Département de Charente-Maritime
Élaboration du schéma départemental de l'autonomie 2018-2022 pour le Département de la Charente-Maritime

Compte rendu du groupe de travail 3
La Rochelle
12 septembre et 12 octobre 2017

Au printemps 2017, le Conseil départemental de la Charente-Maritime a lancé la démarche d'élaboration de son schéma départemental de l'autonomie 2018-2022. Le schéma définit et précise, pour les 5 années les orientations et articulations de la politique publique départementale dans un cadre cohérent et adapté aux besoins identifiés sur les territoires.

Le Département de la Charente-Maritime propose d'élaborer un schéma unique de l'autonomie qui renforce la convergence des politiques en direction des personnes âgées et des personnes handicapées, en adéquation avec les évolutions législatives (loi d'adaptation de la société au vieillissement de 2015, loi de modernisation de notre système de santé de 2016).

L'élaboration du schéma est structurée en 3 phases :

- La phase 0 : Cadrage et lancement de la mission (mi-avril). Cette phase permettra de valider la méthodologie employée, le calendrier, les modalités de pilotage et les livrables attendus.
- La phase 1 : État des lieux des besoins sociaux et médico-sociaux du territoire et évaluation des schémas départementaux personnes âgées / personnes handicapées en cours (mi-avril/fin juin). Cette phase permettra de réaliser un diagnostic quantitatif et qualitatif et d'établir le bilan des deux schémas actuels.
- La phase 2 : Elaboration du schéma départemental de l'Autonomie (juillet/décembre). Cette phase permettra de définir les orientations du futur schéma de l'Autonomie.

L'état des lieux a été présenté le 30 juin 2017 et est disponible sur le site du Département (https://la.charente-maritime.fr/organisation/schemas-departementaux).

Dans le cadre de la phase d'élaboration des propositions d'action pour le prochain schéma, le Département souhaite approfondir une approche territoriale.
Quatre groupes de travail se réunissent sur les territoires et deux groupes de travail se réunissent au niveau départemental.

Les groupes territoriaux ont vocation à proposer des pistes d'actions opérationnelles.

- **Thématiques abordées lors des groupes de travail territoriaux**

- Mettre en place des dynamiques territoriales entre les acteurs de terrain :
  - Répit des aidants,
  - Passage de relai entre le sanitaire et le médico-social
  - Lien et complémentarité entre les établissements d'hébergement et les services du domicile
  - Identification des bonnes pratiques, des outils disponibles, sites et espaces de partage, mutualisation, etc.
- Développer une réponse territoriale coordonnée autour du domicile
  - Passage de relai entre les différents acteurs – notion de référent

- Articulation avec la PTA
- Repérage des situations de fragilité

- Fluidifier les parcours
  - Partage de l'information
- Faciliter la transition adolescent – adulte
  - Anticipation de la sortie d'établissement et préparation à la transition
  - Prise en charge des enfants sortis du dispositif de l'aide sociale à l'enfant
- Développer une offre adaptée pour les PHV
  - Solution locales innovantes ou expérimentales
  - Complémentarité des solutions en fonction des situations

1. Attentes des participants

Introduction de la direction de l'Autonomie :
La direction de l'Autonomie a rappelé le contexte et les étapes clés de l'élaboration de ce schéma départemental de l'autonomie 2018-2022. La majeure partie des actions prévues dans les précédents schémas ont été réalisées. Ainsi, le Département a choisi d'approfondir le travail sur l'amélioration des services rendus à destination des personnes âgées et des personnes handicapées dans une approche territoriale visant à renforcer les dynamiques existantes.

Les participants au groupe de travail ont fait part de plusieurs attentes :

- Améliorer la connaissance entre les acteurs du territoire
  - Rencontrer les partenaires
  - Connaître les problématiques des autres acteurs
- Améliorer la coordination entre les acteurs
  - Identifier le rôle et la place de chacun des acteurs, notamment autour du domicile
  - Mieux définir les processus décisionnels (la gouvernance ? qui décide et qui pilote ?)
  - Clarifier la gouvernance pour améliorer la coordination entre les acteurs
- Travailler à fluidifier les parcours
  - Rendre l'usager acteur de son parcours
  - Partager des modalités de traitement de l'urgence, d'acceptation de dérogation d'âge
  - Faciliter le passage de relai entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social
- Améliorer la circulation de l'information entre les professionnels et renforcer la communication autour des dispositifs pour permettre une meilleure lisibilité pour les professionnels et les usagers
- Adapter la politique publique et l'offre à l'évolution des besoins et des demandes
  - Disposer de réponses pour les demandes de plus en plus complexes de la part de jeunes handicapés
  - Répondre aux demandes de répit ou de transition entre différentes prises en charge
  - Adapter les réponses face à l'augmentation de troubles cognitifs / psychiques et du comportement
  - Anticiper les évolutions de l'offre d'hébergement au vu des nouvelles demandes et de l'évolution des besoins et des profils des usagers
- Faciliter les transitions entre les âges
  - Développer des réponses adaptées aux besoins des publics spécifiques : adolescents pris en charge par l'ASE, personnes handicapées vieillissantes
  - Travailler sur la question de la mixité des publics au sein des établissements
  - Renforcer la formation des professionnels
- Développer le soutien aux aidants
  - Anticiper les situations de rupture
  - Travailler les solutions innovantes
  - Soutenir les aidants comme acteurs incontournables du maintien à domicile

2. Déroulement des deux réunions

2.1 Mettre en place des dynamiques territoriales entre les acteurs de terrain

2.1.1 Favoriser le passage de relai entre le sanitaire et le médico-social

- **Améliorer la coordination et la transmission des informations sur les situations individuelles entre les établissements, les services, le secteur sanitaire et l'usager ou son aidant**

Les participants au groupe de travail ont insisté sur la problématique de la sortie d'hospitalisation. En effet, dans le cadre de sorties d'hospitalisation, les personnes hospitalisées ne sont pas toujours aptes et suffisamment autonomes pour réintégrer immédiatement les structures d'hébergement ou leur domicile. Les professionnels ont exprimé un besoin de trouver des solutions intermédiaires pour faciliter les transitions hôpital-domicile/structures.

Par ailleurs, les participants ont souligné que les retours en établissement ou à domicile n'étaient pas toujours anticipés et la transmission d'information est souvent inexistante. Plusieurs représentants de structures du territoire ont d'ailleurs mentionné des situations récurrentes de retours en EHPAD, très tard dans la nuit, sans qu'un suivi, un accompagnement ou une transmission d'informations spécifiques (ex : traitement thérapeutique, etc.) ne soit réalisée. Les responsables d'établissement ont d'ailleurs précisé qu'ils transmettaient un dossier de liaison au Centre Hospitalier de la Rochelle afin de fournir des informations sur la personne, et de collecter des informations sur son hospitalisation et sur le suivi d'accompagnement à mettre en place de retour en structure. Mais ce document n'est, selon les participants, quasiment jamais rempli par les médecins et infirmiers du Centre Hospitalier de la Rochelle. Des informations orales sur l'état de santé de la personne sont parfois transmises à la structure, aux aidants ou aux services du domicile (par téléphone) par les infirmiers du Centre Hospitalier, mais il n'y a généralement pas de traces écrites.

Les acteurs ont précisé que le Centre Hospitalier de la Rochelle avait pris conscience de l'importance de tisser des liens avec les établissements médico-sociaux dans le cas de personnes hospitalisées et en perte d'autonomie. Des dynamiques ont ainsi été développées entre les acteurs ces dernières années, afin de mieux se connaitre, établir des liens de confiance et ouvrir le médical au médico-social :

Par exemple :

- Dans le cadre des hospitalisations programmées en psychiatrie, des conventions ont été développées entre l'hôpital Marius Lacroix (regroupant des structures de soins en santé mentale) et certains établissements médico-sociaux du territoire pour mettre en place une prise en charge séquentielle à l'hôpital Marius Lacroix (ex : retour le week-end) pour réaliser des évaluations et des observations visant à stabiliser durablement la personne, faciliter son retour en établissement et soulager les équipes.
- Certaines personnes handicapées ne souhaitent pas intégrer ou rester en établissement (notamment psychiatriques). Dans ce cas, l'accueil familial peut être une solution adéquate. Le service chargé du suivi social et médico-social de l'accueil familial pour personnes handicapées géré par le Centre Hospitalier de La Rochelle (pôle Marius Lacroix) propose aux personnes handicapées adultes des familles d'accueil (accueil permanent ou temporaire, à temps partiel ou complet). Dans le cadre du projet médical partagé qui définit la stratégie médicale du groupement hospitalier de territoire, plusieurs groupes de travail ont été constitués au sein du Centre Hospitalier de la Rochelle afin de réfléchir à des modalités de sortie mieux coordonnées. Les représentants des EHPAD du territoire ont précisé qu'il s'agissait d'attentes fortes de leur part.

Des initiatives ont été développées dans d'autres départements pour permettre un meilleur accès à la santé des personnes en situation de handicap et améliorer la prise en charge de ces usagers, grâce à la signature de la charte Romain Jacob par les différents acteurs du champ du handicap. Le Centre Hospitalier de La Rochelle est signataire de

cette charte depuis le mois de mars 2017. Les participants ont souligné l'importance de développer au sein de leur territoire ce type d'initiatives.

• Structurer l'accueil d'urgence des personnes âgées et des personnes handicapées à l'hôpital

Dans le cadre des admissions en urgence pour les personnes âgées et les personnes handicapées, les participants ont précisé qu'il n'y avait pas ou peu de conventions formalisées avec le Centre Hospitalier de La Rochelle afin de faciliter la prise en charge de la personne dans un service adapté (ex : orientation vers un service gériatrique) et ainsi éviter le passage aux urgences. Les participants ont décrit des situations dans lesquelles les personnes pouvaient attendre plusieurs heures aux urgences. Toutefois, les professionnels se sont accordés sur le fait que le service des urgences du Centre Hospitalier de la Rochelle jouait un rôle pertinent dans l'orientation des usagers vers des services appropriés à leurs besoins et que la mise en place de conventions ne seraient pas nécessairement efficaces dues aux contraintes de fonctionnement de l'hôpital (services congestionnés, embolie des urgences). Selon les participants, il faudrait renforcer le travail partenarial déjà engagé avec le Centre Hospitalier de la Rochelle et adapter les réponses au cas par cas, en fonction des besoins et spécificités des usagers.
Afin de favoriser une bonne prise en charge et d'assurer la médiation avec les professionnels du sanitaire, plusieurs participants ont préconisé qu'un professionnel référent, intervenant en structure d'hébergement, puisse accompagner la personne âgée ou la personne en situation de handicap à l'hôpital. Cela constituerait un levier important pour apaiser la personne durant l'attente aux urgences, pour éviter les crises, les erreurs de diagnostic ou encore des investigations trop longues pour les professionnels de santé.
Par exemple :

- Les professionnels de l'association Emmanuelle accompagnent les personnes en situation de handicap au Centre Hospitalier de la Rochelle afin de s'assurer que les besoins de la personne soient bien compris et pris en compte (reformulation des besoins, expression de la douleur, etc.)

Si cette pratique semble efficace et faisable parmi les professionnels intervenants auprès des personnes handicapées, les participants ont précisé que cela était plus difficile à mettre en œuvre pour les structures d'hébergement pour personnes âgées, dû au taux d'encadrement plus faible.

• Améliorer le repérage des situations nécessitant une intervention médicale

Les participants ont également évoqué la difficulté à distinguer les situations qui nécessitent une intervention médicale ou une hospitalisation des situations bégnines. Des solutions alternatives permettent parfois aux professionnels d'éviter la prise en charge hospitalière pour les personnes accompagnées en leur permettant de mieux évaluer la nécessité d'un transfert à l'hôpital.
Par exemple :

- La structure dédiée aux bilans des soins somatiques *« Cap Soins »* présente au sein de l'hôpital Marius Lacroix (Groupe Hospitalier de La Rochelle-Ré-Aunis) est un levier important permettant de mieux prendre en charge les situations de santé complexes de personnes en situation de handicap et ainsi éviter des hospitalisations d'urgence.
- Les professionnels du territoire ont précisé qu'ils faisaient souvent appel à SOS médecins pour éviter une hospitalisation et une attente longue aux urgences.
- Certains participants ont souligné que lorsqu'il existe une coordination très étroite entre le médecin référent et les professionnels du secteur médico-social, certains transferts à l'hôpital peuvent être évités.
- La garde téléphonique « Allo Gériatrie » permet également d'avoir un avis médical et d'évaluer la nécessité de l'hospitalisation de la personne âgée. En revanche, seuls les médecins peuvent l'utiliser, ce qui limite l'efficacité de l'outil.

Solutions / propositions :

- Renforcer la mise en place de courts séjours d'évaluation/observation au Centre Hospitalier de la Rochelle à la sortie d'hospitalisation pour permettre une sortie d'hospitalisation progressive et stabiliser l'état de la

personne (notamment dans le cadre de pathologies psychiatriques)

- Développer des binômes de professionnels (sanitaire/médico-social) au sein de l'Hôpital Marius Lacroix pour favoriser le renforcement du lien entre les secteurs sanitaire et médico-social et préparer l'intégration d'usager dans une structure médico-sociale de type Maison d'Accueil Spécialisée (MAS).
- Renforcer le repérage des signes alarmants par les professionnels des établissements pour qu'ils soient mieux à même d'évaluer les besoins d'hospitalisation (dans un dialogue au sein de l'équipe pluridisciplinaire ou un professionnel de santé extérieur à l'établissement pour identifier de manière individuelle les signes alarmants)
- S'appuyer sur les initiatives existantes pour mieux anticiper les situations de crises et mieux évaluer les besoins d'hospitalisation (« Allo gériatrie », « Cap Soins », etc.)
  - Envisager d'attribuer un rôle central aux différents professionnels paramédicaux et médico-sociaux dans le repérage des situations nécessitant ou non une hospitalisation
- Favoriser l'accompagnement des personnes handicapées au Centre Hospitalier de la Rochelle par des professionnels référents
- Encourager la mise en place de correspondants dédiés au sein du Centre Hospitalier de la Rochelle pour travailler en lien avec les acteurs du médico-social dans le cadre des hospitalisations
- Travailler en lien avec les groupes de travail du projet médical partagé du Centre Hospitalier de la Rochelle pour définir et mettre en œuvre des modalités de sortie d'hospitalisation mieux coordonnées

2.1.2 Renforcer les liens et complémentarité entre les établissements d'hébergement et les services du domicile

- **Favoriser une meilleure connaissance des acteurs, de leurs rôles et de leurs missions respectives pour faciliter les prises en charge**

Les participants au groupe de travail ont souligné l'importance de tisser des liens étroits entre les différents acteurs intervenant auprès des personnes âgées et personnes handicapées afin de créer des passerelles et converger vers une culture commune de l'autonomie. Ils ont identifié un manque de connaissances sur les établissements, les dispositifs, les spécificités et missions de chacun au sein de leur territoire. Afin de pouvoir mieux répondre à des situations critiques et apporter des solutions plus adaptées aux usagers, les acteurs rencontrés ont précisé qu'il serait pertinent qu'une personne ou une entité référente assure ce lien entre les établissements et les services du domicile, localement, comme « porte d'entrée » ou « plaque tournante ». Certains participants ont souligné la possibilité pour la Plateforme Territoriale d'Appui de remplir cette mission. La constitution d'un répertoire « de connaissance » des établissements et services a également été évoquée par les participants.
Plusieurs participants ont, cependant, souligné que les liens entre les différents acteurs ont été renforcés au cours des dernières années :

- Notamment entre la MDPH et les équipes des SAVS-SAMSAH présents sur le territoire. En effet, lorsque le service identifie le besoin d'une évolution de l'accompagnement proposé, des appels téléphoniques permettent d'échanger avec les professionnels de l'équipe d'évaluation de la MDPH pour analyser la situation et éventuellement proposer une nouvelle orientation. Le travail déjà amorcé autour du dispositif de la Réponse Accompagnée Pour Tous (RAPT) permet de fluidifier les relations entre les acteurs et les parcours des usagers.
- Notamment entre les évaluateurs de l'Allocation Personnalisé d'Autonomie (APA), les CLIC, les MAIA et les services d'aide à domicile. Le renforcement de ces liens permet également de favoriser le maintien à domicile des personnes âgées isolées. Cette collaboration permet le partage d'information entre les acteurs. Les services du Département transmettent les informations concernant les modalités de mise en œuvre des plans d'aide de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) aux services d'aide à domicile qui doivent intervenir auprès des usagers. Toutefois, les éléments de l'évaluation justifiant l'attribution des plans d'aides ne sont pas nécessairement partagés entre les acteurs. Les participants ont souligné la pertinence de partager ce type d'informations afin de proposer un accompagnement adapté aux usagers et d'éviter de mettre les

professionnels en difficulté. La MDPH transmet également les informations concernant la modalité de mise en œuvre des plans d'aides aux services.

→ *Ces aspects seront abordés plus spécifiquement dans les groupes départementaux dans le cadre d'une réflexion sur des outils éventuels de partage d'informations au niveau départemental.*

- **Renforcer la coordination et la gouvernance entre les acteurs du sanitaire et du médico-social**

Les acteurs ont insisté sur le besoin de contractualisations de certaines procédures ou de certaines prises en charge afin de les rendre plus engageantes pour les différents acteurs. Ils ont souligné le besoin d'intervention d'un tiers au niveau local pour éviter que les établissements du territoire se désengagent ou qu'ils se transmettent les situations lourdes ou complexes. Ils ont précisé que la mise en place du dispositif Réponse Accompagnée pour Tous (RAPT) dans le cadre des situations complexes pour les personnes handicapées pouvait, grâce à la signature du plan d'accompagnement global, répondre à ce besoin pour une partie du public. Ils ont également précisé qu'il existait actuellement des conventions partenariales et des outils sur le territoire permettant de formaliser les partenariats mais qui n'étaient pas suivis opérationnellement car ils n'étaient pas contraignantes.

Par exemple :

- Dans le cadre des conférences de territoires, des outils ont été élaborés (ex : fiches hospitalisation, modalités d'accueil privilégiées aux urgences pour certains publics, etc.). Ces outils existent mais ils ne sont pas toujours appliqués au niveau local. Un travail, en lien avec l'Agence Régionale de Santé et le Conseil Départemental, est nécessaire pour travailler sur une articulation au niveau local et faire vivre ces conventions et ces outils sur le territoire

Solutions / propositions :

- S'appuyer sur les conventions et les outils existants pour formaliser et faire vivre les partenariats sur le territoire de La Rochelle-Ré-Aunis Atlantique
- Identifier des professionnels référents de proximité pour assurer la médiation entre les différents acteurs au niveau local, notamment dans le cas de situations complexes
- Capitaliser sur le dispositif de la RAPT pour amorcer un travail de proximité entre les acteurs de terrain au niveau local

2.2 Développer une offre adaptée pour les personnes handicapées vieillissantes

- **Mieux anticiper la transition**

Les participants au groupe de travail ont souligné que l'accompagnement proposé en établissement pour personnes âgées ne correspond pas toujours aux besoins des personnes handicapées vieillissantes. Le représentant du Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) de la Rochelle qui gère la résidence-autonomie du Champs de Mars à la Rochelle a précisé qu'il recevait de nombreuses demandes de personnes handicapées vieillissantes et a souligné une évolution dans les profils des demandes (augmentation des personnes ayant des troubles cognitifs ou psychiques)

Pour les acteurs interrogés, cette transition doit être préparée et s'accompagner dans la durée. Plusieurs types de solutions existent aujourd'hui sur le territoire pour faciliter cette transition.

Par exemple :

- Il existe aujourd'hui trois SAVS sur le département qui proposent un accompagnement spécifique pour les personnes handicapées vieillissantes. Ces SAVS « sénior » accompagnent par exemple des personnes handicapées vieillissantes à domicile, dans des Résidences-autonomie.
- L'association Emmanuelle a développé une antenne du SAVS les Cordées au sein de l'EHPA du domaine de Rompsay avec un accompagnement spécifique pour les séniors (7 places). Les besoins spécifiques sont établis en lien avec les usagers et les professionnels. Ce dispositif expérimental pourrait constituer une réponse efficace pour éviter des ruptures brutales dans l'accompagnement de l'usager. Un travail de promotion pour améliorer la connaissance du dispositif sur le territoire de la Rochelle-Ré-Aunis Atlantique par les professionnels et les usagers devra être nécessaire.

• Prendre en compte la question de la mixité des profils

Les participants au groupe de travail ont évoqué les difficultés parfois observées dans le cadre de la cohabitation de différents publics dans les différents dispositifs existants. Les participants ont explicité les constats suivants :

- Les SAVS proposent un accompagnement très individualisé de la personne, qui ne prend pas toujours en compte l'approche collective et la mixité avec les autres publics des structures.
- Les professionnels éprouvent parfois des difficultés à prendre en charge différents types de publics dont les besoins sont spécifiques,
- Les professionnels ne sont pas nécessairement formés sur de nouveaux publics (ex : des professionnels spécialisés dans la gérontologie qui doivent accueillir une personne handicapée vieillissante)
- Les professionnels se connaissent peu entre le secteur de la gérontologie et celui du handicap
- Le besoin d'accompagnement supplémentaire des personnes handicapées vieillissantes en EHPAD et/ou le maintien d'une présence des professionnels du secteur du handicap au sein de ces structures d'accueil pour personnes âgées,
- La question de la barrière d'âge et la lourdeur administrative des orientations compliquent la mise en place d'un parcours fluide de l'usager.

Le forfait « autonomie » financé dans le cadre de la conférence des financeurs permet de développer des activités collectives réunissant les différents publics. L'objectif étant de favoriser des moments communs, pour que les personnes se rencontrent et s'apprivoisent. Ce forfait est perçu par les participants comme un levier important pour permettre la mise en place d'activités et d'animations adaptées aux besoins des usagers et renforcer les liens entre les publics. D'autres initiatives visent à favoriser la mixité des publics. C'est le cas de certains accueils de jour sur le territoire de la Rochelle-Ré-Aunis Atlantique qui favorisent l'accueil de publics différents par le biais de l'utilisation de ce forfait.

Par ailleurs, le groupe a évoqué l'importance de promouvoir le « tuilage » dans l'accompagnement, afin de faciliter la mise en place de passerelles entre les publics. L'objectif est de développer le partage d'une culture de travail commune entre le secteur gérontologique et celui du handicap. Des professionnels spécialisés dans le secteur du handicap peuvent par exemple, réaliser des formations ou être présents ponctuellement au sein d'un établissement pour personnes âgées du territoire afin de faciliter la transition de l'usager et la formation des professionnels.

Solutions / propositions :

- Faciliter et promouvoir la mise en place d'une offre d'accompagnement par un « SAVS Sénior » à destination des personnes handicapées de plus de 60 ans sur le territoire de la Rochelle-Ré-Aunis Atlantique
- Renforcer la formation du personnel sur des pathologies ou des publics spécifiques de manière transverse aux deux secteurs (gérontologie et handicap) sur le territoire
- Promouvoir le « tuilage » afin de faciliter les transitions pour les usagers et les professionnels au sein du territoire
- Renforcer la mixité des publics au sein des établissements d'accueil collectif du territoire

➔ *Ces propositions seront abordées plus spécifiquement dans les groupes départementaux dans le cadre d'une réflexion sur l'offre à destination des personnes handicapées vieillissantes. Le groupe de travail territorial s'intéressera plus à d'éventuelles propositions d'action ou de partenariat locales.*

2.3 Fluidifier les parcours

• Améliorer le partage d'information entre les acteurs

Les liens informels entre les différents acteurs de terrain permettent également de répondre à des situations complexes. Les acteurs interrogés ont mis en exergue l'importance des liens informels qui permettaient d'être plus réactifs dans la prise en charge offerte à l'usager.
Ces liens reposent souvent sur des relations interpersonnelles. Aussi, si ces liens permettent généralement de construire des solutions efficaces, elles ne peuvent être suffisantes selon les acteurs. En effet, elles ne sont pas totalement pérennes, puisqu'un changement d'interlocuteur ou l'arrivée d'un nouveau professionnel peut changer la configuration existante. Le travail collaboratif et partenarial doit, selon les participants, conserver cette approche intuitive et informelle, qui est très efficace dans la gestion de cas complexes, mais un cadre pourrait permettre de mieux structurer et pérenniser ces liens.

Par ailleurs, souvent ces liens se font de manière orale. Les participants ont insisté sur l'importance de développer des supports écrits afin de favoriser une meilleure prise en charge de l'usager. En effet, dans le cadre d'une prise en charge faisant intervenir plusieurs services ou plusieurs professionnels, les participants ont souligné la nécessité de pouvoir disposer des informations quant à l'accompagnement (dans le respect du secret médical) proposé au sein des différents dispositifs (ex : savoir comment cela se passe en accueil de jour, retour sur un séjour en accueil temporaire, etc…). La transmission d'informations parait importante afin d'assurer un suivi dans l'accompagnement proposé et inscrire la prise en charge de l'usager dans une logique de parcours.
Les participants au groupe ont souligné qu'il pourrait être pertinent de développer un support numérique partagé pour l'ensemble des acteurs intervenant auprès des usagers à partir du moment où un plan d'aide est élaboré. Ce support numérique pourrait par exemple permettre de compiler les informations sur le parcours institutionnel de l'usager et partager les données liées aux différentes évaluations. Par ailleurs, les participants ont exprimé le besoin de partager certaines données d'évaluation (à minima les informations administratives) afin de bénéficier d'un niveau d'information suffisant sur le profil des usagers pour mettre en place un accompagnement adapté.

Plusieurs participants ont cependant nuancé ces propos en précisant que cela pourrait être perçu comme discriminant pour certains usagers, notamment les personnes atteintes de troubles psychiques (une gestion par un organisme indépendant pourrait être envisagée pour garantir la confidentialité et l'impartialité).

→ *Ces aspects seront abordés plus spécifiquement dans les groupes départementaux dans le cadre d'une réflexion sur des outils éventuels de partage d'informations au niveau départemental.*

• Améliorer le fonctionnement de *ViaTrajectoire* pour qu'il réponde mieux aux besoins des professionnels et des usagers

Les participants ont souligné que l'outil *ViaTrajectoire* développé par l'ARS n'est pas tout à fait adapté à leurs besoins. En effet, le groupe a précisé que l'outil permettait de fournir des informations utiles pour gérer et/ou caractériser l'attente, mais que les informations fournies sur les situations des personnes étaient toutefois incomplètes. En effet, il manque certains modules comme, par exemple, la possibilité d'identifier les personnes handicapées vieillissantes dans les demandes d'admission, ou, la possibilité de formaliser un classement de vœux prioritaires.

Par ailleurs, les pratiques d'utilisation de l'outil semblent être peu harmonisées, notamment pour les usagers qui connaissent des difficultés à maitriser l'outil ou qui font soit des demandes d'admission en prévision ou au contraire en urgence.

Enfin, il existe beaucoup de doublons, de personnes s'étant inscrites plusieurs fois dans différents établissements ou bien de demandes anticipées.

Il est rappelé que l'outil ViaTrajectoire est un dispositif porté par l'ARS. Les objectifs de l'outil et les possibles améliorations ne seront pas fixés dans le cadre du schéma de l'Autonomie.

Solutions / propositions :

- Harmoniser la connaissance et l'utilisation de l'outil ViaTrajectoire entre les professionnels, notamment pour mieux renseigner les usagers
- Développer un support numérique permettant de compiler les informations sur le parcours de l'usager
- Développer un outil permettant de partager des données d'évaluation entre les différents intervenants dans le parcours de l'usager
- Renforcer les liens entre les établissements et les services d'aide et d'accompagnement à domicile et améliorer le retour d'information (transition domicile – séjour en hébergement temporaire ou accueil de jour),

Ces propositions relèvent d'un travail à réaliser au niveau départemental et non au niveau du territoire, ainsi ces points ne seront pas plus approfondis.

2.4 Développer une réponse territoriale coordonnée autour du domicile

2.4.1 Construire un projet d'accompagnement de l'usager cohérent et partagé entre les acteurs

Les participants sont partis du constat que de nombreux acteurs interviennent à domicile auprès des personnes âgées et des personnes handicapées : des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD), des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), des services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS), des services d'accompagnement médico-social des adultes handicapés (SAMSAH). L'accompagnement à domicile inclut également les professionnels de santé de ville, qu'il s'agisse du médecin traitant ou d'infirmiers libéraux qui ne sont pas systématiquement intégrés dans le partenariat ou qui participent rarement aux réunions de coordination autour d'une situation. Toutefois, le relai d'information peut se faire en dehors d'une réunion de synthèse ou d'un temps de coordination par un appel téléphonique d'un infirmier de l'équipe médico-sociale APA ou du SSIAD, voire d'autres structures.

Dans le cadre de leurs interventions, les acteurs de terrain essaient de s'organiser autour des besoins de la personne. Les participants ont noté le développement de l'utilisation de cahiers de transmission au domicile des usagers.
Toutefois, les structures ont souligné qu'avec la mise en place de la loi 2002-2, chaque service établit un projet d'accompagnement. Il peut ainsi y avoir trois projets d'accompagnement pour un même usager. Ceci se traduit de manière opérationnelle par la mise en place d'une multiplicité de cahiers de liaison au domicile de la personne. Pour les participants, il manque dans l'accompagnement un projet partagé et cohérent permettant de mettre l'usager au cœur du dispositif.
Certains participants donnent l'exemple du projet pour l'enfant (PPE) mis en place dans le cadre de la protection de l'enfance avec la loi de 2007 qui doit donner une cohérence à l'ensemble de l'accompagnement de l'enfant.

2.4.2 Développer une meilleure connaissance entre les acteurs du territoire

Les participants ont explicité que bien qu'ils se connaissent en tant que structure existante sur le territoire de La Rochelle Ré Aunis Atlantique, une connaissance fine des rôles, des missions et des domaines d'expertise de chaque acteur fait défaut sur le territoire.

Certains professionnels ne connaissent pas les autres acteurs susceptibles d'intervenir ou ce qu'ils peuvent en attendre. Par exemple, lorsqu'une intervenante de SAAD identifie une fragilité ou la dégradation d'une situation, elle ne sait pas nécessairement que des solutions peuvent exister (ex : SSIAD, SAVS). Ce manque d'interconnaissance est particulièrement identifié entre les secteurs gérontologiques et ceux du handicap.
Les participants ont identifié le rôle majeur joué par les formations. Sur le territoire de La Rochelle Ré Aunis Atlantique, des formations ont été réalisées par des ergothérapeutes de ResantéVous auprès des auxiliaires de vies sur les aides techniques pouvant faciliter l'intervention au domicile. Ces formations permettent aux professionnels de mieux se connaître et de s'inscrire dans un travail partenarial autour de la personne. Les participants ont souhaité pouvoir mettre en place ces coopérations de manière pérenne.

D'autre part, les participants ont exprimé le besoin que chaque acteur soit reconnu comme l'un des membres de l'équipe pluridisciplinaire intervenant auprès de la personne. Certains SAAD ont exprimé, notamment, un besoin de reconnaissance pour leur travail de la part des autres acteurs médico-sociaux.

Enfin, les participants souhaitent pouvoir se rencontrer régulièrement pour pouvoir mieux se connaître et mieux appréhender leurs complémentarités. Ces rencontres peuvent être l'occasion pour travailler certains sujets de manière collégiale (harmonisation des outils, identification des besoins de la population, mise en place de procédure ou d'outil de coordination, etc.). Ces rencontres pourraient également permettre de renforcer la mise en place de projet commun.
Certains acteurs envisagent également la mise en place de forums (sous forme de stand) réunissant les différents acteurs du domicile afin, également, de présenter les différents acteurs aux usagers.

Toutefois, les participants ont souligné la nécessité que ce projet soit porté par un acteur identifié afin d'être mis en place de manière suivie. Les participants se sont accordés sur le rôle central joué par le Département dans l'animation du réseau d'acteurs en territoire

2.4.3 Identifier un référent pour la coordination des parcours des usagers

Les participants au groupe de travail ont indiqué, au-delà de la difficulté à mettre en place un projet cohérent et partagé entre les intervenants à domicile, que l'accompagnement à domicile pouvait être morcelé et qu'il était difficile pour l'usager d'en avoir une compréhension globale.

Le besoin de mieux coordonner l'intervention entre les SAAD et les SAVS a été discuté. Certains participants ont indiqué que les deux acteurs commençaient à se coordonner lorsqu'une difficulté surgissait ou bien si l'usager rencontrait un problème important. Les SAVS ont expliqué qu'ils avaient pour mission la coordination du parcours de l'usager et non la coordination des intervenants.
Les SAAD et les SAVS ne savent pas nécessairement qu'ils interviennent sur une même situation. En effet, lorsque la CDAPH attribue à la fois une orientation en SAVS et une PCH Aide Humaine, les deux acteurs ne sont informés que de la décision les concernant. Dans certains cas, l'usager informe le SAAD ou le SAVS qu'il bénéficie d'une autre prestation ce qui permet aux professionnels de prendre contact l'un avec l'autre. En règle générale, lors de la mise en place de l'accompagnement par le SAVS, le service élabore un plan d'action après avoir pris contact avec les autres professionnels intervenant auprès de la personne ; des bilans d'accompagnement commun sont également réalisés.
La MDPH travaille avec le centre de rééducation fonctionnelle pour préparer en amont le retour à domicile de l'adulte handicapé et la mise en place d'un plan d'aide financé dans le cadre de la Prestation de Compensation du Handicap (PCH). Ce travail permet de favoriser le lien entre les professionnels du sanitaire et du médico-social.
La MDPH souligne également la possibilité de transmettre la double orientation (SAAD-SAVS) aux deux acteurs concernés pour les informer des interventions à domicile.

D'une manière plus générale, les participants ont souligné le besoin d'identifier un pilote permettant de coordonner les interventions, l'outil, pour eux, n'est pas suffisant pour fluidifier les interventions et le passage de relai. Les participants se sont accordés sur le rôle majeur joué par les familles et les proches aidants.
Dans le cas de situations complexes, les participants ont précisé que la référence se mettait en place de manière relativement naturelle, l'un des acteurs prenant l'initiative de coordonner les interventions. Ils ont souligné le besoin

d'identifier des référents de manière claire, notamment pour leur donner de la légitimité, dans certaines situations. Le Département a souligné qu'il pouvait par exemple prendre des décisions de principe sur les acteurs devant jouer le rôle de référent selon les situations.

Solutions / propositions :

- Mettre en place une rencontre annuelle entre les acteurs du territoire de La Rochelle Ré Aunis Atlantique pour :
  - Mettre en place des projets communs (ex : formations communes)
  - Harmoniser la complétion des outils de coordination et de transmission d'information
  - Travailler la mise en place d'un unique projet partagé et cohérent autour de la personne
  - Travailler une cartographie du réseau des acteurs du territoire
- Identifier les situations qui nécessitent un référent
  - Réaliser, pour ces situations, des réunions de synthèse lors de la mise en place de l'accompagnement
    Rôle du SAVS : réfèrent sur les situations adultes handicapés
- Elaborer/publier des référentiels pour définir les missions de chaque acteur et leur limite d'intervention

2.4.4 Structurer le repérage des fragilités

Les participants ont expliqué qu'il existe plusieurs outils permettant de repérer les fragilités. Ils ont présenté la grille de repérage des fragilités de l'Anesm[1] à destination des auxiliaires de vie et des intervenants au domicile. Les SAAD ont précisé qu'ils disposent chacun d'un outil permettant la remontée d'information de la part de leurs salariés auprès des responsables de secteurs. Les SAAD jouent ainsi un rôle important de repérage des fragilités et de repérage des aidants. Les SAAD sont les principaux acteurs transmettant des informations préoccupantes en utilisant le protocole mis en place dans le cadre du précédent schéma.
Les SAAD ont cependant exprimé le sentiment d'agir seuls dans plusieurs situations.

Dans le cadre de la prévention pour favoriser le repérage des fragilités, les participants ont présenté l'existence de plusieurs acteurs et de plusieurs actions :

- Des visites à domicile réalisées par les centres sociaux dans le cadre d'un conventionnement avec le Département (Démarche d'Accompagnement Concerté).
- Des visites à domicile réalisées par des associations comme Génération Mouvement, malgré un manque de bénévoles sur le territoire,
- De la transmission d'information ou de la remontée d'alerte réalisée par les CCAS et les mairies (notamment identification des mairies des personnes isolées dans le cadre du plan canicule).

Les acteurs se sont également interrogés sur l'opportunité de mettre en place le dispositif Mona Lisa (soutien à un réseau de bénévole pour réaliser du repérage des fragilités au domicile) sur le territoire. Le dispositif existe déjà sur la Communauté de Communes de l'Ile d'Oléron qui est signataire de la charte Monalisa depuis 2016.
Les participants du groupe de travail n'ont pas jugé utile d'inclure dans le schéma un axe de travail sur le bénévolat pour trois raisons : d'une part, plusieurs dispositifs existent déjà (ex : voisin vigilant), d'autre part, le bénévolat est jugé comme n'étant pas pérenne et, enfin, il soulève des questions en termes de formation et d'encadrement des bénévoles par rapport à un public vulnérable.

Les participants ont exprimé leur désarroi face aux situations de fragilité dans des cas d'isolement social. Dans ces situations, les actions à mettre en place pour accompagner la personne dépassent largement le cadre des missions et des rôles des différents acteurs et nécessite un temps disponible conséquent. Les SAVS ont explicité qu'ils pouvaient apporter une réponse adaptée mais que l'accompagnement d'une situation lourde est fortement chronophage dans un

[1] L'outil est disponible sur le site de l'Anesm : http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/ANESM-OUTIL_Reperage_des_risques_personnes_agees_A5-Juin_2016.pdf

contexte contraint sur le nombre de situations gérées. De la même manière, le nombre de places disponibles auprès de la MAIA limite la réponse qui peut être apportée par cette méthode.
Dans ces cas de personnes isolées, les participants ont identifié un besoin d'accompagner les démarches administratives. Ce rôle peut être joué par le CLIC ou par un assistant social du CCAS et de la Délégation Territoriale (action sociale)

Solutions / propositions :
- Travailler au développement de réponse adaptée aux besoins des personnes fragiles identifiées
- Connaître et mobiliser les ressources du territoire pour élaborer des réponses adaptées aux problématiques sociales et celles liées à la perte d'autonomie des personnes isolées et repérées

2.5 Faciliter la transition adolescent-adulte

• La problématique de l'accompagnement des personnes entre 18 et 20 ans

Les participants ont rappelé les problématiques multiples soulevées par la transition, pour les personnes handicapées, entre une prise en charge dans le secteur « enfant » et une prise en charge dans le secteur « adulte ». Avant 20 ans, les personnes relèvent du secteur « enfant », qui est financé par l'ARS. Il n'y a donc pas de financement par l'aide sociale du Département. Il a été rappelé qu'il est possible de faire des exceptions, la Caf par exemple, accepte de verser l'Allocation Adulte Handicapé (AAH) pour des personnes ayant entre 18 et 20 ans, qui travaillent (ex : ESAT) et qui ne sont plus sur le foyer fiscal de leur parent.
Les participants ont souligné la longueur de prise de décision dans le cadre de demande de tutelle, qui ne peut intervenir qu'aux 18 ans de la personne et pour lesquels les délais peuvent aller jusqu'à 6 mois. Ces délais créent des situations de ruptures de droits pour les personnes.
Les établissements mettent en place des conventions de stage pour permettre aux usagers d'essayer des foyers pour adultes (foyer d'hébergement, foyer occupationnel), mais ces accueils de personnes de moins de 20 ans ne sont pas financés dans le cadre de l'aide sociale à l'hébergement.

• La problématique de la gestion des listes d'attente

Malgré un travail important mené entre l'observatoire de la MDPH et les établissements, la gestion des listes d'attente est encore hétérogène entre les établissements d'accueil, ce qui complique la lisibilité de l'offre disponible pour les prescripteurs et pour les établissements accompagnant les usagers et leurs familles dans la démarche de recherche d'établissement.
Le Département accepte le maintien en amendement Creton lorsque les familles peuvent justifier de 3 refus d'admission en établissement pour adulte. Les participants ont rappelé l'importance d'établir des refus pour permettre aux usagers de bénéficier d'un maintien en établissement pour enfant au titre de l'amendement Creton.

• La problématique de l'orientation

Certains participants ont insisté sur le fait que certaines personnes peuvent relever de plusieurs types d'établissement (par exemple, d'une MAS ou d'un FAM). Selon eux, deux facteurs expliquent ce besoin de double orientation, d'une part, l'accompagnement proposé et les attentes en termes d'autonomie sont différents selon les établissements d'une même catégorie, et, d'autre part, en fonction de l'évolution ou de la stabilisation de la pathologie, les besoins de la personne varient.

• Les ressources du territoire pour favoriser la transition adolescent – adulte

Certains participants ont présenté l'offre en famille d'accueil thérapeutique qui existe sur d'autres départements. Ces familles d'accueil n'existent pas sur le département de la Charente-Maritime. Les participants ont souligné l'intérêt de

l'accueil familial pour répondre à certains besoins, notamment d'hébergement, dans le cadre des transitions adolescent – adulte. Le Département précise que des assistants familiaux peuvent être agréés, à titre dérogatoire, pour permettre qu'un jeune accueilli chez un assistant familial (du ressort de l'aide sociale à l'enfance) demeure dans cette famille dans le cadre de l'accueil familial pour personnes handicapées.
Certains participants ont indiqué que l'hébergement temporaire pouvait constituer une offre adéquate pour favoriser la transition vers un accueil en établissement pour adulte. L'association Emmanuelle a mis en place des lits d'accueil temporaire adossés à une MAS à destination des personnes avec des troubles du spectre autistique. Cet accueil permet l'adaptation de l'usager à la vie collective avant d'envisager une entrée en MAS.

Solutions / propositions :

- Accroître le recours aux stages pour permettre aux usagers d'envisager leur intégration dans un établissement pour adulte et favoriser l'acquisition de l'autonomie requise
- Favoriser le recours en temps partiel en ESAT pour favoriser l'intégration dans la vie active des jeunes
- Anticiper la construction du projet de vie et/ou du projet professionnel de la personne en amont de son passage à l'âge adulte (18 ans) et de la fin de prise en charge en secteur enfant (20 ans).