

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 4 Rochefort - Marennes - Oléron 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 sont réunis sur les territoires et deux groupes de travail se sont réunis 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 :
 - o Répit des aidants,
 - o Passage de relai entre le sanitaire et le médico-social
 - o Lien et complémentarité entre les établissements d'hébergement et les services du domicile
 - o Identification des bonnes pratiques, des outils disponibles, sites et espaces de partage, mutualisation, etc.
- Développer une réponse territoriale coordonnée autour du domicile
 - o 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
 - Solutions locales innovantes ou expérimentales
 - Complémentarité des solutions en fonction des situations

1. Les attentes des participants

Introduction de la direction de l'Autonomie et de la déléguée territoriale :

La majeure partie des actions prévues dans les précédents schémas ont été réalisées. La direction de l'Autonomie a choisi d'approfondir le travail sur l'amélioration des services rendus au public âgé et au public handicapé en territoire. La délégation territoriale a un rôle à jouer pour organiser et soutenir la coopération entre les partenaires, notamment au travers d'un projet de territoire.

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

- **Développer l'interconnaissance entre les acteurs et leur complémentarité**, notamment du fait :
 - Du nombre important d'acteurs et de projets sur le territoire
 - De la complémentarité entre le secteur du handicap et celui des personnes âgées
 - Du besoin d'information des personnes handicapées en territoire
- **Développer la notion de parcours**, notamment dans les cas
 - De la transition entre 18 et 20 ans pour les jeunes pris en charge par l'aide sociale à l'enfance et relevant également du handicap.
 - Des sorties d'hospitalisation pour un retour vers le domicile ou vers l'établissement d'hébergement
 - De l'instabilité de la maladie de la personne dans le cadre du handicap psychique
 - Du lien entre le sanitaire et le médico-social
 - De la transition entre le domicile et l'établissement.
- **Rapprocher l'accès à l'information pour les personnes handicapées**
- **Améliorer l'offre d'accueil et de prise en charge pour les personnes handicapées vieillissantes**
- **Identifier les solutions offertes par l'accueil familial**
- **Prendre en compte l'aspect rural du territorial et les problématiques de déplacement et d'accès à l'information**



2. Déroulement des deux réunions

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

2.1.1 Développer les liens et les complémentarités entre les établissements d'hébergement et les services du domicile

• Résoudre la problématique de la mobilité et des transports

Les participants présents ont insisté sur la problématique de la mobilité des personnes âgées et des personnes handicapées sur le territoire Rochefort-Aunis-Sud-Marennes-Oléron, notamment dans les zones rurales et dans les îles. Ils ont souligné que :

- d'une manière générale, la problématique du transport touche tous les types de public sur ce territoire.
- le transport à la demande n'est pas toujours adapté pour les personnes âgées et pour les personnes handicapées, notamment quant aux lieux de dépôt et aux horaires ;
- le transport à la demande intervient uniquement pour les personnes résidant en dehors des agglomérations ;
- le coût des transports et l'impossibilité d'avoir recours à un transport adapté sont également des freins à la participation des personnes âgées et des personnes handicapées aux activités proposées par les structures.

Dans le cadre de la loi NOTRe, la compétence d'organisation des transports est transférée à la Région, ce qui crée une incertitude sur le maintien du transport à la demande, actuellement porté par le Département.

Le financement des accueils de jour pour personnes âgées prend en charge le transport au titre de la dépendance et du soin. Toutefois, le Département a précisé que le tarif ne permettait pas de couvrir le prix des transports en milieu rural.

Face à cette problématique, les structures du territoire louent ou empruntent des véhicules d'autres structures pour transporter les bénéficiaires vers de l'accueil de jour ou différentes activités.

Par exemple :

- L'EHPAD de Saint Agnant louait des véhicules du centre social de Tonny-Charente mais les conditions assurantielles des deux établissements étaient incompatibles ;
- Le centre social de Tonny-Charente prête un bus à la résidence-autonomie voisine ;
- Le partenariat entre l'ADEI et l'EHPAD de Soubise (prêt de véhicule contre prêt de la salle snozelen),
- L'IMPro de Tonny-Charente met ses véhicules à disposition.

Cette liste n'est pas exhaustive mais montre l'existence de coopérations concrètes pour favoriser la prise en charge des usagers et améliorer la fréquentation de structures (notamment les accueils de jour).

Par ailleurs, le Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) de Fourras a lancé une réflexion sur la mise en place de transport bénévole.

D'autres initiatives de coopération existent comme, par exemple, le prêt de locaux (lieu d'activités pour les usagers, etc.)

• Favoriser la participation des bénéficiaires à des activités proposées par une autre structure partenaire

Il a été rappelé que l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) permet de prendre en charge des prestations d'accueil de jour ou d'hébergement temporaire dans le cadre du plan d'aide.

De plus, certains représentants de Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD) ont précisé qu'ils proposaient dans le cadre de leurs prestations d'accompagnement à la vie sociale de conduire leurs bénéficiaires vers d'autres structures. Le SAAD géré par le CCAS de Tonny-Charente assure le transport des usagers afin qu'ils bénéficient des services et activités proposés par l'accueil de jour de l'EHPAD.

Il a été ajouté que certaines structures du territoire organisent également des sorties pour leurs résidents avec les prestations proposées par d'autres établissements.

Par exemple :



- Des sorties pour un repas au restaurant d'application de l'IMPro de Tonnay-Charente.

Solutions / propositions :

- Envisager le développement du transport solidaire / transport bénévole sur le territoire pour faciliter la mobilité des personnes âgées et des personnes handicapées
- S'inspirer d'expérimentations et d'études réalisées dans d'autres départements pour résoudre les problématiques liées au prêt, à la mise à disposition ou à la location de solutions de transport (véhicule et conducteur, assurance, etc.)
- Faciliter la participation des usagers d'une structure aux prestations proposées par d'autres structures

2.1.2 Faciliter le passage de relai entre le sanitaire et le médico-social

• Structurer les sorties d'hospitalisation

Les participants au groupe de travail ont souligné que les sorties d'hospitalisation sur le territoire ne sont pas toujours anticipées, et que, par conséquent, il est difficile pour les équipes des délégations territoriales de mettre en place les plans d'aide APA pour le moment du retour à domicile.

Lors de l'état des lieux, il avait été précisé que l'intervention des assistantes sociales de l'hôpital permettait de mieux organiser le retour à domicile en assurant un rôle de médiateur entre les différents acteurs intervenants auprès de l'usager (professionnels de santé, services du domicile, délégation territoriale, etc.). Toutefois, les participants ont indiqué que les assistantes sociales des centres hospitaliers de Rochefort et Marennes ne peuvent pas traiter tous les cas de retour au domicile. Les représentants de la délégation territoriale ont précisé qu'ils sont souvent sollicités dans les cas de retour à domicile de personnes en situation de fragilité sociale ou médicale. En l'absence d'un professionnel référent, les participants ont indiqué qu'il était fréquent que les différents acteurs du territoire se désengagent de la situation et que, par conséquent, le retour à domicile n'était pas accompagné ou étayé.

Par ailleurs, certains participants ont estimé que, dans le cas des personnes handicapées, les hôpitaux, par manque de places disponibles, préconisent des sorties trop rapides. Ils se sont interrogés sur la possibilité d'accompagner les professionnels des centres hospitaliers du territoire (CH de Rochefort et Marennes, Hôpital d'Oléron) à mieux appréhender les problématiques liées à la prise en charge du handicap afin de proposer des prises en charge plus adaptées (notamment en termes de délais d'hospitalisation, d'accompagnement, d'évaluation somatiques, etc.).

Plusieurs acteurs du territoire ont mis en place des procédures d'anticipation et d'accompagnement des sorties d'hospitalisation.

Par exemple :

- Le réseau gérontologique qui intervient actuellement sur Oléron et Aunis Sud et pour lequel une extension au Pays Rochefortais et à Marennes est prévue (géré l'association Résaunis) transmet régulièrement aux assistantes sociales du Centre Hospitalier la liste des personnes accompagnées par le réseau, ce qui permet aux assistantes sociales du Centre Hospitalier de prévenir le réseau lors d'une sortie d'hospitalisation et faciliter le retour au domicile (coordination et gestion de la situation individuelle par le réseau),
- La MDPH tient des réunions régulières avec les centres de ré-éducation fonctionnelle et examine les situations des personnes pour lesquelles un retour à domicile est prévu. Ces réunions permettent de mettre en place des solutions d'étayage adaptées (Prestation de Compensation du Handicap, intervention d'un service d'accompagnement à la vie sociale ou d'un service d'accompagnement médico-social pour adulte handicapé, décision d'orientation vers un établissement).

Lors des échanges, il a également été fait mention de la permanence d'accès aux soins de santé (PASS) qui existe au centre hospitalier de Rochefort. La mission des PASS est de rendre effectif l'accès et la prise en charge des personnes démunies non seulement à l'hôpital, mais aussi dans les réseaux institutionnels ou associatifs de soins, d'accueil et d'accompagnement social. Les participants se sont interrogés sur les coordinations possibles avec ce dispositif, notamment dans ces cas de situations complexes ou d'hospitalisation répétitive.

De façon globale, la réflexion sur la désignation d'un référent au Centre Hospitalier et la coordination avec le service social des Centres Hospitaliers ont été posées.



• Renforcer la transmission d'informations entre les établissements d'hébergement et les hôpitaux du territoire

Les représentants d'établissements hébergeant des personnes âgées ou des personnes handicapées sur le territoire de Rochefort-Aunis Sud-Marennes-Oléron ont souligné qu'ils n'avaient pas systématiquement accès aux informations sur la prise en charge réalisée lors de l'hospitalisation du résident aux centres hospitaliers de Rochefort et Marennes. Ils ont observé que les prescriptions médicamenteuses de leurs résidents n'étaient pas toujours respectées, soit pendant l'hospitalisation (respect des traitements déjà en cours, notamment dans le cadre de pathologies psychiques), soit au retour de l'hospitalisation (respect du traitement prescrit par l'hôpital).

Les établissements ont constaté également que les hôpitaux du territoire sont en difficulté pour accueillir les personnes handicapées, notamment la nuit, ce qui peut les conduire à des prises en charge non-adaptées (contention créant des situations de crise).

Les participants précisent que, dans le cadre du comité d'entente départemental, des fiches navette ont été mises en place entre les centres hospitaliers et certains établissements d'hébergement pour personnes handicapées permettant de faciliter la transmission d'information.

Certains établissements du territoire pour personnes handicapées ont mentionné le fait qu'ils accompagnent les personnes à l'hôpital jusqu'à ce qu'elles soient installées dans leur chambre, voire qu'ils missionnent une aide médico-psychologique ou une aide-soignante pour accompagner la personne dans la prise de repas ou de médicament pendant son hospitalisation, c'est le cas, par exemple, du foyer des Tournesols. Cette pratique permet de veiller à la bonne prise en charge de l'usager, par le biais d'une médiation entre l'usager et le professionnel du sanitaire (reformulation des besoins, transmission d'informations utiles à l'investigation médicale, etc.). Il est cependant précisé que les taux d'encadrement dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées ne permettent pas de proposer cet accompagnement individualisé lors d'une hospitalisation.

L'un des participants a présenté un dispositif d'accueil temporaire en EHPAD dédié à la sortie d'hospitalisation. Les lits dédiés sont réservés aux personnes sortant d'une hospitalisation afin de permettre que le retour au domicile soit préparé et organisé. Ce dispositif mis en place en Gironde est financé dans le cadre du PAERPA. Il a été précisé qu'une expérimentation d'accueil des personnes en sortie d'hospitalisation sur les lits vacants des EHPAD existe sur le territoire de Sainte.

• Renforcer l'utilisation d'outils partagés entre les intervenants du domicile et les centres hospitaliers

Des procédures de coordination entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social ont aussi été mises en place. Par exemple, le réseau UNA a mis en place une fiche navette reprenant les besoins de la personne suivant la liste établie par Virginie Henderson. Ces fiches navettes sont remplies par les SSIAD qui les transmettent aux centres hospitaliers dans le cas de l'hospitalisation de l'un de leur patient. Les SSIAD les demandent lors des sorties d'hospitalisation.

Les fiches navettes sont en cours de déploiement dans chaque hôpital.

Solutions / propositions :

- Développer une interconnaissance entre les professionnels du médico-social et du sanitaire sur le territoire pour favoriser le partage d'informations sur les situations et de connaissance sur les prises en charge adaptées aux différents publics
- Identifier des professionnels référents de proximité pour coordonner les sorties d'hospitalisation en fonction des situations et des besoins des personnes
- S'appuyer sur les initiatives locales existantes pour développer le partage d'informations entre les Centres Hospitaliers et les établissements d'hébergement



2.1.3 Favoriser le répit des aidants

Il est rappelé qu'une participation financière est possible dans le cadre du plan d'aide APA pour une prise en charge des frais de dépendance facturés en accueil de jour ou en hébergement temporaire à hauteur maximum de 90 jours par an.

Les participants ont indiqué que l'accueil familial propose plusieurs solutions de prise en charge de la personne âgée qui peuvent être pertinentes pour favoriser le répit des aidants :

- L'hébergement temporaire en accueil familial : plusieurs accueillants familiaux pour personnes âgées ou pour personnes handicapées proposent cette solution sur le département.
- L'accueil familial de jour : une des accueillantes familiales du territoire propose d'accueillir une à trois personnes sur la journée. Toutefois, il a été précisé qu'il est fréquent que l'accueil de jour ne perdure pas, face à la problématique pour les aidants d'emmener les personnes sur le lieu de l'accueil (cf. supra : les transports).

Les participants ont présenté les nombreuses activités existantes sur le territoire : café des aidants, formation des aidants, etc. Le diagnostic de l'offre et des besoins en matière de prévention réalisé dans le cadre de la conférence des financeurs et l'état des lieux de l'aide aux proches aidants réalisé par la MAIA ont permis de faire mieux connaître ces initiatives. Les participants soulignent qu'une meilleure coordination de proximité de l'offre d'activités serait nécessaire pour éviter que les activités soient réalisées en doublon ou à des dates trop proches au sein du même territoire d'intervention.

De plus, les participants ont indiqué que la plateforme de répit, située à La Rochelle, propose de nombreuses activités ainsi que de l'information à destination des aidants. Selon les participants, elle pourrait jouer un rôle dans la structuration et la coordination des différentes actions sur le territoire de Rochefort – Marennes Oléron – Aunis Sud.

D'autres participants ont présenté l'offre de prestations de certains services d'aide et d'accompagnement à domicile, comme par exemple celui du CCAS de Tonnay-Charente, en soirée, de 18h à 22h, pour permettre à l'aidant de sortir. Si ces initiatives répondent à des besoins, les dispositifs sont encore, selon les participants, trop peu utilisés, ce qui soulève la problématique du repérage des aidants au sein du territoire.

Les représentants des EHPAD du territoire ont précisé qu'ils sont en difficulté pour faire fonctionner leurs places d'hébergement temporaire. La demande d'hébergement temporaire est faible et ne permet pas une occupation minimale des places en hébergement temporaire. Les lits d'hébergement temporaire sont ainsi souvent occupés par des résidents permanents. Les EHPAD participant au groupe s'interrogent sur la connaissance de cette solution par les usagers du territoire. Il a été précisé que la solution d'hébergement temporaire en EHPAD est largement communiquée et présentée aux usagers, notamment par les différents CLIC du territoire.

Les participants ont souligné la problématique du vieillissement des aidants de personnes âgées et de personnes handicapées. Ces aidants atteignent les limites de l'aide qu'ils peuvent apporter à la personne. Les participants se sont interrogés :

- sur la capacité des acteurs à repérer ces aidants vieillissants au sein du territoire,
- et, sur les modalités d'accompagnement à développer pour permettre à d'autres acteurs de prendre le relai de ces aidants vieillissants.

Les services d'aide et d'accompagnement à domicile présents ont précisé qu'ils sont en mesure de repérer les aidants au sein de leur territoire et qu'ils ont ainsi un rôle clé à jouer dans la coordination de proximité. Les établissements ont estimé pouvoir participer à la coordination pour trouver une solution adaptée pour le résident.

Les délégations territoriales, la MDPH disposent d'informations permettant également de repérer les aidants familiaux, et plus particulièrement ceux vieillissant.

Le Département précise que la loi d'Adaptation de la Société au Vieillessement du 28 décembre 2015 reconnaît le rôle de proche aidant. Afin de le soutenir, un droit au répit intégré au plan d'aide APA permet aux proches aidants, qui ne peuvent pas être remplacés et dont la présence ou l'aide est indispensable à la vie à domicile du bénéficiaire de l'APA, de prendre un temps de repos (financement de l'hébergement temporaire ou de l'accueil de jour jusqu'à 500 € par an au-delà du plafond de l'APA). En cas d'hospitalisation du proche aidant, une aide ponctuelle peut également être accordée (jusqu'à 992 € au-delà des plafonds de l'APA).



Solutions / propositions :

- Structurer, informer et accompagner les dispositifs développés en direction des aidants familiaux et des solutions d'accueil pour les personnes âgées et handicapées
- Evaluer les informations collectées par les différents établissements et services et identifier les leviers pour repérer les aidants familiaux
- Envisager de missionner des CLIC, des services du territoire sur l'accueil et l'information des personnes en situation de handicap pour permettre de repérer les aidants (notamment les aidants vieillissants)
- Sensibiliser les professionnels de santé du territoire aux solutions de répit des aidants pour une orientation dès le diagnostic (notamment médecins traitants et neurologues).
- Capitaliser sur les initiatives existantes (comme la plateforme de répit) pour structurer l'offre de répit au sein du territoire

2.2 Fluidifier les parcours

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

Les participants ont souligné que beaucoup de personnes âgées ont du mal à utiliser l'outil *ViaTrajectoire* développé par l'ARS. Les demandes d'admission restent en suspens par défaut de certificat médical complété directement sur l'outil par les professionnels de santé. Certains EHPAD du territoire n'étudient pas les dossiers qui ne sont pas complets.

Ce constat est valable uniquement pour les personnes à domicile. Dans le cadre de demandes émanant de centres hospitaliers, le volet médical est systématiquement renseigné.

Le groupe a émis le souhait que l'outil soit modifié pour permettre que le demandeur ou son accompagnant puisse joindre le certificat médical sans dépendre d'une action du professionnel de santé.

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.

Le groupe souligne le besoin d'accompagner les personnes âgées pour compléter l'outil et d'identifier un professionnel pouvant réaliser cet accompagnement. Certains CLIC réalisent déjà cet accompagnement, notamment le CLIC Résaunis.

De manière générale, le public âgé et handicapé peut se trouver en difficulté face au développement des outils informatiques (question de la fracture numérique). Il est précisé que des ateliers informatiques sont financés dans le cadre de la Conférence des financeurs. Il convient de réfléchir à une meilleure visibilité et diffusion des actions collectives et individuelles de prévention déployées dans le cadre de cette conférence.

Solutions / propositions :

- Harmoniser la connaissance et l'utilisation de l'outil *Viatrajectoire* entre les professionnels, notamment pour mieux renseigner les usagers
- Identifier les professionnels pouvant accompagner les usagers dans la complétion de leur demande d'admission en EHPAD sur *Viatrajectoire*

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.



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

2.3.1 Développer une réponse territoriale coordonnée autour du domicile

• Structurer la coopération et la coordination entre les acteurs autour de la personne accompagnée

Les participants du groupe de travail ont souligné la bonne connaissance entre les acteurs du domicile sur le territoire de Rochefort – Marennes Oléron – Aunis Sud. Les participants ont évoqué une coordination fluide :

- Entre les différents intervenants au domicile d'une personne (SAAD, SSIAD, SAVS),
- Entre les services et les partenaires institutionnels (notamment les délégations territoriales).

Par exemple, dans le cadre d'un accompagnement à domicile (notamment de l'APA), les SAAD n'hésitent pas à solliciter l'équipe APA dans le cas où les besoins de la personne évoluent et où une révision du plan d'aide semble nécessaire.

Les différents acteurs de la coordination autour des situations :

Les participants du groupe de travail ont insisté sur le rôle majeur joué par **les aidants** dans la coordination des intervenants au domicile. Les aidants constituent ainsi une ressource pour assurer une prise en charge cohérente de la personne accompagnée.

Les **SAVS** du territoire, notamment Accompagnement 17, ont insisté sur leur mission de coordination des interventions entre les services, et ce notamment lorsque les personnes sont sous tutelle. Le SAVS réalise une évaluation des besoins d'accompagnement et met en place un plan d'actions. Il travaille ensuite avec les SAAD, les SSIAD et les infirmiers libéraux pour proposer un accompagnement adéquat. En cas de difficultés, le SAVS peut aussi jouer un rôle de tiers médiateur entre les acteurs.

Les participants ont soulevé la question de l'accompagnement social d'adultes handicapés qui ne travaillent pas en ESAT. Les SAVS, non adossés à un établissement, disposent de places dédiées pour assurer un accompagnement social pour ce type de public. Le Département précise qu'une cartographie des SAVS/SAMSAH sera intégrée à l'état des lieux du schéma.

Le **SAAD** présent lors de la réunion a indiqué qu'il peut être amené à jouer un rôle de coordination des acteurs autour de la personne, notamment dans les cas d'isolement de la personne.

Les participants ont, tout de même, identifié des difficultés de coordination.

Les participants ont exprimé le manque d'un SPASAD sur le territoire. L'absence de structure d'articulation entre les SAAD et les SSIAD sur le territoire peut expliquer qu'il y ait peu d'interventions des deux types de service auprès d'une même personne.

Les participants ont explicité que dans le cas d'une hospitalisation à domicile, faisant intervenir un SAAD, un SSIAD voire des infirmiers libéraux, l'articulation des acteurs posait problème pour plusieurs raisons :

- La complexité des situations qui nécessite des passages multiples au cours d'une journée (ex : prise de médicaments en 5 fois)
- Le manque de place en SSIAD qui nécessite de recourir à des infirmiers libéraux
- Le manque de disponibilité des infirmiers libéraux et les limites de leurs interventions (certains refusent de réaliser des tâches de « nursing »)
- Le glissement de tâches des actes à réaliser par des SSIAD ou des IDE vers les intervenants des SAAD. La technicité des tâches demandée aux professionnels des SAAD peut les mettre en difficulté.

Les participants ont exprimé le besoin de recadrer le rôle et les missions de chacun dans le dispositif d'hospitalisation à domicile pour éviter de mettre les professionnels en difficulté et risquer des ruptures de prise en charge ou la nécessité de recourir à une hospitalisation.

La difficulté à mobiliser des infirmiers libéraux peut également mettre en difficulté les établissements, notamment dans le cas de prise en charge de pathologies lourdes où la structure compense l'absence d'accompagnement médical ou infirmier.



• Identifier des acteurs référents sur les situations qui le nécessitent

Les participants ont évoqué la nécessité d'identifier un référent dans le cadre de l'accompagnement à domicile des personnes âgées et des personnes handicapées. Un panel de référents est mobilisé pour accompagner l'utilisateur. Souvent, le premier référent est la famille. C'est souvent l'un des membres de la famille qui est identifié comme personne référente dans les dossiers de demande d'APA déposés auprès de la délégation territoriale.

Les participants du groupe de travail ont également identifié plusieurs acteurs pouvant intervenir tant que référent en fonction des situations des personnes :

- les SAVS
- les SAAD
- les SSIAD
- le réseau gérontologique
- la MAIA
- le médecin traitant (de plus en plus rare)
- l'équipe APA (lors de l'évaluation de la situation et de l'élaboration du plan d'aide)

Les participants ont insisté sur la nécessité d'un accompagnement individualisé, au cas par cas et selon les capacités de l'utilisateur. Par exemple, dans le cadre du handicap psychique, l'utilisateur ayant tendance à séquencer et cliver les différents espaces, le SAVS organise régulièrement des réunions téléphoniques et/ou physiques avec la personne et les partenaires. Cela permet de pérenniser l'accompagnement de l'utilisateur et d'assurer son maintien en logement autonome.

• Développer l'articulation et le partage d'information entre le domicile et l'établissement

Le passage de relai entre les acteurs du domicile et les structures d'hébergement semble fluide.

Les acteurs du territoire ont développé des articulations.

La MAIA organise également aussi des visites accompagnées dans les structures d'hébergement pour permettre aux personnes accompagnées de se projeter.

Cependant, certains participants ont noté qu'en cas de sortie d'EHPAD, les SAAD rencontraient des difficultés pour obtenir des informations et faire évoluer le plan d'aide APA afin qu'il soit adapté aux nouveaux besoins de la personne. Effectivement, la remontée d'informations ne se faisant plus pendant la durée d'accueil en EHPAD, il semble complexe pour les acteurs reprenant l'accompagnement de l'utilisateur d'assurer une continuité dans la prise en charge.

• Développer le partage d'informations entre acteurs

Les participants ont évoqué la nécessité de mettre en place un outil commun pour partager des informations entre les acteurs du secteur et favoriser la coordination. La question du secret professionnel partagé est prégnante car cela pose la question de ce que les acteurs peuvent/veulent partager. Un point de tension existe entre le droit à la personne à ne pas diffuser ses informations et la nécessité de communication entre les acteurs pour un accompagnement pérenne et pertinent. Actuellement, le partage d'information dépend de la volonté de chaque acteur. Afin de travailler sur cette problématique, les participants ont proposé de mettre l'accent sur la formation professionnelle avec :

- des temps d'échange sur le partage d'information,
- des réunions de formation sur les évolutions législatives par rapport au secret professionnel partagé

Des initiatives sont déjà mises en place afin de permettre à chaque acteur de suivre l'accompagnement de l'utilisateur

Les participants ont proposé, en plus des réunions de formations, de réaliser un guide pratique de l'accompagnement et du partage d'informations.



Solutions / propositions :

- Organiser des réunions de synthèse pour les cas complexes (ou quand la famille ne peut pas transmettre les informations lors une entrée en établissement)
- Organiser un temps de formation et d'échange entre les professionnels notamment pour rappeler le cadre réglementaire et ses évolutions (secret professionnel partagé)
- Créer un guide pratique de l'accompagnement et de l'intervention auprès d'usagers avec :
 - Une clarification du rôle de chaque acteur (limites d'intervention)
- Clarifier le rôle et les missions des différents acteurs autour d'une situation afin de favoriser la mise en place de solutions co-portées par plusieurs structures (ex : HAD)



2.1 Favoriser le répit des aidants et repérer les fragilités

La deuxième partie de la réunion du 12 octobre a été organisée sous la forme d'ateliers afin de permettre aux participants d'aborder deux thématiques et ainsi élaborer des propositions d'actions à intégrer dans le schéma de l'autonomie. Les deux thématiques étudiées étaient « le répit des aidants et le repérage des fragilités » et « la transition adolescent-adulte ».

2.1.1 Le diagnostic sur le territoire

Les ressources du territoire favorisant un repérage et une transmission d'information efficace	Les freins ou les facteurs expliquant des difficultés de repérage ou de transmission de l'information
<p>Il existe déjà des grilles de repérage au sein des SAAD (ex : réseau UNA), la grille de ZARIT utilisée lors des groupes de parole pour les aidants</p> <p>Plusieurs acteurs mettent en place des actions pour favoriser le repérage et le répit des aidants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La MDPH qui, en orientant vers un SAVS, peut proposer des étayages des situations du domicile - Le SAAD de Tonnay-Charente qui met à disposition des locaux à l'association France Parkinson pour réaliser des actions de soutien aux aidants et prend en charge les aidés - Certains EHPAD développent ou souhaitent développer des actions de prévention pour faire du repérage des fragilités. L'appel à projet « EHPAD centre ressource » peut constituer une opportunité pour développer cette offre (ex ouverture de l'EHPAD d'Aigrefeuille d'Aunis) <p>Certaines structures proposent aussi des services pouvant répondre aux besoins des aidants, notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Certains EHPAD qui proposent une intervention par un psychologue auprès de l'aidant quelques mois après l'admission. Cela facilite le repérage des fragilités. Cette offre s'adresse aux personnes dont le proche est hébergé dans l'EHPAD. - Réseausaunis propose 3 séances avec un psychologue offertes aux aidants - Des contacts ont été mis en place avec le tribunal sur la protection des majeurs - Lors d'une hospitalisation d'un aidant, le service social peut repérer et transmettre l'information au CLIC du Réseausaunis - Les SAAD proposent également des activités permettant de soutenir les aidants (ex : intervention de soirée) 	<p>Les participants ont identifié trois freins majeurs expliquant les difficultés de repérage ou de transmission de l'information.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) L'offre de service de nuit étant inexistante, les aidants se trouvent en difficulté dans le cas de survenue de problème (chute, crise, etc.). Les participants ont indiqué qu'ils appréhendent la période nocturne du fait de cette solitude dans l'accompagnement de leur proche. 2) Les aidants ont du mal à passer le relais à d'autres intervenants pour prendre du temps pour eux. 3) Malgré un besoin qu'identifient les participants, beaucoup d'aidants n'ont pas accès à un psychologue ou des dispositifs existants (coût financier, connaissance de cette solution, etc.)



Enfin, des formations sur la prévention ont été mises en place et une grille de repérage des fragilités des aidants a été créée par les SAAD.	
<p>La problématique principale à résoudre sur le territoire de Rochefort – Marennes – Oléron – Aunis Sud :</p> <p>Plusieurs problématiques ont été relevées par le groupe de travail, notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le besoin d'un outil commun de repérage de l'épuisement de l'aidant - Le besoin de structurer les actions de repérage et de prévention sur le territoire - Le besoin de faire connaître les actions de répit et de soutien auprès des médecins libéraux et des acteurs intervenant dans le diagnostic <p>Il a aussi été évoqué la problématique plus spécifique de l'identification des aidants vieillissants.</p>	

2.1.2 La proposition

Proposition d'action globale :

Mettre en place un repérage précoce et un accompagnement adapté des aidants familiaux

Les actions à mettre en œuvre :

- 1- Favoriser la diffusion et l'information sur les actions de répit par les médecins libéraux et tout acteur intervenant dans le diagnostic
- 2- Elaborer un diagnostic de l'existant et un guide d'orientation des aidants en identifiant les acteurs clés en fonction des besoins des personnes (avec les médecins, les neurologues, les consultations mémoires, l'hôpital, le secteur médico-social)
- 3- Structurer le partage d'information sur les aidants vieillissants de personnes handicapées
- 4- Mettre en place un repérage précoce et un accompagnement adapté des aidants familiaux (en incluant la MDPH dans le cadre de la PCH aide humaine)
- 5- Développer un outil commun pour repérer l'épuisement de l'aidant ou la fragilité. (Ex : en Haute-Saintonge, une grille de repérage a été créée. Cette grille de repérage est remplie à l'hôpital qui la transmet afin que le CLIC prenne contact avec l'aidant)

Les acteurs à mobiliser :

- Les médecins, neurologues, hôpitaux, la PTA
- Les acteurs du secteur médico-social tels que les CLIC, la MAIA, les réseaux gérontologiques, la délégation territoriale, les SAAD, les SSIAD, les SAVS, les SAMSAH
- Les acteurs de proximité tels que les mairies et les CCAS



2.2 Améliorer la transition adolescent-adulte

2.2.1 Le diagnostic sur le territoire

Les ressources du territoire favorisant une transition adolescent – adulte satisfaisante	Les freins ou les facteurs expliquant des transitions adolescents – adultes insatisfaisantes
<p>Sur le territoire, des solutions ont d'ores et déjà été mises en place afin de favoriser une meilleure transition adolescent-adulte.</p> <p>En effet, le foyer occupationnel de Soubise propose des places d'hébergement temporaire et des périodes d'essai afin d'accompagner la transition des jeunes</p> <p>L'I.M.Pro de Rochefort Saint Laurent de la Prée, quant à lui, accueille un public ayant un handicap léger et moyen et propose des activités adaptées un week-end sur deux pour 8 enfants accueillis.</p> <p>Par ailleurs, les systèmes de gestion des listes d'attente des établissements sont opérationnels. Ainsi, lorsqu'une place se libère, la grille d'admission des établissements prend en compte :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'urgence de la situation - la réalisation d'une période d'essai qui permet de vérifier que le bénéficiaire s'acclimate correctement <p>Enfin, un travail partenarial a été mis en place avec la MDPH et les IME, IMPro et FO afin de proposer des accompagnements à la carte pour ces jeunes. Il est ainsi possible pour un jeune de « tester » un établissement grâce à la mise en place d'un accueil à la journée avec un éducateur.</p>	<p>Les participants ont relevé six freins majeurs rendant la transition insatisfaisante.</p> <p>Le premier point est la distance qui peut exister entre les établissements pour enfants et pour les établissements pour adultes ce qui complique la mise en place de stages ou de période d'essai.</p> <p>Le deuxième point est la difficulté de recouper tous les dispositifs. Cette difficulté est due à la multitude d'intervenants sur le territoire qui complexifie la lisibilité de l'offre et crée un millefeuille de dispositifs.</p> <p>Le troisième point évoqué est l'absence de prestation financière permettant aux jeunes en situation de handicap de payer leur séjour en établissement notamment, sur la tranche d'âge 18-20 ans. En effet, la règle fixée par la loi est que, sauf cas dérogatoires très circonscrits, l'on ne puisse pas obtenir l'AAH avant l'âge de 20 ans (puisque le jeune est encore à la charge de ses parents) et de ce fait la CAF n'ouvre pas de droits à l'AAH pour les jeunes de moins de 20 ans. Les établissements essaient de faire valoir le droit individuel, d'autant plus que la MDPH instruit les demandes d'AAH dès l'âge de 18 ans. Il s'agit là d'une difficulté réglementaire à faire remonter au niveau national.</p> <p>Par ailleurs, les participants ont relevé qu'il était complexe d'anticiper l'accompagnement des futurs jeunes adultes sous tutelle car le juge des tutelles ne prend pas de décision avant les 18 ans du jeune. Il y a donc un travail à faire avec la magistrature.</p> <p>Enfin, les participants ont évoqué comme problématique majeure la difficulté pour les établissements adultes de s'adapter aux nouveaux publics. Cette difficulté est en partie due à l'évolution des publics et leurs besoins.</p> <p>Concernant le public ASE, les participants ont relevé la difficulté pour préparer le dossier de demande à la MDPH.</p>



La problématique principale à résoudre sur le territoire de Rochefort – Marennes – Oléron – Aunis Sud :

Les participants ont noté que la problématique du retour en week-end pour les jeunes adultes handicapés n'est pas centrale sur le territoire. En effet, cet enjeu semble plutôt résulter d'un fort attachement des parents et non d'une difficulté d'acclimatation des jeunes à leur nouveau lieu de vie.

Une problématique ayant été relevée est l'évolution du public et la nécessité de proposer des programmes adaptés à des jeunes qui souhaitent bénéficier d'une plus grande autonomie (sortie, intégration dans la cité, etc.) et ayant une appétence pour les nouvelles technologies. Ce nouveau public nécessite une adaptation de l'offre. L'un des établissements du territoire a souligné un écart important entre un public parfois accompagné depuis 40 ans et souffrant de handicaps lourds et la nouvelle génération.

Ainsi, pour les participants, il semble nécessairement de repenser les fonctionnements des établissements pour répondre à l'évolution des publics, de former les professionnels et de travailler l'hétérogénéité des publics et leur mixité.

2.2.2 La proposition

Proposition d'action globale :

Accompagner les établissements dans l'évolution de l'offre de prise en charge pour favoriser l'intégration des nouveaux publics.

Description et objectifs :

Mettre en place des accompagnements différents en fonction des usagers plus jeunes et de leurs besoins et des publics plus historiques en envisageant comment adapter l'accompagnement à l'hétérogénéité et à la mixité des publics.

Les actions à mettre en œuvre :

- 1-Envisager un accompagnement spécifique pour les jeunes adultes
- 2- Développer des coopérations sur le territoire pour tester des périodes d'acclimatation
- 3-Favoriser les liens entre la MDPH et la Délégation territoriale pour anticiper la transition des jeunes dans le cadre d'un suivi ASE/MDPH
- 4-Travailler le lien avec les bailleurs sociaux pour développer des solutions d'habitat autonome pour les jeunes adultes.

Les acteurs à mobiliser :

La MDPH, la Délégation territoriale, les bailleurs sociaux et le Juge des tutelles, les établissements

