

**PROTOCOLE PARTENARIAL D'ENGAGEMENT  
RELATIF A LA DÉMARCHÉ  
UNE « RÉPONSE ACCOMPAGNÉE POUR TOUS »  
DÉPARTEMENT DU BAS-RHIN**

Entre

**Le Groupement d'Intérêt Public Maison Départementale des Personnes Handicapées du Bas Rhin**

**ci-après dénommé « la MDPH » et représenté par sa Présidente, Madame Michèle ESCHLIMANN ;**

**Le Département du Bas-Rhin**

**ci-après dénommé « le Département » et représenté par son Président, Monsieur Frédéric BIERRY ;**

**L'Agence Régionale de Santé Grand Est**

**ci-après dénommée « l'ARS » et représentée par sa Déléguée Territoriale du Bas-Rhin, Madame Adeline JENNER ;**

**La Direction des Services Départementaux de l'Education Nationale du Bas-Rhin**

**ci-après dénommée « l'Education Nationale » et représentée par son Directeur Académique, Monsieur Luc LAUNAY ;**

**La Caisse Primaire d'Assurance Maladie du Bas-Rhin**

**ci-après dénommée « la CPAM » et représentée par sa Directrice, Madame Sylvie MANSION ;**

**La Caisse d'Allocation Familiale du Bas-Rhin,**

**ci-après dénommée « la CAF » et représentée par son Directeur, Monsieur Francis BRISBOIS ;**

**Le Direction Régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi du Grand Est,**

**ci-après dénommée « la DIRECCTE » et représentée par la Directrice de l'Unité départementale du Bas-Rhin, Madame Marie-France RENZI**

Il est convenu ce qui suit,

Vu la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées ;

Vu la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé prévoyant la mise en place du dispositif d'orientation permanent « une réponse accompagnée pour tous » ;

Vu l'article 89 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé modifiant l'article L 114-1-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles ;

Vu le décret n° 2017-137 du 7 février 2017 définissant les informations qui doivent être transmises aux maisons départementales des personnes handicapées par les agences régionales de santé, les services de l'Etat et les collectivités territoriales, pour l'élaboration des plans d'accompagnement globaux ;

Vu l'instruction N° DGCS/SD3B/CNSA/SGMCAS/2016/321 du 23 septembre 2016 relative à l'appui aux MDPH dans le déploiement de la démarche « une réponse accompagnée pour tous »;

Vu l'instruction N° DGCS/SD3B/CNSA/SGMCAS/DSSIS/2016/322 du 23 septembre 2016 relative au système d'information de suivi des orientations dans le secteur du handicap ;

Vu la circulaire N° DGCS/3B/2017/148 du 2 mai 2017 relative à la transformation de l'offre d'accompagnement des personnes handicapées dans le cadre de la démarche « une réponse accompagnée pour tous », de la stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre médico-sociale (2017- 2021) et de la mise en œuvre des décisions du CIH du 2 décembre 2016 ;

Vu l'avis de la Commission Exécutive du GIP MDPH du Bas-Rhin du ;

Vu la convention d'appui relative à la démarche « une réponse accompagnée pour tous » entre l'ARS Grand Est et la MDPH du Bas-Rhin du 4 avril 2017 ;

Vu la convention nationale pluriannuelle multipartite de mobilisation pour l'emploi des personnes en situation de handicap 2017-2020 entre la Ministre du Travail, le Ministre de l'Action et des Comptes publics, la secrétaire d'Etat auprès du Premier ministre chargée des Personnes Handicapées, Pôle emploi, l' AGEFIPH, le FIPHFP, la CNSA, l'ADF, la CNAMTS, la CCMSA, le RSI, le CHEOPS et UNML du 16 novembre 2017.

## **Préambule**

La démarche « Une réponse accompagnée pour tous (RAPT) » vise à mettre en œuvre les préconisations portées par le rapport « Zéro sans solution », remis par Denis Piveteau en juin 2014.

Marie Sophie Desaulle a décliné cette démarche avec pour ambition une mise en mouvement de l'ensemble des acteurs pour que la coordination entre eux soit plus étroite, les décisions d'orientation soient mieux suivies et régulièrement réévaluées et, dans les situations complexes, des solutions puissent être recherchées et mises en place de façon collaborative.

La démarche est organisée autour de 4 axes complémentaires, dont le déploiement est concomitant :

**Axe 1 : la mise en place du dispositif d'orientation permanent par les MDPH ;**

**Axe 2 : le déploiement d'une réponse territorialisée ;**

**Axe 3 : la création d'une dynamique d'accompagnement et de soutien par les pairs ;**

**Axe 4 : l'accompagnement au changement des pratiques.**

L'article 89 de la loi de modernisation de notre système de santé apporte un fondement législatif au projet et organise la possibilité pour les Maisons départementales des personnes Handicapées (MDPH) et les personnes ou leurs familles de co-construire avec les établissements et services, ainsi que les partenaires, un plan d'accompagnement global (PAG).

Ce plan d'accompagnement global consiste en une combinaison de réponses permettant d'accompagner une personne handicapée qui se trouverait sans solution adaptée à ses besoins et/ou en risque de rupture de parcours.

**Il s'agit de passer d'une logique de place à une logique de parcours de vie et de santé.**

Les rédacteurs du rapport Piveteau plaident pour réorganiser l'offre sanitaire et médico-sociale afin de favoriser l'émergence de parcours adaptés au projet de vie et de santé de la personne en situation de handicap en termes de « réponses » plutôt qu'en termes de « places ».

La réponse consiste en la mise en œuvre « d'un dispositif modulaire, capable de combiner plusieurs prises en charge médico-sociales, sanitaires, éducatives, et d'épouser les situations complexes ou évolutives. »

De plus, la convention d'appui relative à la démarche « une réponse accompagnée pour tous » prévoit que ledit protocole partenarial précise la contribution de chacun des acteurs concernés à la poursuite des objectifs suivants :

- Décliner, dans un plan d'action départemental, les quatre axes de la mission « une réponse accompagnée pour tous » dans le département ;
- Mobiliser les professionnels, associations, institutions et structures concernées ;
- Accompagner l'évolution des pratiques professionnelles des acteurs et partenaires ;
- Construire et favoriser des outils et des processus de travail collaboratif dans le cadre notamment de groupes opérationnels de synthèse (GOS) et en vue de proposer des plans d'accompagnement globaux (PAG) aux personnes en situation de handicap.

En lien étroit avec les agences régionales de santé, les conseils départementaux et les représentants de l'éducation nationale, les MDPH, DIRECCTE et le SPE, CPAM, CAF, constituent le premier cercle d'engagement dans cette démarche à laquelle seront associés les établissements et services médico-sociaux, ainsi que les représentants d'usagers dans les phases de réflexion et de déclinaison opérationnelle de la démarche « une réponse accompagnée pour tous ».

Chaque signataire s'engage à réaliser un travail de proximité avec les associations et les personnes en situation de handicap. La MDPH participe à l'élaboration des réponses avec les établissements et services médico-sociaux, les professionnels des secteurs sociaux et sanitaires (établissements de santé et soins de ville).

L'ARS Grand Est inscrit ce projet dans les travaux du Schéma Régional de Santé 2018-2023.

La MDPH est également associée à ces travaux par l'ARS, mais aussi à ceux engagés par le Conseil Départemental et l'Education Nationale dans le cadre de leurs missions d'organisation et de pilotage de l'offre.

## Article 1 – Objet du protocole : la démarche RAPT

Le présent protocole a pour objet de :

- décrire les engagements des cosignataires ;
- définir les conditions favorisant les coopérations entre acteurs institutionnels ;
- partager les enjeux et définir les notions sur lesquelles se basent les acteurs ; institutionnels ;
- organiser les objectifs stratégiques et leur déclinaison opérationnelle ;
- définir les ambitions propres au territoire ;
- organiser la gouvernance de ce projet.

Les parties en présence s'associent en **co-responsabilité** :

- dans l'identification de solutions adaptées à apporter aux situations individuelles relevant du dispositif de la réponse accompagnée ;
- dans le pilotage des quatre axes de la démarche au travers de l'animation des actions issues des objectifs stratégiques définis dans le présent protocole.

La MDPH, dans sa nouvelle fonction « d'ensemblier » des solutions d'accompagnement, doit pouvoir bénéficier de l'appui de l'ensemble des partenaires du territoire et des opérateurs impliqués dans les secteurs sanitaire, médico-social, et social.

## Article 2 – Engagements des signataires

Les quatre engagements principaux sont :

- **Engagement 1** : développer la connaissance mutuelle du cadre de compétences et de missions de chacun des partenaires ;
- **Engagement 2** : améliorer la connaissance des besoins par l'analyse des orientations et des situations afin d'engager une réflexion collective sur l'évolution de l'offre scolaire, socio-professionnelle, sociale, sanitaire et médico-sociale ;
- **Engagement 3** : participer aux instances liées à la démarche « RAPT » ;
- **Engagement 4** : étudier les dérogations possibles au cadre législatif et réglementaire permettant de trouver des solutions adaptées aux situations individuelles.

### **Article 3 – Développer la connaissance mutuelle du cadre de compétences et de missions de chacun des partenaires**

Le constat partagé de la connaissance non exhaustive de chacun des partenaires institutionnels conduit à proposer en premier lieu un travail autour de leur cadre d'intervention et de leurs limites.

Afin de pouvoir construire des réponses innovantes et individuelles il est nécessaire d'avoir une connaissance exhaustive, tant des dispositifs inhérents à chacune des institutions que du cadre réglementaire dans lequel elles s'inscrivent.

Conformément au décret du 7 février 2017, les signataires du présent protocole s'engagent à fournir à la MDPH les informations nécessaires à l'élaboration des PAG, à savoir :

- Les ressources et les dispositifs sociaux et médico-sociaux permettant d'accompagner les personnes handicapées « Les ressources et les dispositifs en matière de scolarisation et d'accompagnement en milieu ordinaire des enfants et adolescents handicapés ;
- Les ressources et les dispositifs en matière de soins somatiques et psychiatriques pouvant assurer des interventions préventives et thérapeutiques destinées aux personnes handicapées ;
- Les ressources et les dispositifs en matière de formation et l'emploi en milieu ordinaire pour les personnes handicapées ;
- Les ressources et les dispositifs en matière de d'insertion sociale des personnes handicapées, y compris dans le domaine du logement ;
- Les ressources et les dispositifs en matière d'appui aux aidants des personnes handicapées ;
- Les ressources et les dispositifs en matière d'appui mutuel aux personnes handicapées.

Le Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR) devra notamment permettre d'apporter une meilleure connaissance de l'offre, tant dans le champ médico-social que dans le champ du sanitaire et d'automatiser la transmission des informations relatives à l'offre.

Les signataires du présent contrat s'engagent à étudier les résultats de ces analyses et à procéder à une présentation en commission exécutive du GIP MDPH (COMEX) et en comité départemental de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA).

Sur la base des analyses réalisées, des comités territoriaux sont mis en place afin de travailler avec les gestionnaires de l'offre médico-sociale, sanitaire et sociale, sur des critères de priorité d'admission en ESMS.

Cela permet de réguler l'offre et de limiter le nombre de situations « sans solution » nécessitant la mobilisation du dispositif « une réponse accompagnée pour tous ».

### **Article 4 – Améliorer la connaissance des besoins par l'analyse des orientations et des situations RAPT afin d'engager une réflexion collective sur l'évolution de l'offre sociale, sanitaire et médico-sociale.**

Conformément à la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) accorde les orientations et la MDPH doit en assurer le suivi.

Dans ce but, l'Education Nationale tient informée la MDPH de chaque affectation.

Les établissements et services médico-sociaux tiennent informée la MDPH des entrées des personnes concernées au travers de l'outil Via Trajectoire.

En effet, dans le cadre de l'instruction du 23 septembre 2016, il est prévu que ce système d'information soit « structuré et déployé en cohérence avec les systèmes d'information des MDPH et des établissements et services médico-sociaux. »

Une procédure sera mise en place afin d'effectuer régulièrement une analyse de la situation des personnes en attente d'accompagnement, centrée sur la MDPH, qui est l'acteur légitime pour réaliser ce suivi régulier des besoins en tant qu'organisme de traitement des demandes individuelles :

- Les signataires du présent protocole s'engagent à notifier, dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, la nécessité de listes de présence et des listes d'attente et places disponibles à **jour** dans l'outil informatique Via Trajectoire pour chaque établissement et service médico-social ;
- A partir de l'observatoire Via Trajectoire, sur la base des analyses réalisées, des comités territoriaux sont mis en place afin de travailler avec les gestionnaires de l'offre médico-sociale, sanitaire et sociale, sur des critères de priorité concernant les admissions en ESMS.

La mise en place de cette commission de régulation permettra de limiter le nombre de situations « sans solution » nécessitant la mobilisation du dispositif RAPT.

## **Article 5 – Participer aux instances liées à la RAPT**

Deux niveaux d'instance sont retenus :

- Les instances de pilotage ;
- Les instances étudiant les situations individuelles.

Concernant les **instances de pilotage** départementales:

- Un comité de pilotage et de suivi, composé des membres de la COMEX de la MDPH, prend les délibérations nécessaires à la mise en œuvre de la démarche « une réponse accompagnée pour tous » à un rythme semestriel entre les co-contractants du protocole d'engagement ;
- Un comité territorial par axe, sera animé par chacun des pilotes institutionnels définis dans la feuille de route qui engageront les réflexions autour des objectifs stratégiques.

Concernant les **instances étudiant les situations individuelles** :

Il est rappelé que la démarche « une réponse accompagnée pour tous » ne signifie pas la mise en place d'un Plan d'accompagnement Global (PAG) pour tous.

Le Plan d'Accompagnement Global s'avère nécessaire dès lors que la réponse aux besoins de la personne handicapée est particulièrement complexe à apporter et qu'elle nécessite un engagement fort des acteurs de l'accompagnement.

Trois instances étudiant les situations individuelles sont retenues :

- 1. L'équipe pluridisciplinaire d'évaluation de la MDPH étudie toutes les demandes de PAG et propose un PAG si elle est en mesure de construire un parcours modulaire adapté aux besoins de la personne ;
- 2. Un Groupe Opérationnel de Synthèse (GOS) en cas de complexité majeure (absence de solution souhaitable avec risque de rupture de parcours). Le GOS est réuni sur convocation du Directeur de la MDPH ;
- 3. **La CDAPH est informée des PAG et les orientations retenues.** Si la criticité de la situation nécessite une intervention rapide, les décisions peuvent s'appliquer avant la présentation en CDAPH.

Lors de la réunion du groupe opérationnel de synthèse, un PAG peut être rédigé en séance. Un « coordonnateur de parcours » est désigné en vue d'assurer la coordination des interventions, le respect des engagements et, éventuellement, l'interpellation du « référent de parcours » de la MDPH en cas de non-respect des engagements et/ou besoin d'adaptation du PAG via des mesures correctrices. Le PAG est revu tous les ans.

Pour chaque PAG, les co-contractants s'engagent à identifier le **coordonnateur de parcours** parmi les partenaires présents ci-dessous potentiellement éligibles (liste non exhaustive):

- des enseignants référents de l'EN ;
- des travailleurs sociaux du Département (dont la polyvalence de secteur) ;
- des Etablissements et Services Médico-sociaux, notamment les Pôles de Compétences et de Prestations Externalisés, les Equipes Mobiles ... ;
- des services de Pôle emploi et de Cap emploi ;
- des associations de représentants d'usagers ;
- ...

La composition du GOS peut varier. Elle dépend principalement des expertises recherchées au vu des situations à évaluer. Chaque représentant d'institution participant au GOS doit obligatoirement avoir un pouvoir de décision.

**Les co-contractants conviennent que la présence des autorités de tarification n'est pas indispensable en GOS de 1<sup>er</sup> niveau.** L'ARS et le Département s'engagent à participer aux GOS de niveau 2.

## **Article 6 – Etudier les dérogations possibles au cadre législatif et réglementaire permettant de trouver des solutions adaptées aux situations individuelles**

En application de l'article 89 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, le GOS peut proposer des résolutions de situations qui modifient très à la marge, soit le mode de fonctionnement de certains établissements et services médico-sociaux et des établissements scolaires, soit le fonctionnement partenarial, sur accord du ou des autorités compétentes des établissements et services concernés.

L'objet de ces dérogations est de:

- Promouvoir de nouvelles réponses territoriales (modularité, complémentarité et coordination des réponses apportées, dérogations (âge, agrément, sureffectif...)) ;
- Assurer un accompagnement des parcours ;

- Développer une réponse préventive visant à limiter la survenue de ruptures de parcours.

Elles doivent s'inscrire de façon pertinente dans le parcours de la personne, en accord avec les décisions de la MDPH. Elles font l'objet d'une demande aux autorités de tarification compétentes dans le cadre du GOS et doivent, si accord, faire l'objet d'une information régulière.

Le GOS doit privilégier le droit commun existant en insistant sur la coordination des acteurs du territoire. Ainsi, la dimension médico-sociale des accompagnements s'envisage comme une valeur ajoutée et en force de soutien et d'expertise auprès des autres acteurs territoriaux, notamment des champs sanitaires et sociaux.

Il n'est pas possible de lister l'ensemble des situations potentielles, d'autres réponses pouvant être proposées dans l'esprit du présent protocole, il est possible de citer les exemples suivants :

#### **Articulations et partenariats :**

- Maintien dans des dispositifs de scolarisation de droit commun d'enfants en attente d'une place en ESMS ;
- Accueils séquentiels en psychiatrie ;
- Evaluations des besoins de soins d'un résident en établissement ou usager d'un service médico-social (ESMS) par la psychiatrie ;
- Cumul d'interventions médico-sociales et psychiatriques sur un handicap particulier ;
- Conventionnements inter-associatifs pour partage et mise à disposition d'expertise ;
- Croisement des prises en charge (ex: ESAT en journée, foyer occupationnel en soirée et nuitée).

#### **Dérogations à la réglementation de l'agrément :**

- Les dérogations d'âge (répartition des publics par âge, par exemple l'intervention d'un SAVS ou d'un SAMSAH auprès d'une personne âgée de moins de 20 ans) ;
- L'accueil exceptionnel en sureffectif sans financement complémentaire, sur la base d'un accueil temporaire, et avec une priorité posée pour l'utilisateur dès qu'une place permanente se libère ;
- Les dérogations par type d'accueil (accueil séquentiel, accueil temporaire, accueil permanent) ;
- L'accueil inter-associatif ou inter-établissement,
- L'accueil au sein de places laissées vacantes lors d'une hospitalisation, pendant les week-ends ou pendant les vacances.

#### **Exceptionnellement, pour accompagner temporairement une situation dite « critique », des dérogations aux règles de prise en charge financière :**

Qualification d'une situation « critique » (critères cumulatifs):

- La complexité de la prise en charge génère, ou peut générer, pour les personnes concernées, des ruptures de parcours : des retours en famille non souhaités et non préparés, des exclusions d'établissement, des refus d'admission en établissement... ;
- Et l'intégrité, la sécurité de la personne et/ou de sa famille sont mises en cause.

Il s'agit des situations les plus lourdes qui restent sans solution de prise en charge dans le droit commun ou qui mettent en échec le droit commun. A ce titre, **de manière exceptionnelle et temporaire**, les autorités de tarifications peuvent accompagner financièrement :

- Les prises en charge « renforcées » cumulant plusieurs intervenants ;
- L'accueil en sureffectif avec financement complémentaire.

## **Article 7 – Gouvernance du projet**

### **Stratégique**

Afin de s'assurer de la cohérence du déploiement du dispositif départemental au regard des objectifs affichés, il convient que l'ensemble des acteurs s'engage dans :

- une co-construction des politiques ;
- une coopération basée sur une interrogation de ses propres pratiques avant d'interroger celles des autres ;
- une coordination avec et autour de la personne en situation de handicap.

L'ambition de la démarche partenariale et collective est d'aboutir à une évolution systémique de l'organisation de la réponse apportée aux personnes :

- qui sont sans solution chez elles ou au sein de leur famille ;
- dont la situation est inadaptée à leurs besoins ;
- qui souhaitent bénéficier d'une réponse plus intégrée au droit commun.

Les signataires du protocole sont impliqués dans la communication et l'information autour de cette démarche, en interne de leur institution et à l'égard des autres partenaires.

### **Feuille de route**

Elle vise à identifier les pilotes et les acteurs associés pour chacun des 4 axes de la démarche, à savoir :

**Axe 1 : la mise en place du dispositif d'orientation permanent par les MDPH ;**

**Axe 2 : le déploiement d'une réponse territorialisée ;**

**Axe 3 : la création d'une dynamique d'accompagnement et de soutien par les pairs ;**

**Axe 4 : l'accompagnement au changement des pratiques.**

#### **Axe 1**

Pilote : **MDPH**

Associés : associations de représentants d'usagers, associations gestionnaires d'ESMS, ARS, CDCA, Conseil Départemental, EN, l'UD DIRECCTE, Pôle Emploi et Cap emploi ;

#### **Axe 2**

Pilotes : **Conseil départemental et ARS**

Associés : MDPH, EN, CPAM, CAF, associations gestionnaires d'ESMS, Domicile, Sanitaire ;

### **Axe 3**

Pilotes : MDPH et CDCA

Associés : organismes tutélaires, EN, Conseil Départemental, ARS, Centres ressources ;

### **Axe 4**

Pilotes : Membres du comité de suivi

Associés : représentants des associations d'usagers et gestionnaires d'ESMS, CDCA.

La feuille de route permet de définir un ensemble cohérent d'actions à déployer, de les planifier et de les coordonner entre elles, selon leur niveau d'interdépendance et de priorité. Elle est évolutive et peut être complétée au fur et à mesure du déploiement de la démarche RAPT, après validation par le Comité de suivi.

Sa déclinaison opérationnelle tient compte des calendriers d'autres chantiers qui peuvent avoir un impact et mobiliser les acteurs (ex. déploiement du Système d'information harmonisé, Via Trajectoire PH...).

## **Article 8 – Suivi et évaluation**

Un bilan annuel de la démarche est présenté à la COMEX dans le cadre du rapport d'activité de la MDPH.

Les impacts liés au déploiement du dispositif, ainsi que les engagements respectifs pris par les signataires du présent protocole, font l'objet d'une évaluation réalisée en concertation étroite avec l'ensemble des acteurs mobilisés.

Il s'agit, d'une part, de partager les éléments de bilan et, d'autre part, d'évaluer l'impact du dispositif sur l'ensemble du champ du handicap (fluidification des parcours, amélioration de la qualité du partenariat entre les acteurs, mesure des réponses élaborées...).

L'évaluation annuelle mobilise l'ensemble des parties prenantes. Elle est présentée dans les instances concernées par le projet, pour envisager, si besoin, des réorientations éventuelles des travaux ou des mesures correctrices :

- COMEX ;
- Comité de suivi de la démarche « une réponse accompagnée pour tous » ;
- Conseil Départemental de la Citoyenneté et de l'Autonomie (CDCA).

## **Article 9 – Durée du protocole - Modification – Résiliation**

Le présent protocole a vocation à structurer les engagements des signataires de manière pérenne.

La généralisation du dispositif sur le territoire national au 1<sup>er</sup> janvier 2018 et l'application de l'ensemble des dispositions à cette date, nécessitent de réinterroger les pratiques en fonction des évolutions constatées.

Toute modification entraîne la signature d'un avenant. Toute modification doit faire l'objet d'une demande écrite par l'un ou plusieurs des signataires, à l'attention de l'ensemble des autres signataires, par lettre recommandée avec accusé de réception.

Toute demande de résiliation du présent protocole doit être transmise par l'un ou plusieurs des signataires, à l'attention de l'ensemble des autres cosignataires, par lettre recommandée avec accusé de réception, deux mois avant la date de résiliation souhaitée.

Les parties au présent protocole s'engagent, chacune en ce qui la concerne, à mettre en œuvre les articles du dit protocole.

### **Article 10 – Confidentialité et protection des données à caractère personnel**

La transmission d'informations s'exercera dans les limites du respect des dispositions spécifiques liées au secret professionnel.

Les partenaires conviennent que les informations transmises et échangées lors des instances examinant les situations individuelles ont un caractère confidentiel et ne doivent en aucun cas être divulguées ou retransmises à d'autres personnes physiques ou morales non autorisées.

### **Article 11 – Recours**

Chacune des parties peut demander la révision ou la résiliation du protocole en cas de modification substantielle des dispositions législatives et / ou réglementaires qui rendent l'exécution impossible des présentes, par lettre recommandée avec accusé réception.

La procédure à suivre en cas de litige entre les parties est la suivante :

- Tentative de conciliation amiable, au préalable, par le biais de réunions entre les parties avec compte-rendu et documents à l'appui ;
- Litige porté devant le Tribunal Administratif du siège du GIP MDPH du Bas-Rhin en cas d'échec de la tentative de conciliation.

Fait à Strasbourg le,

### **Liste des signataires de la convention**

La Présidente du Groupement d'Intérêt Public Maison Départementale pour les Personnes Handicapées du Bas-Rhin	Le Président du Département du Bas-Rhin
La Déléguée Territoriale du Bas-Rhin de l'Agence Régionale de Santé Grand Est	Le Directeur Académique des Services Départementaux de l'Education Nationale du Bas-Rhin

La Directrice de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie du Bas-Rhin	Le Directeur de la Caisse d'Allocations Familiales du Bas-Rhin
La Directrice de l'Unité Départementale du Bas-Rhin de la DIRECCTE Grand Est	

## Annexe relative à l'engagement des établissements et services médico-sociaux du Bas-Rhin

La mise en œuvre d'une politique de santé territorialisée orientée vers une stratégie de mise en place des parcours de vie doit permettre de répondre de manière plus adaptée et personnalisée aux besoins des personnes particulièrement lors de situations complexes voire critiques. Ceci afin de décliner de véritables parcours et d'éviter les ruptures de prise en charge et d'accompagnement.

Pour ce faire, une politique de contractualisation avec les établissements et services est en cours de mise en œuvre dans le Grand Est.

Afin d'assurer les exigences « d'une réponse accompagnée pour tous » les établissements et services de santé du département du Bas-Rhin s'engagent dans la mise en œuvre dudit protocole partenarial et notamment à participer à **100%** des groupes opérationnels de synthèse (GOS) auxquels ils sont invités par la MDPH.

Fait à \_\_\_\_\_, le

Nom de l'établissement ou du service :

Qualité du signataire :