établissements et services.

représentations et contribuer à davantage se faire confiance et donc s'engager dans des prises en charges plus complexes.

---

#### 5- DESIGNER UN PILOTE POUR UNE COORDINATION ACTIVE

Lorsque le dispositif mobilise beaucoup d'acteurs, il est nécessaire de désigner un pilote qui organise une coordination active (fiche L) et/ou un des acteurs chargé de porter principalement le projet et d'en assurer la cohérence globale, les autres partenaires venant en appui (fiche 21).

---

#### 6- L'ORGANISATION DE PLACES POUR DES SEJOURS DE RUPTURE MOBILISABLES RAPIDEMENT

Pour des jeunes bénéficiant d'un suivi en ambulatoire ayant des difficultés à supporter des temps collectifs, la possibilité de mobiliser des séjours de rupture au sein de différents IME pourrait être une solution (fiche 15).

---

#### 7- PRENDRE EN COMPTE LA PROBLEMATIQUE DES RESTES A CHARGE

Dans l'exemple de l'habitat partagé La Novelline (fiche K), le poste de coordinatrice (8h/semaine) est actuellement entièrement supporté par l'association et les locataires. Il serait souhaitable de s'interroger sur un financement supporté par la solidarité permettant un accueil à un plus large public grâce à un coût financier moindre, d'autant que ce type de formule se développe, correspond à la logique de l'inclusion, du mainstreaming et répond aux attentes d'un certain nombre de personnes handicapées.

---

#### 8- DAVANTAGE FORMALISER ET FAIRE CONNAITRE CES SOLUTIONS INNOVANTES

Ces expériences sont encore assez confidentielles et insuffisamment formalisées (fiche H). Il serait nécessaire à la fois de leur donner les moyens (en termes de reconnaissance et en termes financiers parfois) de se consolider voire d'essaimer. Il est tout aussi important de communiquer pour faire connaître ces solutions afin qu'elles soient plus aisément identifiables par les personnes et leur famille.

**ANNEXE 1 : LES FICHES DISPOSITIFS**

## I- ACTIONS SPECIFIQUES PILOTEES DANS LE CADRE DES SITUATIONS CRITIQUES PAR LA MDPH

	<b>Fiche A</b>
<b>Intitulé de l'expérience</b>	<b>Définition d'une procédure d'élaboration des PAG (89)</b>
<b>Territoire concerné</b>	Département de l'Yonne
<b>Contexte de création/mise en place</b>  (à partir de quels constats ? sur l'initiative de quel acteur ?)	<b>Constats</b> : risques de rupture de parcours, orientation cible non applicable compte tenu de l'offre du territoire, complexité de la prise en charge  <b>Acteurs</b> : familles, ESMS, Éducation Nationale, Équipe Pluridisciplinaire d'Évaluation MDPH, Aide Sociale à l'Enfance...
<b>Objectifs de la démarche</b>	Mobiliser l'ensemble des acteurs susceptible d'apporter une réponse alternative construite en fonction des possibilités et des disponibilités de l'offre locale, qui soit de qualité, adaptée et personnalisée
<b>« Périmètre du dispositif</b> (à quelle population-cible ou acteurs s'adresse cette démarche ? Y a-t-il des critères d'accès définis ? une participation financière demandée ?)	<b>Pas de public cible</b>  <b>Critères définis</b> : <ul style="list-style-type: none"> <li>• risques de rupture de parcours,</li> <li>• orientation cible non applicable compte tenu de l'offre du territoire,</li> <li>• complexité de la prise en charge,</li> <li>• nécessité de dérogations</li> </ul>
<b>Calendrier</b> de la démarche (préparation du projet, début de son fonctionnement effectif, quelles perspectives ?)	<b>Préparation du projet</b> : Remontée de la situation au Référent PAG au moyen d'une fiche d'orientation co-élaborée avec l'ASE, des ESMS, des enseignants référents... Présentation de la situation en comité restreint MDPH (1 membre de la direction, 1 médecin, le référent PAG, 1 représentant de l'EPE adulte, un de l'EPE enfant...) Si décision PAG, mise en place d'un Groupe Opérationnel de Synthèse (GOS) Élaboration du PAG <b>Début de son fonctionnement effectif</b> : Début de mise en œuvre du PAG décidé en GOS Mise en œuvre du PAG après engagement oral des partenaires Signature du PAG par les partenaires  <b>Perspectives</b> :

	Atteinte de l'orientation cible
<b>Partenaires associés</b>	ARS, Conseil Départemental, MDPH, ESMS, Éducation Nationale si besoin et CPAM si besoin
<b>Bonnes pratiques à partager</b>	Présentation et explication de la démarche « Réponse Accompagnée Pour Tous » en amont aux différents partenaires Élaboration d'outils
<b>Risques et difficultés rencontrés</b>	Signature du PAG (délai) Collaboration des différents intervenants autour d'une même situation Engagement de certains partenaires Communication entre le coordonnateur de parcours et le référent PAG (remontée d'information)
<b>Leviers qui ont rendu possible ou facilité la démarche</b>	Engagement des partenaires souhaitant apporter une réponse aux besoins de la personne Handicapée Volonté d'évoluer dans les pratiques professionnelles
<b>Modalités d'évaluation envisagées</b>	Réunion du GOS après 3 mois, 6mois et 1 an de mise en oeuvre du PAG Suivi des PAG (nombre de contact avec le coordinateur de parcours, nombre de situation ayant évolué vers l'orientation cible)
<b>Pour aller plus loin, qu'est ce qui aurait pu être fait autrement ?</b>	Malgré le caractère « urgent » de la situation, ne pas oublier de prendre le temps nécessaire pour la mise en place et la coordination des partenaires afin de garantir une réponse cohérente à la personne concernée
<b>Remarques</b>	
<b>Combien de personnes ont pu bénéficier de cette démarche à ce jour ?</b>	2 PAG réalisés 4 PAG en cours de réalisation
<b>Contact</b>	Nom de la personne ayant rempli la fiche : Mme BREUILLER, Mme LEGRAND Date de remplissage : 9 novembre 2016 Organisme d'appartenance : MDPH Yonne Mail : <a href="mailto:cbreuiller@cg89.fr">cbreuiller@cg89.fr</a> , <a href="mailto:slegrand@cg89.fr">slegrand@cg89.fr</a>

	<b>Fiche A (bis)</b>
<b>Intitulé de l'expérience</b>	<b>Intégration processus PAG au sein de la MDPH du Doubs (25)</b>
<b>Territoire concerné</b>	Département du Doubs
<b>Contexte de création/mise en place</b>	Commission des situations critiques opérationnelles depuis 2014, engagement de l'ARS BFC et du Conseil du Département du Doubs
<b>Objectifs de la démarche</b>	Améliorer les réponses à apporter aux personnes sans solution selon les préconisations du rapport Piveteau
<b>« Périmètre du dispositif »</b>	Critères définis par la Comex : situations critiques et complexes
<b>Calendrier</b> de la démarche (préparation du projet, début de son fonctionnement effectif, quelles perspectives ?)	<p>Intégration du processus (démarrage septembre 2016) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Analyse du processus de suivi des situations existants</li> <li>• Formalisation des groupes de synthèse en remplacement des commissions situations critiques</li> <li>• Elaboration d'outils pour faciliter l'appropriation</li> <li>• Calcul du coût de traitement des situations complexes 2016 (processus commission situations critiques ; résultats 1<sup>er</sup> trimestre 2017)</li> <li>• Expérimentation des outils par la réalisation des 1ers PAG</li> <li>• Présentation de la démarche et des outils auprès des partenaires (2017)</li> <li>• Travail partenarial pour améliorer le dispositif (groupe de travail prévu pour 2017)</li> <li>• Définition d'un plan d'action sur Axe 1 par le Comité technique (2<sup>ème</sup> trimestre 2017)</li> <li>• Calcul du cout de traitement des situations complexes 2017 (processus PAG)</li> </ul>
<b>Partenaires associés</b>	ARS BFC, Conseil du Département, MDPH, ESMS, Education Nationale, CPAM
<b>Bonnes pratiques à partager</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mise en place d'un comité technique</li> <li>• Mise en convergence du référentiel qualité de service CNSA et projet RAPT</li> <li>• Mutualisation des outils des autres MDPH comme base de travail pour ses propres outils (gain de temps, permet de démarrer avec des outils qu'il faut modifier pour les adapter)</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intégrer le processus dans une logique de généralisation dès le départ pour mesurer les moyens nécessaires à terme</li> <li>•</li> </ul>
<b>Risques et difficultés rencontrées</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intégration du processus RAPT au sein des services de la MDPH au regard des moyens actuels.</li> <li>• Les acteurs du sanitaire difficiles à mobiliser (psychiatrie)</li> <li>• Signature du PAG</li> <li>• Qualité des informations reçues par les partenaires</li> <li>• Impact de la réorganisation des services du Conseil du département sur le projet RAPT</li> <li>• Non retour du national sur les CPOM GIP-MDPH</li> </ul>
<b>Leviers qui ont rendu possible ou facilité la démarche</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bonne adhésion des partenaires qui sont demandeurs de la démarche (ESMS, EN).</li> <li>• Déploiement de Via Trajectoire qui permet un contact régulier auprès des ESMS sur RAPT et en particulier sur l'axe 1. Via Trajectoire sera aussi une plus-value dans le dialogue ESMS / MDPH dans le suivi des situations.</li> </ul>
<b>Modalités d'évaluation envisagées</b>	<p>Critères de résultats : Qualité de la réponse apportée.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tableau de suivi des situations pour évaluer les types de situations suivies, les types de PAG réalisés et les délais de traitement,</li> </ul> <p>Critères de processus : Les ressources mises en œuvre sont adaptées</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• à la prise en charge des situations</li> <li>• à la construction de la solution</li> <li>• à la mise en œuvre de la solution</li> </ul> <p>Calcul du coût (temps par type ETP) du PAG en interne, qualité de l'échange d'information, qualité des GOS (nombre et diversité des partenaires présents)</p>
<b>Pour aller plus loin, qu'est ce qui aurait pu être fait autrement ?</b>	<p>Amélioration de la conduite du changement en interne :</p> <p>S'il avait été possible pour les EPE de dégager plus de temps pour le projet, des groupes travail sur des situations concrètes élaborées en mode PAG auraient pu être mis en place pour favoriser l'appropriation du nouveau processus en interne.</p>
<b>Remarques</b>	
<b>Combien de personnes ont pu bénéficier de cette démarche à ce jour ?</b>	<p>2016 :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Situations critiques passées en commission : 17</li> <li>• Commission situations critiques format GOS 2 : 2</li> <li>• 1 PAG formalisé selon les recommandations nationales (avec un GOS niveau 1)</li> <li>• 2 GOS niveau 2 formalisés hors commission situations critiques</li> </ul>

<b>Contact</b>	Nom de la personne ayant rempli la fiche : Christine BOUILLER Date de remplissage : 13 février 2017 Organisme d'appartenance : MDPH du Doubs Mail : Bouiller Christine <Christine.Bouiller@doubs.fr>
----------------	---

	<b>Fiche B</b>
<b>Intitulé de l'expérience</b>	<b>Orientation vers des dispositifs</b>
<b>Territoire concerné</b>	Département de la Côte d'Or (21)
<b>Contexte de création/mise en place</b> (à partir de quels constats ? sur l'initiative de quel acteur ?)	<p>L'urgence de situations amenait certains ESMS à élaborer des PeC dispositifs avant la notification</p> <p>Besoin de souplesse dans la mise en place de réponses suite à des changements de situation.</p> <p>Mise en place de l'expérience de sept 14 à juil.17.</p> <p>Mise en place d'un groupe de pilotage</p> <p>Initiative conjointe ESMS/ARS/MDPH</p>
<b>Objectifs de la démarche</b>	<p>Élargir le champ des réponses aux besoins</p> <p>Améliorer les temps de réponse aux besoins</p> <p>Simplifier les procédures.</p> <p>Officialiser certaines pratiques mises en œuvre dans certains établissements</p>
<b>« Périmètre du dispositif</b> (à quelle population-cible ou acteurs s'adresse cette démarche ? Y a-t-il des critères d'accès définis ? une participation financière demandée ?)	<p>Tous les jeunes de 0 à 20 ans relevant d'une orientation en ESMS quelque soit l'agrément.</p> <p>Aucune demande financière (l'ARS a précisé à moyens et effectifs constants).</p>
<b>Calendrier</b> de la démarche (préparation du projet, début de son fonctionnement effectif, quelles perspectives ?)	<p>Mise en place d'un groupe de pilotage en juin 2014 et début de l'expérience en sept 14</p> <p>Fonctionnement effectif et bilans (oct 14, nov 14, janv 15, juin 15, janv 16, avril 16, oct 16</p> <p>Fin d'expérience prévue fin 17</p> <p>Suite au rapport Piveteau, à la loi santé, à la mission Desaulle, le travail du groupe devrait se poursuivre par une articulation entre les dispositifs et le travail du site pionnier.</p>

<b>Partenaires associés</b>	Associations. Gestionnaires, usagers, CAF, ARS, Éducation Nationale, ASE CD21, MDPH
<b>Bonnes pratiques à partager</b>	/
<b>Risques et difficultés rencontrés</b>	<p><u>Risques</u> :</p> <p>Rôle de la MDPH au regard du suivi de projet du jeune, Utiliser les dispositifs comme critères de priorité liste d'attente Sentiment de laisser « Carte blanche » aux ESMS</p> <p><u>Difficultés</u> :</p> <p>Confusion dans la définition des dispositifs (internes ou Piveteau) Nécessité de repenser l'organisation des ESMS, (raisonner en dispositif et non plus en établissement ou Service)</p>
<b>Leviers qui ont rendu possible ou facilité la démarche</b>	<p>La volonté de tous les partenaires</p> <p>Un travail partenarial existant de longue date</p>
<b>Modalités d'évaluation envisagées</b>	<u>Bilans intermédiaires</u> : bilan quantitatif et réflexion autour des difficultés rencontrées par les ESMS.
<b>Pour aller plus loin, qu'est ce qui aurait pu être fait autrement ?</b>	/
<b>Remarques</b>	/
<b>Combien de personnes ont pu bénéficier de cette démarche à ce jour ?</b>	A ce jour, 22 dossiers de demande de dispositifs ont été déposés à la MDPH
<b>Contact</b>	<p>Nom de la personne ayant rempli la fiche : Pascal MICHE</p> <p>Date de remplissage : 22 novembre 2016</p> <p>Organisme d'appartenance : MDPH 21</p> <p>Mail : pascal.miche@cotedor.fr</p>

	<b>Fiche C</b>
<b>Intitulé de l'expérience</b>	<b>Organisation en dispositif (21)</b>
<b>Territoire concerné</b>	Côte d'Or
<b>Contexte de création/mise en place</b>  (à partir de quels constats ? sur l'initiative de quel acteur ?)	<p>Le travail en dispositif s'est initié autour de 3 types de situations :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• soit en direction de situations figurant sur notre liste d'attente, maintenu « par défaut » au SESSAD et bénéficiant de temps d'accueil partiels sur l'IME (phase de pré admission en quelque sorte)</li> <li>• soit faisant suite à des situations orientées à l'issue d'une commission des situations critiques et pour soigner, dès l'amont, les modalités d'intégration et d'accompagnement</li> <li>• soit pour des situations déjà présentes au sein de la structure et pour lesquelles l'évolution est devenue complexe et a nécessité la mise en place de nouvelles réponses.</li> </ul>
<b>Objectifs de la démarche</b>	<p>Apporter un (début) de réponse (séquencée) pour des situations en attente d'une place « à part entière » dans la structure (environ 50 situations sur liste d'attente)</p> <p>Chercher d'autres modes de réponses que ceux dispensés par l'établissement pour des situations complexes/comportement problèmes, et notamment en direction du soin</p> <p>Même si cela ne constituait pas un objectif en soi au départ, force est de constater que dans certaines situations, l'accueil modulaire proposé en amont de l'admission aura constitué une phase</p>
<b>« Périmètre du dispositif</b> (à quelle population-cible ou acteurs s'adresse cette démarche ? Y a-t-il des critères d'accès définis ? une participation financière demandée ?)	<p>Concernant les jeunes en accueil modulaire (activités de médiations éducatives/ex) il s'agit principalement de jeunes figurant sur notre liste d'attente et maintenus au SESSAD par défaut (déscolarisés/ex).</p> <p>Concernant les autres cas, il s'agit principalement de situations prioritaires par la MDPH et/ou l'ARS (situations préoccupantes), ou identifiées au sein de l'établissement comme situation à « comportement problème » avec risque de rupture de prise en charge, ou de situations relevant de l'aide sociale à l'enfance.</p> <p>Pas de critères prédéfinis (Sauf liste d'attente MDPH priorisée) Chaque situation est étudiée fonction des besoins et des possibilités institutionnelles.</p> <p>En général, ce travail en dispositif se fait à moyens constants sauf pour les admissions réalisées à l'issue d'une commission des situations critiques et pour lesquelles des CNR sont demandés pour la phase intégrative ( entre 3 et 6 mois)</p>
<b>Calendrier</b> de la démarche (préparation du projet, début de son fonctionnement effectif, quelles perspectives ?)	<p>Le travail en dispositif avec le SESSAD Acodège s'est mis en place depuis 2012. Une dizaine de jeunes en bénéficie en moyenne par an.</p> <p>Travail en dispositif également avec le SAIP depuis sa création pour la dimension préprofessionnelle.</p> <p>Le travail en dispositif avec les autres partenaires s'organise au cas par cas, parfois formalisé par convention (hôpital de jour/ex)</p>

<b>Partenaires associés</b>	Hôpital de jour, CHU, CHS, SAIP, SESSAD, ICP, ASE, structures médicosociales pour adultes, services et structures de protection de l'enfance, lieux de répit et place d'accueil temporaire (...) et travail en alliance avec la famille (naturelle ou famille d'accueil) indispensable.
<b>Bonnes pratiques à partager</b>	Le travail en dispositif s'impose d'autant plus que la situation est complexe, les problématiques plurielles et/ou de forte intensité. Prise en compte du parcours et de l'antériorité de la situation.
<b>Risques et difficultés rencontrés</b>	Dès lors qu'une des conditions énoncées dans la partie précédente n'est pas respectée ou réunie. Difficulté récurrente pour mobiliser le champ sanitaire
<b>Leviers qui ont rendu possible ou facilité la démarche</b>	Il s'agit parfois plus d'un travail en réseau quasi confidentiel plutôt que d'une collaboration inter institutionnelle dans un accord cadre. L'établissement a pu profiter d'une dynamique de changement liée à une restructuration globale pour redéployer des moyens et structurer un service de médiations éducatives qui offre une palette de réponses possibles ouvertes pour des situations « externes ». La taille de la structure et les moyens dont elle dispose permet d'envisager l'accueil de situations supplémentaires en sureffectif « raisonnable ». Toutefois, une proportion trop importante de situations à comportement problème incompatible avec une prise en charge groupale peut mettre en cause rapidement l'équilibre institutionnel compte tenu notamment de la carence de réponse en pédopsychiatrie. .
<b>Modalités d'évaluation envisagées</b>	Evaluation des actions individuelles dans le cadre des PIA. Modalités d'évaluations définies spécifiquement dans les conventions (Hôpital de jour/ex) Bilan annuel avec le SESSAD pour les situations « conjointes » Participation au groupe de travail sur la mise en oeuvre d'une expérimentation en dispositif animé par la MDPH Cote d'Or.
<b>Pour aller plus loin, qu'est ce qui aurait pu être fait autrement ?</b>	Plus d'implication du secteur sanitaire (pédopsychiatrie) alors même que les situations les plus complexes sont souvent en limite de PCH médicosociale....
<b>Remarques</b>	La réflexion engagée avec la MDPH sur la mise en oeuvre de « la réponse accompagnée pour tous » va sans doute permettre de mieux structurer les réponses en dispositif mais cela va peut-être mettre également en lumière les moyens supplémentaires que cela requiert car l'accompagnement partagé sur mesure est souvent chronophage.
<b>Combien de personnes ont pu bénéficier de cette démarche à ce jour ?</b>	Avec le SESSAD, une vingtaine de situations depuis la mise en place du dispositif. Pour les autres situations, une dizaine seulement sur ces 5 dernières années, mais il s'est agi, pour chaque fois, de situations particulièrement lourdes et éprouvantes pour les encadrants.
<b>Contact</b>	Nom de la personne ayant rempli la fiche : CHEVALIER Christophe Date de remplissage : 23/02/17 Organisme d'appartenance : IME Sainte-Anne Acodège Mail : christophe.chevalier@acodege.fr

	<b>Fiche D</b>
<b>Intitulé de l'expérience</b>	<b>Double orientation IME/SESSAD (90)</b>
<b>Territoire concerné</b>	Territoire de Belfort : ADAPEI90 – Secteur enfance et adolescence IME / SESSAD à ROPPE
<b>Contexte de création/mise en place</b>  (à partir de quels constats ? sur l'initiative de quel acteur ?)	Un accompagnement à la fois par le SESSAD et par l'IME proposé pour répondre à une situation particulière : double notification SESSAD/IME (fonctionnement sous forme de dispositif, à l'image des dispositifs ITEP mais pas encore reconnu en tant que tel).  Solution proposée ensuite à d'autres enfants et mis en œuvre pour eux  Initiative de l'équipe de direction du secteur enfance ADAPEI90.
<b>Objectifs de la démarche</b>	Eviter la rupture pour l'enfant, soit avec l'IME, soit avec l'école.
<b>« Périmètre du dispositif</b> (à quelle population-cible ou acteurs s'adresse cette démarche ? Y a-t-il des critères d'accès définis ? une participation financière demandée ?)	Tous les enfants pris en charge en IME ou SESSAD pourraient bénéficier de ce dispositif pour répondre à leurs besoins en matière de prise en charge globale, de scolarisation en milieu ordinaire et de socialisation. Pour l'heure, il s'adresse aux jeunes en risque de rupture de parcours.
<b>Calendrier</b> de la démarche (préparation du projet, début de son fonctionnement effectif, quelles perspectives ?)	Réactivité importante suite aux difficultés rencontrées par l'enfant et/ou l'équipe encadrante (médico-sociale, scolaire).  1 <sup>ère</sup> mise en place en janvier 2015 d'une double notification SESSAD/IME (pour un enfant d'IME autisme) et proposé, depuis, à chaque situation de risque de rupture.  Mise en place possible et souhaitable de manière générale sans attendre la rupture.  L'importance de faire intervenir l'IME et le SESSAD permet de mettre en œuvre des prises en charge collectives et individuelles tout en ayant une grande réactivité (grâce à la notion de dispositif).
<b>Partenaires associés</b>	Familles  MDPH
<b>Bonnes pratiques à partager</b>	Travail commun et accompagnement partagé entre SESSAD et IME.

<b>Risques et difficultés rencontrées</b>	Aucune difficulté particulière rencontrée
<b>Leviers qui ont rendu possible ou facilité la démarche</b>	Partenariats inter établissements et services (du même organisme gestionnaire). Relation de confiance avec la MDPH et les parents.
<b>Modalités d'évaluation envisagées</b>	Projet commun entre SESSAD et IME avec évaluation par coordination tous les 2 mois + outils de suivi du projet partagés
<b>Pour aller plus loin, qu'est ce qui aurait pu être fait autrement ?</b>	Les enfants auraient pu avoir une double notification SESSAD / IME d'emblée qui s'ajusterait à leurs besoins tout au long de leur projet personnalisé, cela éviterait de remobiliser la MDPH au moment où la situation devient critique.
<b>Remarques</b>	
<b>Combien de personnes ont pu bénéficier de cette démarche à ce jour ?</b>	Trois enfants (impliquant SESSAD Hisséô DI-autisme-polyH- IME Kaleido autisme-TED – IME Papillons Blancs-DI)
<b>Contact</b>	Nom de la personne ayant rempli la fiche : TRESSON Rachel – Chef de Service Date de remplissage : 13/12/2016 Organisme d'appartenance : ADAPEI90 – SESSAD Hisséô Mail : <a href="mailto:r.tresson@adapei90.fr">r.tresson@adapei90.fr</a>

	<b>Fiche E</b>
<b>Intitulé de l'expérience</b>	<b>Commission d'harmonisation des listes d'attente</b>
<b>Territoire concerné</b>	Saône et Loire
<b>Contexte de création/mise en place</b>  (à partir de quels constats ? sur l'initiative de quel acteur ?)	La MDPH n'avait pas de vision objective des listes d'attente et des contraintes d'admission en établissement et peinait à suivre les décisions prononcées.
<b>Objectifs de la démarche</b>	Etre en capacité d'avoir une lecture actualisée et la plus précise possible des listes d'attente. S'accorder sur des critères partagés avec les directeurs d'ESMS pour la priorisation des admissions.
<b>« Périmètre du dispositif</b> (à quelle population-cible ou acteurs s'adresse cette démarche ? Y a-t-il des critères d'accès définis ? une participation financière demandée ?)	<p>Pour le moment il existe deux commissions d'harmonisation :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• l'une pour les IME, ITEP et CME</li> <li>• l'autre pour les FAM et MAS</li> </ul> <p>A partir d'un toilettage des différentes listes d'attente au regard d'un consensus sur la définition de la liste d'attente, une liste départementale a été établie et sur la base des critères de priorisation définis avec les directeurs des ESMS. Le rang de priorité a été évalué par des professionnels de la MDPH (dont un cadre de santé, une chargée de mission RAPT...).</p>
<b>Calendrier</b> de la démarche (préparation du projet, début de son fonctionnement effectif, quelles perspectives ?)	<p>Un courrier a été envoyé aux organismes gestionnaires en décembre 2015 pour les informer de la mise en place de ces commissions et pour les inviter à une réunion d'information (celle-ci a eu lieu début janvier 2016). La définition de la liste d'attente et des critères de priorisation ont fait l'objet de réunions de travail (11/02/2016 et 10/03/2016 : réunissant MDPH, l'ARS, le CD et un qqs directeurs d'ESMS ).</p> <p>La commission IME-ITEP-CME existe depuis 2015, la commission MAS-FAM fonctionne depuis avril 2016.</p> <p>Après chaque réunion de la commission (environ 2 fois par an), le compte-rendu et la liste mise à jour sont envoyés aux établissements concernés. La consigne donnée aux ESMS est de s'appuyer sur cette liste lorsqu'une place se libère dans leur structure et d'informer la MDPH des admissions.</p>
<b>Partenaires associés</b>	Les directeurs d'ESMS
<b>Bonnes pratiques à partager</b>	<p>L'existence d'une liste départementale unique permet d'avoir une vision plus réaliste des besoins.</p> <p>Le consensus trouvé autour des critères de priorisation et l'analyse</p>

	partagée des situations évite les phénomènes de renvoi de « patate chaude »
<b>Risques et difficultés rencontrées</b>	Coter les différentes situations demande du temps donc des moyens (estimation de 4 à 5 jours pour une liste). En l'absence de Via-trajectoire, le suivi des situations est également plus long et compliqué.
<b>Leviers qui ont rendu possible ou facilité la démarche</b>	Partenariat ARS/CD/MDPH : définition collective des critères de priorité
<b>Modalités d'évaluation envisagées</b>	Nb de personnes admises issues des listes prioritaires
<b>Pour aller plus loin, qu'est ce qui aurait pu être fait autrement ?</b>	La mise en place de ces commissions ne concerne pour l'instant que 5 catégories d'ESMS mais l'ambition est bien de l'étendre aux autres catégories de structures (foyers, ESAT, SESSAD, SAVS-SAMSAH)
<b>Remarques</b>	Via Trajectoire permettra de faciliter la mise à jour des orientations et la connaissance des admissions mais ne suffira pas puisqu'il faudra bien continuer à coter les situations.
<b>Combien de personnes ont pu bénéficier de cette démarche à ce jour ?</b>	La liste représente entre 50 et 80 personnes
<b>Contact</b>	Nom de la personne ayant rempli la fiche : GERARDIN Isabelle (à partir des éléments présentés à la réunion projet handicap à l'ARS le 9.12.16 et validée par la MDPH) pour le compte de la MDPH Date de remplissage : 12.12.16 Organisme d'appartenance : MDPH 71 Mail : i.verchere-vouillon@cg71.org

## II- DISPOSITIFS VISANT A EVITER LES RUPTURES D'ACCOMPAGNEMENT LIEES A L'AVANCEE EN AGE

	<b>Fiche F</b>
<b>Intitulé de l'expérience</b>	<b>Mise en place de PCH aide humaine pour intervention d'aides à domicile auprès de PHV en FV (avec objectif de mutualisation)</b>
<b>Territoire concerné</b>	Résidents du foyer de vie de Gevrey Chambertin (21)
<b>Contexte de création/mise en place</b> (à partir de quels constats ? sur l'initiative de quel acteur ?)	<p>La question du vieillissement des résidents à Chantournelle et de ses enjeux a toujours été au cœur des préoccupations de l'établissement :</p> <p>En 2008 réorganisation du rythme des activités des résidents (bénéfice de demi-journées sans activité avec un accompagnement individualisé).</p> <p>En 2009 création par l'intermédiaire de travaux d'un préau en salle d'activités polyvalente ; dédoublement de la salle de restauration collective ;</p> <p>2013 création du GRD (groupe à rythme différencié) pour les résidents en perte d'intérêt pour les activités du Centre d'Activités ; en augmentation de la dépendance dans les actes de la vie quotidienne ; en perte de repères et difficultés lors des changements de lieux ; fatigable davantage; difficultés d'adaptation au changement de lieu.</p> <p>En 2016 la prise en charge au GRD atteint ses limites concernant certains résidents pour lesquels une médicalisation ou une psychiatisation est à noter. Certains ont le bénéfice d'une orientation FAM ou MAS qui ne peut être effectuée du fait d'un manque de place. Nous décidons alors de renforcer l'intervention RH à hauteur de 3 professionnels le matin et d'entamer une investigation concernant les PCH Transport dans un premier temps et PCH Aide humaine dans un second temps. Nous avons conscience des limites atteintes en termes de ressources humaines alors que la problématique du vieillissement et l'accentuation des problématiques médicales et psychiatriques restent croissantes.</p>
<b>Objectifs de la démarche</b>	L'objectif de la mise en place de la PCH Aide humaine réside essentiellement dans le souhait d'assurer un encadrement nécessaire à la sécurité et à l'intégrité des résidents.
<b>« Périmètre du dispositif</b> (à quelle population-cible ou acteurs s'adresse cette démarche ? Y a-t-il des critères d'accès définis ? une participation financière demandée ?)	<p>La PCH Aide Humaine s'adresse en principe à des personnes vivant à domicile (en milieu ordinaire) sauf si elle la touchait avant d'entrer en ESMS auquel cas, elle n'en touche plus que 10%.</p> <p>Il a été convenu avec le CD de la Côte d'Or, que face aux besoins révélés par le FV, tout résident, dès lors qu'il relèverait d'une orientation en MAS ou en FAM serait légitime pour déposer une demande de PCH Aide Humaine.</p> <p>La PCH aide humaine s'élève à 17.77 euros/heure maximum alors que l'entreprise d'aide à domicile sollicitée facture ses prestations à hauteur de 23 euros/h. Cela impliquait donc une participation financière des résidents.</p>

	<p>Néanmoins le tarif est dégressif à compter de 100h/mois. Le foyer a obtenu que l'entreprise d'aide à domicile applique un tarif préférentiel dès le premier contrat dans la mesure où plusieurs résidents sont susceptibles d'obtenir une PCH aide humaine.</p> <p>A terme, en mutualisant ces temps d'aide humaine entre plusieurs résidents, le prestataire pourra intervenir sur des demi-journées ou des journées entières.</p>
<p><b>Calendrier</b> de la démarche (préparation du projet, début de son fonctionnement effectif, quelles perspectives ?)</p>	<p>A partir d'une situation individuelle au départ :</p> <p>Février 2016 investigation concernant les PCH ;</p> <p>mai 2016 travail en collaboration avec la tutelle de cette personne ;</p> <p>juin élaboration d'un rapport de situation rédigé par le médecin psychiatre qui a abouti sur une notification MAS ;</p> <p>septembre 2016 rapport avec situation de besoins élaboré par la tutrice accompagné d'une demande de PCH Aide humaine ;</p> <p>mi-novembre 2016 passage d'un représentant de la MDPH pour évaluer les besoins et établir un diagnostic ;</p> <p>début décembre rencontre avec un prestataire de service conseillé par la MDPH ;</p> <p>mi-décembre 2016 passage en commission MDPH ;</p> <p>fin décembre réunion avec le prestataire de service et l'équipe éducative afin d'imaginer le mode opérationnel de la mise en place ;</p> <p>Début janvier notification d'accord pour la mise en place d'une PCH aide humaine.</p>
<p><b>Partenaires associés</b></p>	<p>TUTELLE UDAF ; MDPH ; prestataire de service. Suivant les situations, il peut être intéressant d'associer les familles.</p>
<p><b>Bonnes pratiques à partager</b></p>	<p>Associer le résident à la démarche.</p> <p>Mettre en avant les valeurs associatives durant les échanges avec le prestataire de service pour favoriser un travail de qualité. Favoriser la communication entre les organismes ; s'assurer de la fluidité de la circulation d'information. Négocier (par rapport au reste à charge pour les résidents par exemple).</p> <p>Prestataire d'aide à domicile (vitalliance pôle Bourgogne) spécialisé dans la dépendance et le handicap et référencé par Handéo (c'est un vrai atout).</p> <p>Accompagner les équipes dans le changement de pratiques ; les informer, les associer pour qu'ils ne vivent pas l'intervention des aides à domicile comme des concurrents et pour faciliter le travail collaboratif.</p>
<p><b>Risques et difficultés rencontrés</b></p>	<p>Freins des équipes éducatives ; risque de désinvestissement des équipes éducatives dans les accompagnements de proximité ; risque que la démarche aboutisse difficilement si une personne ne centralise pas le suivi de la démarche (relances ; informations...) ; négocier avec le prestataire de service afin de limiter voir supprimer le reste à charge financier du résident. Risque de perte de sens de la démarche en imaginant ce projet comme un renfort RH uniquement</p>

<b>Leviers qui ont rendu possible ou facilité la démarche</b>	Communication conséquente durant des temps formels et informels. Association des différents partenaires et professionnels de l'établissement.
<b>Modalités d'évaluation envisagées</b>	Participation du prestataire de service à une réunion par mois. Mise en place d'un protocole d'accompagnement du résident.
<b>Pour aller plus loin, qu'est ce qui aurait pu être fait autrement ?</b>	/
<b>Remarques</b>	/
<b>Combien de personnes ont pu bénéficier de cette démarche à ce jour ?</b>	Une personne pour le moment. Depuis, nous avons décidé de réaliser une évaluation des projets des résidents dans un ordre d'urgence basé sur la médicalisation ou la psychiatriation de leur situation.
<b>Contact</b>	Nom de la personne ayant rempli la fiche : MAIRE Virginie Chef de service Date de remplissage : 03/01/2017 Organisme d'appartenance : ACODEGE Foyer de vie Chantournelle. Mail :virginie.maire@acodege.fr

	<b>Fiche G</b>
<b>Intitulé de l'expérience</b>	<b>Service mobile de coordination des soins</b>
<b>Territoire concerné</b>	Département de la Nièvre
<b>Contexte de création/mise en place</b> (à partir de quels constats ? sur l'initiative de quel acteur ?)	Constats de l'ARS : Vieillesse de la population et de la personne en situation de handicap Pas de ressource médicale dans les foyers de vie non médicalisés
<b>Objectifs de la démarche</b>	Appel à projet ARS BFC pour la création d'un service mobile de coordination des soins à destination des personnes en situation de handicap vieillissantes accueillies en foyer de vie de la Nièvre
<b>« Périmètre du dispositif</b> (à quelle population-cible ou acteurs s'adresse cette démarche ? Y a-t-il des critères d'accès définis ? une participation financière demandée ?)	Public : Personnes en situation de handicap vieillissantes Critères : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personnes en situation de handicap vieillissantes</li> <li>• Vivant en foyer de vie dans la Nièvre</li> <li>• Ayant 45 et plus</li> <li>• Pas de participation financière demandée</li> </ul>
<b>Calendrier</b> de la démarche (préparation du projet, début de son fonctionnement effectif, quelles perspectives ?)	Date de création du service : décembre 2015 Service expérimental pour une durée de 3 ans, renouvelable Début de fonctionnement : février 2016 Equipe : 3 personnes (3 ETP), 1 infirmière coordinatrice et responsable du service, 1 conseillère technique et animatrice prévention et 1 ergothérapeute Perspectives : pérennisation et développement des actions du service (peut être sans condition d'âge)
<b>Partenaires associés</b>	ARS - CD58 - MDPH - Foyers de vie (10) - Médecins + CH - Association en prévention santé - IREPS ...
<b>Bonnes pratiques à partager</b>	Coordination en santé Réseau de partenaires

<b>Risques et difficultés rencontrées</b>	Conditions d'âge Travail partenarial avec les médecins traitants Contraintes des locaux et aménagement Limites financières du service pour des interventions spécialisées et/ou intervenants extérieurs
<b>Leviers qui ont rendu possible ou facilité la démarche</b>	Financement du projet par dotation annuelle de l'ARS
<b>Modalités d'évaluation envisagées</b>	Nombre de personnes intégrées dans le dispositif Nombre d'actions de prévention Nombre de sollicitations des foyers pour des démarches de santé
<b>Pour aller plus loin, qu'est ce qui aurait pu être fait autrement ?</b>	/
<b>Remarques</b>	/
<b>Combien de personnes ont pu bénéficier de cette démarche à ce jour ?</b>	23 inclusions en cours, 2 en attente, 2 clôturés
<b>Contact</b>	Nom de la personne ayant rempli la fiche : CONFORTI Date de remplissage : 17/02/2017 Organisme d'appartenance : AEHM – Résidences Les Marizys Mail : sabine.conforti@aehm.marizys.fr

	<b>Fiche H</b>
<b>Intitulé de l'expérience</b>	<b>Dispositif « équipe mobile » (70)</b>
<b>Territoire concerné</b>	Haute Saône
<b>Contexte de création/mise en place</b> (à partir de quels constats ? sur l'initiative de quel acteur ?)	<p>Deux principaux constats :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Après la sortie de l'IME, certains jeunes connaissent des périodes d'errance (parfois pendant plusieurs années) faute de concrétisation de l'orientation prononcée ou du fait d'un rejet de leur situation de handicap ou d'autres fragilités.</li> <li>• Des jeunes « décrochent » à un moment donné, voire claquent la porte de l'IME et se retrouvent sans solution.</li> </ul> <p>Pour tenter d'apporter des réponses à ces jeunes, l'IME a d'abord mobilisé « le service de suite de l'IME ». Dans ce cadre nous avons fait appel à plusieurs professionnels de différents champs (ESMS, suivi AEMO, centres d'hébergement, planning familial, MILO, insertion +...) en fonction de la situation et des besoins du jeune.</p> <p>L'équipe pluridisciplinaire de l'établissement et des professionnels de terrain s'accordent pour estimer que le service de suite en lui-même ne suffit pas pour répondre de manière satisfaisante à ces situations qui demandent une intervention plus soutenue que ne peut l'assurer le service de suite, d'autant qu'il s'agit souvent de situations complexes : des jeunes en situation de fragilité familiale avec peu de ressources financières, et refusant la situation de handicap.</p>
<b>Objectifs de la démarche</b>	<p>L'idée initiale est donc de mobiliser les ressources nécessaires (du milieu ordinaire et spécialisées) pour que ces jeunes sortis sans concrétisation de leur orientation ou en rupture, ne se retrouvent pas sans aucun suivi. Il est également dans nos objectifs de repérer le plus en amont possible ces risques de rupture pour maintenir (avec son accord) un lien avec le jeune permettant de ne pas perdre le contact et de pouvoir proposer une aide si besoin.</p> <p>Pour assurer cette mission, l'IME a mis en place, aux côtés du service de suite, une nouvelle modalité d'intervention nommée « équipe mobile », constituée des professionnels de l'établissement, qui se déplacent « hors les murs » auprès du jeune et/ou de divers acteurs de l'environnement pour tenter de proposer des solutions permettant de tendre vers une situation moins précaire pour le jeune.</p>
<b>« Périmètre du dispositif</b> (à quelle population-cible ou acteurs s'adresse cette démarche ? Y a-t-il des critères d'accès définis ? une participation financière demandée ?)	<p>L'équipe mobile ne peut être mobilisée que pour des jeunes qui ont été orientés vers l'IME de Maizières (qu'ils fassent encore partie des effectifs ou qu'ils en soient sortis).</p> <p>Elle est principalement engagée dans les cas suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• constats d'absentéisme du jeune/IME</li> <li>• constat de non solution après la sortie de l'IME, associé à une demande de la part du jeune ou de sa famille.</li> <li>• cas de rupture avérée/IME.</li> </ul>

	Aucune participation financière n'est demandée au jeune. L'équipe mobile fonctionne comme le service de suite à moyens constants.
<b>Calendrier</b> de la démarche (préparation du projet, début de son fonctionnement effectif, quelles perspectives ?)	<p>Ce dispositif (à ce jour informel), fonctionne depuis environ 4-5 ans.</p> <p>Lorsque l'IME ou des partenaires identifient une situation pouvant relever de la mobilisation de ce dispositif, l'équipe pluridisciplinaire de l'IME se réunit pour étudier la pertinence du recours à l'équipe mobile et les modalités d'intervention.</p> <p>Actuellement, l'IME tente de formaliser davantage ce dispositif et travaille à une clarification des objectifs, des actions à mener et des moyens à mobiliser.</p> <p>Une avancée a été opérée dans ce sens auprès de la MDPH qui notifie dorénavant « IME dans le cadre d'une équipe mobile » pour acter le fait que pour un jeune orienté vers l'IME par exemple, l'accompagnement ne se fait pas au sein des locaux de l'établissement, mais sur son lieu de vie.</p>
<b>Partenaires associés</b>	<p>La MDPH (qui est dorénavant associée pour chaque situation de ce type).</p> <p>Des acteurs du champ social (AEMO, CHRS, restaurant du cœur...), de la prévention (planning familial), de l'insertion professionnelle (MILO, services d'insertion professionnelle), du médico-social (ESAT, SAVS...) en fonction des besoins.</p>
<b>Bonnes pratiques à partager</b>	<p>Le fait de se déplacer au domicile du jeune quand il y a rupture avec un jeune plutôt que de lui demander de venir à un RV dans l'établissement a pu débloquent des situations.</p> <p>Une bonne connaissance des ressources du territoire et l'activation d'un réseau de partenaires à se constituer est primordial.</p> <p>Faire figurer le dispositif sur les notifications des jeunes concernés permet de légitimer un mode d'action particulier et de donner des repères en matière de limites dans l'accompagnement proposé.</p>
<b>Risques et difficultés rencontrés</b>	<p>Des interventions nécessairement limitées dans le cadre du service de suite.</p> <p>Une difficulté à repérer les jeunes sans solution (les contacts par courrier ne donnent rien, les contacts téléphoniques n'aboutissent pas toujours...) : le repérage se fait le plus souvent de manière informelle (connaissance de situations par d'autres jeunes, par des partenaires qui alertent l'IME, par le jeune lui-même qui réinterpelle le service de suite mais parfois après une longue période d'errance ce qui complique l'instauration d'un nouvel accompagnement...) et pose la question du devenir de ceux qui sont demeurés invisibles.</p> <p>Un manque de formalisation des actions proposées par l'équipe mobile (écriture du projet néanmoins en cours) qui ne permet pas de contractualiser sur des objectifs précis avec le jeune et/ou sa famille.</p>
<b>Leviers qui ont rendu possible ou facilité la démarche</b>	<p>Des salariés mobilisés sur ces questions</p> <p>Des partenaires qui jouent le jeu</p>
<b>Modalités d'évaluation envisagées</b>	Nous n'avons pas encore mis en place d'évaluation de notre dispositif.

<p><b>Pour aller plus loin, qu'est ce qui aurait pu être fait autrement ?</b></p>	<p>Comment mieux identifier les jeunes actuellement sans solution ?</p> <p>Comment accompagner les situations où les jeunes ne veulent pas d'aide malgré une situation précaire ?</p> <p>Comment développer davantage cette forme d'intervention (moyens limités) ?</p> <p>Repérer d'autres acteurs à mobiliser en fonction des besoins (notamment au regard du public 18-25 ans pour lequel l'équipe mobile est une réponse mais ne suffit pas à couvrir les besoins de cette population)</p> <p>Formaliser et contractualiser sur des objectifs ciblés</p>
<p><b>Remarques</b></p>	<p>Ce dispositif offre une réponse permettant d'éviter certaines ruptures de parcours pendant l'accompagnement ou à la sortie de l'IME et/ou de rapprocher des jeunes ayant décroché, à des acteurs susceptibles de leur apporter une aide, dans l'esprit du rapport PIVETEAU, mais il demande à être davantage formalisé pour mieux délimiter son périmètre d'action (démarche en cours).</p>
<p><b>Combien de personnes ont pu bénéficier de cette démarche à ce jour ?</b></p>	<p>En 2016, deux jeunes ont pu bénéficier de l'intervention de l'équipe mobile. Pour les autres années, ce sont 1 à 2 jeunes par an qui sont concernés</p>
<p><b>Contact</b></p>	<p>Nom de la personne ayant rempli la fiche : VOLPOËT fabien</p> <p>Date de remplissage : 25/11/16</p> <p>Organisme d'appartenance : UGECAM-Bfc IME Maizières</p> <p>Mail : fabien.volpoet@ugecam-bfc.cnamts.fr</p>

### III- DISPOSITIFS FAVORISANT LA FLUIDITE DES PARCOURS SCOLAIRES

	Fiche I
<b>Intitulé de l'expérience</b>	<b>DAFP 90 (dispositif d'accompagnement à la formation professionnelle)</b>
<b>Territoire concerné</b>	Territoire de Belfort (jeunes accompagnés par l'une des structures gérées par la Fondation Arc En Ciel)
<b>Contexte de création/mise en place</b> (à partir de quels constats ? sur l'initiative de quel acteur ?)	<p>A l'origine du dispositif, le constat en 2010 partagé par des structures de l'association Saint-Nicolas et de la Fondation Arc-en-Ciel et l'EN-ASH de l'époque, que certains adolescents se trouvaient en situation de rupture dans leur parcours d'insertion sociale et professionnelle alors que leurs potentialités leur aurait permis d'envisager une insertion professionnelle ou une formation en milieu ordinaire.</p> <p>Elles ont donc entamé une réflexion pour la mise en place d'un dispositif permettant d'accompagner les jeunes vers la formation professionnelle en milieu ordinaire. Cette solution a été privilégiée plutôt que la création d'un SESSAD-pro, notamment pour offrir davantage de souplesse et de transversalité dans les réponses apportées.</p> <p>Ce dispositif a été reconnu par l'ARS en septembre 2011.</p>
<b>Objectifs de la démarche</b>	<p>Accompagner des adolescents de 16 à 20 ans en situation de handicap inscrits dans une formation professionnelle en milieu ordinaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Soutien des projets par des informations données sur le droit des personnes, un accompagnement dans les démarches administratives nécessaires, dans l'accompagnement vers plus grande autonomie (notamment sur le plan de la mobilité, du logement), dans l'acquisition de compétences sur le plan social... ;</li> <li>• Soutien à la Formation des jeunes (formation qualifiante en lycée, CFA)... : l'employabilité est travaillée tout au long du parcours.</li> </ul>
<b>« Périmètre du dispositif</b> (à quelle population-cible ou acteurs s'adresse cette démarche ? Y a-t-il des critères d'accès définis ? une participation financière demandée ?)	<p>Le dispositif s'adresse à des jeunes répondant cumulativement aux critères suivants :</p> <p>Etre âgé de 16 à 20 ans,</p> <p>Présenter une déficience intellectuelle légère ou moyenne ou des troubles du comportement</p> <p>Avoir un projet de formation professionnelle en milieu ordinaire</p> <p>Etre accueilli ou accompagné par l'une des structures gérées par la Fondation Arc En Ciel.</p> <p>Une décision d'orientation de la MDPH est nécessaire. La notification</p>

	<p>précise par exemple « SESSAD+DAFP » ou « IME+DAFP ». Ces derniers peuvent également être adressés à la sortie d'ULIS de collège, de SEGPA ou d'EREA ou encore dans le cadre de leur cursus de formation en alternance sous réserve d'être accueilli ou accompagné par l'une des structures de la Fondation Arc En Ciel.</p> <p>Financement spécifique du dispositif sous forme de 8 places de SESSAD (4 au SESSAD de Perdrizet + 4 au SESSAD St Nicolas) et 4 d'IME (IME Perdrizet).</p>
<p><b>Calendrier</b> de la démarche (préparation du projet, début de son fonctionnement effectif, quelles perspectives ?)</p>	<p>Le dispositif (qui existe depuis 2010) fonctionne de la manière suivante :</p> <p>Mutualisation des plateaux techniques de 2 SESSAD et d'1 IME.</p> <p>Mise à disposition d'un enseignant spécialisé par l'Education Nationale.</p> <p>Coopération également étroite avec le référent d'insertion professionnelle de la MDPH (rencontres et contacts téléphoniques).</p> <p>Chaque structure met à disposition ses moyens éducatifs, administratifs, thérapeutiques et ses compétences et connaissances. Ainsi, par exemple, les deux SESSAD mettent à disposition leurs locaux et leur connaissance du réseau d'acteurs dans le milieu ordinaire ; l'IME met à disposition les ateliers de son plateau technique et le chargé d'insertion de son service d'accompagnement et de suite ; l'Education Nationale met à disposition un enseignant spécialisé qui intervient dans chaque établissement de scolarisation ou de formation.</p> <p>Le suivi des jeunes est assuré tout au long de leur parcours de formation par un binôme enseignant/éducateur spécialisé référent.</p>
<p><b>Partenaires associés</b></p>	<p>Maison des Jeunes (MDJ)</p> <p>Maison de l'Information sur la Formation et l'Emploi (MIFE)</p> <p>Centre de Formation des Apprentis (CFA)</p> <p>Pôle Emploi</p> <p>Association Départementale d'insertion des Jeunes (ADIJ)</p> <p>Association de Gestion du Fonds pour l'Insertion Professionnelle des Personnes Handicapées (AGEFIPH)</p> <p>MFR</p> <p>Chambre des métiers</p> <p>Entreprises</p>
<p><b>Bonnes pratiques à partager</b></p>	<p>La souplesse du dispositif</p> <p>La large participation de l'EN au dispositif</p>
<p><b>Risques et difficultés rencontrées</b></p>	<p>Dispositif ne proposant pas d'accompagnement vers l'emploi pour le moment.</p> <p>Notification MDPH nécessaire et liste d'attente du fait d'un nombre de places limité.</p>
<p><b>Leviers qui ont rendu possible ou facilité la démarche</b></p>	<p>Mise en synergie des compétences et des moyens des différentes structures permettant une transversalité : établissements de la Fondation Arc En Ciel, Education nationale, MDPH, ARS.</p>

	Souplesse de fonctionnement entre les trois structures à l'intérieur du dispositif.
<b>Modalités d'évaluation envisagées</b>	Comité de pilotage annuel avec représentants EN / ARS / MDPH / Directeur pôle / Chefs de service / Enseignant spécialisé en charge du DAFP.
<b>Pour aller plus loin, qu'est ce qui aurait pu être fait autrement ?</b>	Travailler « l'après » DAFP : comment mettre en place des relais vers le monde du travail en appui sur un réseau d'employeurs et de partenaires.
<b>Remarques</b>	12 places réservées aux jeunes de 16 ans et plus ayant un projet de formation professionnelle en milieu ordinaire.
<b>Combien de personnes ont pu bénéficier de cette démarche à ce jour ?</b>	34 jeunes ont pu bénéficier du DAFP depuis sa mise en place.
<b>Contact</b>	Nom de la personne ayant rempli la fiche : I. Gérardin (CREAI) + A. BAEUMLIN (SESSAD Perdrizet) + J. COULON (Enseignant Spécialisé) Date de remplissage : Organisme d'appartenance : Mail : sessad@institut-perdrizet.fr

	<b>Fiche J</b>
<b>Intitulé de l'expérience</b>	<b>SACFA (Service d'Appui aux CFA) et bancs d'essai</b>
<b>Territoire concerné</b>	Côte d'Or
<b>Contexte de création/mise en place</b> (à partir de quels constats ? sur l'initiative de quel acteur ?)	<p>Au cours de la négociation du CPOM (contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens) en 2008, les PEP 21 ont été interpellés, notamment par les autorités de tutelle, par la nécessité de travailler plus fortement à l'insertion professionnelle des jeunes ayant été pris en charge par leur. En effet, un nombre important de jeunes de plus de 18 ans une fois sortis du dispositif (IME) se retrouvaient sans solution : sans emploi ni qualification reconnue mais également sans accompagnement lié à leurs besoins spécifiques.</p> <p>Afin de répondre à ces constats et aux exigences du marché de l'emploi, un service spécifique centré sur l'accompagnement individualisé des parcours d'insertion des jeunes déficients intellectuels de l'IME mais également du SESSAD a été pensé.</p> <p>Ainsi, fut créé, en 2008 – 2009 le Service d'Appui aux CFA (SACFA).</p>
<b>Objectifs de la démarche</b>	<p>Accompagner spécifiquement les jeunes handicapés apprentis ou futurs apprentis au CFA et déterminer les besoins et les priorités dans une individualisation du soutien</p> <p>Organiser et coordonner les bancs d'essai (action de 2 à 6 mois permettant aux jeunes qui le souhaitent de « tester » l'apprentissage).</p>
<b>« Périmètre du dispositif (à quelle population-cible ou acteurs s'adresse cette démarche ? Y a-t-il des critères d'accès définis ? une participation financière demandée ?)</b>	<p>Pour bénéficier du service d'appui aux apprentis, il faut cumulativement être âgé de plus de 16 ans et être accompagné par l'IME ou le SESSAD des PEP 21.</p> <p>L'accueil ponctuel de stagiaires extérieurs (entre 1 et 5 par an) est également possible à la demande.</p> <p>Les bancs d'essai coordonnés par le SACFA sont eux, par contre plus largement ouverts aux jeunes de tous les ESMS de Côte d'or.</p> <p>L'action « Bancs d'Essai », après avoir reçu le soutien financier de l'AGEFIPH pendant plusieurs années, a dû pendant deux ans être financé directement par les ESMS partenaires (2014– 2015).</p> <p>En 2016, le dispositif IME/SESSAD a obtenu le nouveau soutien de l'Europe, via le FSE, en cofinancement de l'ARS</p>
<b>Calendrier de la démarche (préparation du projet, début de son fonctionnement)</b>	<p>Le tandem «POLE INSERTION / SACFA » soutient dans la durée (deux à trois ans en moyenne) les jeunes du dispositif IME/SESSAD en situation de handicap dans l'accès et le suivi d'un cursus de formation qualifiant en leur proposant un accompagnement spécifique (scolaire, social, médiation famille/ CFA, suivi entreprises).</p> <p>Cet accompagnement SACFA-POLE INSERTION permet aux jeunes de</p>

<p>effectif, quelles perspectives ?)</p>	<p>s'engager et poursuivre des parcours de formation qualifiante, le plus souvent en alternance, dans le cadre de contrats dédiés (contrats d'apprentissage, contrats de professionnalisation, etc.) où le lien avec l'employeur est essentiel.</p> <p>Le SACFA coordonne le soutien pédagogique, éducatif et social des jeunes handicapés apprentis ou futurs apprentis en lien avec les équipes pluridisciplinaires du dispositif IME-SESSAD et des CFA</p> <p>Il organise et coordonne en outre les bancs d'essai. Une convention est établie entre le CFA, le SACFA, l'ESMS, le jeune et ses parents.</p> <p>L'équipe commune du SACFA et du pôle insertion est composée de chargés d'insertion, d'une coordinatrice éducative, d'une chargée de missions SACFA et d'un chef de service.</p>
<p><b>Partenaires associés</b></p>	<p>CFA de Quetigny – Plombières les Dijon, CFA La Noue, CFA du Bâtiment, CFA Viticole de Beaune... et tout CFA accompagnant un jeune apprenti du dispositif (CIFA Auxerre, CFA Mercurey).</p>
<p><b>Bonnes pratiques à partager</b></p>	<p>Le SACFA est bien repéré comme interface entre les centres de formation (en particulier les CFA) et les établissements médico-sociaux partenaires investis dans l'accompagnement de jeunes en situation de handicap. Il répond à un réel besoin de soutien et d'accompagnement des jeunes partant en formation.</p> <p>Le dispositif « banc d'essai » présente de très bons résultats. Les jeunes sont mis en situation réelle. Cela permet de voir s'ils sont prêts pour l'alternance. Il est également indispensable pour le jeune et sa famille car c'est le CFA et non l'ESMS, qui va se prononcer quand à la faisabilité du projet du jeune.</p> <p>Le SACFA soutient le jeune dans sa scolarité, son parcours et il n'y a que très peu de ruptures (1 en 3 ans). Cette organisation permet de négocier un contrat d'apprenti adapté en 3 ans. Les professionnels du SACFA interviennent très régulièrement auprès du jeune. Il s'agit d'un suivi renforcé, souvent plus intense qu'auparavant.</p>
<p><b>Risques et difficultés rencontrées</b></p>	<p>Le refus de la RQTH par certains jeunes, ce qui peut mettre à mal leur insertion professionnelle.</p> <p><b>Il est parfois complexe de travailler en cohérence avec l'Education Nationale</b>, d'articuler les dispositifs. En effet, parfois, les jeunes arrivent trop tardivement dans ce dispositif, dans l'urgence, à 16 ans, à la fin de la scolarisation obligatoire et il est plus difficile de construire un projet dans ces conditions. ce constat est encore plus important pour les jeunes suivis en SESSAD.</p>
<p><b>Leviers qui ont rendu possible ou facilité la démarche</b></p>	<p>La possibilité pour les jeunes bénéficiant d'une formation rémunérée ou d'un emploi d'être accompagné par le dispositif grâce au CAI (Contrat d'accompagnement à l'insertion) : une convention a été établie avec l'ARS pour ce faire. Ainsi, les jeunes sous contrat d'apprentissage et certains en emploi font encore partie des effectifs de l'établissement et sont suivis par le SACFA et le pôle insertion : c'est la convention avec l'ARS qui permet de continuer à bénéficier d'un accompagnement par l'EMS tout en étant rémunéré.</p>
<p><b>Modalités d'évaluation envisagées</b></p>	<p>Bilan annuel : taux d'insertion professionnelle à la sortie, à 1-2-3 ans</p>
<p><b>Pour aller plus loin, qu'est ce qui aurait pu</b></p>	<p>/</p>

<b>être fait autrement ?</b>	
<b>Remarques</b>	/
<b>Combien de personnes ont pu bénéficier de cette démarche à ce jour ?</b>	230 jeunes ont bénéficié des Bancs d'Essai depuis leur création en 2009 Chaque année, entre 15 et 20 jeunes sont en apprentissage, sur 2 ou 3 ans, ce qui représente 64 jeunes accompagnés depuis 2009
<b>Contact</b>	Nom de la personne ayant rempli la fiche : Pascale Chaudron Date de remplissage : 07.03.17 Organisme d'appartenance : PEP 21 Mail : pascale.chaudron@pep21.org

**IV- DISPOSITIFS FAVORISANT DES FORMES D'HABITAT INTERMEDIAIRES ET/OU EVITANT LES RUPTURES DANS LE PARCOURS RESIDENTIEL**

	<b>Fiche K</b>
<b>Intitulé de l'expérience</b>	<b>« La Novelline » - habitat partagé et accompagné pour personnes ayant une lésion cérébrale acquise. (71)</b>
<b>Territoire concerné</b>	De préférence : Saône et Loire et région Bourgogne Franche-Comté
<b>Contexte de création/mise en place</b> (à partir de quels constats ? sur l'initiative de quel acteur ?)	Lorsque des adultes blessés accidentellement ou ayant une lésion cérébrale acquise tentent de vivre de façon autonome, ils se heurtent à des difficultés insurmontables qui ne leur permettent pas de vivre dans de bonnes conditions.  Ayant vécu familialement cette impasse, nous avons voulu créer un habitat dans lequel notre fille pourrait vivre de façon autonome, en toute sécurité.
<b>Objectifs de la démarche</b>	Permettre de retrouver le maximum d'autonomie possible. Rompre une solitude trop difficile à gérer. Recréer une vie sociale, choisir et mettre en oeuvre son emploi du temps quotidien.
<b>« Périmètre du dispositif</b> (à quelle population-cible ou acteurs s'adresse cette démarche ? Y a-t-il des critères d'accès définis ? une participation financière demandée ?)	Cette habitation partagée et accompagnée s'adresse à des adultes ayant une lésion cérébrale acquise. Les critères sont : <ul style="list-style-type: none"> <li>• L'autonomie (qui doit être suffisante),</li> <li>• La volonté des personnes de partager avec d'autres une partie de la vie quotidienne</li> <li>• L'acceptation d'une participation aux charges collectives de la gestion de la maison en plus de son loyer personnel</li> <li>• L'envie d'une collaboration et d'une mutualisation.</li> </ul>
<b>Calendrier</b> de la démarche (préparation du projet, début de son fonctionnement effectif, quelles perspectives ?)	Création de l'association qui élabore le projet : décembre 2012 Elaboration du projet, mise en relation avec les institutions : de 2012 à aujourd'hui Création de la SCI : mars 2014 Pose de la première pierre : 17 mai 2014

	<p>Ouverture et accueil des trois premiers locataires: 1er Novembre 2015</p> <p>Accueil des deux derniers locataires : 1er juin 2016</p> <p>Perspectives : devenir centre de ressources cérébro-lésés pour le 71 - adosser la Novelline à un GEM dédié aux personnes cérébro-lésées - travailler avec des services d'accompagnement spécialisés pour les personnes cérébro-lésées.</p>
<b>Partenaires associés</b>	<p>AFTC - CCAH - AAPA (association d'aide à domicile de Cluny) - APF (dont le SAVS intervient pour deux personnes) - IMC 71 (dont le SAMSAH intervient pour trois personnes)- Ressource (groupement d'employeurs du Foyer Rural grand secteur du clunisois) - MDPH - ARS - député - mairie</p>
<b>Bonnes pratiques à partager</b>	<p>La conception de l'espace de vie qui est agréable et adapté</p> <p>L'appui sur des modèles existants</p> <p>L'expertise sur la cérébro-lésion</p>
<b>Risques et difficultés rencontrés</b>	<p>Avoir un modèle économique qui ne pèse que sur l'association et les locataires</p>
<b>Leviers qui ont rendu possible ou facilité la démarche</b>	<p>Association dynamique, constituée d'adhérents ayant des compétences très diverses et complémentaires, dont, des professionnels spécialistes des réseaux de la cérébro-lésion dans le Rhône.</p> <p>Accord de la juge des tutelles</p> <p>Aide financière du CCAH pour le bâti.</p> <p>Aménagements intérieurs et extérieurs rendus possible grâce au député - au département - à AG2R - aux entreprises qui sont intervenues dans la construction et aux donateurs privés.</p>
<b>Modalités d'évaluation envisagées</b>	<p>Taux d'occupation de la Novelline</p> <p>Satisfaction des locataires et du personnel qui accompagne</p>
<b>Pour aller plus loin, qu'est ce qui aurait pu être fait autrement ?</b>	<p>Cette innovation répond à un manque. Le soutien et la confiance des collectivités territoriales nous auraient été nécessaires.</p> <p>Le poste de coordinatrice (8h/semaine) est actuellement supporté par l'association et les locataires. Cette solution n'est pas plus coûteuse (même moins) à la société que si les personnes étaient chez elles mais bien plus satisfaisante pour la satisfaction, l'organisation de la vie quotidienne et le suivi des locataires. Si le salaire de la coordinatrice était pris en charge par la collectivité, la barrière financière serait moins lourde et la Novelline pourrait accueillir un public plus large.</p>

<b>Remarques</b>	Petite unité, humaine, intégrée dans la cité, ouverte sur la culture et la vie citoyenne. Chaque locataire peut avoir les activités qui lui convient.
<b>Combien de personnes ont pu bénéficier de cette démarche à ce jour ?</b>	5 personnes pour l'instant
<b>Contact</b>	Nom de la personne ayant rempli la fiche : Mme Forge Françoise Date de remplissage : le 7 février 2017 Organisme d'appartenance : Présidente de l'association « les amis de la Novelline » Mail : <a href="mailto:lanovelline@orange.fr">lanovelline@orange.fr</a> 06.62.53.09.99

	<b>Fiche L</b>
<b>Intitulé de l'expérience</b>	<b>Colocation en logement ordinaire avec mutualisation de PCH</b>
<b>Territoire concerné</b>	Besançon
<b>Contexte de création/mise en place</b> (à partir de quels constats ? sur l'initiative de quel acteur ?)	Le projet s'est mis en place avant le déploiement d'une réponse accompagnée pour tous sur le territoire.  Au départ (2012), il s'agit d'un projet concernant 3 jeunes sous amendement Creton, accueillis en IME, avec une orientation en foyer ou FAM mais dont le projet (appuyé fortement par leur famille pour deux d'entre eux) était de vivre dans un appartement en milieu ordinaire de vie. Il s'agissait de 3 jeunes handicapés moteur avec des troubles associés (troubles cognitifs et de la communication très importants...).
<b>Objectifs de la démarche</b>	Pouvoir proposer à des jeunes ayant le projet de vivre dans un appartement, et ayant un handicap moteur avec des troubles associés, de réaliser ce projet en mutualisant leur PCH pour mobiliser les aides nécessaires dans leur vie quotidienne et sécuriser 24H/24 le dispositif
<b>« Périmètre du dispositif</b> (à quelle population-cible ou acteurs s'adresse cette démarche ? Y a-t-il des critères d'accès définis ? une participation financière demandée ?)	Cette démarche a été mise en œuvre à partir de la demande exprimée par des jeunes et leurs familles. Les jeunes étaient dans des établissements différents gérés par des associations différentes mais les familles étaient en lien les unes avec les autres.  Leur difficulté initiale a été de trouver un service qui s'adapte à cette demande et en mesure de les accompagner dans la réalisation de ce projet en apportant un appui sur la faisabilité, les modes d'organisation, la mobilisation des partenaires, les négociations, l'évaluation des besoins et leur accompagnement.
<b>Calendrier</b> de la démarche (préparation du projet, début de son fonctionnement effectif, quelles perspectives ?)	Les trois familles impliquées dans ce projet ont trouvé un bailleur qui leur a proposé un appartement accessible en ville pour ce projet de co-colocation dans le cadre d'un projet immobilier neuf. Elles ont ensuite sollicité l'APF pour montrer le projet de mise en situation réelle.  Après plusieurs temps de concertation et de détermination des actions à mettre en œuvre, types de dérogation ont été nécessaires pour expérimenter ce projet sur une durée de 4 mois : <ul style="list-style-type: none"> <li>• ces 3 jeunes ont conservé leur place en IME pendant ces 4 mois pour garantir un « droit au retour » en cas d'échec avec une double orientation SAMSAH/IME simultanée.</li> <li>• le conseil départemental a pris en charge (via le SAMSAH) le coût du loyer pendant les 4 mois puisque ces jeunes n'avaient pas de ressources personnelles les personnes ont mutualisé leur PCH aide humaine pour les interventions d'aide dans leur vie quotidienne et la surveillance de nuit.</li> </ul> Il a fallu également mettre en place une intermédiation locative (association prestataire ELIAD).

	<p>Un travail partenarial a été particulièrement important ( les IME , une association prestataire d'aide à domicile ELIAD, le bailleur, le CD, la MDPH, l'ARS , le SAMSAH et accueil de jour de l'APF...)</p> <p>Parmi ces trois jeunes, l'un a quitté l'expérience, il a été remplacé par un autre qui est parti à son tour. Aujourd'hui, la colocation ne concerne que deux personnes et des trois dérogations précédemment citées n'en demeure qu'une : celle de la mutualisation de la PCH puisque le coût du loyer est aujourd'hui assumé par les colocataires sur leurs ressources propres ( AAH et allocation logement )</p>
<b>Partenaires associés</b>	ARS, CD du Doubs, MDPH du Doubs, SAMSAH, service d'aide à domicile, bailleur, IME.
<b>Bonnes pratiques à partager</b>	<p>Le projet paraissait irréalisable car « hors norme », à risque et coûteux.</p> <p>L'engagement de l'APF et la confiance entre les partenaires a été le gage de la réussite.</p> <p>Le travail partenarial et l'élaboration partagée (jeunes, familles, professionnels, autorités de contrôle et financeurs) sont indispensables</p>
<b>Risques et difficultés rencontrés</b>	<p>Lorsque le jeune bénéficiant d'une PCH aide humaine 24h/24 s'absentait du logement (séjour en famille, vacances...), l'autre qui bénéficiait d'une PCH aide humaine que 12h ne bénéficiait plus de la surveillance de nuit que permettait la mutualisation. Le problème a pu être résolu grâce à une autre dérogation : la MDPH ouvre à cette personne un droit à aide humaine 24h/24 au lieu de 12h pendant les périodes où son colocataire est absent.</p> <p>Vigilance à observer quant au fait qu'il s'agisse bien du projet du jeune et non de la famille.</p> <p>Repérage des points de consensus et de dissensus entre les familles et les jeunes.</p> <p>Il a fallu lutter contre des préjugés et des représentations fortes (concernant la supposée impossibilité pour ces personnes de vivre en dehors d'une institution), dépasser les craintes des uns et des autres, assumer la prise de risques et convaincre la famille d'un des jeunes qui s'est montrée d'emblée très réticente au projet.</p> <p>Dans un dispositif avec autant d'acteurs, il a fallu un pilote et une coordination active.( La légitimité de ce pilote pourrait être un problème dans un autre contexte).</p>
<b>Leviers qui ont rendu possible ou facilité la démarche</b>	<p>Les diverses dérogations obtenues (pour la phase d'expérimentation puis de réalisation). La réactivité du CD et de l'ARS pour l'obtention de ces dérogations.</p> <p>L'implication des familles et des jeunes dans le projet.</p> <p>La connaissance réciproque des acteurs et la confiance dans l'engagement partenarial</p>

<b>Modalités d'évaluation envisagées</b>	<p>L'évaluation de ce projet a été confiée au laboratoire de l'innovation de la FEHAP avec les objectifs suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Relever les intérêts, limites, freins, leviers, points de vigilance au regard de ce projet de colocation</li> <li>• Etudier les conditions de reproductibilité et de régulation de ce projet pour l'avenir</li> </ul>
<b>Pour aller plus loin, qu'est ce qui aurait pu être fait autrement ?</b>	<p>A l'époque, le lieu de rencontre pour toutes ces négociations n'existait pas. L'idée d'un lieu identifié pour traiter une situation complexe est intéressante dans le dispositif RAPT mais il faut sans doute penser qu'un petit projet collectif doit aussi pouvoir être accompagné. Au-delà de la situation critique ou complexe, c'est l'adaptation à la demande sociale dans des enjeux de désinstitutionalisation et de la capacité de la société à légitimer et à accompagner des innovations qui sont un enjeu.</p>
<b>Remarques</b>	<p>Il s'agit d'un micro-projet pour le moment mais qui répond à de vraies attentes de la part de certaines personnes handicapées et de leur famille.</p> <p>Remarque : cette expérience est antérieure au dispositif RAPT mais participe de la même démarche</p>
<b>Combien de personnes ont pu bénéficier de cette démarche à ce jour ?</b>	<p>4 personnes, dont 2 sont encore en colocation</p>
<b>Contact</b>	<p>Nom de la personne ayant rempli la fiche : Evelyne MARION Date de remplissage : 19.01.17 Organisme d'appartenance : APF BFC Mail : evelyne.marion@apf.asso.fr</p>

	<b>Fiche M</b>
<b>Intitulé de l'expérience</b>	<b>Dispositif d'habitat adapté</b> <b>(= appartements autonomes implantés sur un quartier, non regroupés sur un bâtiment + appui plus ou moins important de professionnels)</b>
<b>Territoire concerné</b>	Ville de Besançon
<b>Contexte de création/mise en place</b> (à partir de quels constats ? sur l'initiative de quel acteur ?)	Existence de besoins lorsque le SAMSAH et/ou le Centre d'Accueil de Jour ne sont pas ouverts (notamment en soirée et le week-end) Existence de besoins des usagers pour qu'ils s'ancrent dans la cité Initiative : familles d'usagers (questionnement sur l'avenir) et de professionnels
<b>Objectifs de la démarche</b>	Inclusion dans la cité Offre complémentaire au SAMSAH et le cas échéant au Centre d'Accueil de Jour (pas les mêmes créneaux horaires) : activités de soutien à la vie sociale, de façon individuelle ou collective : visites à domicile, repas partagés, sorties accompagnées sur le quartier, dans la ville, appuis à la participation à des activités de loisirs, des manifestations culturelles, sportives, des événements festifs, conviviaux sur le quartier ou la ville Susciter l'entraide et la rencontre entre les personnes Proposer des activités
<b>« Périmètre du dispositif</b> (à quelle population-cible ou acteurs s'adresse cette démarche ? Y a-t-il des critères d'accès définis ? une participation financière demandée ?)	Usagers du SAMSAH du Doubs (personnes traumatisées crâniennes ou cérébro-lésées) Habiter le quartier de Montrapon ou avoir le projet de s'y installer (accès facile à des commerces et services + proposant des animations) Trois modalités de participation financière : <ul style="list-style-type: none"> <li>• mobilisation Indemnisation (sur facturation),</li> <li>• mobilisation d'heures de PCH volet participation à la vie sociale (par versement direct avec l'accord de l'utilisateur à l'AFTC),</li> <li>• solidarité (acceptation par les autres usagers d'un « pot commun ») si aucun des deux cas précédents.</li> </ul> Les usagers financent les sorties extérieures (spectacle, concert, cinéma, etc.) en sus. Pas d'orientation spécifique par la CDAPH vers ce dispositif mais orientation nécessaire vers le SAMSAH
<b>Calendrier</b> de la démarche (préparation du projet, début de son fonctionnement effectif, quelles perspectives ?)	Projet initié en 2012 Expérimentation depuis février 2015. Actuellement, le dispositif se compose de 2 animateurs à temps partiel, travaillant par ailleurs dans d'autres services de l'AFTC et d'un moniteur éducateur de l'accueil de jour en apprentissage. Le programme d'activités et de sorties est élaboré avec les usagers un mois à l'avance et formalisé sous forme d'un livret accessible, prenant en compte les difficultés des personnes accompagnées : codes couleur pour faciliter le

	<p>repérage, communication prenant en compte les pb de mémorisation..)</p> <p><b>Perspectives :</b></p> <p>Pérennisation du dispositif mais en le dédoublant en deux types de prestation : le DHA tel qu'il a été conçu à l'origine, qui resterait implanté sur le quartier de Montrapon (mais pourrait être testé par des personnes d'autres quartiers avant de décider de déménager) et création d'un volet d'aide à l'accès à la culture/aux loisirs sous la forme d'une prestation spécifique complémentaire du SAMSAH, qui elle, s'adresserait aux bénéficiaires du SAMSAH quelque soit le quartier où ils habitent à Besançon</p> <p>Création d'une association d'utilisateurs (du type GEM pour les impliquer davantage dans le dispositif DHA notamment dans la gestion du budget animation )</p>
<b>Partenaires associés</b>	<p>Conseil Départemental 25</p> <p>MDPH 25</p> <p>Bailleurs sociaux de la ville de Besançon</p>
<b>Bonnes pratiques à partager</b>	<p>Association à chaque étape du projet (puis de l'expérimentation) des familles, des usagers, des professionnels, afin que le projet/dispositif soit connu de tous, soit porté et diffusé auprès des bénéficiaires pour lesquels il serait pertinent</p>
<b>Risques et difficultés rencontrés</b>	<p>Le critère d'habitation (un quartier précis) qui implique un déménagement pour les personnes intéressées par ce dispositif.</p> <p>La PCH déménagement dont les critères ne conviennent pas au cadre du DHA (les usagers ne déménagent pas parce que leur logement n'est pas adapté, mais pour aller dans le quartier qui leur permettra l'accès au DHA) du coup, ne la touchent pas.</p> <p>Une difficulté pour les usagers du SAMSAH potentiellement concernés à identifier précisément le DHA : ce que c'est et ce qu'il propose.</p>
<b>Leviers qui ont rendu possible ou facilité la démarche</b>	<p>Levier externe : la convention avec le Conseil Départemental 25 pour la mutualisation de la PCH volet accompagnement à la vie sociale pour financer la participation au DHA</p> <p>Levier interne : le soutien du Conseil d'Administration, la mobilisation des professionnels de l'AFTC (du SAMSAH, de l'UEROS et de l'AJ) et la sensibilisation du CVS sur le DHA</p>
<b>Modalités d'évaluation envisagées</b>	<p>Au début du projet, outil d'évaluation des besoins des usagers (mise en situation, évaluation de l'autonomie, etc.)</p> <p>Actuellement, outil de suivi de l'activité pour permettre d'ajuster la participation financière des usagers au regard de la réalité</p> <p>Des bilans individuels effectués de manière annuelle au minimum, prévus dans le cadre des contrats signés avec les usagers</p>
<b>Pour aller plus loin, qu'est ce qui aurait pu être fait autrement ?</b>	<p>Envisager que la MDPH puisse :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Déroger pour les critères d'obtention de la PCH déménagement (potentiel frein au projet de déménagement et</li> </ul>

	<p>donc d'accès au DHA pour certaines personnes)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prononcer des orientations SAMSAH (y compris lorsqu'il n'y a besoin que d'un soutien léger) dans la perspective de pouvoir accéder au DHA qui pourrait être conçu comme une prestation du SAMSAH dans la logique SERAFIN</li> <li>• Elargir les critères d'accès géographique au DHA en ouvrant la possibilité à des usagers a priori intéressés de le tester avant de décider un éventuel déménagement sur Montrapon)</li> </ul>
<b>Remarques</b>	<p>1ers bilans individuels au bout d'un an en septembre 2016 : très positifs, tous les contrats ont été reconduits.</p> <p>Des bilans collectifs sont aussi faits avec familles et usagers, de manière plus globale, pour les tenir informés de l'évolution du dispositif, recueillir leurs remarques, etc.</p>
<b>Combien de personnes ont pu bénéficier de cette démarche à ce jour ?</b>	<p>9 personnes dont 8 actuellement (et 4 personnes en projet)</p>
<b>Contact</b>	<p>Nom de la personne ayant rempli la fiche : Céline TABARIES, adjointe de direction encadrant le Dispositif Habitat Adapté</p> <p>Date de remplissage : 6/01/2017</p> <p>Organisme d'appartenance : AFTC BFC</p> <p>Mail : <a href="mailto:ctabaries@aftc-bfc.fr">ctabaries@aftc-bfc.fr</a></p>

**V- DISPOSITIFS FAVORISANT LA FLUIDITE DU PARCOURS PROFESSIONNEL (DONT L'ACCES ET LE MAINTIEN A L'EMPLOI AU MILIEU ORDINAIRE)**

	Fiche N
<b>Intitulé de l'expérience</b>	<b>PDIP 71 (Pôle Départemental d'Insertion Professionnelle)</b>
<b>Territoire concerné</b>	Saône et Loire
<b>Contexte de création/mise en place</b> (à partir de quels constats ? sur l'initiative de quel acteur ?)	<p>Au départ, trois pôles d'insertion ont été créés en Saône et Loire par trois porteurs historiques sur trois territoires distincts.</p> <p>A la suite d'une évaluation des dispositifs réalisée par l'ARS, ont été relevées :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• des disparités en termes d'activité et de missions sur les 3 pôles existants</li> <li>• des interventions non modélisées, des équipes isolées, une insuffisance de repères</li> <li>• une tarification presque exclusivement portée par les ESAT</li> <li>• une part de financement volatile (FSE)</li> </ul> <p>Elle demandé aux trois porteurs de réfléchir :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• à la mise en place d'un pilotage commun</li> <li>• à la rationalisation de l'organisation</li> <li>• à un financement unique d'un dispositif départemental</li> </ul> <p>Les réflexions ont abouti à la création d'un GCSMS le 28 décembre 2015, composé des 3 associations porteuses d'un pôle d'insertion : les papillons blancs pour le bassin minier, la FOL 58 (reprise de l'AMPFEI) sur le bassin mâconnais charolais et les PEP 71 sur le bassin châlonnais Bresse.</p> <p>La direction opérationnelle a été confiée aux PEP 71.</p> <p>Ce projet répond à l'objectif général 11 du SROMS « améliorer l'insertion pro des 16-25 ans ». Obj spécifique 11.2 : « soutenir l'insertion professionnelle des jeunes handicapés en MO en développant des SESSAD à orientation professionnelle et/ou expériences mutualisés du type pôle d'insertion »</p>
<b>Objectifs de la démarche</b>	<p>Assurer sur l'ensemble du département une coordination des actions menées en matière d'insertion professionnelle pour différentes populations d'établissements et services adhérents.</p> <p><b>Auprès des travailleurs d'ESAT :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aide à l'élaboration du projet professionnel</li> <li>• Suivi des mises à disposition à vocation d'insertion</li> <li>• Insertion en milieu ordinaire de travail</li> <li>• Consolidation du parcours</li> <li>• Liens avec les partenaires</li> </ul> <p><b>Pour les jeunes de plus de 16 ans accompagnés par des établissements</b></p>

	<p><b>médico-sociaux</b> (IME, ITEP...):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prospection d'employeurs privés et publics</li> <li>• Insertion par le biais d'une formation en alternance</li> <li>• Insertion directe à l'emploi</li> <li>• Accompagnement dans l'emploi</li> <li>• Liens partenaires</li> </ul> <p><b>Pour les jeunes de SESSAD de 16 ans et plus</b> concernés par la découverte du monde professionnel, le pôle intervient comme centre de ressources documentaires et d'informations générales sur les dispositifs de formation et les contrats de travail. Il a un rôle consultatif et d'expertise. Il n'a donc pas vocation à intervenir directement auprès des jeunes.</p>
<p>« <b>Périmètre du dispositif</b> (à quelle population-cible ou acteurs s'adresse cette démarche ? Y a-t-il des critères d'accès définis ? une participation financière demandée ?)</p>	<p><b>Pour les 14 ESAT adhérents</b> : les travailleurs handicapés avec un projet d'insertion en milieu ordinaire de travail</p> <p><b>Pour les 10 SIPFP adhérents</b> : les jeunes handicapés avec un projet de formation ou d'insertion professionnelle</p> <p><b>Pour les 8 SESSAD adhérents</b> : les professionnels</p> <p>Le pôle est financé par la contribution des établissements adhérents :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ESAT: 10 000 euros</li> <li>• SIPFP: 5 000 euros</li> <li>• SESSAD: 2 000 euros</li> </ul> <p>La contribution est forfaitaire quel que soit le nombre de personnes effectivement accompagnées par le pôle.</p> <p>Un financement exceptionnel issu de la conférence nationale du handicap en 2014 d'un montant de 22 000€ par an reductible au titre de l'accompagnement de projets d'insertion en milieu ordinaire de travailleurs handicapés accueillis en ESAT, a également été obtenu.</p>
<p><b>Calendrier</b> de la démarche (préparation du projet, début de son fonctionnement effectif, quelles perspectives ?)</p>	<p>Les moyens humains, salariés du pôle seront les suivants :</p> <p>Direction-coordination : 0.5 ETP</p> <p>Opérateurs d'insertion : 4 ETP</p> <p>Le démarrage effectif a eu lieu en avril 2016 avec la présentation du service aux établissements adhérents au PDIP 71</p>
<p><b>Partenaires associés</b></p>	<p>Les établissements adhérents</p> <p>Les acteurs médico-sociaux (MDPH, SAVS, SAMSAH, Organismes de tutelles, organismes de soins, CAF, etc..)</p> <p>Les acteurs de l'insertion : (Employeurs privés et publics, AGEFIPH, FIPHFP, organismes d'insertion, etc..)</p>
<p><b>Bonnes pratiques à partager</b></p>	<p>Une couverture territoriale assurée.</p> <p>Un interlocuteur unique pour les centres de formation et les employeurs.</p> <p>Une grande souplesse d'intervention possible.</p>

	<p>Une mutualisation des moyens des trois pôles pré-existants.</p> <p>Une incitation de la part de l'ARS à l'adhésion des ESMS concernés au pôle.</p>
<b>Risques et difficultés rencontrées</b>	<p>Le fait qu'il n'intervienne qu'en tant que pôle ressource pour les SESSAD et non directement auprès des jeunes.</p> <p>Il exclut de son champ d'action les jeunes non accompagnés par un ESMS (ex : sortie d'ULIS sans accompagnement, jeunes passant par la mission locale...).</p>
<b>Leviers qui ont rendu possible ou facilité la démarche</b>	<p>Le soutien de l'ARS</p> <p>L'implication des établissements adhérents dans l'insertion professionnelle de leur public</p>
<b>Modalités d'évaluation envisagées</b>	<p>Rapport d'activité annuel présenté à l'ARS</p> <p>Nombre d'insertions réalisées</p>
<b>Pour aller plus loin, qu'est ce qui aurait pu être fait autrement ?</b>	<p>Compte tenu de la précarité des emplois, permettre aux personnes plus de souplesse dans les allers-retours entre le Milieu ordinaire et les établissements.</p> <p>La modification du schéma de décision de la RSDAE (restriction substantielle et durable d'accès à l'emploi) permettrait aux personnes d'ESAT de trouver un travail adapté à temps partiel (supérieur à 17h) en étant complété par l'AAH.</p> <p>La poursuite de l'étayage social des jeunes après la sortie de l'IME ou ITEP permettrait de consolider leur insertion.</p>
<b>Remarques</b>	<p>Une réflexion est en cours sur l'offre de service proposé au SESSAD pour les jeunes accompagnés sortis du système scolaire.</p>
<b>Combien de personnes ont pu bénéficier de cette démarche à ce jour ?</b>	<p>108 personnes ont été accompagnées en 2016, 61 travailleurs d'ESAT et 47 jeunes.</p> <p>ESAT : 1 signature de CDI en Entreprise Adaptée</p> <p>1 renouvellement de CDD (CDI en mars 2018 envisagé)</p> <p>4 suivis de mises à disposition avec perspectives d'embauche en 2017 /2018</p> <p>SIPFP : 1 signature de CDI en Entreprise Adaptée</p> <p>1 transformation de contrat d'apprentissage cuisinier en CDI</p> <p>9 signatures de contrats d'apprentissage</p> <p>1 CDD de remplacement en cuisine ( durée 3 mois)</p>
<b>Contact</b>	<p>Nom de la personne ayant rempli la fiche : F. Plat + L. Pillot</p> <p>Date de remplissage : 27/02/2017</p> <p>Organisme d'appartenance : PDIP 71</p> <p>Mail : <a href="mailto:lpillot.pdip71@gmail.com">lpillot.pdip71@gmail.com</a> / <a href="mailto:fplat.pdip71@gmail.com">fplat.pdip71@gmail.com</a></p>

## VI- DISPOSITIFS INTERVENANT SPECIFIQUEMENT SUR LES PERSONNES EN ATTENTE DE SOLUTIONS

	<b>Fiche O</b>
<b>Intitulé de l'expérience</b>	<b>Mise en place de projets d'accompagnement « passerelles » entre le secteur enfants et adultes pour des jeunes adultes en situation d'amendement Creton</b>
<b>Territoire concerné</b>	Les jeunes concernés sont ceux qui sont maintenus à l'IME et à l'EME sur le pôle enfance de Luxeuil les Bains et d'Héricourt de l'ADAPEI 70, au delà de leurs 20 ans dans l'attente d'une place dans un établissement pour adultes correspondant à leur orientation. Les jeunes adultes concernés sont ceux qui sont orientés en Foyer de vie (internat ou accueil de jour), en FAM, et en MAS.
<b>Contexte de création/mise en place</b>  (à partir de quels constats ? sur l'initiative de quel acteur ?)	<p>L'objectif de ce projet est d'organiser en interne des solutions d'accompagnement plus adaptées à l'évolution des besoins de ces jeunes adultes et à leur âge en <i>(1 jeune adulte en amendement Creton est âgée de 30 ans)</i> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Favorisant le développement de leur autonomie,</li> <li>• Leur proposant une aide à la vie quotidienne, à la socialisation,</li> <li>• Leur faisant bénéficier des activités en fonction de leurs capacités, de leur âge et de leur orientation.</li> </ul> <p>Initiative : C.MAUFFREY (Directrice) et R STRAMMIELLO (Chef de Service) et proposé à l'ARS dans le cadre de la renégociation du CPOM en 2013.</p> <p>Le projet ne concernait que les établissements de Luxeuil ; il a été étendu aux établissements d'Héricourt dans le cadre de la négociation.</p>
<b>Objectifs de la démarche</b>	<p>Ce projet permet d'évaluer et de redynamiser différemment les compétences de ces jeunes adultes. Ils sont ainsi en situation d'immersion dans le secteur adulte et peuvent ainsi stimuler différemment leur potentiel (immersion au foyer et à la MAS de Lure structures gérées par la même association).</p> <p>Ce projet permet aussi aux familles de prendre conscience du statut d'adulte de leur jeune, qu'un maintien dans une structure enfant ne favorise pas, et de les préparer à quitter le secteur enfance pour intégrer le secteur adulte.</p> <p>Ce point suppose que ce projet intègre une préparation des familles en prévoyant des éléments de différenciation par rapport à la prise en charge habituelle proposée par les Pôles Enfance.</p>
<b>« Périmètre du dispositif (à quelle population-cible ou acteurs s'adresse cette démarche ? Y a-t-il des critères d'accès définis ? une participation</b>	<p><b>IME ET EME HERICOURT :</b></p> <p>7 Jeunes adultes Foyer de Vie, MAS et 2 jeunes adultes en attente maintenu sur Héricourt par manque de place</p> <p><b>IME LUXEUIL :</b> 6 Jeunes adultes orientés Foyer de Vie, MAS</p> <p>Agés entre 20 ans et 29 ans</p> <p><b>Les 13 jeunes adultes</b> sont accueillis sur 2 Groupes de référence :</p>

<p>financière demandée ?)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 groupe principalement composé de jeunes adultes orientés en Foyer de Vie</li> <li>• 1 groupe avec de jeunes adultes orientés en MAS.</li> </ul> <p>Ils bénéficient d'activités en fonctions de leurs besoins et leurs capacités mais intègrent aussi des activités qui les rassemblent.</p> <p>Par ailleurs ces jeunes ont pu intégrer des activités de la MAS et du Foyer de Vie de Lure et des résidents de ces structures participent aussi aux activités proposées aux jeunes adultes.</p> <p>Les professionnels qui sont chargés d'accompagner ces jeunes adultes sont pour partie des professionnels des deux IME et EME avec un renforcement par 2 CAE à temps plein.</p> <p>Les charges d'alimentation, de carburant... liée à la prise en charge sur l'IME ou l'EME relèvent du budget de l'établissement.</p> <p>Seules les charges supplémentaires liées aux modalités spécifiques de cette prise en charge sont imputées sur les fonds conjoncturels dédiés à ce projet expérimental, à savoir : les prix de journées versés par le département de la Haute-Saône au titre de l'amendement Creton (autorisation de l'ARS d'affecter en fonds dédiés à ce projet expérimental 20% de ces prix de journée).</p>
<p><b>Calendrier</b> de la démarche</p>	<p>Projet expérimental présenté et validé dans le cadre d'une fiche action CPOM année 2014 à 2016</p>
<p><b>Partenaires associés</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• le foyer de vie et la Mas de Lure ; le foyer de vie de Vesoul</li> <li>• le SATP de Saint-Sauveur</li> <li>• l'horticulteur de Lure</li> <li>• la ferme pédagogique du Val d'Ajol</li> <li>• la ressourcerie de Lure</li> <li>• la résidence pour personnes âgées de Luxeuil</li> <li>• le restaurant communal de Lure</li> </ul>
<p><b>Bonnes pratiques à partager</b></p>	<p>Ce projet favorise la transmission des pratiques professionnelles du secteur enfance vers le secteur adultes telles que : la connaissance des méthodes d'accompagnement de l'autisme, les outils de communication alternative adaptée, les nouvelles technologies pour les personnes polyhandicapées, la pratique Snoezelen...</p> <p>Il permet aussi d'ouvrir les professionnels du secteur enfant aux pratiques du secteur adulte. C'est une opportunité en management de proposer aux professionnels des modalités de prises en charge innovantes, de les mettre en situation d'assurer la responsabilité d'un groupe externalisé (rendre compte et prise d'initiative).</p>
<p><b>Risques et difficultés rencontrés</b></p>	<p>Un changement aussi bien pour les jeunes adultes que pour les professionnels :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Pour les jeunes adultes</b> : un rythme différent de celui de l'IME ou de l'EME, l'accueil dans une structure adultes où la moyenne d'âge est supérieure à 40 ans, la rencontre avec d'autres adultes qui n'ont pas le même rythme de vie.....</li> <li>• <b>Pour les professionnels</b> : travailler avec de nouveaux collègues et selon d'autres modalités d'accompagnement, former une équipe et travailler en équipe avec des professionnels originaires de différents établissements ayant une approche éducative différente, la méconnaissance des besoins</li> </ul>

	d'accompagnement et des pathologies des jeunes de l'autre établissement.
<b>Leviers qui ont rendu possible ou facilité la démarche</b>	Une co-construction du projet avec les professionnels du secteur adulte, du site d'accueil de Lure, avec des professionnels de la même association.
<b>Modalités d'évaluation envisagées</b>	Différentes réunions entre les différentes équipes mais aussi les parents des jeunes adultes ont permis de croiser nos évaluations et ainsi réajuster le projet sur les deux ans d'expérimentation.
<b>Pour aller plus loin, qu'est ce qui aurait pu être fait autrement ?</b>	Dissocier l'accueil des jeunes adultes avec une orientation MAS et celle FOYER de VIE afin de mieux répondre aux besoins et attentes de chacun avec un taux d'encadrement différent et des activités adaptées à leurs capacités et leurs autonomies (cohabitation entre les différentes pathologies difficile).
<b>Remarques</b>	<p>A ce jour, les immersions dans le secteur adulte se poursuivent pour 6 jeunes adultes de Luxeuil avec un réajustement des modalités d'accompagnement et de fonctionnement.</p> <p>Les jeunes adultes bénéficient d'activités communes avec les adultes du foyer de vie de Lure mais aussi des activités d'utilité sociale avec différents partenaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• activités occupationnelles du foyer de vie de Lure, de Vesoul, du SATP de Saint-Sauveur</li> <li>• différentes activités chez un horticulteur-maraicher de Lure , dans une ferme pédagogique du Val d'Ajol (activité Potager et Horticole, activité entretiens et soins aux animaux de la ferme, activité production, Animation et activité entretiens et travaux à la ferme), à la ressourcerie de Lure.</li> <li>• un temps de repas avec des personnes âgées d'une maison de retraite de Luxeuil, et avec des salariés de la commune de Lure au restaurant communal de Lure</li> </ul> <p>Et ainsi ils peuvent :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• bénéficier d'un nouvel espace d'intervention et de socialisation,</li> <li>• mobiliser leurs compétences dans les travaux proposés par les différents partenaires</li> <li>• partager un espace et un temps avec d'autres personnes et ainsi élargir leur réseau social.</li> </ul>
<b>Combien de personnes ont pu bénéficier de cette démarche</b>	13 jeunes adultes en aménagement Creton
<b>Contact</b>	<p>Nom de la personne ayant rempli la fiche : Mme STRAMMIELLO</p> <p>Date de remplissage : 13 février 2017</p> <p>Organisme d'appartenance : Pôle enfance de Luxeuil</p> <p>Mail : <a href="mailto:rstrammiello@adapei70.org">rstrammiello@adapei70.org</a></p>

## VII- LES AUTRES FORMES DE COLLABORATIONS FAVORISANT LA FLUIDITE DU PARCOURS

	Fiche P
<b>Intitulé de l'expérience</b>	<b>Equipe mobile autisme 25 (ex plateforme autisme de l'AHS-FC)</b>
<b>Territoire concerné</b>	Territoire du Doubs hors aire urbaine (Belfort, Héricourt et Montbéliard)
<b>Contexte de création/mise en place</b> (à partir de quels constats ? sur l'initiative de quel acteur ?)	<p>L'AHS-FC s'est historiquement engagée dans l'accompagnement des personnes porteuses d'autisme et autres TED et s'appuie sur une expérience riche de plus de 20 ans de pratiques professionnelles en mutation constante.</p> <p>Afin d'offrir à ses bénéficiaires et à leur famille des réponses adaptées, l'AHS-FC a mis en place en septembre 2013 une organisation innovante par le biais de la plateforme dont l'animation est confiée à un chef de projet.</p> <p>En janvier 2017, forte d'une expertise reconnue, la plateforme devient équipe mobile autisme du Doubs (EMA-25) après obtention du dossier suite à l'appel à projet de l'ARS Bourgogne Franche-Comté.</p>
<b>Objectifs de la démarche</b>	<p><b>Améliorer la qualité de l'accompagnement des bénéficiaires et de leur famille</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Développer et soutenir des modes d'accompagnement spécifiques et innovants.</li> <li>• Identifier toutes les ressources sur sites (professionnels spécialisés et services) pouvant intervenir dans l'accompagnement quel que soit l'établissement ou le service d'accueil.</li> <li>• Développer les compétences des professionnels sur site et des autres intervenants auprès de la personne</li> <li>• Animer la réflexion sur les formes de relais possibles pour les équipes, les bénéficiaires, voire les familles.</li> </ul> <p><b>Développer les compétences et les savoirs faire des professionnels afin de favoriser des modes d'accompagnement spécifiques</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Proposer des temps de sensibilisation à la connaissance de l'autisme sur les sites.</li> <li>• Apporter un appui technique et une expertise fonctionnelle des situations.</li> <li>• Mener une veille documentaire, réglementaire et législative sur l'autisme et les techniques évolutives d'accompagnement</li> </ul> <p><b>Favoriser une articulation entre les différents partenaires et les acteurs de terrain pour soutenir la continuité de l'accompagnement à tout âge</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aider à la coordination et à la mise en place d'un programme</li> </ul>

	<p>d'accompagnement adapté en lien avec les différents partenaires.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Favoriser un travail de collaboration, de partage d'information et de mise en réseaux</li> <li>• Mener des actions favorisant la continuité de l'accompagnement tout au long de la vie, notamment dans les situations de transitions, comme le passage de l'enfance à l'adolescence, ou passer du secteur enfance au secteur adulte...</li> </ul>
<p>« <b>Périmètre du dispositif</b> (à quelle population-cible ou acteurs s'adresse cette démarche ? Y a-t-il des critères d'accès définis ? une participation financière demandée ?)</p>	<p>L'équipe mobile du Doubs intervient auprès d'enfants, adolescents, adultes et personnes âgées porteurs d'autisme et autres troubles envahissants du développement, bénéficiant d'une prise en charge dans un établissement ou un service médico-social, que ce dernier bénéficie ou non d'un agrément spécifique autisme.</p> <p>Cet accompagnement « tout au long de la vie » entre dans une logique d'intervention à tout âge. Néanmoins, comme le prévoit le cahier des charges de l'ARS, en cas de besoin de prioriser ses actions, l'équipe mobile du Doubs <b>favorisera les demandes de soutien pour le secteur adulte</b> car force est de constater une carence de places dédiées pour cette tranche d'âge sur le département. Un axe prioritaire sera donc donné en direction de ce public et des équipes de terrain.</p>
<p><b>Calendrier</b> de la démarche (préparation du projet, début de son fonctionnement effectif, quelles perspectives ?)</p>	<p>Démarrage en janvier 2017.</p> <p>Fonctionnement en cours lié à une continuité des actions et interventions de la plateforme autisme de l'AHS-FC.</p> <p>Equipe composée de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 chef de projet à 0.5 ETP</li> <li>• 1 ES à 0.5 ETP</li> <li>• 2 neuropsychologues soit un 0.5 ETP</li> <li>• 1 médecin psychiatre coordinateur de soin à 0.1 ETP</li> <li>• 1 agent administratif à 0.2 ETP</li> </ul> <p>Equipe expérimentale soumise à évaluation au bout de 3 ans.</p>
<p><b>Partenaires associés</b></p>	<p>Adapei du Doubs, Camsp du Doubs, Centre Hospitalier de Novillars, CRA, ARS,</p>
<p><b>Bonnes pratiques à partager</b></p>	<p>Travaux de l'ANESM et de la HAS</p>
<p><b>Risques et difficultés rencontrées</b></p>	
<p><b>Leviers qui ont rendu possible ou facilité la démarche</b></p>	<p>La mise en place de la plateforme et le travail de partenariat déjà tissé avec plusieurs acteurs du champ de l'autisme, y compris les associations de parents.</p>
<p><b>Modalités d'évaluation</b></p>	<p>Questionnaire d'évaluation d'intervention remis aux établissements.</p>

<b>envisagées</b>	Rapport d'activité annuel avec évaluation quantitative et qualitative. Evaluation externe prévu en septembre 2019.
<b>Pour aller plus loin, qu'est ce qui aurait pu être fait autrement ?</b>	/
<b>Remarques</b>	/
<b>Combien de personnes ont pu bénéficier de cette démarche à ce jour ?</b>	Rapport d'activité 2016 de la plateforme autisme de l'AHS-FC : 56 interventions sur site secteur enfance correspondant à 17 bénéficiaires 19 interventions sur secteur adulte correspondant à 9 bénéficiaires
<b>Contact</b>	Nom de la personne ayant rempli la fiche : Menière Olga Date de remplissage : 10.01.2017 Organisme d'appartenance : AHS-FC Mail : dispositiftsa.om@ahs-fc.fr

	Fiche Q
<b>Intitulé de l'expérience</b>	<b>Equipe relais handicaps rares Nord Est</b>
<b>Territoire concerné</b>	Bourgogne-Franche-Comté et Grand Est (3 pôles territoriaux avec 3 pilotes. BFC, Alsace, Champagne Ardennes-Lorraine). 4 porteurs (spécificité régionale)
<b>Contexte de création/mise en place</b>  (à partir de quels constats ? sur l'initiative de quel acteur ?)	2 <sup>ème</sup> schéma HR 2014-2018  Initiative CNSA
<b>Objectifs de la démarche</b>	Repérage des personnes en situation de HR, les dispositifs, les ressources  Faciliter le maillage au profit des personnes concernées pour débloquer des situations (intervention ponctuelle sur sollicitation MDPH, ARS, les personnes elles-mêmes, l'entourage, les ESMS...)  + récemment suivi des situations de handicaps rares par un pôle ressource composé de gestionnaires de parcours. Dijon et Besançon)
<b>« Périmètre du dispositif</b> (à quelle population-cible ou acteurs s'adresse cette démarche ? Y a-t-il des critères d'accès définis ? une participation financière demandée ?)	Seul critère : relever d'une situation de handicaps rares
<b>Calendrier</b> de la démarche (préparation du projet, début de son fonctionnement effectif, quelles perspectives ?)	Fonctionne depuis le 1.01.15.  Fonctionnement actuel : toute demande est adressée à l'équipe relais qui étudie (pilote + médecin) l'éligibilité à la démarche. En fonction de la complexité de la situation, la réponse est apportée par le pilote ou renvoyé vers le pôle ressource (gestionnaires de parcours).
<b>Partenaires associés</b>	8 référents handicaps rares dans les MDPH (participation commissions cas critiques, GOS...),  8 référents (chargés de missions handicap) ARS (pour le repérage des ressources et la mise en œuvre de réponses adaptées pour des situations très particulières)  Filière maladies rares (Pr Faivre), centre de basse vision, CRA...
<b>Bonnes pratiques à partager</b>	Formation de salariés d'ESMS sur les situations de handicaps rares et les dispositifs intégrés : « handicaps rares : mieux connaître pour mieux accompagner » (formation UNIFAF/URIOPPS)

<b>Risques et difficultés rencontrés</b>	Toutes les ressources n'ont pas encore été identifiées sur le territoire malgré une enquête menée en 2015 (5% de réponses). Avoir pris en compte des situations de handicaps rares sans visibilité préalable des ressources sur le territoire.
<b>Leviers qui ont rendu possible ou facilité la démarche</b>	Le travail en réseau avec les autres ERHR Le groupement national de coopération handicaps rares (création d'outils, organisation de commissions...)
<b>Modalités d'évaluation envisagées</b>	Auto-évaluation à partir des rapports d'activité
<b>Pour aller plus loin, qu'est ce qui aurait pu être fait autrement ?</b>	Conventionner avec des ESMS et le secteur sanitaire pour pouvoir mobiliser des expertises (pour l'évaluation et la mise en œuvre de solutions ponctuelles) en fonction des besoins identifiés par l'équipe relais : cf modèle Rhône Alpes Conventionner avec les MDPH pour faciliter le partenariat
<b>Remarques</b>	588 situations de handicaps rares ont été déclarées en première intention en 2015 sur la région (sur les 5% d'ESMS répondants à l'enquête). Ces personnes ne sont pas en situation critique (pas de rupture de parcours pour le moment) mais nécessitent une vigilance particulière.
<b>Combien de personnes ont pu bénéficier de cette démarche à ce jour ?</b>	/
<b>Contact</b>	Nom de la personne ayant rempli la fiche : Mme Peuch Date de remplissage : 05.01.17 Organisme d'appartenance : PEP21 (pilote BFC) Mail : christine.peuch@erhr.fr

**ANNEXE 2 : LES FICHES INDIVIDUELLES / ILLUSTRATIVES**

<b>Fiche 01</b>	<b>Un exemple de PAG pour une jeune en risque de rupture du fait de l'augmentation de ses troubles et en raison de son âge</b>
<b>Éléments de description de la situation de la personne</b> (avant de bénéficier de cette démarche innovante)	<p>Cette jeune fille a 11 ans. Elle présente des troubles envahissants du développement associés à des troubles autistiques. Elle présente également des troubles sévères de la relation et du comportement associés à des angoisses envahissantes, une phobie scolaire, des troubles de l'équilibre et de la coordination.</p> <p>Les troubles, tant à l'école qu'à l'hôpital de jour sont augmentés par l'entrée dans l'adolescence et la dysrégulation émotionnelle. Concernant sa phobie scolaire, elle refuse d'entrer en classe et reste dans une salle à part avec son AVS. Depuis octobre 2015, elle n'a eu aucun contact avec ses pairs (même pas en récréation). Son comportement est également difficile pendant son accueil à l'hôpital de jour.</p> <p>Compte tenu de son âge, son accompagnement par l'hôpital de jour va cesser.</p>
<b>Solution proposée</b> (exemple de dérogation, de collaboration partenariale, etc.)	<p>Le projet est donc de mettre en place :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• une scolarisation en ULIS école à temps partiel</li> <li>• une prise en charge en IME à temps partiel,</li> <li>• une intervention d'un SESSAD</li> <li>• une intervention d'un psychologue à domicile (association spécialisée autisme)</li> </ul>
<b>Modalités de construction de la solution</b> (partenaires, financement, formation, etc.)	<p>Réunion d'un Groupe Opérationnel de Synthèse de niveau 2 (ARS, CD, MDPH, IME, SESSAD, EN, association spécialisée autisme, mère).</p> <p>Attribution d'un Crédit Non Reconductible par ARS pour permettre un accueil à l'IME à temps partiel (accueil en sureffectif, financement d'un éducateur spécialisé).</p> <p>Dérogation du Conseil Départemental pour le transport entre ULIS et l'IME</p> <p>Engagement des partenaires dans la mise en oeuvre de la réponse alternative</p>
<b>Bonnes pratiques à partager</b>	<p>Importance d'avoir tous les acteurs réunis pour co-construire la réponse.</p> <p>Importance d'avoir une adhésion de la personne et/ou de son représentant légal.</p>
<b>Participation de la personne concernée à la construction de la solution</b>	<p>Les parents ont participé à la construction de ce projet.</p> <p>Engagement des parents à leur participation sur une partie des transports.</p>
<b>Retour de la</b>	Prise en charge compliquée en ULIS avec majoration des troubles du

<p><b>personne concernée sur la solution proposée</b> (ou à défaut de son entourage ou de ses aidants professionnels actuels)</p>	<p>comportement.</p>
<p><b>Risques et difficultés rencontrées</b></p>	<p>Difficultés de coordination des différents intervenants, difficultés rencontrées en ULIS.</p> <p>Communication difficile avec les parents (se renferment face aux difficultés rencontrées).</p> <p>Manque de communication entre coordinateur de parcours et référent PAG</p> <p>Délais de signature du PAG (plus d'un mois pour avoir l'ensemble des signatures).</p>
<p><b>Leviers qui ont rendu possible ou facilité la mise en œuvre de la solution</b></p>	<p>Un réel engagement des partenaires (ARS, CD, Éducation Nationale, ESMS, association).</p> <p>Mise en œuvre du PAG sans attendre la signature de l'ensemble des partenaires (engagement verbal).</p> <p>Réunions mises en place suite à la remontée des difficultés pour réviser le PAG proposé initialement.</p> <p>Mise en place de fiches techniques sur rôle et mission du coordonnateur de parcours et référent PAG.</p>
<p><b>Pour aller plus loin, qu'est ce qui aurait pu être fait autrement ?</b></p>	<p>Prendre plus de temps pour construire une réponse.</p> <p>Proposer un accompagnement plus progressif.</p>
<p><b>Remarques</b></p>	

<p><b>Fiche 02</b></p>	<p><b>Un premier exemple de réponse conjointe MS/social et reposant sur un partenariat avec le sanitaire pour l'accueil d'un jeune en ITEP</b></p>
<p><b>Éléments de description de la situation de la personne</b> (avant de bénéficier de cette démarche innovante)</p>	<p>Il s'agit d'un jeune qui avait été confié à l'ASE en 2008. Il a été placé dans plusieurs familles d'accueil puis au sein de divers établissements de la protection de l'enfance. Ses passages à l'acte violents sur les autres jeunes voire sur des adultes ont conduit à chaque fois à des exclusions de ces établissements.</p> <p>Depuis début 2016, il a passé de nombreux jours en hospitalisation en CHS à temps plein (par défaut d'hébergement).</p>
<p><b>Solution proposée</b> (exemple de dérogation, de collaboration partenariale, etc.)</p>	<p>Une première réunion du GOS rassemblant l'EN, la MDPH, l'ARS, un ITEP, un foyer de l'enfance et un responsable ASE, a eu lieu en janvier 2016.</p> <p>Une demande d'accueil en ITEP avait été formulée mais n'avait pas pu être mise en œuvre faute de place.</p> <p>Une deuxième réunion du GOS, à l'initiative de l'ASE, rassemblant cette fois des représentants de l'ASE, une MECS, l'ITEP, le secteur de pédopsychiatrie, la MDPH et l'ARS s'est tenue en mai 2016 pour évoquer la possibilité d'une intervention conjointe de l'ITEP et de la MECS. Parallèlement, ce jeune a été priorisé pour une admission en ITEP lors de la commission d'harmonisation des admissions.</p>
<p><b>Modalités de construction de la solution</b> (partenaires, financement, formation, etc.)</p>	<p>La solution mise en œuvre est la suivante : l'ITEP l'accueille en semaine du lundi au vendredi et la MECS l'accueille du vendredi après midi à la fin du week-end.</p> <p>La pédo-psychiatrie s'est engagée à hospitaliser le jeune si de nouvelles crises surviennent.</p>
<p><b>Bonnes pratiques à partager</b></p>	<p>Engagement des différents partenaires.</p> <p>Participer aux GOS permet de faire tomber des représentations sur les différents acteurs.</p>
<p><b>Participation de la personne concernée à la construction de la solution</b></p>	<p>Non (la maman n'a plus l'autorité parentale et le jeune a été rencontré une fois le montage défini).</p>
<p><b>Retour de la personne concernée sur la solution proposée</b> (ou à défaut de son entourage ou de ses aidants professionnels actuels)</p>	<p>Il a donné son accord au projet.</p>
<p><b>Risques et difficultés rencontrés</b></p>	<p>Règles de fonctionnement différentes entre ITEP et MECS, ce qui peut amener parfois à des repères contradictoires pour le jeune.</p> <p>La distance entre les deux lieux d'accueil qui génère des coûts de transport.</p>

<b>Leviers qui ont rendu possible ou facilité la mise en œuvre de la solution</b>	<p>Le fait que chaque partenaire ait fait ce à quoi il s'était engagé (par exemple, il a bien été hospitalisé une nuit suite à une crise et l'ITEP l'a bien repris dès le lendemain conformément aux engagements pris).</p> <p>La connaissance en amont des acteurs qui vont devenir des partenaires (confiance).</p> <p>Des moyens supplémentaires (CNR) ont été accordés pour renforcer les moyens éducatifs (à l'ITEP et à la MECS) pendant 1 mois.</p>
<b>Pour aller plus loin, qu'est ce qui aurait pu être fait autrement ?</b>	<p>On aurait pu améliorer la cohérence des interventions dans le partenariat ITEP-MECS en anticipant les échanges sur les manières de procéder et en mettant en place par exemple des co-entretiens auprès du jeune.</p> <p>Construire des outils communs.</p>
<b>Remarques</b>	<p>Aujourd'hui ce jeune est accueilli dans une structure à l'étranger (démarche qui avait été engagée avant la mise en œuvre de cette solution et qui correspond à son choix). Il ne s'agit pas d'une solution par défaut et le jeune a indiqué que s'il décidait de revenir en France, il demanderait à revenir à l'ITEP.</p>

<p><b>Fiche 03</b></p>	<p><b>Un deuxième exemple de partenariat entre secteurs médico-social, social et sanitaire ayant permis l'accueil d'un jeune en IME</b></p>
<p><b>Éléments de description de la situation de la personne</b> (avant de bénéficier de cette démarche innovante)</p>	<p>Il s'agit d'un jeune de 13 ans présentant des angoisses massives. En 2010, il a été confié à une association de protection de l'enfance et placé en famille d'accueil. Parallèlement, il bénéficie d'un suivi en hôpital de jour. Depuis 2013, il détient une notification d'orientation en IME (non effective faute de place).</p> <p>Il a été scolarisé en ULIS école puis en 6<sup>ème</sup> ordinaire, à temps très partiel puis réduit à 1h30 par semaine, en EPS avec l'accompagnement d'un éducateur de la protection de l'enfance. A la rentrée de septembre 2016, il est scolarisé en 5<sup>ème</sup> toujours 1h30 par semaine mais sans accompagnement éducatif et il est toujours hébergé en famille d'accueil avec des soins en hôpital de jour.</p>
<p><b>Solution proposée</b> (exemple de dérogation, de collaboration partenariale, etc.)</p>	<p>L'association de protection de l'enfance a sollicité la MDPH pour que le cas de ce jeune soit étudié car il se désocialisait de plus en plus.</p> <p>Lors de la réunion du GOS, en septembre 2016, en présence de l'ARS, de la MDPH, des représentants de la protection de l'enfance, de l'EN, du soin et de deux directeurs d'IME, il a été réaffirmé qu'une orientation en IME serait adaptée à ses besoins.</p> <p>Les acteurs du soin (CHS) et de la protection de l'enfance se sont engagés à rester présents après l'admission en IME si l'un des deux établissements acceptait d'accueillir ce jeune.</p>
<p><b>Modalités de construction de la solution</b> (partenaires, financement, formation, etc.)</p>	<p>Une admission à temps partiel (en sur-effectif) a donc été prononcée par l'un des deux IME avec parallèlement 2 journées par semaine de soins dans un hôpital de jour et un hébergement toujours assuré en famille d'accueil.</p>
<p><b>Bonnes pratiques à partager</b></p>	<p>Un engagement de chacun des partenaires à mettre en place ce qui a été décidé dans le PAG.</p> <p>La désignation d'un coordonnateur</p> <p>L'échange d'informations entre les partenaires</p>
<p><b>Participation de la personne concernée à la construction de la solution</b></p>	<p>Pas de participation de la famille</p>
<p><b>Retour de la personne concernée sur la solution proposée</b> (ou à défaut de son entourage ou de ses aidants professionnels actuels)</p>	<p>/</p>

<b>Risques et difficultés rencontrées</b>	Aujourd'hui les frais de transport sont à la charge de l'établissement.
<b>Leviers qui ont rendu possible ou facilité la mise en œuvre de la solution</b>	<p>Le rôle de coordonnateur/interlocuteur unique joué par l'éducateur de la protection de l'enfance.</p> <p>La prise en charge financière par l'association de protection de l'enfance des transports entre la famille d'accueil et IME.</p> <p>Le maintien des soins après l'accueil en IME.</p> <p>Le lien entre l'enseignant de l'hôpital de jour et l'enseignant de l'IME.</p> <p>Construction collective des réponses à apporter ; accueil bien préparé.</p>
<b>Pour aller plus loin, qu'est ce qui aurait pu être fait autrement ?</b>	/
<b>Remarques</b>	Ce jeune avait déjà effectué un stage à l'IME. Il était donc déjà connu de l'équipe.

<p><b>Fiche 04</b></p>	<p><b>Un exemple de réponse alternative à l'accueil en FAM à la sortie d'une prise en charge à temps plein en CHS</b></p>
<p><b>Éléments de description de la situation de la personne</b> (avant de bénéficier de cette démarche innovante)</p>	<p>Il s'agit d'une jeune femme âgée aujourd'hui de 23 ans, dont le contexte familial est compliqué, qui a été accueillie durant sa minorité dans plusieurs familles d'accueil. Entre 17 et 21 ans, elle a bénéficié d'un accueil dans un CATTP puis a été hospitalisée avant de retourner vivre dans sa famille. Suite à un conflit avec cette dernière, elle a été de nouveau hospitalisée à temps plein mais dans un autre CHS.</p> <p>Elle bénéficie d'une orientation FAM mais qui n'a pas pu être mise en œuvre par manque de place. Le CHS alerte donc la MDPH, estimant que cette personne ne relève plus d'une prise en charge sanitaire à temps plein.</p>
<p><b>Solution proposée</b> (exemple de dérogation, de collaboration partenariale, etc.)</p>	<p><b>Mise en place d'un lieu d'accueil familial.</b> La situation géographique de ce lieu d'accueil familial tient compte de la proximité du CHS qui l'a suivie et d'un ESAT au cas où à terme, une mise à l'emploi serait possible.</p> <p><b>Engagement des partenaires :</b> Le CHS s'engage à poursuivre les soins. La MDPH s'engage à réunir un nouveau groupe opérationnel de synthèse à tout moment à la demande de l'une des parties au PAG. Le Conseil Départemental s'engage dans un suivi éducatif. L'accueillante familiale s'engage à héberger cette jeune femme à temps complet à son domicile.</p>
<p><b>Modalités de construction de la solution</b> (partenaires, financement, formation, etc.)</p>	<p><b>Travail partenarial lors d'une réunion d'échange</b> (pas encore configurée en GOS à l'époque) avec : l'établissement de soin, la MDPH, le représentant de la personne, le travailleur social de la cellule Accueil Familial du Département, la famille d'accueil potentielle.</p> <p>Engagement formulé dans un PAG, avec <b>identification du coordinateur de parcours</b> = curatrice de cette personne.</p>
<p><b>Bonnes pratiques à partager</b></p>	<p>/</p>
<p><b>Participation de la personne concernée à la construction de la solution</b></p>	<p>Accord de la personne pour mettre en place le plan. Personne représentée par sa curatrice</p>
<p><b>Retour de la personne</b></p>	<p>Solution envisagée acceptée par la curatrice, au regard de la situation</p>

<p><b>concernée sur la solution proposée</b> (ou à défaut de son entourage ou de ses aidants professionnels actuels)</p>	<p>compliquée de cette jeune fille avec sa famille.</p> <p>L'accueil familial semble aujourd'hui davantage correspondre à ses besoins qu'un accueil en FAM.</p>
<p><b>Risques et difficultés rencontrés</b></p>	<p>/</p>
<p><b>Leviers qui ont rendu possible ou facilité la mise en œuvre de la solution</b></p>	<p>Adhésion du secteur sanitaire, avec engagement de poursuite de soins en parallèle de la prise en charge par la famille d'accueil.</p> <p>Visite régulière du travailleur social auprès de la jeune femme dans sa famille d'accueil.</p> <p>Echange entre agents des services du Département (MDPH et Cellule Accueil Familial).</p>
<p><b>Pour aller plus loin, qu'est ce qui aurait pu être fait autrement ?</b></p>	<p>Anticiper un mode de prise en charge pendant l'hospitalisation bien en amont.</p>
<p><b>Remarques</b></p>	<p>/</p>

<p><b>Fiche 05</b></p>	<p><b>Un exemple de PAG face à une situation critique d'absence de scolarisation et de fin de prise en charge en hôpital de jour</b></p>
<p><b>Éléments de description de la situation de la personne</b> (avant de bénéficier de cette démarche innovante)</p>	<p>Il s'agit d'un jeune âgé de 12 ans, accueilli en famille d'accueil dans le cadre d'une mesure de protection de l'enfance, suivi depuis septembre 2011 par un hôpital de jour mais cette prise en charge va prendre fin car l'enfant arrive à la limite d'âge. La MDPH a été informée par l'ASE de l'absence de solution pour la rentrée scolaire 2016.</p> <p>En 2015/2016 il était scolarisé à temps partiel les matins et deux après midi par semaine avec une aide humaine individuelle de 15h par semaine.</p> <p>En août 2016, un temps de travail s'est tenu à la MDPH avec l'IEN ASH pour interroger la poursuite de la scolarisation en milieu ordinaire. Cette réflexion a abouti au constat d'une impossibilité de suivre la scolarité en ULIS Collège et le besoin d'un accueil en IME. Les parents ne souhaitent toutefois pas d'accueil en internat. L'ASE a pris contact avec les différents IME notifiés et l'enfant est inscrit sur les listes d'attente de ces établissements. Depuis la rentrée scolaire 2016, l'enfant est sans scolarisation.</p> <p>En septembre 2016, la situation de ce jeune a été évoquée lors de la commission des cas critiques organisée par la MDPH en présence de l'EN, de l'ARS et des associations gestionnaires. Il a été alors proposé deux IME pouvant l'accueillir.</p>
<p><b>Solution proposée</b> (exemple de dérogation, de collaboration partenariale, etc.)</p>	<p>Dans le cadre de ce PAG élaboré en décembre 2016, un IME s'engage à accueillir ce jeune (à partir de janvier 2017) sur la journée, à temps partiel à condition du maintien de la prise en charge des soins par le centre de guidance infantile d'un CHS pendant la période d'évaluation.</p>
<p><b>Modalités de construction de la solution</b> (partenaires, financement, formation, etc.)</p>	<p>Accueil en surnombre pour l'IME.</p> <p>Engagement de l'ASE à financer les transports de la famille d'accueil à l'IME car le circuit de taxi concerné assuré par l'IME est complet, (actuellement non effectif : c'est la famille d'accueil qui assure les transports jusqu'à l'IME. En revanche, les transports vers le centre de guidance infantile sont assurés par l'ASE).</p> <p>Le coordonnateur de parcours désigné pour ce PAG est la référente ASE de ce jeune.</p>
<p><b>Bonnes pratiques à partager</b></p>	<p>Anticiper les ruptures de parcours en travaillant en amont avec la MDPH, l'ARS...</p> <p>Participation de tous les acteurs lors de l'élaboration du PAG sans oublier l'EN, le secteur pédopsychiatrique et l'ASE si le jeune est confié.</p>
<p><b>Participation de la personne concernée à la construction de la solution</b></p>	<p>La personne et ses représentants ont été associés à la préparation du projet d'accueil.</p> <p>A l'issue du GOS 1 : présentation du projet d'accueil uniquement au service de l'ASE, la famille d'accueil et le jeune. Pas de rencontre avec les parents.</p>

<p><b>Retour de la personne concernée sur la solution proposée</b> (ou à défaut de son entourage ou de ses aidants professionnels actuels)</p>	<p>Le jeune manifeste un intérêt positif pour l'accueil proposé.</p>
<p><b>Risques et difficultés rencontrés</b></p>	<p>Le suivi du PAG et des mesures préconisées : il faut veiller à ce que le PAG s'inscrive dans le cadre du projet d'accompagnement pour l'enfant en lien avec le service gardien et le secteur de la pédopsychiatrie. L'IME n'est pas un lieu de soins psychiatriques ni un lieu de placement, il contribue à apporter au jeune orienté par la CDAPH à construire son parcours scolaire et d'autonomisation</p> <p>La complexité de l'accueil en termes d'accompagnement sur le plan psychique et articulation avec la pédopsychiatrie</p>
<p><b>Leviers qui ont rendu possible ou facilité la mise en œuvre de la solution</b></p>	<p>La possibilité de proposer une évaluation des besoins de la personne et un accueil partiel dans un premier temps, sans engagement à long terme compte tenu du sureffectif de l'établissement.</p> <p>La réunion GOS de décembre, coordonnée entre la MDPH et l'association gestionnaire de l'IME a contribué à apporter une réponse accompagnée dans un contexte préoccupant pour un jeune de -16 ans déscolarisé depuis la rentrée.</p>
<p><b>Pour aller plus loin, qu'est ce qui aurait pu être fait autrement ?</b></p>	<p>La réunion GOS de décembre 2016 n'a pas réuni tous les opérateurs susceptibles d'accueillir la personne (au motif qu'une réunion précédente avait avec ces acteurs avait déjà eu lieu en septembre 2016).</p> <p>L'évaluation des besoins en lien avec les prestations possiblement offertes pourrait permettre d'affiner les besoins en termes de moyens.</p>
<p><b>Remarques</b></p>	<p>L'élaboration de ce PAG dans le cadre de la réponse accompagnée était une première expérimentation portée avec la MDPH. Nous devons veiller à anticiper les ruptures dans les parcours des jeunes et à solliciter les équipes de la MDPH et l'ARS pour contribuer avec les autres partenaires gestionnaires d'ESMS à apporter des réponses adaptées aux situations-problèmes.</p>

<p><b>Fiche 06</b></p>	<p><b>Un exemple de GOS face à une situation de rupture</b></p>
<p><b>Éléments de description de la situation de la personne</b> (avant de bénéficier de cette démarche innovante)</p>	<p>Il s'agit d'une jeune fille âgée de 14 ans, présentant un retard psychomoteur et une diminution de l'acuité visuelle. Elle est dépendante pour tous les actes de la vie quotidienne. Elle manifeste son mécontentement par des cris et a développé des TOC.</p> <p>Elle a été accueillie dans un IME jusqu'à ses 12 ans, âge limite fixé dans l'autorisation de cet établissement. Comme l'internat n'était pas souhaité par les parents et que le médecin a fait état de son inaptitude à l'internat, une prise en charge au sein d'un IME dans un pays voisin (proche du domicile des parents) a été notifiée, où elle est actuellement accueillie.</p> <p>Le financement de cet établissement se fait par dérogation sur les réserves de la CPAM au niveau du fonds de compensation mais cette prise en charge financière devait s'arrêter fin janvier 2017. La famille souhaite pourtant que leur fille reste dans cet IME.</p>
<p><b>Solution proposée</b> (exemple de dérogation, de collaboration partenariale, etc.)</p>	<p>Dans le cadre de cette réunion du GOS sont proposées 4 solutions :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• un établissement pour jeunes polyhandicapés en semi-internat avec transport assuré par ce dernier</li> <li>• un IME en internat aménagé avec transport le lundi matin, internat le lundi et retour à domicile le mardi soir, jeudi transport A/R. Le transport serait assuré par l'établissement</li> <li>• un autre IME en semi-internat, transport également assuré par l'établissement mais ce dernier ne dispose pas d'une section pour adolescent</li> <li>• le maintien dans l'IME situé dans le pays voisin mais avec un reste à charge de 138 € par jour pour la famille. Les transports seraient pris en charge dans les mêmes conditions qu'actuellement.</li> </ul>
<p><b>Modalités de construction de la solution</b> (partenaires, financement, formation, etc.)</p>	<p>Réunion du GOS avec l'ARS, la CPAM, la MDPH (assistante sociale, responsable instruction et chargée de projet RAPT) et deux organismes gestionnaires d'établissements pour enfants.</p> <p>Un 2<sup>ème</sup> GOS est réuni en décembre pour présenter les solutions aux parents, en présence de ces derniers, de l'ARS, de la CPAM, de la MDPH et des deux organismes gestionnaires.</p>
<p><b>Bonnes pratiques à partager</b></p>	<p>Anticipation de la recherche de solution avant la fin de l'orientation.</p>
<p><b>Participation de la personne concernée à la construction de la solution</b></p>	<p>La famille a exprimé ses souhaits.</p>

<p><b>Retour de la personne concernée sur la solution proposée</b> (ou à défaut de son entourage ou de ses aidants professionnels actuels)</p>	<p>Face aux 4 possibilités proposées, la famille accepterait un accueil dans un établissement en France à condition qu'il soit dans une même proximité géographique et avec un niveau de prestations équivalent à celui apporté par l'établissement actuel.</p>
<p><b>Risques et difficultés rencontrés</b></p>	<p>Les solutions proposées en France sont plus onéreuses que le maintien dans l'établissement étranger.</p> <p>Jeu d'acteurs entre les ESMS et les financeurs pendant le GOS avec présence de la famille : les solutions proposées ont été rediscutées devant la famille alors que le 2<sup>ème</sup> GOS était réservé à la présentation des solutions à la famille.</p>
<p><b>Leviers qui ont rendu possible ou facilité la mise en œuvre de la solution</b></p>	<p>Pour permettre de poursuivre l'accueil de la jeune fille dans l'établissement situé dans le pays limitrophe, les instances de ce dernier ont réduit le prix de journée dans l'établissement au prix de journée français pour éviter un reste à charge à régler par les parents.</p>
<p><b>Pour aller plus loin, qu'est ce qui aurait pu être fait autrement ?</b></p>	<p>Une dérogation d'âge sur l'établissement d'accueil avec aménagement des locaux et de l'équipement aurait évité le départ à l'étranger il y a 1 an.</p>
<p><b>Remarques</b></p>	<p>L'orientation de la jeune fille dans l'établissement étranger a été renouvelée pour 4 ans.</p>

<b>Fiche 07</b>	<b>Un exemple de création temporaire d'une place supplémentaire en MAS pour répondre à une situation de cas critique</b>
<b>Éléments de description de la situation de la personne</b> (avant de bénéficier de cette démarche innovante)	<p>Le médecin de la MDPH interpelle la Directrice d'une MAS à propos d'une personne de 34 ans, très lourdement handicapée, ayant des séquelles liées à un AVC. Elle est en rééducation depuis 15 mois et placée provisoirement en accueil familial. Elle relève d'une orientation en MAS (état de polyhandicap acquis), mais il n'y aura pas de place avant de longues années.</p> <p>Elle n'a pas de domicile personnel ni aucune solution familiale.</p>
<b>Solution proposée</b> (exemple de dérogation, de collaboration partenariale, etc.)	<p>Essai de séjour temporaire de 2 semaines dans une MAS pour permettre un répit à l'accueillante.</p> <p>Si poursuite de l'accueil temporaire, que devient l'accueillante familiale ?</p> <p>Aide sociale, décision d'orientation en MAS, PCH</p>
<b>Modalités de construction de la solution</b> (partenaires, financement, formation, etc.)	<p>Poursuite de l'accueil temporaire dans une MAS spécialisée au handicap de la personne.</p> <p>Visite d'une autre MAS, dans un département limitrophe, où il y aurait peut-être une place.</p> <p>Les deux directrices se concertent souvent et concluent que la place de cette dame est dans la MAS où elle a été accueillie temporairement car celle-ci serait mieux à même de répondre aux besoins spécifiques de cette personne.</p>
<b>Bonnes pratiques à partager</b>	<p>L'ARS décide de créer alors une 37<sup>ème</sup> place « situation critique ». La jeune femme l'occupera en attente d'intégrer la MAS définitivement. Tous les partenaires ont « joué le jeu » mais cela a pris 1 an. Actuellement, elle est toujours sur cette place.</p>
<b>Participation de la personne concernée à la construction de la solution</b>	<p>Oui, tout au long des procédures.</p> <p>La MDPH a porté ce dossier ainsi que la directrice de la MAS où la place a été créée.</p>
<b>Retour de la personne concernée sur la solution proposée</b> (ou à défaut de son entourage ou de ses aidants professionnels actuels)	<p>Elle est très satisfaite et s'est parfaitement intégrée. Elle a fait de gros progrès.</p>
<b>Risques et difficultés rencontrés</b>	<p>Le temps qui passe et les nombreuses rencontres qu'il a fallu organiser pour aboutir (délai d'attente de 7 à 10 ans pour intégrer une MAS)</p>

<b>Leviers qui ont rendu possible ou facilité la mise en œuvre de la solution</b>	Au terme de l'accueil temporaire de 90 jours prolongé, il fallait trouver une solution quasi immédiate. L'ARS a finalement accepté le financement d'une place supplémentaire.
<b>Pour aller plus loin, qu'est ce qui aurait pu être fait autrement ?</b>	/
<b>Remarques</b>	

Fiche 08	Un exemple de double orientation IME/SESSAD
<p><b>Éléments de description de la situation de la personne</b> (avant de bénéficier de cette démarche innovante)</p>	<p>Enfant autiste de 6 ans, sortant d'UEM, orientée en IME spécifique Autisme/TED et en attente de prise en charge en hôpital de jour, en parallèle.</p> <p>Collectivité impossible à supporter pour l'enfant : réactions violentes, mise en danger du groupe, troubles du comportement en augmentation, prise en charge devenue impossible et enfant refusant l'IME.</p> <p>Risque majeur de rupture de l'accompagnement et de rupture du lien avec la famille si aucune solution envisagée.</p>
<p><b>Solution proposée</b> (exemple de dérogation, de collaboration partenariale, etc.)</p>	<p>Double notification IME / SESSAD autisme : continuité du travail sur la collectivité + accompagnement en individuel + soutien à la famille + scolarisation en individuel.</p>
<p><b>Modalités de construction de la solution</b> (partenaires, financement, formation, etc.)</p>	<p>Rencontre avec la MDPH pour évoquer la situation et proposition de solution.</p> <p>Rencontre avec la famille pour présenter la solution possible pour répondre au mieux aux besoins de leur enfant.</p> <p>Pas de financement ou de formation supplémentaire à effectuer.</p>
<p><b>Bonnes pratiques à partager</b></p>	<p>Coordination entre les services avec échanges des pratiques et des compétences.</p>
<p><b>Participation de la personne concernée à la construction de la solution</b></p>	<p>Prise en compte des attentes de la famille par rapport aux besoins de leur enfant.</p> <p>Présentation du nouveau cadre de prise en charge possible et validation des parents.</p>
<p><b>Retour de la personne concernée sur la solution proposée</b> (ou à défaut de son entourage ou de ses aidants professionnels actuels)</p>	<p>Enfant qui se pose plus, qui arrive à être dans le collectif d'une manière différente et adaptée.</p> <p>Les parents constatent une enfant moins angoissée malgré le manque, encore actuel, de la prise en charge en hôpital de jour.</p>
<p><b>Risques et difficultés rencontrés</b></p>	<p>/</p>
<p><b>Leviers qui ont rendu possible ou facilité la mise en œuvre de la solution</b></p>	<p>Confiance de la famille envers les professionnels du secteur enfance et adolescence de l'OG.</p>

<b>Pour aller plus loin, qu'est ce qui aurait pu être fait autrement ?</b>	Travail plus global en amont avec l'UEM pour une évaluation plus claire des besoins de l'enfant, avec une double notification IME/SESSAD d'emblée.
<b>Remarques</b>	/

<b>Fiche 09</b>	<b>Exemple de dérogation de catégorie de public/autorisation pour un accueil en CME</b>
<b>Éléments de description de la situation de la personne</b> (avant de bénéficier de cette démarche innovante)	<p>Arrivée dans la région d'un enfant de 8 ans et sa famille.</p> <p>L'enfant est atteint d'une maladie évolutive et le contexte familial est compliqué (couple parental séparé, 2 enfants au domicile de la maman) avec besoin d'étayage.</p> <p>Accueil de l'enfant au CME sur sollicitation de l'ARS de Bourgogne et de la MDPH en raison d'un caractère jugé urgent au regard du contexte familial (la situation était passée en commission cas critique dans son département d'origine).</p>
<b>Solution proposée</b> (exemple de dérogation, de collaboration partenariale, etc.)	<p>Dans le contexte, la dérogation concerne un enfant de 8 ans, bénéficiant d'une compréhension supérieure aux autres enfants accueillis au CME, et d'une pathologie ne relevant pas de l'agrément du CME (myopathie).</p> <p>La famille habite à 60 km de l'établissement (hors périmètre de ramassage de l'établissement), l'enfant est interne la semaine, il rentre tous les week-ends chez sa maman.</p>
<b>Modalités de construction de la solution</b> (partenaires, financement, formation, etc.)	<p>Réunion à la MDPH avec l'ARS, d'autres EMS et l'ASE en mars 2016 concernant la situation de l'enfant : présentation de la situation.</p> <p>Evaluation en interne sur les possibilités d'accueil de l'enfant.</p> <p>Rencontre de la famille avec le Directeur de l'établissement.</p> <p>Admission de l'enfant en avril 2016.</p> <p>Visite à domicile de l'assistante sociale pour l'évaluation sociale.</p> <p>Visite à domicile de l'assistante sociale et de l'ergo pour l'évaluation du logement.</p> <p>L'établissement dédommage la famille pour ses trajets (4 allers/retours par semaine) à hauteur du barème de la CPAM, en commun accord avec cette dernière qui assure le transport.</p>
<b>Bonnes pratiques à partager</b>	<p>Partage des informations avec le corps médical.</p> <p>Associer la famille.</p>
<b>Participation de la personne concernée à la construction de la solution</b>	<p>La famille a participé à la construction de la solution</p>
<b>Retour de la personne concernée sur la solution proposée</b>	<p>/</p>

<p><b>Risques et difficultés rencontrées</b></p>	<p>Enfant bénéficiant d'une bonne compréhension dont les échanges sur le groupe se font essentiellement avec les professionnels et non pas avec les enfants de son groupe, qui n'ont pas l'accès à la communication orale par conséquent, il bénéficie d'un temps pédagogique inférieur à son potentiel.</p> <p>Peu d'échanges avec les services de l'ASE qui sont trop éloignés géographiquement.</p> <p>Cette situation qui devait être transitoire pour permettre une réponse partielle face à une situation d'urgence, dure dans le temps (cela fait plus de 9 mois) en raison d'une difficulté à trouver un établissement spécialisé dans l'accompagnement de personnes myopathes.</p>
<p><b>Leviers qui ont rendu possible ou facilité la mise en œuvre de la solution</b></p>	<p>Adaptation des professionnels et de l'encadrement pour rendre possible l'accueil de l'enfant au CME (dégagement de temps supplémentaire pour du temps classe et pour développer des relations duelles enfant/professionnels répondant à ses capacités intellectuelles).</p>
<p><b>Pour aller plus loin, qu'est ce qui aurait pu être fait autrement ?</b></p>	<p>Permettre au jeune d'être accueilli dans un établissement (type IEM) adapté à ses besoins.</p>
<p><b>Remarques</b></p>	<p>/</p>

<b>Fiche 10</b>	<b>Exemple 1 de dérogation d'âge/autorisation pour un accueil en MAS</b>
<b>Eléments de description de la situation de la personne</b> (avant de bénéficier de cette démarche innovante)	<p>Il s'agit d'un jeune homme de 19 ans au moment de son admission à la MAS.</p> <p>Il était auparavant accueilli en IME mais les retours chez sa maman (pendant les périodes de fermeture de l'IME) étaient compliqués, du fait de son comportement mais également du contexte familial.</p> <p>La MAS a donc été sollicitée pour un accueil en urgence (mais pas dans le cadre d'une commission cas critique ni d'un PAG).</p>
<b>Solution proposée</b> (exemple de dérogation, de collaboration partenariale, etc.)	<p>Dans un premier temps, un accueil temporaire au FAM lui a été proposé pendant la fermeture de l'IME durant les fêtes de fin d'année.</p> <p>Dans un second temps, à la suite du décès d'un résident de la MAS, il a été admis en MAS avec une dérogation d'âge, en accord avec l'ARS.</p>
<b>Modalités de construction de la solution</b> (partenaires, financement, formation, etc.)	<p>Transmission d'informations entre professionnels (IME/MAS).</p> <p>Constitution du dossier MDPH pour l'orientation en MAS et l'attribution de l'AAH mais malgré une notification MDPH pour une AAH, la CAF a refusé de verser celle-ci sous dérogation d'âge.</p>
<b>Bonnes pratiques à partager</b>	/
<b>Participation de la personne concernée à la construction de la solution</b>	Participation de la personne aux diverses réunions, visite de l'établissement (FAM et MAS), bilan d'observations des 3 mois d'accueil, synthèse/projet
<b>Retour de la personne concernée sur la solution proposée</b>	Association systématique de la maman aux différentes réunions et prise de décision.
<b>Risques et difficultés rencontrés</b>	Décalage de potentiel entre la personne concernée et les autres résidents, d'où mise en place d'essais dans un foyer de vie afin d'évaluer quel établissement conviendrait le mieux à la personne.
<b>Leviers qui ont rendu possible ou facilité la mise en œuvre de la solution</b>	<p>Echanges entre les établissements (IME / FAM / MAS), mise en place d'essais.</p> <p>Accueil temporaire activé pour le séjour au FAM avant l'admission en MAS.</p> <p>Adaptation des professionnels et de l'établissement aux besoins de la personne (au regard notamment de ses capacités supérieures à celles de la population habituellement accueillie).</p>

<b>Pour aller plus loin, qu'est ce qui aurait pu être fait autrement ?</b>	Il aurait été souhaitable de pouvoir mettre en place différents essais dans plusieurs types d'établissements (foyer de vie, FAM/MAS) afin de déterminer dès le départ de l'IME quel type d'établissement pouvait répondait au mieux aux besoins de la personne.
<b>Remarques</b>	Il importe de pouvoir anticiper sur les orientations et il serait nécessaire que la CAF puisse adopter une « flexibilité individuelle » sur les situations particulières (pour le versement de l'AAH).

<b>Fiche 11</b>	<b>Exemple 2 de dérogation d'âge/autorisation pour un accueil en MAS</b>
<b>Éléments de description de la situation de la personne</b> (avant de bénéficier de cette démarche innovante)	<p>Il s'agit d'un jeune homme autiste âgé de 19 ans au moment de son admission à la MAS.</p> <p>Auparavant il était interne en IME, mais l'établissement a été contraint de fermer définitivement son internat.</p> <p>Or, ce jeune ne pouvait être accueilli en semaine par ses parents, travailleurs en ESAT, dans la mesure où les retours en week-end étaient déjà compliqués voire impossibles.</p>
<b>Solution proposée</b> (exemple de dérogation, de collaboration partenariale, etc.)	Admission de la personne à la MAS, <b>sous dérogation d'âge</b> et du nombre de résidents, sur injonction de la délégation ARS territoriale.
<b>Modalités de construction de la solution</b> (partenaires, financement, formation, etc.)	<p>Constitution du dossier MDPH pour l'orientation en MAS et l'attribution de l'AAH. Mais malgré la notification MDPH pour une AAH, la CAF refuse d'accorder une dérogation d'attribution de cette AAH en raison de l'âge du jeune</p> <p>Participation de la famille accompagnée de l'assistante sociale du secteur au projet d'admission à la MAS.</p>
<b>Bonnes pratiques à partager</b>	/
<b>Participation de la personne concernée à la construction de la solution</b>	<p>Elaboration des modalités de l'accueil (visite de la MAS) avec la famille et la personne concernée.</p> <p>Invitation systématique des parents aux diverses réunions (bilan d'observations des 3 mois, synthèse/projet).</p>
<b>Retour de la personne concernée sur la solution proposée</b> (ou à défaut de son entourage ou de ses aidants professionnels actuels)	Echanges entre le papa et les professionnels de l'espace de vie de la MAS lorsqu'il vient rechercher son fils 1 fois par mois.
<b>Risques et difficultés rencontrés</b>	Pas d'attribution de l'AAH avant 20 ans malgré la notification d'attribution d'où une participation aux frais de séjour qui ne peut être solvabilisée par ce moyen.

<b>Leviers qui ont rendu possible ou facilité la mise en œuvre de la solution</b>	<p>Ce jeune était déjà connu des professionnels de la MAS car il avait été accueilli au CME géré par la même association avant d'être réorienté vers l'IME.</p> <p>Adaptation des professionnels de la MAS aux besoins de la personne concernée (travailler sur son positionnement en tant qu'adulte, assurer une prise en charge sur des temps plus individualisés dans un premier temps).</p>
<b>Pour aller plus loin, qu'est ce qui aurait pu être fait autrement ?</b>	/
<b>Remarques</b>	/

<p><b>Fiche 12</b></p>	<p><b>Un exemple d'attribution de moyens supplémentaires pour l'accueil d'un enfant autiste en IME après une PEC sanitaire et dont la situation était devenue préoccupante</b></p>
<p><b>Éléments de description de la situation de la personne</b> (avant de bénéficier de cette démarche innovante)</p>	<p>Il s'agit d'une enfant atteinte d'un autisme de Kanner.</p> <p>2014 :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• prise en charge en hôpital de jour 4 fois par semaine et en CATTP 2 fois par semaine</li> <li>• un peu d'accueil dans une halte garderie spécialisée, accueillant des enfants avec une déficience sensorielle, intellectuelle ou motrice</li> <li>• interventions à domicile d'une association spécialisée dans l'autisme</li> </ul> <p>Mais à la suite d'une dégradation sévère comportementale, réduction de ses prises en charge en pédopsychiatrie (2h en tout par semaine).</p> <p>Cette prise en charge ne suffisant pas à répondre à ses besoins + le refus de la mère qu'un traitement médicamenteux soit administré à sa fille, a conduit l'équipe médicale pédopsychiatrique du Centre hospitalier à alerter l'ARS pour situation préoccupante d'autant que sa mère était très démunie et en souffrance dans l'accompagnement de sa fille.</p>
<p><b>Solution proposée</b> (exemple de dérogation, de collaboration partenariale, etc.)</p>	<p>Orientation sur un IME pour un accompagnement global en situation d'urgence</p> <p>Accueil dans un IME pour autistes et autres TED (en sur effectif).</p>
<p><b>Modalités de construction de la solution</b> (partenaires, financement, formation, etc.)</p>	<p>Recueil de renseignements et échange avec l'équipe de l'hôpital de jour et l'équipe de l'IME.</p> <p>Rencontre avec l'enfant et sa mère.</p> <p>Demande d'aide financière (CNR).</p> <p>Recrutement d'éducateurs (2 professionnels pour l'accompagnement).</p>
<p><b>Bonnes pratiques à partager</b></p>	<p>Préparation de l'accueil (aménagement d'un lieu).</p> <p>Echange et visite de l'établissement avec l'enfant et sa mère.</p> <p>Accueil progressif, observations, évaluations, constructions d'outils.</p> <p>L'équipe de direction en soutien de l'équipe éducative, non seulement pour l'enfant en situation mais aussi pour l'accompagnement des autres enfants de l'IME.</p>
<p><b>Participation de la personne concernée à la construction de la solution</b></p>	<p>Alliance avec la mère (qui a fini par accepter un traitement médicamenteux pour sa fille).</p>

<p><b>Retour de la personne concernée sur la solution proposée</b> (ou à défaut de son entourage ou de ses aidants professionnels actuels)</p>	<p>Accompagnement individuel par 2 professionnels pendant 6 mois a permis une prestation de qualité et avoir un accompagnement global avec un accueil à temps plein du lundi ou vendredi.</p> <p>L'enfant a trouvé une certaine stabilité et est un processus d'apprentissage.</p> <p>Solution de répit pour sa mère et son frère.</p>
<p><b>Risques et difficultés rencontrés</b></p>	<p>Difficultés par la présence de troubles importants du comportement.</p> <p>Convaincre les équipes pour accepter un nouvel enfant en plus.</p> <p>Risques psycho-sociaux et de maltraitance.</p>
<p><b>Leviers qui ont rendu possible ou facilité la mise en œuvre de la solution</b></p>	<p>Approche soignante acceptée par la mère, traitement neurologique mis en place.</p> <p>Accompagnement individualisé, mise en place des outils et méthodes spécifiques pour l'accompagnement atteint de TED.</p>
<p><b>Pour aller plus loin, qu'est ce qui aurait pu être fait autrement ?</b></p>	<p>Etre présent, en amont, lors des échanges dans des commissions cas critiques plutôt que de devoir accepter une admission imposée par l'ARS.</p> <p>Faire appel à d'autres professionnels spécialisés (par exemple association ABA, professionnels de santé, superviseurs ...) pour pouvoir croiser les regards.</p>
<p><b>Remarques</b></p>	<p>Pouvoir renouveler la demande financière (CNR) si besoin (par exemple aggravation ponctuelle des troubles).</p>

<b>Fiche 13</b>	<b>Intervention d'un service d'aide à domicile au sein d'un foyer de vie</b>
<b>Éléments de description de la situation de la personne</b> (avant de bénéficier de cette démarche innovante)	Il s'agit d'un homme qui n'est pas autonome dans les actes essentiels de la vie quotidienne. Il a besoin d'un accompagnement dans tous les gestes relatifs à la toilette, à l'habillage, et à l'alimentation. Il peut chuter régulièrement car il est exposé à des pertes d'équilibre, par conséquent, il est nécessaire qu'il soit accompagné au bras dans ses déplacements. La médicalisation de cette situation nécessite une vigilance de tout instant et un accompagnement individuel.
<b>Solution proposée</b> (exemple de dérogation, de collaboration partenariale, etc.)	PCH aide humaine de 35h/mois afin de l'accompagner dans les actes relatifs à la toilette, à l'habillage, ainsi qu'un temps de sortie extérieure personnalisée.
<b>Modalités de construction de la solution</b> (partenaires, financement, formation, etc.)	Diagnostic des besoins réalisé par l'équipe pluridisciplinaire du foyer. Compte rendu de ses besoins rapporté à la tutelle. Rapport de besoins réalisé par la tutelle et adressé à la MDPH.
<b>Bonnes pratiques à partager</b>	Réaliser le diagnostic des besoins avec l'équipe pluridisciplinaire. Bien distinguer les tâches qui incombent au prestataire de service et celles qui incombent à l'équipe éducative, par l'intermédiaire d'un protocole d'accompagnement. Prendre le temps de l'élaboration, de la mise en œuvre et de l'évaluation.
<b>Participation de la personne concernée à la construction de la solution</b>	Participation du résident aux trois entretiens (avec la tutelle ; avec la MDPH ; avec le prestataire de service).
<b>Retour de la personne concernée sur la solution proposée</b> (ou à défaut de son entourage ou de ses aidants professionnels actuels)	Le résident se dit favorable à l'intervention du prestataire de service.  La démarche doit finalement aboutir courant janvier par conséquent nous ne pouvons faire de retour à ce jour.
<b>Risques et difficultés rencontrés</b>	Aucune pour l'heure
<b>Leviers qui ont rendu possible ou facilité la mise en œuvre de la solution</b>	Avoir un interlocuteur direct à la MDPH
<b>Pour aller plus loin, qu'est ce qui aurait pu</b>	/

<b>être fait autrement ?</b>	
<b>Remarques</b>	/

<p><b>Fiche 14</b></p>	<p><b>Exemple d'intervention d'un service mobile de coordination des soins au sein d'un foyer de vie</b></p>
<p><b>Eléments de description de la situation de la personne</b> (avant de bénéficier de cette démarche innovante)</p>	<p>Demande d'inclusion de la personne concernée, transmise par le chef de service d'un foyer, donnant des renseignements destinés au service mobile.</p> <p>Il s'agit d'une personne âgée de 67 ans, avec un handicap mental, vivant en foyer de vie non médicalisé.</p> <p>Problématique exprimée : préparation et coordination du retour d'hospitalisation suite à une chute, accompagnement de l'équipe de professionnels du foyer et de la résidente, sensibilisation sur les facteurs de risque de la chute</p>
<p><b>Solution proposée</b> (exemple de dérogation, de collaboration partenariale, etc.)</p>	<p><b>Volet en coordination :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Organisation et coordination du retour d'hospitalisation en lien avec l'équipe médicale hospitalière,</li> <li>• Relais des préconisations au foyer,</li> <li>• Recherche d'un kinésithérapeute intervenant à domicile,</li> <li>• Conseils sur les rendez-vous médicaux à prendre (Médecin Traitant...),</li> <li>• Anticipation et suivi régulier lors de la rééducation,</li> <li>• Intervention dans la prise de rendez-vous si difficultés rencontrées pour les délais de prise en charge,</li> <li>• Le dossier reste ouvert si le foyer signale tout nouvel évènement concernant la résidente,</li> <li>• Evaluation à + 3 mois</li> </ul> <p><b>Volet en ergothérapie :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluation de la situation,</li> <li>• Identification des besoins,</li> <li>• Actions à mener,</li> <li>• Réévaluation et suivi.</li> </ul> <p><b>Volet en prévention santé :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sensibilisation sur la prévention de la chute,</li> <li>• Mise en place d'un atelier « Relevé du sol ».</li> </ul>
<p><b>Modalités de construction de la solution</b> (partenaires, financement, formation, etc.)</p>	<p><b>Volet coordination :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Réunion de coordination organisée en amont avec les différents acteurs (personnels du foyer et intervenants santé extérieurs) afin d'avoir une vision globale de la personne.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"><li>• Coordination du retour d'hospitalisation de la personne en foyer en collaboration avec l'équipe médicale (médecins et cadre de santé) de l'établissement hospitalier de manière à recueillir les préconisations et d'anticiper et de faciliter le retour sur le foyer.</li><li>• Aide à l'organisation pour l'intervention d'un kinésithérapeute au foyer de vie.</li><li>• Relais des informations collectées au chef de service et à l'équipe du foyer pour la prise en charge des actes de la vie quotidienne,</li><li>• Anticipation des rendez-vous médicaux pour le suivi de cette personne, point fait toutes les deux semaines.</li><li>• Nouvelle sollicitation du foyer : malgré la prise en charge du kinésithérapeute, la résidente chute à nouveau et est très anxieuse : mise en place de l'intervention de l'ergothérapeute + organisation d'une seconde réunion de coordination.</li></ul> <p><b>Volet en ergothérapie :</b></p> <p><i>Evaluation de la situation:</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Evaluation du cadre de vie (environnement humain, architectural et matériel) du résident</li><li>• Evaluation des capacités fonctionnelles du résident (bilan équilibre, des praxies, etc...)</li><li>• Mises en situation dans tous les actes de vie quotidienne (actes de la vie essentiels et instrumentaux)</li></ul> <p><i>Identification des besoins:</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• En solutions techniques,</li><li>• En aménagement (aides techniques, aides humaines),</li><li>• En modifications architecturales (accessibilité).</li></ul> <p><i>Actions menées:</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Apport de conseils techniques et de stratégies auprès de l'équipe et du résident,</li><li>• Accompagnement vers l'acquisition d'aides techniques adaptées aux problématiques et besoins du résident,</li><li>• Aboutissement vers l'acceptation des solutions techniques, aides techniques et modifications architecturales dans le quotidien des équipes et du résident.</li><li>• Accès du résident à un programme de prévention sur l'extérieur du foyer : inscription au module équilibre du programme santé sénior (étant à la base destiné à la personne de plus de 60 ans vivant à domicile).</li></ul> <p>Les activités de ce module correspondaient à des objectifs fixés pour la résidente : stimulation par le groupe, travail de l'équilibre à travers des parcours constitués par une animatrice-ergothérapeute... Nous ne savons pas encore si les séances de ce module seront tenues dans la durée puisque c'est une action en cours. Il faut tenir compte du contexte également à savoir si l'animatrice ergothérapeute pourra adapter ses séances avec la présence de cette résidente.</p> <p><b>Volet en prévention santé :</b> la problématique des chutes étant commune à tous les foyers qui demandaient à être sensibilisés sur ce thème, le</p>
--	---

	<p>service a construit une sensibilisation théorique à destination des professionnels puis un atelier « relevé du sol », ce qui permet de travailler l'aspect pratique, à destination des résidents et des professionnels.</p>
<b>Bonnes pratiques à partager</b>	<p>Concertation en équipe, lien avec les différents partenaires intervenant autour du parcours de santé de la résidente, réflexion conjointe.</p>
<b>Participation de la personne concernée à la construction de la solution</b>	<p>Prise en compte du projet personnalisé de la résidente selon la problématique.</p> <p>Construction des préconisations de façon à ce que la résidente puisse être actrice, en fonction des ses compétences et de son niveau d'autonomie.</p> <p>Présentation et explication du rôle du service mobile à la résidente, des différentes étapes d'intervention.</p> <p>Travail privilégié entre la résidente et l'ergothérapeute sur l'intégration des positions sécuritaires, sur l'appréhension pour réduire le syndrome post-chute.</p>
<b>Retour de la personne concernée sur la solution proposée</b>	<p>Difficile à déterminer au vu du handicap mental. La prise en charge n'est pas terminée, une évaluation de celle-ci par le service mobile sera menée par le biais d'un questionnaire de satisfaction, un autre sera également à destination de l'équipe du foyer.</p>
<b>Risques et difficultés rencontrées</b>	<p>Travailler avec le Médecin traitant, rendre possible l'accès à des programmes en santé qui ne sont pas à la base à destination du public des personnes en situation de handicap,</p> <p>Faire le lien entre les préconisations des partenaires médicaux et/ou paramédicaux et les réalités/possibilités de mise oeuvre du foyer,</p> <p>Harmoniser le discours entre le médical et le médico-social,</p> <p>Une méconnaissance des facteurs risques de la chute par les équipes du foyer donc des incompréhensions face aux préconisations de l'ergothérapeute.</p>
<b>Leviers qui ont rendu possible ou facilité la mise en œuvre de la solution</b>	<p>Bonne coopération des équipes du foyer, de la résidente et des équipes médicales hospitalières. Concernant l'équipe du foyer, il y a une volonté de changement, une remise en question des pratiques, une ouverture d'esprit renforcée par le travail avec les partenaires extérieurs.</p>
<b>Pour aller plus loin, qu'est ce qui aurait pu être fait autrement ?</b>	<p>Difficile à déterminer car prise en charge non clôturée et non évaluée à ce jour.</p>
<b>Remarques</b>	<p>/</p>

<p><b>Fiche 15</b></p>	<p><b>Exemple d'accompagnement d'un jeune en rupture avec un IME</b></p>
<p><b>Éléments de description de la situation de la personne</b> (avant de bénéficier de cette démarche innovante)</p>	<p>Il s'agit d'un jeune mineur qui était accueilli dans un IME mais dont la problématique rendait impossible l'accueil en internat malgré une indication dans ce sens pour raison d'éloignement géographique</p> <p>Suite à des actes de violences posés sur des adultes et des jeunes avec mise en danger de sa personne et des autres il a été exclu et s'est retrouvé en famille, sans autre solution.</p>
<p><b>Solution proposée</b> (exemple de dérogation, de collaboration partenariale, etc.)</p>	<p>Recherche d'adhésion pour un suivi « ambulatoire », dit équipe mobile. Point en équipe pluridisciplinaire avec propositions de suivis. Signature d'un avenant de contrat de séjour avec la famille et le jeune.</p> <p>Recherche de lieu de socialisation et de mise en situation professionnelle. -&gt; lieu de stage trouvé sous conventionnement IME. Nous nous étions orientés vers un centre d'insertion dans un premier temps, mais le lieu ne nous paraissait pas suffisamment cadrant pour la situation.</p> <p>Recherche de la mise en place d'un suivi thérapeutique sous forme ambulatoire avec le personnel de l'IME (Médecin psychiatre et psychologue) : refus de la famille -&gt; Recherche de partenaire extérieur : mise en lien par le médecin psychiatre pour un suivi CMP.</p> <p>Inscription dans le droit commun : mission locale.</p> <p>Inscription en tant que demandeur d'emploi malgré le suivi IME</p> <p>Information MDPH pour évaluer le besoin d'un passage au secteur adulte (RQTH)</p> <p>Information MDPH - secteur enfance : établissement d'une notification enfance dit « dispositif équipe mobile ».</p> <p>Pour une mise en situation professionnelle sur une durée longue, signature d'un contrat SIFA avec la mission Locale, financement Région =&gt; Prolongation de l'insertion en entreprise + rémunération pour le jeune + remise en formation : adultes (Ateliers pédagogiques personnalisés)</p>
<p><b>Modalités de construction de la solution</b> (partenaires, financement, formation, etc.)</p>	<p>Ressources de l'IME pour la mobilisation des professionnels sur de l'ambulatoire et pour les réunions de travail (équipe pluridisciplinaire, rencontre famille).</p> <p>Conventionnement entre le jeune, l'entreprise et l'IME dans un premier temps.</p> <p>Double suivi : pôle emploi/Mission Locale + IME.</p> <p>Pour prolonger l'insertion en entreprise : contrat SIFA + APP (financement région).</p>
<p><b>Bonnes pratiques à partager</b></p>	<p>S'appuyer sur les ressources du droit commun et s'éloigner de la réponse type ESMS classique.</p> <p>S'appuyer sur les réseaux des jeunes et les atouts de celui-ci dans cet exemple : le versant professionnel).</p> <p>Informez et demandez conseil aux partenaires.</p>

<p><b>Participation de la personne concernée à la construction de la solution</b></p>	<p>Adhésion de la famille recherchée : malgré la rupture des solutions communes ont été trouvées.</p> <p>Démarches d'aller vers la famille</p> <p>Recueil des forces et faiblesses du jeune.</p>
<p><b>Retour de la personne concernée sur la solution proposée</b> (ou à défaut de son entourage ou de ses aidants professionnels actuels)</p>	<p>Le projet tient depuis un peu plus de six mois.</p> <p>Le jeune adhère et a réussi à trouver de nouveaux repères.</p> <p>La solution reste inconfortable car la visée de ce dispositif est sur du court terme.</p>
<p><b>Risques et difficultés rencontrés</b></p>	<p>Les solutions restent fragiles.</p> <p>La pérennisation est compliquée.</p> <p>Inscription sur du court terme. Le projet personnel reste à construire.</p> <p>Le suivi en ambulatoire reste insuffisant.</p> <p>Problème de statut : jeune demandeur d'emploi dans un dispositif financé par la région en doublon d'un suivi ESMS.</p>
<p><b>Leviers qui ont rendu possible ou facilité la mise en œuvre de la solution</b></p>	<p>Une entreprise partenaire qui a joué un rôle fondamental.</p> <p>Les partenaires ont accepté la particularité de la situation.</p> <p>La famille est restée présente pour la recherche d'une solution.</p> <p>Suivi AEMO dans la famille concernée.</p>
<p><b>Pour aller plus loin, qu'est ce qui aurait pu être fait autrement ?</b></p>	<p>Montage avec un autre ESMS secteur enfance ou adulte.</p> <p>Organisation de places pour séjour de rupture mobilisables rapidement au sein des différents IME.</p> <p>Envisager une forme de mutualisation avec les services SESSAD.</p>
<p><b>Remarques</b></p>	<p>Il serait utile de permettre des suivis en ESMS pour des jeunes relevant du droit commun : apprentissages, demandeurs d'emploi, dispositifs régions,</p> <p>Les jeunes qui connaissent une difficulté sociale sont dans des situations précaires qui renforcent les difficultés de trouver des solutions.</p>

<p><b>Fiche 16</b></p>	<p><b>Expérience de recours à un dispositif d'accompagnement à la formation professionnelle permettant d'éviter une rupture de parcours de formation</b></p>
<p><b>Eléments de description de la situation de la personne</b> (avant de bénéficier de cette démarche innovante)</p>	<p>Il s'agit d'un jeune avec une déficience intellectuelle et des difficultés relationnelles.</p> <p>Sa scolarité a été effectuée en milieu ordinaire jusqu'au CAP (non abouti). Il a été orienté vers l'IME à 17 ans.</p> <p>Mise en place stage puis SIFA (Stage Individualisé de Formation par Alternance)</p> <p>Orientation vers un autre type de CAP avec un CFA situé dans une autre région.</p>
<p><b>Solution proposée</b> (exemple de dérogation, de collaboration partenariale, etc.)</p>	<p>Mise en place du dispositif d'accompagnement à la formation professionnelle : accompagnement d'un chargé d'insertion vers l'entreprise</p> <p>Problème d'éloignement géographique. Le jeune habite dans un département de franche-comté, et le CFA se situe dans une autre région limitrophe.</p> <p>Mise à disposition d'une chambre dans un appartement de l'IME, situé dans un autre département que celui où il habite, mais plus proche géographiquement du CFA + accompagnement éducatif</p> <p>Suivi pédagogique assuré par le SESSAD faisant partie du dispositif les soirs de présence à l'appartement.</p>
<p><b>Modalités de construction de la solution</b> (partenaires, financement, formation, etc.)</p>	<p>CFA &gt; lien fréquents avec les formateurs ;</p> <p>Entreprise &gt; liens importants avec le chef de cuisine, maître d'apprentissage ;</p> <p>Liens fréquents avec la maman ;</p> <p>Lien avec les éducateurs spécialisés service « jeunes majeurs »</p> <p>Aide aux démarches transport (train/bus) &gt; Aide sociale ;</p> <p>Education Nationale &gt; Mise en place accompagnement pédagogique en fonction des besoins.</p>
<p><b>Bonnes pratiques à partager</b></p>	<p>Coopération importante et régulière entre IME / EN / CFA / Entreprise.</p> <p>Positionnement de personnes référentes dans chaque structure.</p> <p>Souplesse importante de l'accompagnement proposé.</p>
<p><b>Participation de la personne concernée à la construction de la solution</b></p>	<p>Participation à l'élaboration du projet de formation ;</p> <p>Visite des structures ;</p> <p>Recherche de solutions de mobilité ;</p> <p>Recherche de solutions hébergement.</p> <p>Personne concernée au cœur du projet.</p>
<p><b>Retour de la personne concernée sur la solution proposée</b></p>	<p>A favorisé la réussite au diplôme ;</p> <p>Difficultés et fatigue liée aux trajets ;</p> <p>Contente de la solution mise en place et de la finalité &gt; employabilité et offre d'emploi.</p>

<p><b>Risques et difficultés rencontrées</b></p>	<p>Eloignement géographique des différents lieux et professionnels intervenant sur la situation.</p> <p>Moments difficiles liés aux contraintes de transport essentiellement (fatigue, démotivation)</p>
<p><b>Leviers qui ont rendu possible ou facilité la mise en œuvre de la solution</b></p>	<p>Médiation régulière et échanges entre les différents professionnels ;</p> <p>Implication réelle de tous les professionnels ;</p> <p>Soutien important de la famille ;</p> <p>CFA adapté à la situation (travail en lien avec un IME / prise en compte du handicap).</p>
<p><b>Pour aller plus loin, qu'est ce qui aurait pu être fait autrement ?</b></p>	<p>/</p>
<p><b>Remarques</b></p>	<p>Une formation qui a pu aboutir grâce à l'engagement de tous les professionnels et à la motivation de la personne accompagnée.</p> <p>Construction de projet difficile lié à l'implantation sur 3 départements (70 / 90 /68)</p>

<b>Fiche 17</b>	<b>Une expérience d'habitat partagé</b>
<b>Éléments de description de la situation de la personne</b> (avant de bénéficier de cette démarche innovante)	<p>Il s'agit d'une personne qui a la suite d'un accident en 2003 et d'une hospitalisation d'un an est retournée à son domicile. Elle est cérébralisée. Elle s'est en outre retrouvée seule un an après suite à un divorce. Elle a été suivie et accompagnée par un CAJ d'un département situé dans une région limitrophe</p> <p>Elle a tenté de travailler dans un ESAT hors les murs. Elle a vécu des périodes de dépression avec deux tentatives de suicide. Suite à cela, elle a vécu un temps au domicile de ses parents, puis de nouveau en appartement proche du domicile des parents avec un accompagnement SAMSAH et auxiliaires de vie.</p> <p>Cette situation s'est révélée insatisfaisante car elle est dans l'incapacité de surmonter la dépression, la solitude et son quotidien.</p>
<b>Solution proposée</b> (exemple de dérogation, de collaboration partenariale, etc.)	<p>Vivre en habitat partagé et accompagné pour pouvoir être autonome et recréer des liens sociaux.</p> <p>Etre aidé par des auxiliaires de vie et non plus les subir.</p> <p>Partager et mutualiser avec des personnes ayant les mêmes besoins, les mêmes attentes et des compétences similaires.</p>
<b>Modalités de construction de la solution</b> (partenaires, financement, formation, etc.)	<p>Après avoir visité des maisons existantes, et convaincus de cette solution, le projet de construction est né.</p> <p>L'indemnisation versée à la suite de l'accident, a permis de financer la construction.</p> <p>L'accord du juge des tutelles a été décisif.</p> <p>La création d'une association a été indispensable pour mener à bien le projet.</p>
<b>Bonnes pratiques à partager</b>	<p>Choix d'une petite ville dynamique.</p> <p>Localisation centre ville : Tout est faisable à pied.</p> <p>Les habitants de la cité se connaissent et sont bienveillants.</p>
<b>Participation de la personne concernée à la construction de la solution</b>	<p>Financement</p> <p>Participation à l'élaboration architecturale</p> <p>Expression des besoins et des envies.</p>
<b>Retour de la personne concernée sur la solution proposée</b>	<p>« Pas facile de s'adapter mais maintenant j'y suis bien. »</p> <p>Apaisement des angoisses.</p> <p>Sécurité assurée.</p> <p>Eloignement des proches un peu plus possible</p>

<b>Risques et difficultés rencontrés</b>	<p>Cette solution adaptée sera-t-elle durable dans le temps pour les locataires ?</p> <p>Les familles des autres locataires sont peu présentes</p> <p>Les charges financières liées à la vie commune sont assez lourdes.</p>
<b>Leviers qui ont rendu possible ou facilité la mise en œuvre de la solution</b>	<p>Pas de problème de financement pour la construction</p> <p>Les associations locales (aides à domicile et services d'accompagnement) ont soutenu le projet et ont été d'accord pour y participer.</p> <p>La MDPH a accepté qu'un certain nombre d'heures de PCH accordées à chaque locataire soit mis en commun pour la vie quotidienne collective.</p>
<b>Pour aller plus loin, qu'est ce qui aurait pu être fait autrement ?</b>	<p>Faire partie d'un véritable réseau d'accompagnement des personnes cérébrolésées afin que les personnes du département ou de la région ayant besoin d'une telle structure puissent être identifiées.</p>
<b>Remarques</b>	<p>Il faut avoir un certain degré d'autonomie.</p> <p>Pour des personnes plus dépendantes, il faudrait adapter l'organisation, mais cet accueil resterait possible.</p>

<b>Fiche 18</b>	<b>Expérience de recours à un dispositif d'habitat adapté</b>
<b>Éléments de description de la situation de la personne</b> (avant de bénéficier de cette démarche innovante)	<p>Une personne qui n'habitait pas le quartier permettant d'accéder au service du dispositif d'habitat adapté a souhaité déménager pour cela.</p> <p>Elle était accompagnée par un SAMSAH et fréquentait un Centre d'Accueil de Jour.</p> <p>Elle était en demande de liens sociaux, de sorties, d'activités les soirées et en week-end.</p> <p>Des risques potentiels liés à son isolement et à sa vulnérabilité avaient été identifiés.</p>
<b>Solution proposée</b> (exemple de dérogation, de collaboration partenariale, etc.)	Lui permettre de participer au Dispositif Habitat Adapté. Pour cela, il était nécessaire qu'elle déménage. Cela a été rendu possible grâce au partenariat avec un bailleur social et au soutien et engagement des professionnels du SAMSAH.
<b>Modalités de construction de la solution</b> (partenaires, financement, formation, etc.)	<p>Mobilisation des bailleurs sociaux avec explicitation de la demande et des besoins</p> <p>Solution trouvée rapidement</p> <p>Dossier de demande de PCH déménagement déposé auprès de la MDPH</p>
<b>Bonnes pratiques à partager</b>	Association à chaque étape de la solution de la personne (et de son curateur), pour construire la solution ensemble, avoir son adhésion, etc.
<b>Participation de la personne concernée à la construction de la solution</b>	<p>Visite des appartements pouvant lui correspondre, avec des professionnels du SAMSAH</p> <p>Aide à la demande de PCH déménagement</p>
<b>Retour de la personne concernée sur la solution proposée</b> (ou à défaut de son entourage ou de ses aidants professionnels actuels)	<p>Très motivée pour ce nouveau projet</p> <p>Volonté de déménager au-delà du DHA qui était déjà présente (avoir une chambre supplémentaire pour accueillir son fils par exemple)</p>
<b>Risques et difficultés rencontrés</b>	La PCH déménagement a été refusée car demande hors critères
<b>Leviers qui ont rendu possible ou facilité la mise en œuvre de la solution</b>	Le partenariat avec le bailleur social qui a permis d'avancer très vite dans la mise en œuvre du projet pour cette personne, et du déménagement
<b>Pour aller plus loin, qu'est ce qui aurait pu être fait autrement ?</b>	Anticipation auprès de la MDPH sur les incidences de la mise en place du projet pour cette personne par rapport aux critères de mobilisation des aides pour le déménagement et non de constituer le dossier a posteriori

<b>Remarques</b>	La bénéficiaire est très satisfaite : du déménagement et de son nouveau cadre de vie ; du réaménagement de ses heures de PCH volet accompagnement à la vie sociale au profit du DHA
------------------	--

<b>Fiche 19</b>	<b>Expérience de recours à un pôle d'insertion professionnelle</b>
<b>Éléments de description de la situation de la personne</b> (avant de bénéficier de cette démarche innovante)	Les parents d'un jeune issu d'un service de l'ITEP ont trouvé un contrat d'apprentissage en boucherie et ont choisi un CFA par connaissance. Le jeune a accepté cette proposition car il souhaitait quitter l'institution. Dès la première semaine de son contrat, il est en arrêt de travail pour blessure. Le service de l'ITEP a sollicité l'intervention du pôle d'insertion professionnelle auprès de ce jeune présentant des troubles psychiques pour assurer le suivi de sa formation en entreprise et au CFA
<b>Solution proposée</b> (exemple de dérogation, de collaboration partenariale, etc.)	Intervention d'un opérateur du pôle pour assurer la continuité de la formation et faire le lien avec les différents partenaires
<b>Modalités de construction de la solution</b> (partenaires, financement, formation, etc.)	<p>Visite hebdomadaire en entreprise (voir plus)</p> <p>Médiation avec l'employeur</p> <p>Soutien à l'équipe de professionnels accueillant le jeune</p> <p>Aménagement des horaires de travail</p> <p>Liens avec le service opéra du CFA et visite conjointe en entreprise</p> <p>Liens avec l'éducatrice du service de l'ITEP et participation aux synthèses</p> <p>Liens avec le CMP</p> <p>Orientation vers le soin et travail sur l'acceptation d'un traitement</p> <p>Relation avec la famille</p>
<b>Bonnes pratiques à partager</b>	<p>Intervention dans l'entreprise</p> <p>Interlocuteur unique pour le domaine professionnel</p> <p>Communication régulière avec les différents partenaires</p>
<b>Participation de la personne concernée à la construction de la solution</b>	La personne a accepté l'accompagnement du pôle et est au centre de celui-ci. Elle a été associée à l'ensemble des rencontres le concernant.
<b>Retour de la personne concernée sur la solution proposée</b> (ou à défaut de son entourage ou de ses aidants professionnels actuels)	/
<b>Risques et difficultés rencontrés</b>	<p>Appréhension du jeune par rapport au monde de l'entreprise, méconnaissance de ses codes, de son fonctionnement</p> <p>Situation familiale complexe</p> <p>Acceptation de la maladie</p> <p>Gestion de l'internat 1 semaine par mois</p>
<b>Leviers qui ont rendu possible ou facilité la</b>	Partenariat et relation de confiance avec l'établissement adhérent

<b>mise en œuvre de la solution</b>	Adhésion du jeune à l'accompagnement externe à l'institution. Disponibilité de l'opérateur en entreprise
<b>Pour aller plus loin, qu'est ce qui aurait pu être fait autrement ?</b>	Travail en amont sur la compréhension de la maladie et l'importance d'une prise de traitement régulière. Concertation en amont sur le projet du jeune avec l'établissement et la famille (éviter les choix par rejet de l'institution)
<b>Remarques</b>	Obtention du CAP Inscription MILO et accompagnement vers le soins (relais CMP)

<p><b>Fiche 20</b></p>	<p><b>Expérience de recours à l'équipe mobile autisme</b></p>
<p><b>Éléments de description de la situation de la personne</b> (avant de bénéficier de cette démarche innovante)</p>	<p>Il s'agit d'un adulte autiste accueilli depuis fin septembre 2015 au foyer. Il manifeste des troubles du comportement de type « agressivité physique » envers les professionnels qui l'accompagnent. La situation est critique, les professionnels du foyer ont peur du résident. La situation en famille s'est également dégradée. A l'ESAT, l'équipe s'interroge sur ses compétences de travail et les conséquences de ses crises sur les autres travailleurs qui manifestent également leur peur. Un point avec l'ancienne équipe l'ayant accueilli en IME a été fait en fin d'année 2015.</p> <p>Suite à un nouvel épisode de crise violente sur le foyer, les responsables de l'établissement ont souhaité faire intervenir rapidement la plateforme autisme afin de chercher comment accompagner au mieux ce jeune, sachant que l'approche des personnes autistes n'est pas une spécificité du site et que chacun est en recherche de clés de compréhension à ses comportements et son mode de fonctionnement.</p> <p><u>Mots clés sur cette situation</u> : changements, orientation secteur enfance à secteur adulte, continuité de l'accompagnement, gestion des comportements problèmes.</p>
<p><b>Solution proposée</b> (exemple de dérogation, de collaboration partenariale, etc.)</p>	<p>Une sensibilisation des équipes du foyer et de l'ESAT aux troubles autistiques Une co-construction d'outils pour mieux accompagner ce jeune adulte</p>
<p><b>Modalités de construction de la solution</b> (partenaires, financement, formation, etc.)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Une première rencontre posant le cadre institutionnel et l'exposition de la situation problème a eu lieu en présence de la Directrice et des chefs de service (foyer et ESAT) : éléments chronologiques et d'anamnèse donnés par l'équipe de direction</li> <li>• Une sensibilisation aux troubles autistiques par le chef de projet et la neuropsychologue (particularités, caractéristiques, modes de fonctionnement spécifiques...) a été dispensée à l'ensemble des équipes trois semaines plus tard.</li> <li>• Une intervention du chef de projet sur site ESAT et Foyer a eu lieu en avril avec support vidéo et photos, ainsi que des échanges sur site avec la monitrice d'atelier de l'ESAT et un éducateur du foyer</li> <li>• Un temps de réunion d'équipe pluridisciplinaire.</li> </ul>
<p><b>Bonnes pratiques à partager</b></p>	<p>Connaissance des fonctionnements des personnes avec autisme (sensibilisation faite).</p> <p>Appui du document de l'ANESM de 2010 sur l'accompagnement et la continuité de parcours.</p> <p>Anesm 2012 sur les outils d'accompagnement, ici, modèle teacch et communication concrète utilisée.</p>
<p><b>Participation de la personne concernée à la construction de la solution</b></p>	<p>Entretien avec le jeune adulte + entretien avec la famille. Participation active de ce jeune qui s'est saisi des aides</p>

<p><b>Retour de la personne concernée sur la solution proposée</b> (ou à défaut de son entourage ou de ses aidants professionnels actuels)</p>	<p>Il est rassuré de voir l'équipe comprendre son fonctionnement particulier. Les parents se sont saisi des outils mis en place et poursuivent à la maison.</p>
<p><b>Risques et difficultés rencontrés</b></p>	<p>Risque au départ de réorientation de la personne, risque de rejet de l'équipe car gros troubles du comportement du jeune.</p>
<p><b>Leviers qui ont rendu possible ou facilité la mise en œuvre de la solution</b></p>	<p>La sensibilisation aux troubles autistiques. L'écoute de l'équipe et les interventions sur site, la guidance des professionnels.</p>
<p><b>Pour aller plus loin, qu'est ce qui aurait pu être fait autrement ?</b></p>	<p>/</p>
<p><b>Remarques</b></p>	<p>/</p>

<p><b>Fiche 21</b></p>	<p><b>Un exemple de recours à une double expertise pour l'accompagnement d'un jeune en IME</b></p>
<p><b>Éléments de description de la situation de la personne</b> (avant de bénéficier de cette démarche innovante)</p>	<p>Il s'agit d'une adolescente de 16 ans, présentant une hémiparésie gauche avec troubles moteur cérébraux ayant eu un impact sur le langage, et des troubles importants auditifs. Elle est de fait appareillée.</p> <p>S'ajoute à cela une déficience intellectuelle légère.</p> <p>Elle était auparavant accueillie dans un établissement pour jeunes sourds situé dans une autre région. A l'occasion d'un rapprochement familial, un dossier a été déposé à la MDPH et elle a été accueillie dans un IME (à noter : cette situation n'est pas passé en commission cas critique car la jeune fille relève bien d'une orientation IME pour DI avec troubles associés).</p>
<p><b>Solution proposée</b> (exemple de dérogation, de collaboration partenariale, etc.)</p>	<p>Néanmoins, au regard de ses troubles associés, un travail en partenariat avec d'autres intervenants est nécessaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le CEEDA (service spécialisé dans la déficience auditive à Besançon),</li> <li>• un kiné et un ergo en libéral,</li> <li>• l'équipe relais handicap rare Nord Est</li> </ul> <p>Les partenaires associés sont également la MDPH et la mère de la jeune fille.</p> <p>Une dizaine de personnes interviennent dans la situation.</p>
<p><b>Modalités de construction de la solution</b> (partenaires, financement, formation, etc.)</p>	<p><u>Avec le CEEDA :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• appui technique autour de la surdité, intervention d'une ortho qui passe progressivement relais avec ortho de l'IME + éducatrice du CEEDA qui intervient de manière hebdomadaire sur l'IME</li> <li>• formation autour de la surdité du personnel de l'IME à venir.</li> </ul> <p><u>Equipe relais handicap rare et MDPH :</u> Constitution d'un dossier en lien avec la mère et tous les partenaires, en vue de financer pour J l'aide matérielle et pour la communication.</p> <p><u>Partenariat mère et IME :</u> association de la mère et de sa fille dans son projet d'accueil. Prise en compte des difficultés et adaptation du planning de cette dernière à ses besoins. Souplesse horaire des équipes, individualisation de la prise en charge si nécessaire.</p>
<p><b>Bonnes pratiques à partager</b></p>	<p>Implication des partenaires dans la situation, communication régulière pour garder une cohérence dans le projet.</p>
<p><b>Participation de la personne concernée à la construction de la solution</b></p>	<p>Implication active de la mère.</p>

<b>Retour de la personne concernée sur la solution proposée</b>	Satisfaite.
<b>Risques et difficultés rencontrés</b>	Risque de morcellement, de perte de sens dans le projet au vu de la complexité et de la multiplicité des intervenants dans la situation.
<b>Leviers qui ont rendu possible ou facilité la mise en œuvre de la solution</b>	Implication active de tous les partenaires, et adaptabilité de l'IME le bonlieu.
<b>Pour aller plus loin, qu'est ce qui aurait pu être fait autrement ?</b>	Pouvoir mettre en place un accompagnement individuel en classe (renforcement éducatif au sein de l'UE) dès le début de la prise en charge.
<b>Remarques</b>	/

<b>Fiche 22</b>	<b>Une première expérience de recours à l'équipe relais handicaps rares pour un adulte</b>
<b>Éléments de description de la situation de la personne</b> (avant de bénéficier de cette démarche innovante)	Il s'agit d'un homme de 40 ans avec DI, DA et DV, accueilli dans un foyer. Sa situation médicale se dégradant, l'assistante sociale de l'établissement a sollicité l'ERHR en vue de réorientation, pour des problèmes de comportement.
<b>Solution proposée</b> (exemple de dérogation, de collaboration partenariale, etc.)	La pilote de l'ERHR s'est déplacée dans l'établissement et a rencontré toute l'équipe pour faire un point sur leurs observations (identifier l'origine des problèmes de comportement). Mettre en place des outils de communication et de repérage tactiles pour le rassurer et garder les mêmes rituels partagés entre professionnels
<b>Modalités de construction de la solution</b> (partenaires, financement, formation, etc.)	La solution a été construite avec les salariés de l'établissement. Mise en place d'outils (chemins tactiles, emploi du temps tactile...) Une AMP a participé à la formation handicaps rares. Perspectives : faire intervenir le centre national ressources CRESAM (Poitiers) pour leur expertise sur le surdicécité ; faire intervenir un assistant à la vie journalière et un instructeur en locomotion
<b>Bonnes pratiques à partager</b>	Evaluation de la situation in-situ et partage du diagnostic avec l'équipe qui prend en charge la personne.
<b>Participation de la personne concernée à la construction de la solution</b>	Elle n'a pas été rendue possible du fait des difficultés sensorielles et intellectuelles de cette personne
<b>Retour de la personne concernée sur la solution proposée</b> (ou à défaut de son entourage ou de ses aidants professionnels actuels)	Amélioration de la situation : diminution des troubles comportementaux. Il n'est plus question de réorientation pour le moment.
<b>Risques et difficultés rencontrés</b>	Aucune
<b>Leviers qui ont rendu possible ou facilité la mise en œuvre de la solution</b>	Une équipe motivée L'interpellation rapide par l'établissement.
<b>Pour aller plus loin, qu'est ce qui aurait pu être fait autrement ?</b>	/
<b>Remarques</b>	/

<p><b>Fiche 23</b></p>	<p><b>Une deuxième expérience de recours à l'équipe relais handicaps rares (et à une association) pour un enfant</b></p>
<p><b>Éléments de description de la situation de la personne</b> (avant de bénéficier de cette démarche innovante)</p>	<p>Il s'agit d'un adolescent de 15 ans vivant avec ses parents. Il souffre d'une maladie neuromusculaire : atteinte motrice, troubles sensoriels et troubles cognitifs. Il a besoin d'assistance pour tous les actes essentiels du quotidien et d'une surveillance rapprochée.</p> <p>Il a été scolarisé en CLIS avec un accompagnement par un SESSAD puis a intégré un IME en 2012 qui accueillait des jeunes avec troubles du comportement. Suite à une inquiétude des parents puis un incident, l'enfant a quitté l'IME et a poursuivi sa scolarité dans une classe de l'école du village avec le soutien d'une AVS. La MDPH a proposé aux parents soit une orientation en CME, soit un retour à l'IME que le jeune avait quitté. Les parents ont refusé les deux propositions, les estimant inadaptées aux besoins de leur fils.</p> <p>La situation était donc bloquée à la rentrée 2015 pour ce jeune avec un handicap rare. Les parents ont mobilisé l'AFM Téléthon pour les aider à trouver une solution.</p>
<p><b>Solution proposée</b> (exemple de dérogation, de collaboration partenariale, etc.)</p>	<p>Sur la demande de l'AFM, la MDPH a provoqué une rencontre avec la chargée de mission de l'ARS attachée aux situations critiques, plusieurs acteurs de la MDPH, le service régional de l'AFM Téléthon. L'EN était également invitée mais n'est pas venue.</p>
<p><b>Modalités de construction de la solution</b> (partenaires, financement, formation, etc.)</p>	<p>La construction de la solution a nécessité plusieurs rencontres :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• visite à domicile du service régional AFM puis accompagnement rapproché des parents par ce même service en vue de l'obtention d'un certificat médical et de faire le lien avec le neuropédiatre de l'hôpital qui le suit</li> <li>• visite à domicile de Mme Peuch, pilote de l'ERHR pour mener un travail autour des solutions pouvant répondre à ses besoins .</li> </ul> <p>Au final, la solution proposée aux parents a été une orientation en institut d'éducation motrice dans une unité adolescents avec un accueil à temps partiel, afin de lui laisser les activités qu'il suit déjà (équithérapie, musicothérapie). Il s'agit de mettre en place une mesure d'accompagnement individualisé, « 1 pour 1 » à la demande des parents avec un financement assuré par l'ARS sur des crédits non reconductibles.</p>
<p><b>Bonnes pratiques à partager</b></p>	<p>L'ERHR est un "facilitateur". Elle fait se croiser autour de la problématique de la personne tous les protagonistes pouvant apporter une solution que ce soient les MDPH, des ESMS, des libéraux, l'ARS...</p>
<p><b>Participation de la personne concernée à la construction de la solution</b></p>	<p>Dans cette situation la personne concernée n'est pas en mesure de participer à la construction de son accompagnement. Ce sont ses parents qui font les choix qu'ils mettent en place au plus près des besoins de leur fils.</p>
<p><b>Retour de la personne</b></p>	<p>A ce jour, la proposition n'a pas été approuvée par la famille. Ils sont</p>

<p><b>concernée sur la solution proposée</b> (ou à défaut de son entourage ou de ses aidants professionnels actuels)</p>	<p>encore à la recherche d'une autre solution peut-être plus près de leur domicile. L'ARS a de nouveau interpellé la pilote l'E.R.H.R. pour réfléchir ensemble à cette nouvelle solution.</p>
<p><b>Risques et difficultés rencontrés</b></p>	<p>L'adhésion d'un des parents a posé problème probablement en raison d'une perte de confiance dans les institutions suite à un problème survenu avec un IME.</p>
<p><b>Leviers qui ont rendu possible ou facilité la mise en œuvre de la solution</b></p>	<p>La solution n'est pas encore trouvée. Il s'agit pour ce genre de situation de rester au plus près de la demande des parents et rester à leur écoute. Cela peut prendre du temps mais il est indispensable de ne pas brusquer les choses et d'avancer prudemment avec les parents.</p>
<p><b>Pour aller plus loin, qu'est ce qui aurait pu être fait autrement ?</b></p>	<p>Anticiper sur la recherche d'un établissement afin que la situation de "retour à domicile" ne s'installe pas.</p>
<p><b>Remarques</b></p>	<p>Il est important qu'un dispositif intégré se mette en place sur les territoires permettant ainsi de s'appuyer sur un réseau de partenaires mettant à disposition diverses compétences pour répondre au plus près aux situations de handicaps rares.</p>

<b>Fiche 24</b>	<b>Un exemple de collaboration entre plusieurs structures pour éviter la rupture avec l'ITEP</b>
<b>Éléments de description de la situation de la personne</b> (avant de bénéficier de cette démarche innovante)	<p>Jeune accueilli en ITEP /internat depuis 4 ans ; RIP suite à violences du père sur lui dénoncées par le jeune. Arrêt immédiat de l'accueil (WE et vacances) du jeune chez son père et PEC ASE. Procédure pénale en cours et refus du père de garder des liens avec son fils. Mère peu impliquée dans la situation mais qui prend peu à peu une place et accueille son fils en WE.</p> <p>Rupture totale de la scolarité en 5<sup>ème</sup> SEGPA ; scolarité en ITEP avec ateliers de plus en plus chaotique ;</p> <p>Dégradation de l'état de santé psychique du jeune rapide et massive avec passages à l'actes récurrents sur d'autres jeunes. Conduisant à une hospitalisation en service ados pendant 3 semaines.</p>
<b>Solution proposée</b> (exemple de dérogation, de collaboration partenariale, etc.)	<p>Articulation entre des temps de PEC en pédopsy ; des temps en famille d'accueil et un accueil individuel séquentiel en ITEP.</p> <p>Puis quand le jeune s'est un peu apaisé, conventionnement ITEP avec un lieu de stage.</p>
<b>Modalités de construction de la solution</b> (partenaires, financement, formation, etc.)	<p>MDPH/ITEP/ASE/PEDOPSY</p> <p>Nécessité pour l'ASE de maintenir un accueil plus conséquent du jeune car aucun retour sur l'internat ITEP possible ; et seuls des temps non collectifs s'avèrent possibles dans un premier temps.</p>
<b>Bonnes pratiques à partager</b>	/
<b>Participation de la personne concernée à la construction de la solution</b>	Retours réguliers auprès du jeune par les référents ASE et ITEP et pédopsy pour l'informer des décisions proposées et obtenir son adhésion
<b>Retour de la personne concernée sur la solution proposée</b> (ou à défaut de son entourage ou de ses aidants professionnels actuels)	Liens avec la mère plus complexes car peu disponible et éloignement géographique
<b>Risques et difficultés rencontrés</b>	Morcellement de la PEC ; manque de liens entre les différents services concernés.
<b>Leviers qui ont rendu possible ou facilité la mise en œuvre de la solution</b>	Le diagnostic de la pédopsy nous a aidé à déterminer le type de PEC nécessaire à ce jeune ; pas de tout collectif alors que la tentation était de maintenir la PEC ITEP totale.

<b>Pour aller plus loin, qu'est ce qui aurait pu être fait autrement ?</b>	L'articulation plus précoce entre ces différents services aurait sans doute évité une hospitalisation du jeune , qui ne lui a apporter aucun apaisement.
<b>Remarques</b>	/

<p><b>Fiche 25</b></p>	<p><b>Un exemple d'enchaînement de décisions impliquant des réponses multipartenariales pour répondre à la dégradation de la situation d'une personne déjà accueillie en IME</b></p>
<p><b>Éléments de description de la situation de la personne</b> (avant de bénéficier de cette démarche innovante)</p>	<p>Jeune confié au service de l'ASE (qui se voit confier une délégation d'Autorité Parentale) et admis dans un IME en août 2004 jusqu'à ses 18 ans en l'absence de liens avec sa famille naturelle (abandon de ses parents)</p> <p>Il est accueilli en alternance par deux assistantes familiales de l'ASE jusqu'à juin 2015 sur les temps de weekend et vacances scolaires (temps de fermeture IME)</p> <p>Il est en situation de handicap sévère avec une déficience intellectuelle très importante, des troubles du comportement empreint de violence sur les personnes</p> <p>A partir de l'âge de 16 ans, nous notons une dégradation sévère de ce jeune dans son comportement qui amène à une prise en charge sur l'IME très compliquée sur le groupe (cris, colères, agitations, agressions) et son comportement est anxiogène pour ses camarades</p> <p>Il est totalement dépendant, ce qui nécessite un accompagnement constant et inadapté pour une prise en charge de type IME</p> <p>Perspectives d'orientation compliquées à envisager car un profil de jeune atypique</p>
<p><b>Solution proposée</b> (exemple de dérogation, de collaboration partenariale, etc.)</p>	<p>En septembre 2012, une réorientation à l'IME TED est prononcée par la CDAPH</p> <p>Dans un premier temps en février 2012, un bilan de trois jours en pédopsychiatrie a été nécessaire pour évaluer son profil et adapter un traitement sur l'IME à défaut d'une réorientation</p> <p>Entre novembre 2012 et juillet 2013, accueil séquentiel dans un hôpital de jour en partenariat avec l'IME à raison de deux demi-journées par semaine pour une prise en charge thérapeutique. Celle-ci s'arrête car elle arrive trop tardivement au regard de son âge</p> <p>Plusieurs rencontres avec nos partenaires lors de plusieurs commissions techniques à l'ASE (ASE, IME, ARS, MDPH, Mandataire judiciaire, CH, ...) pour réfléchir ensemble à une solution adaptée à la situation de ce jeune</p> <p>Rencontre lors d'une commission technique de deux responsables d'un FAM dans un autre pays (une piste potentielle envisagée).</p> <p>La MDPH s'est prononcée pour une double orientation afin de préparer son projet de vie (structures adultes) et ouvrir les possibilités (dérogation exceptionnelle accordée avec cette situation atypique).</p> <p>Demande conjointe (ASE et IME) d'une prise en charge dérogatoire de ce jeune sur une structure pour adulte spécialisée avant sa majorité au regard de la notification établie par la MDPH en octobre 2014</p> <p>Accueil de ce jeune alors âgé de 17 ans sur le mois d'août 2015 et la première quinzaine de septembre 2015 sur le CH puis sur les weekends et vacances scolaires dans le cadre d'un partenariat entre L'ASE, l'IME et le CH</p>
<p><b>Modalités de construction de la solution</b> (partenaires, financement, formation, etc.)</p>	<p>A compter de ses 16 ans, aménagement de son projet et de sa prise en charge sur l'IME Sainte-Anne avec le soutien de l'ASE (Internat de semaine, temps de prise en charge en individuel sur toute la journée et la soirée, temps de repos à l'infirmerie les après-midi, étroite collaboration avec le sanitaire, ...)</p>

	<p>Recueil de renseignements et échange constant entre le CH, l'ASE et l'IME</p> <p>Une première commission technique en urgence et exceptionnelle à la demande de l'ASE en septembre 2015 avec l'ensemble des partenaires concernés par la situation de ce jeune dont l'ARS</p> <p>Une seconde commission technique en novembre 2015 à la demande de l'ASE et de l'ARS (veille de sa majorité pour acter une APJM (Accompagnement et Protection juridique des Jeunes Majeurs) de 6 mois et trouver une solution d'orientation pour sa majorité avec le soutien de l'ARS). Décision prise d'accueillir à temps plein le jeune sur le CH à compter de fin novembre 2015 (la solution la plus appropriée pour répondre à ses besoins spécifiques, à ce moment faute d'autres solutions)</p> <p>Demande d'aide financière du CH auprès de l'ARS (car l'établissement accueille ce jeune en « sur-effectif »)</p>
<p><b>Bonnes pratiques à partager</b></p>	<p>Accueil de ce jeune la semaine complète du lundi 14h au vendredi 14h sur l'IME et le weekend complet sur le service ado du CH avec la construction d'outils en commun</p> <p>Préparation de l'accueil et aménagement d'un lieu pour son retour progressif sur l'IME depuis septembre 2015 avec le soutien du sanitaire, en fonction de ses besoins spécifiques (éducatifs, médicaux et thérapeutiques)</p> <p>Accompagnement en individuel, du « sur-mesure », sur l'IME (avec le détachement d'un éducateur de son groupe d'appartenance à moyens constant) ce qui a nécessité une réorganisation de l'emploi du temps des professionnels</p> <p>Une chambre sur l'infirmerie dédiée à ce jeune les après-midi</p> <p>L'équipe de direction en soutien de l'équipe éducative, non seulement pour ce jeune mais aussi pour l'accompagnement des autres jeunes de l'IME</p>
<p><b>Participation de la personne concernée à la construction de la solution</b></p>	<p>Le profil atypique et la déficience sévère de ce jeune ne nous a pas permis de rechercher son adhésion même si nous l'avons énormément sensibilisé à son projet de vie continuellement en lien avec l'ASE par le biais de méthodes de « communication concrète ».</p>
<p><b>Retour de la personne concernée sur la solution proposée</b> (ou à défaut de son entourage ou de ses aidants professionnels actuels)</p>	<p>L'accompagnement individuel proposé par l'équipe éducative depuis janvier 2015 et intensifié dans le cadre d'une prise en charge en individuelle depuis septembre 2015 ont permis d'offrir à moyens constant une prestation de qualité et avoir un accompagnement global avec un accueil séquencé (Groupe éducatif et infirmerie) à temps plein du lundi ou vendredi</p> <p>Le jeune a trouvé une certaine stabilité et des repères sur l'IME avec un accueil de type « sanitaire »</p> <p>Cela a permis d'offrir une solution de répit pour le groupe de jeune</p>
<p><b>Risques et difficultés rencontrés</b></p>	<p>Difficultés rencontrées en lien avec les troubles importants du comportement de ce jeune</p> <p>Fatigue de l'équipe éducative et du groupe d'appartenance de ce jeune car l'accueil IME est inadapté pour ce type de profil de jeune qui a nécessité le déploiement d'une énergie certaine</p> <p>Risques psychosociaux et de maltraitance</p> <p>Difficultés à trouver une solution d'orientation adaptée pour ce jeune atypique</p>

<p><b>Leviers qui ont rendu possible ou facilité la mise en œuvre de la solution</b></p>	<p>Approche soignante et thérapeutique avec le soutien de l'équipe du CH en partenariat, traitement neurologique mis en place et soutien de l'équipe médicale de l'IME</p> <p>Une équipe éducative qui a participé pleinement dans la construction de l'accompagnement « sur-mesure » de ce jeune sur l'IME</p> <p>Accompagnement individualisé, mise en place des outils et méthodes spécifiques pour l'accompagnement de ce jeune atteint de TED</p>
<p><b>Pour aller plus loin, qu'est ce qui aurait pu être fait autrement ?</b></p>	<p>Proposer cette situation atypique pour les commissions critiques</p> <p>Obtenir du CNR pour soutenir l'accompagnement éducatif et thérapeutique</p> <p>Réorienter ce jeune dans un IME TED plus rapidement</p>
<p><b>Remarques</b></p>	<p>Réactivité intéressante de la part de l'ensemble des partenaires (ASE, ARS, ...)</p>

<p><b>Fiche 26</b></p>	<p><b>Un exemple de construction progressive d'une réponse pluripartenariale pour un jeune passé en commission cas critiques</b></p>
<p><b>Eléments de description de la situation de la personne</b> (avant de bénéficier de cette démarche innovante)</p>	<p>Enfant né en 2003, ayant un gros retard de développement, des troubles du comportement et relevant de la protection de l'enfance. AEMO puis décisions judiciaires en 2007 et 2009. Accueil à la maison de l'enfance, recherche famille d'accueil, placement en lieu de vie dans une autre région, saisine MDPH pour une orientation en ITEP.</p> <p>En janvier 2010, son dossier passe en commission des situations complexes, en raison de l'absence de scolarisation et de prise en charge institutionnelle. Cet enfant est alors confié à un service de protection de l'enfance fin 2010, il est reçu en Famille d'accueil, pris en CMP, en continuité d'un hôpital de jour.</p> <p>Il bénéficie d'activités. Une nouvelle demande MDPH pour une orientation en IME en internat est déposée. Puis nouvel accueil chez un assistant familial dans un département limitrophe avec mise en place de soins et participation à des ateliers avec le service de protection de l'enfance. Pas d'hébergement dans sa famille mais des visites régulières.</p> <p>En 2013, son dossier est proposé pour une entrée à l'IME mais différé en raison d'une impossibilité de l'accueillir en internat (travaux de restructuration de l'établissement en cours), de l'éloignement de sa famille d'accueil (transport trop coûteux), et de sa situation (pas de scolarisation, ni de possibilité de vivre dans un groupe en raison de troubles majeurs du comportement), interrogation sur le profil de cet enfant (demande ITEP puis IME)</p>
<p><b>Solution proposée</b> (exemple de dérogation, de collaboration partenariale, etc.)</p>	<p>Proposition du service de protection de l'enfance d'une prise en charge en sur effectif pour évaluation et travail sur un retour progressif avec ses pairs et dans un collectif avec une scolarité très adaptée.</p> <p>Prise en charge progressive, à temps très partiel, sans prononcer une entrée à l'IME, mais information MDPH de l'accompagnement proposé.</p> <p>Année 2013-2014 : accompagnement par éducateur de la protection de l'enfance, ½ journée par semaine sur une activité poney</p> <p>Année 2014-2015 : en décembre 2014, accompagnement par éducateur de la protection de l'enfance les mercredis après-midi pour une insertion sur un groupe de 12 enfants de son âge et à compter de janvier 2015, le temps du repas de midi est ajouté</p> <p>Entrée du jeune à l'IME en août 2015 à temps partiel 2 journées par semaine sans hébergement</p>
<p><b>Modalités de construction de la solution</b> (partenaires, financement, formation, etc.)</p>	<p>Recueil informations, renseignements sur l'histoire de l'enfant et sa famille et collaboration étroite entre le service de protection de l'enfance et le secteur soins</p> <p>Evaluation de l'enfant par une psychologue d'un IME avec une autorisation « TED » en juin 2014, pour préconisations dans l'adaptation de la prise en charge</p> <p>Travail avec assistant familial et parents</p> <p>Investissement important du service de protection de l'enfance en termes d'accompagnement, de transport, de travail avec le jeune et sa famille.</p> <p>Rencontres régulières avec nos partenaires</p>

<p><b>Bonnes pratiques à partager</b></p>	<p>Soutien de l'équipe éducative par l'équipe pluridisciplinaire de l'IME (chef de service, psychologue, psychiatre, assistant de service social) pour travailler l'adaptation de la prise en charge sur le groupe d'enfants (accompagnement sur mesure).</p> <p>Intervention en soutien du chef de service en cas de crise sur le groupe.</p> <p>Accueil très progressif à temps très partiel sur un long temps afin d'éviter nouvelle rupture et échec.</p> <p>Engagement important du service de protection de l'enfance. Réactivité</p>
<p><b>Participation de la personne concernée à la construction de la solution</b></p>	<p>Visite établissement par les parents et le jeune</p> <p>Recherche de l'adhésion du jeune à son projet. Temps d'explication et d'information. Soutien par le référent du service de protection de l'enfance et Assistant familial.</p> <p>Passage de contrat écrit avec le jeune afin de réguler ses passages à l'acte</p>
<p><b>Retour de la personne concernée sur la solution proposée (ou à défaut de son entourage ou de ses aidants professionnels actuels)</b></p>	<p>Le service de protection de l'enfance et l'hôpital de jour soulignent l'évolution positive de ce jeune. Il arrive mieux aujourd'hui à gérer ses émotions et son comportement. Moins de violence et de passage à l'acte sur les adultes ou les enfants.</p> <p>Les parents sont satisfaits de son intégration à l'IME</p> <p>Il supporte mieux le collectif et n'est plus en rupture de prise en charge</p>
<p><b>Risques et difficultés rencontrés</b></p>	<p>Difficultés par la présence de troubles importants du comportement (Violence)</p> <p>Travail d'acceptation du jeune sur le groupe d'enfants et d'une augmentation progressive de sa prise en charge malgré son agressivité</p>
<p><b>Leviers qui ont rendu possible ou facilité la mise en œuvre de la solution</b></p>	<p>Accompagnement par le soin (prise en charge, traitement et échanges réguliers sur la situation du jeune)</p> <p>Soutien du service de protection de l'enfance (accompagnement du jeune, travail de lien entre les différents partenaires, implication et bonne connaissance du jeune par le biais d'entretiens et d'atelier avec le jeune)</p> <p>Accompagnement très individualisé de la part de l'IME, adaptation de sa prise en charge très important</p> <p>Prise en charge en individuel ou en très petit groupe sur des activités très ciblées</p> <p>Contrats et mise à pied par rapport à des actes de violence ont permis avec l'aide du référent du service de protection de l'enfance de réguler le jeune dans ses passages à l'acte</p>
<p><b>Pour aller plus loin, qu'est ce qui aurait pu être fait autrement ?</b></p>	<p>Partenariat important qui reste présent sur la durée et permet ainsi une nette évolution de ce jeune.</p>
<p><b>Remarques</b></p>	<p>l'objectif est de tendre vers une prise en charge à temps plein avec internat séquentiel, mais aujourd'hui ce jeune vient toujours 2 jours par semaine. Situation encore fragile. Accompagnement de son adolescence</p>

<p><b>Fiche 27</b></p>	<p><b>Un deuxième exemple de construction progressive d'une réponse pluripartenariale pour un jeune passé en commission cas critiques</b></p>
<p><b>Éléments de description de la situation de la personne</b> (avant de bénéficier de cette démarche innovante)</p>	<p>Il s'agit d'un garçon de 11 ans scolarisé en CLIS avec AVS (4ème année) et soutenu par un SESSAD (3ème année).</p> <p>Depuis plusieurs mois, comportement empreint d'excitation, de bizarreries, persévérations, rires inappropriés, logorrhées, automutilations, troubles du sommeil. De plus en classe : difficultés d'intégration, pas d'adhésion au travail, agitation inquiétante pour les autres enfants.</p> <p>Avec le SESSAD : dans le cadre de notre collaboration entre services, d'octobre 2014 à juin 2015 il participe à un atelier d'un IME.</p> <p>Il n'est pas disponible psychiquement pour les prises en charge proposées</p> <p>Arrêt de la scolarité début Juin 2016 (scolarisation incompatible avec son état de santé)</p>
<p><b>Solution proposée</b> (exemple de dérogation, de collaboration partenariale, etc.)</p>	<p>Le 03/06/15 : <b>commission situation critiques</b>. La situation relève du secteur sanitaire qui ne peut pas prendre en charge l'enfant en raison de la fermeture de lits de moins de 13 ans. Situation considérée comme critique. Une application de la notification est préconisée, soit une entrée en IME décidée à l'unanimité.</p> <p>Le SESSAD et l'IME organisent conjointement un emploi du temps le plus adapté pour lui en Juin.</p> <p>L'ARS prend acte de la conclusion de la Commission et se rapproche de l'IME pour convenir des modalités d'accueil pour la rentrée de Septembre.</p> <p>Admission à l'IME en août 2015</p>
<p><b>Modalités de construction de la solution</b> (partenaires, financement, formation, etc.)</p>	<p>Transmissions entre le SESSAD et l'IME.</p> <p>Troubles du comportement très nombreux : difficulté de communication, pleurs inexplicables, touche l'autre sans cesse, il tape quiconque pour interpeller, il boit et mange beaucoup, etc.</p> <p>Fin 01/2016 : en accord avec les parents, consultation au service de pédopsychiatrie du CHU. Pas d'hospitalisation possible avant 6 mois d'attente. Orientation vers l'Hôpital de Jour</p> <p>Contacts entre AS de l'IME et AS de secteur.</p> <p>Convention de prise en charge complémentaire établie le 10 mai 2016 entre l'IME et l'Hôpital de Jour. En complémentarité de sa prise en charge éducative à l'IME, l'Hôpital de Jour assure une prise en charge thérapeutique 2 demi-journées par semaine dans leur service.</p> <p>Juin 2016 : envoi d'un RTIP à la cellule enfance en danger (violence de l'enfant à la maison, où sa mère s'occupe la plupart du temps seule des 4 enfants. Violence du père sur l'enfant quand il ne sait plus quoi faire face aux comportements de son fils.) puis réunion à la MDPH avec professionnels de l'IME, de l'Hôpital de jour, et médecin responsable de la pédopsychiatrie au CHU. Construction de son accompagnement à poursuivre : lieu de vie, 1 lieu de soin, 1 travail familial.</p> <p>Septembre 2016 : commission Enfance Famille Prévention. Poursuite du suivi par AS secteur et intervention de TISF à domicile à organiser.</p>

	<p>Entretiens : mère + éducateur référent à l'Hôpital de Jour. Mère + AS secteur + AS IME + éducateur référent</p> <p>Réunions de projet à l'IME avec les partenaires.</p> <p>Demande de renfort éducatif à l'ARS dans le cadre des CNR. Accord reçu en Octobre 2017</p> <p>Août 2016 : en raison des importants troubles du comportement en transport collectif, mise en place d'un transport individualisé (VSL)</p>
<b>Bonnes pratiques à partager</b>	<p>Cette situation requiert absolument un partenariat avec le secteur sanitaire (l'enfant a impérieusement besoin de soins) et le secteur social.</p> <p>Communiquer, se coordonner.</p>
<b>Participation de la personne concernée à la construction de la solution</b>	<p>Chaque fois que nécessaire, sollicitation des parents (mère le plus souvent présente).</p> <p>La participation d'un interprète (1 professionnel de l'IME) est requise.</p>
<b>Retour de la personne concernée sur la solution proposée</b>	/
<b>Risques et difficultés rencontrés</b>	<p>Risques liés aux conduites de violence sur les enfants et les professionnels.</p> <p>Lenteur de certaines réponses à des démarches (demande CNR)</p>
<b>Leviers qui ont rendu possible ou facilité la mise en œuvre de la solution</b>	/
<b>Pour aller plus loin, qu'est ce qui aurait pu être fait autrement ?</b>	Le manque de moyens de la pédopsychiatrie est dommageable.
<b>Remarques</b>	Le renfort éducatif est grandement utile car l'enfant a vraiment un comportement très singulier parmi son groupe (12 enfants de 11 à 13 ans, qui compte aussi 2 autres enfants à comportement problème). Sa problématique fait qu'il ne participe pas vraiment à des activités collectives, il ne s'intéresse pas aux autres enfants. Et le groupe est source d'excitations pour lui.

**ANNEXE 3 : DIAPORAMA DE PRESENTATION DE LA COMMANDE  
A LA COMMISSION SPECIALISEE ET A LA COMMISSION D'HARMONISATION  
DES POLITIQUES PUBLIQUES.**



## Remontée régionale de réponses alternatives pour les personnes handicapées en situation de rupture de parcours

Bourgogne - Franche-Comté

### Le contexte

- **Juin 2014** : remise du rapport « Zéro sans solution » de Denis Piveteau à Marisol Touraine et Segolène Neuville qui recommande que tous les acteurs (MDPH, ARS, rectorats, CD, gestionnaires d'établissements, ...) s'organisent et se coordonnent pour construire avec les personnes ou leurs familles des réponses à leurs besoins.
- **Novembre 2014** : la mission « Une réponse accompagnée pour tous » est confiée à Marie-Sophie Desaulle. Cette mission devra permettre de préciser les étapes et les modalités de mise en œuvre progressive du rapport « Zéro sans solution ».
- **Décembre 2014 - Novembre 2015**: Feuille de route (déclinaison en 4 axes + lancement du dispositif
- **2016** : mise en mouvement des acteurs (CD, MDPH, ARS, rectorats, gestionnaires d'établissements) pour que la coordination entre eux soit plus étroite, les décisions d'orientation mieux suivies et régulièrement réévaluées et que, dans les situations complexes, des solutions puissent être construites de façon collaborative. 24 territoires pionniers dont 4 en région (21, 71, 89 et 25)

## Le cadre

- [Loi N°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement](#) par son article 78 modifiant l'article L312-4 du CASF « **Les CREAI et les CLICs mentionnés au 11° du I de l'article L. 312-1 contribuent, en réponse à la demande des autorités compétentes pour l'élaboration des schémas d'organisation sociale et médico-sociale et des schémas régionaux de santé, à l'analyse des besoins et de l'offre mentionnés aux 1° et 2° du présent article, ainsi qu'à toute action liée à la mise en œuvre de ces schémas.** »
- [Instruction N° DGCS/3C/CNSA/2016/209 du 24 juin 2016](#) : «... il est attendu que les CREAI diffusent les fiches de remontées et effectuent la synthèse des remontées au niveau régional, permettant ensuite à l'ANCREAI d'en faire une synthèse au niveau national ».
- [Convention pluriannuelle d'objectifs 2016 DGCS/ANCREAI](#) : la DGCS a sollicité l'ANCREAI pour analyser et synthétiser des remontées d'expériences en s'appuyant sur les CREAI

## Objectifs de l'action CREAI

1. Structurer les travaux de repérage de réponses alternatives en s'appuyant :
  - sur un cadre d'étude partagé au sein du réseau des CREAI permettant notamment la définition et caractérisation des notions « innovation » et « alternatives »
  - sur un diagnostic partagé avec les MDPH du fonctionnement des commissions « situations critiques » en termes de constructions ou non de réponses alternatives.
2. Recueillir les expériences ayant permis des réponses alternatives pour des personnes handicapées en situation de rupture de parcours.
3. Valoriser ces expériences en collaboration avec l'ARS et les Conseils Départementaux à travers des temps de présentation et d'échanges en CRSA et CDCA.
4. Produire à l'ARS et à l'ANCREAI les éléments d'analyse issus de la démarche de repérage, caractérisation et concertation en région.

## Périmètre

Les dispositifs/modalités innovants, permettant d'éviter les ruptures de parcours...

- réponses alternatives (habitat partagé, passerelles...)
- prises en charge multimodales (combinant des réponses MS et sanitaires, MS et sociales...)
- prises en charge modulaires

repérés...

- en commissions des situations critiques
- auprès des organismes gestionnaires
- auprès d'acteurs identifiés du fait de dispositifs ad hoc
- auprès de l'équipe relais handicaps rares Bourgogne – Franche-Comté

...sur le territoire régional et les départements qui le composent

## Sources

- Recueil spécifique mis en place :
  - ✓ fiche de recueil d'expérience annexée à l'instruction ministérielle et complétée par le réseau des CREAI
  - ✓ fiche individuelle annexée à l'instruction ministérielle
- Entretiens préliminaires avec :
  - ✓ la Cheffe de projet Handicap RAPT de l'ARS
  - ✓ le conseiller d'EY missionné par la CNSA auprès des territoires pionniers de la région.
- Contacts avec :
  - ✓ les chargés de mission handicap ARS dans les délégations départementales de la région (courant novembre)
  - ✓ Référents handicap des Conseils départementaux (courant novembre)
  - ✓ MDPH (notamment référents RAPT quand ils existent)
  - ✓ les organismes gestionnaires

## Délais et livrable

- Phase de repérage : de fin octobre à fin novembre 2016
- Phase de recueil des fiches à renseigner + relances : de fin novembre à mi-décembre 2016 (relance début janvier)
- Analyse régionale et consolidation dans des instances : février 2017
- Production du livrable (synthèse régionale) : mars 2017
- Valorisation (le cas échéant avec l'analyse nationale : deuxième semestre 2017