



**Le président de la conférence,  
Le président de la commission spécialisée  
pour les prises en charge et les accompagnements médico-sociaux,**

**Marseille, le 02 novembre 2016**

Monsieur le Directeur Général,

Conformément à ses missions, la commission spécialisée pour les prises en charge et les accompagnements médico-sociaux (CSPAMS) a mis en place en 2016 un groupe de travail pour aborder la question des situations critiques dans le secteur du handicap.

Ce groupe de travail a élaboré un document synthétique sur cette question et met en avant 6 propositions pour des parcours coordonnés pour prévenir et éviter les situations critiques.

Ce travail a été présenté à la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie réunie en assemblée plénière le 10 octobre 2016. A l'issue de ces travaux, la CRSA Paca dans son ensemble souhaite attirer votre attention sur la nécessité de :

- mettre en place un projet d'accompagnement global (PAG) quand l'orientation de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) ne peut être réalisée ;
- procéder à une évaluation globale des facteurs de risques afin de pouvoir les anticiper et proposer des orientations pertinentes ;
- expérimenter des plateformes intégrées d'évaluation globale ;
- nommer un coordinateur de parcours des dispositifs territoriaux ;
- assurer auprès de la CRSA le suivi du dispositif des situations critiques au niveau régional ;
- mettre en place les outils de pilotage et les moyens qui y sont liés.

Dans la discussion, la CRSA a souhaité mettre en avant le rôle premier des MDPH dans la gestion des cas individuels ; il nous paraîtrait anormal et hors de son rôle que cette fonction soit confiée à l'ARS.

Nous avons l'honneur de vous faire parvenir ce rapport qui nous semble de nature à favoriser le parcours des personnes en situation de handicap.

Nous vous remercions de nous faire connaître la suite donnée à ces propositions afin que les membres de la Conférence puissent en avoir connaissance.

Nous vous prions d'agréer, Monsieur le Directeur général, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

**Le président de la CRSA PACA**



**Christian Dutreil**

**Le président de la CSPAMS**



**Dominique CHARLIER**



# Le dispositif des situations critiques en PACA

Contributions du Groupe de travail de la CSPAMS

**6 propositions**

**Pour des parcours coordonnés  
pour prévenir et éviter les situations critiques  
et**

**Une expérimentation régionale :  
Une plateforme intégrée d'évaluation globale et  
de mise en situation**

**CRSA Paca 10 octobre 2016**

## Sommaire

<b>Le cadre législatif .....</b>	<b>p 3</b>
<b>Préambule .....</b>	<b>p 5</b>
<b>Le constat .....</b>	<b>p 6</b>
<b>Les facteurs de risques .....</b>	<b>p 12</b>
<b>Les points de vigilance.....</b>	<b>p 14</b>
<b>Les solutions.....</b>	<b>p 15</b>
<b>Les 6 propositions prioritaires .....</b>	<b>p 18</b>
La priorité : Le PAG (Projet d'Accompagnement Global)	p 18
Une nécessité : Une évaluation globale	p 19
Expérimenter : Des plateformes intégrées d'évaluation globale	p 19
Nommer un coordinateur de parcours des dispositifs territoriaux	P 20
La CRSA doit être compétente pour évaluer le dispositif des situations critiques au niveau régional	p 21
Mettre en place les outils de pilotage et les moyens indispensables	p 21
<b>Annexe 1 : La composition du groupe .....</b>	<b>P 22</b>
<b>Annexe 2 : Fiche technique .....</b>	<b>p 23</b>

## I. Le cadre législatif

### A. La Circulaire DGCS/SD3B/CNSA/2013/381 du 22 novembre 2013

Objet : Information et instruction aux ARS sur l'organisation d'une procédure de prise en compte des situations individuelles critiques de personnes handicapées enfants et adultes qui, en raison de la complexité de leur situation, se trouvent en rupture de parcours et pour lesquelles aucune solution d'accompagnement adaptée n'est trouvée dans le cadre des compétences de droit commun des MDPH.

« Les situations « critiques » sont des situations :

- dont la complexité de la prise en charge génère 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 dans lesquelles l'intégrité, la sécurité de la personne et/ou de sa famille sont mises en cause.

Ces deux conditions doivent être réunies pour qualifier les situations critiques.

Parmi l'ensemble des problématiques des personnes sans solution de prise en charge, pour lesquelles le droit commun s'applique prioritairement, certaines sont donc des situations critiques.

Il s'agit ici de proposer un dispositif d'étayage des acteurs de la prise en charge, afin que les situations « critiques », celles qui mettent en échec le droit commun, puissent trouver des solutions précisément parce qu'elles sont les plus lourdes ».

« A l'échelon départemental, les MDPH doivent mettre en place, une commission en charge de la gestion des situations critiques. Cette commission travaille en lien avec la CDAPH ».

« A l'échelon régional, les ARS désignent, en leur sein, un référent régional pour les situations critiques ».

### B. Le rapport PIVETEAU du 10 juin 2014

« Zéro sans solution » : Le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches. **Denis PIVETEAU** Conseiller d'Etat

« N'avoir plus aucune solution d'accompagnement, pour une personne en situation de handicap dont le comportement est trop violemment instable ou le handicap trop lourd, et dont en conséquence « personne ne veut plus », c'est inadmissible et cela se produit.

La mission confiée aux auteurs de ce rapport était de proposer des réponses.

Très vite il est apparu que, même si ces situations sont heureusement très minoritaires, la mise en place d'un dispositif particulier n'était pas la bonne voie.

Tout simplement parce que l'objectif n'est pas de traiter le mal mais, autant que possible, d'éviter qu'il survienne. En d'autres termes : de s'organiser, non pas seulement pour bricoler des solutions au coup-par-coup, mais pour être collectivement en capacité de garantir que cela n'arrivera plus.

Travailler, en somme, à tenir l'engagement d'un « zéro sans solution ».

Cela change tout. Parce que sont alors concernés la grande majorité des établissements et des services, un très grand nombre de situations de vie avec un handicap, et tous les partenaires de l'accompagnement, bien au-delà du seul champ médico-social.

Objectif ambitieux, mais qui est atteignable, aussi fortes que soient les contraintes budgétaires. Il consiste tout simplement à renouer avec le sens de tout travail soignant et social : ne jamais laisser personne au bord du chemin ».

## **C. Mission « Une réponse accompagnée pour tous » Point d'étape d'Octobre 2015 - Marie-Sophie DESAULLE**

**L'enjeu : apporter une réponse accompagnée pour toutes les personnes handicapées.**

Une mission reposant sur 4 axes complémentaires :

Axe 1 : Mise en place d'un dispositif d'orientation permanent (CNSA)

Plan d'Accompagnement Global (PAG)

Dispositif « Mise en situation »

Axe 2 : Déploiement d'une réponse territoriale accompagnée pour tous (SGMAS)

Contractualisation

Coordination territoriale

Evolution sur l'offre

Axe 3 : Création d'une dynamique d'accompagnement et de soutien par les pairs (SG-CIH)

Axe 4 : Accompagnement du changement des pratiques (DGCS).

## **D. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016<sup>2</sup> de modernisation de notre système de santé**

L'article 89 de la loi de modernisation de notre système de santé (LMSS) définit le plan personnalisé de compensation du handicap et prévoit que le dispositif permanent d'orientation est mis en œuvre à la date décidée par la commission exécutive de la MDPH, en tout état de cause, au plus tard le 31 décembre 2017.

## II. Préambule

La situation dramatique d'Amélie et de sa famille a été à l'origine de l'organisation d'une procédure de prise en compte des situations individuelles critiques de personnes handicapées enfants et adultes qui, en raison de la complexité de leur situation, se trouvent en rupture de parcours.

Ce dispositif d'urgence a été prolongé par le concept du « zéro sans solution » de Denis PIVETEAU affirmant le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches, puis par la mission, en cours de Marie-Sophie DESAULLE pour une réponse accompagnée pour toutes les personnes handicapées.

La CSPAMS de la CRSA PACA a souhaité se saisir de cette problématique pour apporter sa contribution régionale.

Le groupe de travail constitué auprès de son Président : Pierre LAGIER, a pris résolument plusieurs options :

- Dépasser le périmètre restreint des situations critiques pour s'engager sur le seul objectif acceptable : Le zéro sans solution.
- Examiner la problématique globale de la personne à partir d'un parcours coordonné.
- Dégager des propositions concrètes afin que l'ARS soit en mesure de se saisir de ces propositions et d'expérimenter sur plusieurs territoires le dispositif proposé.

Ce rapport est articulé en 4 temps :

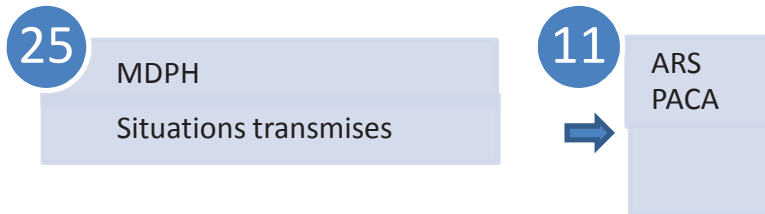
- Le constat selon les données quantitatives et qualitatives que nous avons pu recueillir auprès des MDPH et de l'ARS de notre région.
- A partir de l'analyse des parcours des personnes en situation critique et complexe, l'inventaire des facteurs de risques pouvant potentiellement générer ces situations.
- Les solutions proposées, décomposées en 4 niveaux : la situation, la personne en situation de handicap, les acteurs du médico-social et les acteurs du sanitaire.
- Les propositions au nombre de 6, dont une proposition d'expérimentation d'un dispositif de plateformes intégrées d'évaluation globale et de mise en situation.

Le groupe de travail espère que sa réflexion permettra aux personnes handicapées (et à leur famille) de réaliser leur projet de vie selon un parcours coordonné et sans plus jamais se retrouver confronté à des situations critiques.

### III. Le constat

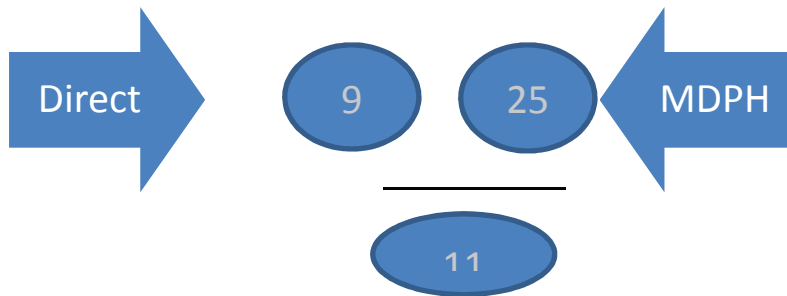
#### A. Selon l'ARS PACA : Données 2014.

##### 1. Une appréciation différente selon :



Différence d'appréciation du seuil critique de la situation ou situations « perdues » ?

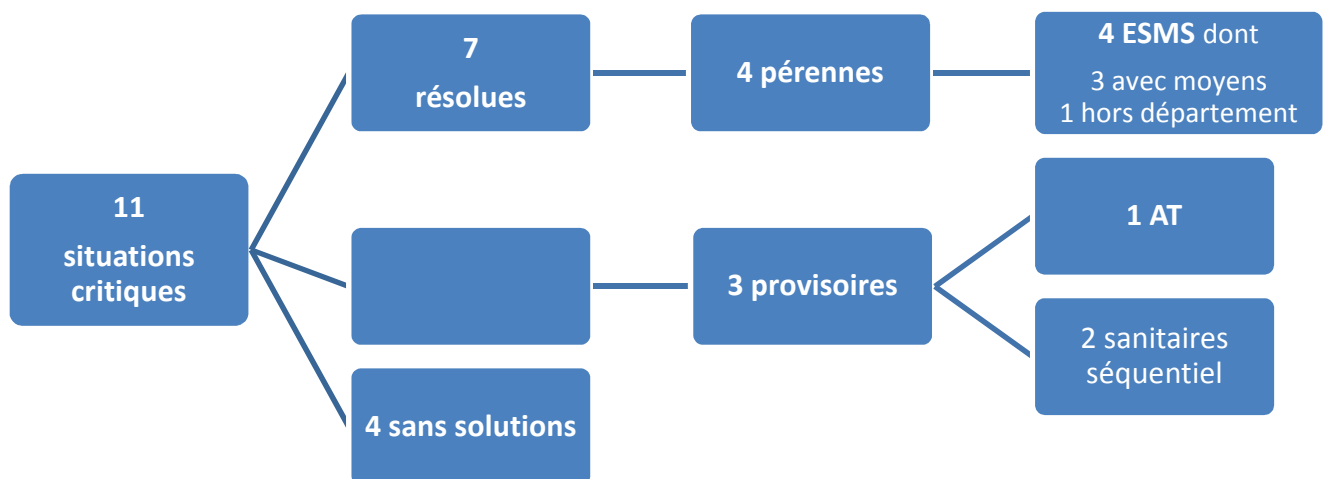
##### 2. Des saisines directes



Le filtre de la MDPH : Guichet unique ne fonctionne pas à plein

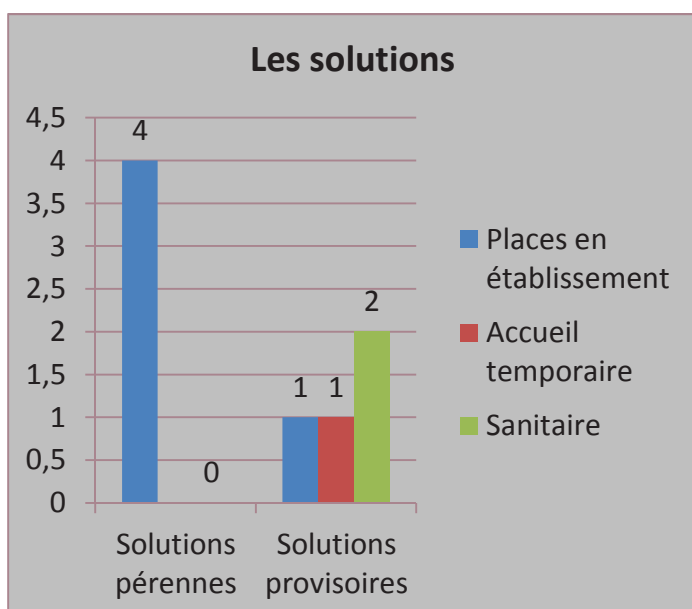
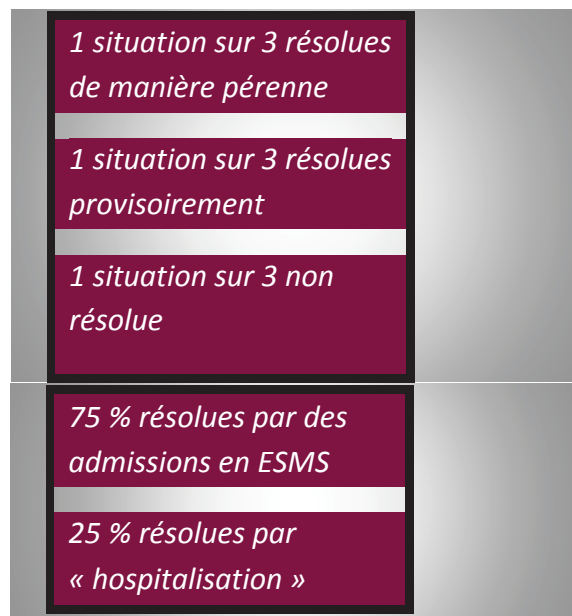
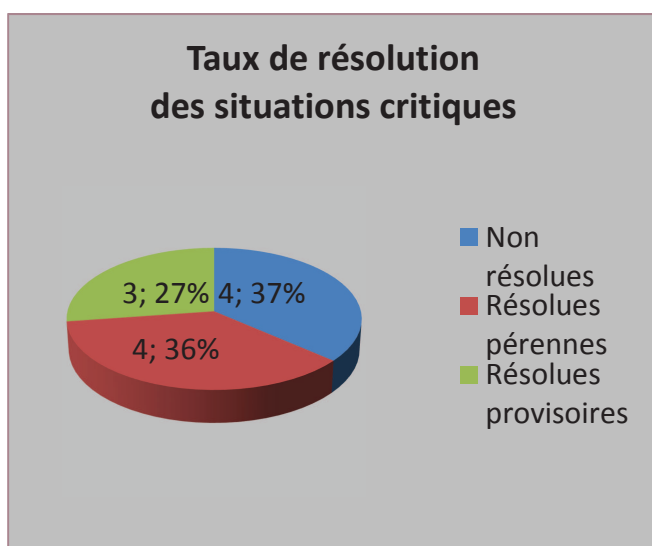
1 sur 3 qualifiée de critique par l'ARS Région.

##### 3. Des solutions ou pas





#### 4. Des conclusions au niveau de la Région



## B. Selon l'analyse de 4 départements sur 6 (Données accessibles : 04, 06, 13, 84)

### 1. Le fonctionnement

1 réunion par mois. Un dispositif qui est bien investi

### 2. L'origine des saisies

	Nombre	Pourcentage
Usager	1	1,19%
Famille de l'utilisateur	15	17,86%
Association	5	5,95%
Etablissement	21	25,00%
Service Social	1	1,19%
Conseil Général	11	13,10%
DT ARS	2	2,38%
Autres - Préciser	28	33,33%

### 3. L'âge de la personne concernée

	Nombre	Pourcentage
0-6 ans	0	0,00%
6-12 ans	20	25,64%
12-16 ans	17	21,79%
16-25 ans	24	30,77%
25-60 ans	17	21,79%
supérieur à 60 ans	0	0,00%

Les situations critiques concernent préférentiellement des adolescents et de jeunes adultes.

### 4. Sexe

	Nombre	Pourcentage
Masculin	59	75,64%
Féminin	19	24,36%

### 5. Lieu de séjour actuel

	Nombre	Pourcentage
Domicile	50	60,98%
Etablissement	16	19,51%
Hôpital	10	12,20%
Autres (Préciser)	6	7,32%

## 6. Répartition des handicaps

	Nombre	Pourcentage
Moteur	7	6,93%
Sensoriel	0	0,00%
Mental	15	14,85%
Psychique	22	21,78%
Autisme	29	28,71%
Handicap Rare	1	0,99%
Polyhandicap	6	5,94%
Autre	2	1,98%
Troubles du comportement	19	18,81%

Les situations critiques concernent préférentiellement les personnes présentant un handicap mental, un handicap psychique, des troubles du spectre autistique et des troubles du comportement.

## 7. Répartition des orientations actuelles de la MDPH

	Nombre	Pourcentage
SESSAD	4	3,88%
IME	45	43,69%
ITEP	4	3,88%
ESAT	2	1,94%
FH	1	0,97%
FV	3	2,91%
SAVS	0	0,00%
SAMSAH	3	2,91%
SSIAD	0	0,00%
FAM	17	16,50%
MAS	19	18,45%
autres préciser	5	4,85%

## 8. Admission en ESMS

Nombre d'admission temporaire en ESMS correspondant à l'orientation	5
Nombre d'admission temporaire en ESMS ne correspondant pas à l'orientation	0
Nombre d'admission définitive en ESMS correspondant à l'orientation	13
Nombre d'admission définitive en ESMS ne correspondant pas à l'orientation	12

## 9. Refus en ESMS

Nombre de refus ESMS	oui (un ESMS)	5
	oui (plusieurs ESMS)	30
	Non	10
Si oui, motifs du refus ESMS	Pas de place	22
	Prise en charge inadaptée / aux besoins et au projet établissement	27
	Prise en charge identifiée comme trop lourde	35
	Autre (préciser)	1
Nombre de refus famille ou usager		9
Si oui, motifs du refus de la famille ou de l'usager	Transport et distance	5
	Désaccord sur l'orientation CDAPH	4
	Accord sur l'orientation mais désaccord sur le mode de prise en charge	1
	Autre (préciser)	1

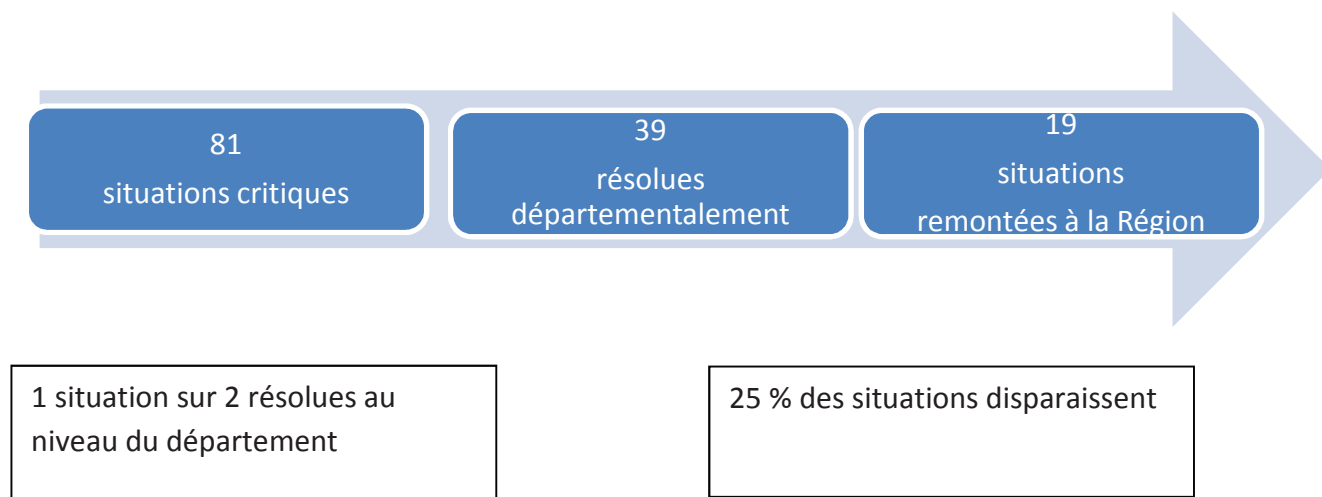
## 10. Aménagement prise en charge actuelle

Aménagement prise en charge actuelle		
Maintien dans l'ESMS	Avec renforcement moyens	5
	Avec intervention extérieure	6
Maintien à domicile	Renforcement prise en charge SAD	7
	Intervention extérieure	5
Hospitalisation		13
Autres		6

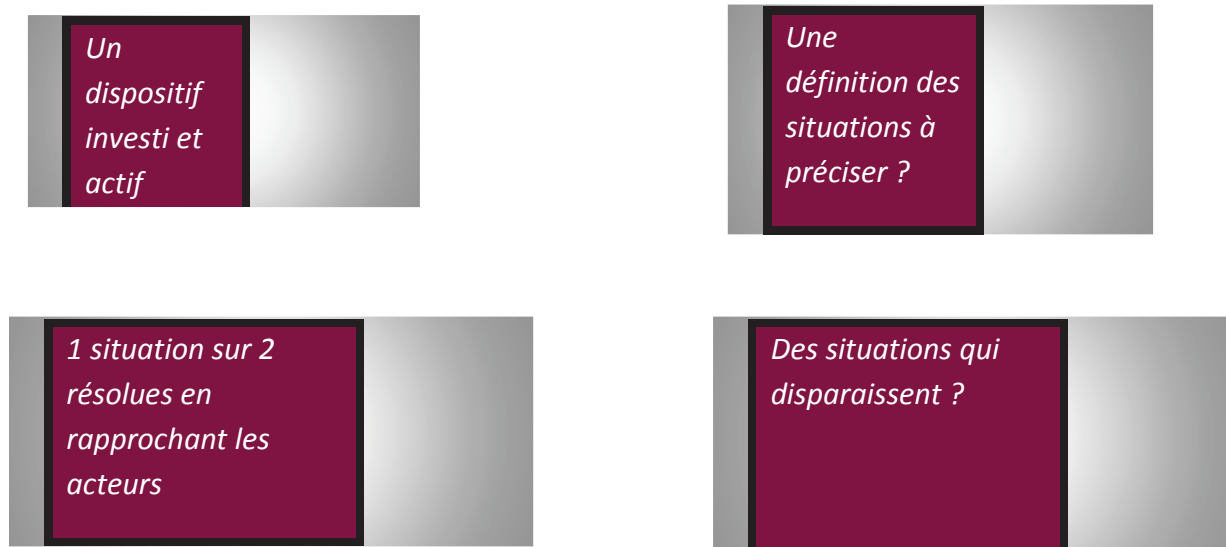
## 11. Des situations quasiment toujours critiques



## 12. Des situations résolues au niveau départemental



## 13. Des conclusions au niveau des Départements



La connaissance précise des situations critiques et des situations complexes est un élément indispensable pour anticiper les solutions à mettre en œuvre sur les territoires.

Cependant le relevé des situations n'a pu être exhaustif au cours de cette étude, certaines données sont manquantes, d'autres sont partielles, d'autres enfin ne sont pas cohérentes entre les départements et la région.

Il est indispensable que chaque MDPH et la région puisse disposer et communiquer les données concernant son territoire (nombre de situations, causes, types de solutions proposées, suivi des accompagnements ...).

Par ailleurs ce relevé de données doit être harmonisé afin d'optimiser les analyses des situations critiques.

## IV. Les facteurs de risques

### A. La focalisation sur les situations critiques

La prise en considération et l'essai de traitement de la situation qualifiée de critique, n'est que le constat, pour la plupart des cas, d'une situation dégradée pour laquelle on constate l'absence de réalisation de l'orientation préconisée, au bon moment du parcours de la personne handicapée.

La déclaration de la « situation critique » est le constat de l'échec.

Se limiter à cet état de situation critique a pour effet de rendre la réponse adaptée encore plus difficile à atteindre.

**Il faut, donc, travailler en amont.**

### B. L'absence d'évaluation globale

De nombreuses situations complexes font ressortir des personnes sans évaluation globale de leurs situations voire sans diagnostic clairement posé, perturbant une orientation précise et efficace et nécessitant de re-tester différentes solutions.

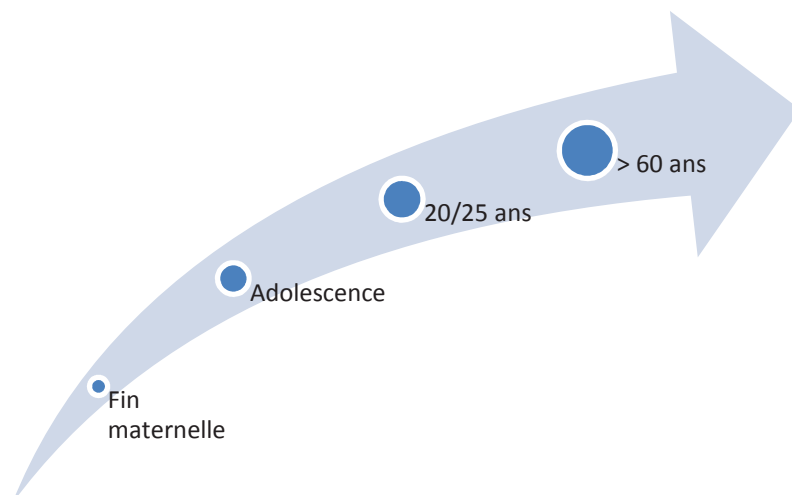
### C. Des handicaps spécifiques ou plutôt les troubles du comportement

La prévalence de l'autisme et du handicap psychique apparaît prédominante.

Mais, au-delà, ce sont les troubles du comportement qui freinent toute réalisation d'orientation ou qui nécessitent des moyens supplémentaires.

### D. Les âges « charnières »

Les situations complexes et les personnes en rupture se situent souvent aux âges charnières :



L'absence de réalisation de l'orientation CDAPH au moment souhaitable, induit une probabilité de création d'une situation potentiellement complexe, si ce n'est critique.

La faiblesse des liens entre les différentes structures ne permet pas une transition satisfaisante.

## **E. Un accès aux soins insuffisant**

Ces difficultés conduisent à des aggravations des pathologies et des prises en charge plus lourdes avec des effets secondaires plus importants.

Les pathologies médicales associées nécessitent une surveillance et un suivi spécifique, notamment des actes infirmiers jour et nuit qui mettent en difficulté les ESMS qui ne disposent le plus souvent la nuit que d'un veilleur de nuit.

Les difficultés de santé favorisent et amplifient le risque de situations critiques.

## **F. Des aidants non pris en compte**

L'absence de prise en compte des observations des aidants et/ou de l'environnement de la personne handicapée, mineure ou majeure, ne permet pas un diagnostic précoce de la situation complexe ce qui accentue la chronicisation de sa pathologie.

## **G. L'absence de solutions et notamment de places en établissement**

Le constat précédent a fait apparaître la résolution des situations critiques essentiellement par l'admission en établissement. Autrement dit, l'absence de places disponibles en établissement permettant de réaliser l'orientation CDAPH contribue à créer la situation critique.

## **H. Les effets pervers**

Les éventuelles admissions prioritaires des situations critiques en établissement contribuent à créer d'autres situations qui peuvent devenir à leur tour critique en différant les perspectives de réalisation de l'orientation.

## V. Les points de vigilance

### A. L'exil en Belgique

**L'exil en Belgique des personnes handicapées** présentant des situations problématiques par manque de place ou de solution adaptée et des comportements problématiques et se retrouvant en situation critiques ou complexes n'est pas **une solution acceptable**.

Il ne s'agit pas d'une situation frontalière. 90 personnes handicapées de la région Paca sont aujourd'hui accueillies faute de solution en Belgique.

La solution de proximité doit toujours être recherchée et mise en œuvre.

L'instruction N° DGCS/3B/DSS/1A/CNSA/2016/22 du 22 janvier 2016 relative à la mise en œuvre du plan de prévention et d'arrêt des départs non souhaités de personnes handicapées vers la Belgique a pour objet de décrire le processus permettant de limiter les départs non souhaités par les usagers et les familles vers les établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) wallons.

La mise en œuvre de ce processus conditionne l'utilisation des crédits d'amorçage de 15M€ prévus en 2016. Il est mis en œuvre dès lors qu'une orientation vers un établissement belge, **conventionné ou non**, est sollicitée par les personnes ou anticipée par la MDPH. Il vise à organiser la recherche et la mobilisation, sur le territoire national, de solutions de proximité adaptées aux besoins des personnes handicapées.

### B. La situation sociale

La forte empreinte de situations sociales et familiales dégradées ne doit pas venir se surajouter aux situations de handicap, mais être traitées en amont par les services de la protection à l'enfance ou de la solidarité départementale.

A l'inverse, la résolution des situations critiques ou complexes par des placements en famille d'accueil doit relever d'une vraie orientation et non pas d'une solution par défaut en cas de manque de places dans les dispositifs adaptés.



## **VI. Les solutions**

Les solutions présentées doivent, bien évidemment, prendre en compte les souhaits de la personne concernée et respecter ses choix.

Elle demeure l'acteur central de son projet.

### **A. Au niveau de la situation :**

#### **1. Anticiper**

Le constat de la situation critique est un constat d'échec.

Il convient d'anticiper toute situation :

- Par la réalisation de chaque orientation CDAPH. Toute non réalisation de cette orientation crée potentiellement une dérive susceptible de devenir complexe, si ce n'est critique.
- Par l'extension du dispositif des situations critiques aux situations complexes.
- Par le suivi de toutes les orientations sans attendre des signes d'alerte pour son réexamen.
- Par l'écoute des aidants.

#### **2. Raisonner par logique de parcours et par dispositif**

Inscrire la personne dans une logique de parcours adapté et non plus selon une succession d'orientations, tout en considérant l'éventail des solutions envisageables (droit commun, sanitaire et médico-social) selon une notion de dispositif regroupant l'ensemble des moyens potentiellement disponibles sur un territoire.

#### **3. Engagements et contractualisation**

Lors de la résolution de la situation critique, mettre en œuvre une contractualisation mentionnant les engagements de chacun des partenaires de façon à ne pas isoler l'établissement qui assure l'accueil selon un principe de dispositif.

### **B. Au niveau de la personne :**

#### **1. Evaluer, Réévaluer ...**

Le parcours de la personne doit être constamment évalué et réévalué afin de permettre les orientations nécessaires au bon moment, sans attendre l'apparition des difficultés.

#### **2. Des notifications en cascade**

Acter une orientation principale et des orientations « par défaut », mais évaluer constamment la situation de la personne. Il s'agit du PAG (Projet d'Accompagnement Global) préconisé par Mme DESAULLE et développé dans la loi de modernisation de notre système de santé.

### **3. Des orientations par dispositif**

Orienter vers un ensemble de solution, un dispositif coordonné dans lequel chaque maillon est en responsabilité sur les chainons d'amont et d'aval et non plus vers un établissement ou un seul type d'établissement,

Par une équipe pluridisciplinaire ayant une connaissance des ressources et organisations sur le territoire concerné...

## **C. Au niveau des acteurs du médico-social**

### **1. Des solutions souples, innovantes et personnalisables**

Le dispositif doit s'adapter aux besoins :

- Par des solutions souples : Accueil temporaire, accueil en « sur effectif », accueil partagé ... dans l'attente d'un accueil adapté et pérenne.
- Par une organisation spécifique : structure d'accueil d'urgence et de répit...
- Par des autorisations larges, voire regroupées, axées sur la notion de dispositif.
- Par des financements globaux et spécifiques en cas de situation créant un accompagnement spécifique.

### **2. Une gestion efficace des listes d'attente mais aussi des besoins**

L'absence de centralisation des listes d'attente, l'absence de recensement et d'anticipation des besoins, l'absence de suivi des orientations ... ne permettent pas une vision prospective du dispositif et de son évolution.

Au delà de la gestion des listes d'attente, l'analyse des besoins et des attentes des personnes handicapées, en établissement comme à domicile, doit permettre de définir l'offre nécessaire à proposer à un instant donné et de manière prospective à 3 ou 5 ans.

La mise en œuvre d'un dispositif informatique efficient et de ses modalités d'utilisation est une évidence.

Le logiciel Observateur, développé à l'origine par l'Unapei, répond à cette attente.

### **3. En lien avec l'évolution des capacités d'accueil**

La création de places en établissements et services est incontournable (constat).

La création de place en fin de parcours : Foyer Occupationnel, FAM, MAS permet par glissements successifs de résoudre plusieurs situations y compris jusqu'au secteur enfance : La personne handicapée vieillissante orienté en MAS/FAM, libère une place en Foyer d'hébergement qui permet à un travailleur d'ESAT avec ou sans Foyer d'y être admis, transmettant sa place à un jeune amandement Creton qui, lui-même, permet une admission en IME d'un jeune actuellement en SESSAD, laissant la place à un plus jeune enfant ...

Une stratégie efficiente ...

#### **4. Avec un travail en réseau et partenarial**

La notion de dispositif sous-tend l'engagement de tous les acteurs à travailler en réseau réunis autour du parcours de la personne, dans un partenariat pour une évaluation médico-sociale globale partagée.

En s'appuyant au maximum sur le droit commun tous les acteurs doivent être concernés : personne handicapée, famille, associations représentatives, professionnels des secteurs médico-social et sanitaire, travailleurs sociaux, éducation nationale, justice, aide sociale à l'enfance, acteurs de l'emploi et du logement instituts de formation...

#### **5. Au travers de compétences et d'outils homogènes**

Les outils d'évaluation des potentialités des personnes, les socles de connaissance et de référence doivent être communs et partagés quelques soient les qualifications ou les structures d'appartenance. Les formations initiales et continues, partagées et croisées, sont des préalables structurels à la réussite de la coordination des actions et des parcours.

#### **6. Avec un acteur central : Le gestionnaire de situation**

Le centrage sur le parcours de la personne handicapée dans une logique de dispositif nécessite un coordinateur permanent qui aura la mission de suivre ce parcours, de le ré-interroger, et de l'ajuster en lien avec tous les partenaires, sous le contrôle de la CDAPH.

### **D. Au niveau des acteurs du sanitaire**

#### **1. Bilan global et évaluation**

Les situations critiques sont souvent en lien avec une situation dégradée imposant un bilan médical global associant le somatique et le psychiatrique. Il convient d'identifier des centres de bilan spécialisés qui pourraient dans un même temps effectuer les évaluations nécessaires sur l'ensemble des champs. Les hospitalisations de jour permettant des bilans et examens regroupés par un coordinateur de cas, sont à favoriser.

#### **2. Des structures d'appui et de coordination**

Des dispositifs d'appui aux professionnels de santé et d'orientation des personnes handicapées et de leurs aidants familiaux ou professionnels favoriseront la continuité des parcours de santé en rapprochant les différents acteurs.

#### **3. Une sensibilisation et une formation des professionnels de santé aux différents types de handicap**

#### **4. Des équipes mobiles**

L'accent doit être mis sur des dispositifs souples évitant si ce n'est des déplacements dans les centres hospitaliers, du moins des hospitalisations. L'intervention d'équipes mobiles au domicile (personnel ou institutionnel) agissant à la fois sur le somatique et le psychiatrique est la solution à privilégier.

## VII. Les 6 propositions prioritaires

A la lumière des **besoins** et de **l'offre** d'un territoire,  
Une orientation principale complétée d'un **Projet d'Accompagnement Global**,  
Basée sur une **évaluation** globale,  
Pilotée par un **coordinateur de parcours**,  
Contrôlée par la **CRSA**,  
Réalisée dans une **plateforme** d'évaluation globale et de mise en situation.

### A. La priorité : Le PAG (Projet d'Accompagnement Global) quand l'orientation CDAPH ne peut être réalisée

La qualification de la situation critique d'une personne handicapée est un constat d'échec. C'est en amont qu'il convient d'agir sur **les situations complexes**, autrement dit quand l'orientation principale ne peut être réalisée.

**Il convient d'inscrire la personne dans une logique de parcours adapté et non plus selon une succession d'orientations.**

#### **Propositions :**

Lors des orientations CDAPH,

1. Préciser l'orientation principale et l'orientation réalisée par défaut dans le cadre d'un PAG qualifiant la situation de complexe.
2. Effectuer un suivi régulier (annuel) et un bilan des orientations principales non réalisées.
3. Réexaminer l'orientation et proposer une évaluation globale à chaque rupture de parcours mettant en cause l'orientation préalable (ex : Sorties d'ESMS non concertées : renvoi, retrait par les familles, fin de scolarité, charnière d'âge...).

Le vote de la loi 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé en janvier 2016 répond à ces propositions.

L'article 89 de la loi de modernisation de notre système de santé définit le plan personnalisé de compensation du handicap qui comprend l'orientation principale et le cas échéant le « Plan d'accompagnement Global » établi avec l'accord de la personne handicapée ou de ses parents lorsqu'elle est mineure ou de son représentant légal, par l'équipe pluri disciplinaire. La personne concernée ou son représentant légal peut en faire la demande.

En vue d'élaborer ou de modifier un plan d'accompagnement global, l'équipe pluridisciplinaire, sur convocation du directeur de la maison départementale des personnes handicapées, peut réunir en groupe opérationnel de synthèse les professionnels et les institutions ou services susceptibles d'intervenir dans la mise en œuvre du plan.

L'article 89 est applicable à la date décidée par la commission exécutive et, en tout état de cause, au plus tard le 31 décembre 2017. Il est aujourd'hui effectif dans des départements pionniers (Alpes de haute Provence en région Paca).

## **B. Une nécessité : Une évaluation globale**

L'absence d'évaluation globale est un facteur constant et potentiel de création de situation complexe puis critique. Il convient d'évaluer les facteurs de risques afin de pouvoir les anticiper et proposer des orientations pertinentes.

### **Propositions :**

1. Repérer par un bilan global (social, médico-social, sanitaire...) les facteurs de risques de la personne handicapée et émettre les préconisations en découlant.
2. Proposer une évaluation globale lors de chaque rupture de parcours mettant en cause l'orientation préalable.

## **C. Expérimenter : Des plateformes intégrées d'évaluation globale**

L'évaluation globale de la personne doit pouvoir être réalisée en équipe pluridisciplinaire avec possibilité de mise en situation et expérimentation des solutions proposées afin de bâtir un projet de vie répondant aux attentes et aux besoins de la personne.

### **Propositions :**

1. Identifier ou créer des plates formes d'évaluation globale regroupant les compétences sociales, éducatives, médico-sociales, sanitaires somatique et psychiatrique..., proposant des dispositifs d'accueil souples et de proximité.
2. Ces plateformes regroupent par contrat différents partenaires permettant une évaluation globale de la personne et l'expérimentation des solutions proposées pour amorcer un accompagnement adapté.
3. Le dispositif associe :
  - Un accueil temporaire médicalisé de type Foyer d'Accueil Médicalisé) (adossé à une structure médico-sociale existante) généraliste, en différenciant enfant et adulte, en accueil de jour ou en hébergement, réunissant en partenariat les conditions matérielles de la réalisation de l'évaluation globale et de la mise en situation. Cet accueil temporaire, au delà de l'évaluation répond aux situations d'urgence, aux séjours de rupture et de répit et à l'expérimentation des solutions proposées.
  - Une équipe pluridisciplinaire assurant l'évaluation sociale et médico-sociale et l'accompagnement comprenant un référent responsable du projet personnalisé de la personne.
  - Une structure sanitaire disposant d'un dispositif d'accueil et de soins spécifiques pour personnes handicapées (consultations spécialisées, hôpital de jour, hospitalisation courte, équipe mobile ...) répondant aux besoins de prévention et de soins courants.
4. Il travaille en lien avec les réseaux de santé et les ESMS présents sur le territoire ainsi qu'avec les filières et centres de référence des différents types de handicap.

**Cette proposition d'expérimentation fait l'objet d'une fiche descriptive jointe en annexe, pouvant servir de support à un éventuel appel à projet ou à candidature.**

## **D. Nommer un coordinateur de parcours des dispositifs territoriaux**

La logique de parcours sous entend une coordination efficace et un engagement des différents acteurs.

### **Propositions :**

1. Mise en place de coordinateurs au sein de chaque MDPH avec pour missions :
  - Recensement, sensibilisation, formation et mise en lien des acteurs (médico-social et sanitaire) constitutifs des PAG.
  - Evaluation et gestion du parcours des personnes en situation complexe.
  - Capitalisation des expériences
2. Contractualisation de l'ensemble des acteurs pour réinterroger le projet de vie de la personne et proposer des solutions.

## **E. La CRSA doit être compétente pour évaluer le dispositif des situations critiques au niveau régional**

L'évaluation du dispositif des situations critiques doit être une compétence de la CRSA pour lui permettre d'adapter les plans et programmes sur lesquels elle a à se prononcer.

### **Propositions :**

1. Présentation d'un bilan annuel des situations critiques.
2. Analyse de l'arbre des causes de chaque situation devenue critique.
3. Suivi et évaluation des solutions apportées sur les différentes années.
4. Capitalisation des expériences.

## **F. Mettre en place les outils de pilotage et les moyens indispensables**

La connaissance précise et prospective des besoins et des attentes des personnes handicapées et la connaissance de l'offre proposée médico-sociale et sanitaire sont indispensables pour fournir des réponses pertinentes.

### **Propositions :**

#### **1. Evaluation prospective des besoins**

Au delà des listes d'attente ces outils doivent prendre en compte les besoins et les attentes de toutes les personnes handicapées y compris celles ayant une solution, notifiées par la MDPH dont les situations sont évolutives.

Ces outils permettront de connaître précisément l'offre nécessaire qualitativement et quantitativement sur le territoire correspondant.

Le logiciel ObServeur répond à cette attente.

#### **2. Connaissance de l'offre existante**

Le développement en cours du répertoire opérationnel de ressource, étendu au secteur médico-social permettra cette connaissance.

**3. Création de solutions d'accueil et d'accompagnement supplémentaires** en établissements et services médico-sociaux afin de mettre en adéquation les besoins et l'offre.

## Annexe 1 : La composition du groupe

			1/ 7	16/ 9	15/1 0	10/1 1	16/1 2
<b>Pierre LAGIER : Président</b>	Vice Président Unapei Président Chrysalide Marseille	pierrelagier@orange.fr	1	1	1	1	1
<b>Annie JULLIEN</b>	Bénévole association HyperSupers TDAH France	annie.jullien13@orange.fr	1	1	1	1	1
<b>Monique GUEDES</b>	Bénévole CISS Paca	guedes.monique@wanadoo.fr	1	1	-	-	1
<b>Francis FERRANDEZ</b>	Secrétaire général URAPEI Paca	ferrandez.francis@wanadoo.fr	1	-	-	-	-
<b>Monique PITEAU DELORD</b>	Directrice CREAI Paca	monique.piteau.delord@creai- pacacorse.com	1	1	1	1	-
<b>Pascal GIGNOUX</b>	Directeur du pole enfant Chrysalide Marseille	p.gignoux@chrysam.net	1	1	1	1	1
<b>Gérard CAILLOL</b>	Président Association tutélaire 04	gerard.caillol0602@orange.fr	1	1	1	1	1

Taux de participation : 80 %

**Personne auditionnée** : Madame N Guyen Directrice MDPH des Bouches du Rhône

### Les séances de travail :

- 1<sup>er</sup> juillet 2015
- 16 septembre 2015
- 15 octobre 2015
- 10 novembre 2015
- 16 décembre 2105



## Annexe 2 : Fiche technique pour l'expérimentation de la plateforme intégrée d'évaluation globale et de mise en situation

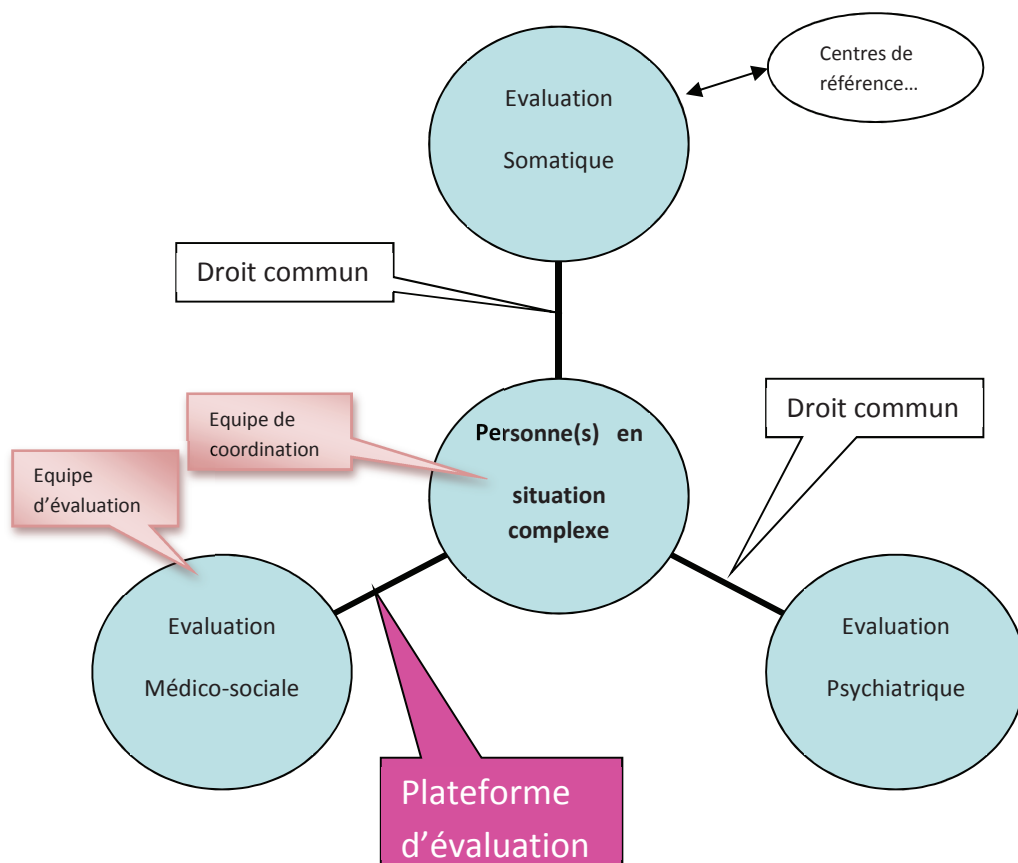
Cet avant projet de cahier des charges définit le cadre général d'expérimentation de la **plateforme d'évaluation globale** pour les personnes handicapées.

Il constitue une base de travail et estime un coût global afin de permettre à l'ARS Paca de juger de l'intérêt et de la faisabilité de ce dispositif innovant et de son éventuelle inscription dans les appels à projets ou à candidatures de l'ARS.

**Ce dispositif rejoint « Le cadre général de développement des pôles de compétences et de prestations externalisées » évoqué et décrit dans la circulaire SD 3B de la DGCS.**

**Le concept :** Une évaluation globale pour les personnes handicapées en « situation complexe ».

### Approche schématique



## **La plateforme d'évaluation globale**

### **1. La population cible du dispositif**

La plateforme d'évaluation globale a vocation à répondre aux « situations complexes » des personnes handicapées dans une visée de prévention des « situations critiques ».

Elle permet une évaluation multidimensionnelle de la personne handicapée enfant ou adulte.

- En situation jugée complexe par la CDAPH, un professionnel du secteur sanitaire ou médico-social, la personne elle-même, sa famille ou son représentant légal.
- Au domicile ou en établissement.

### **2. L'objectif de la plateforme d'évaluation globale**

Apporter une expertise globale en évaluant la personne sur les différents champs : Médico-social, somatique, psychiatrique afin de produire un diagnostic et des préconisations d'orientation auprès de la MDPH.

### **3. Les modalités d'accès à la plateforme d'évaluation globale**

L'accès à cette plateforme d'évaluation globale se fait avec l'accord de la personne concernée de différentes manières :

- Par le biais d'une orientation de la CDAPH.
- A la demande de la personne concernée, de sa famille ou de son représentant légal.<sup>i</sup>
- A la demande d'un établissement ou service médico-social.
- A la demande d'un établissement de santé.

Dans tous les cas il faut veiller à l'accès aux droits de la personne et vérifier qu'un dossier MDPH est réalisé ou en cours.

### **4. Les prestations servies par la plateforme**

#### **a. Une prestation d'évaluation globale**

Elle est établie par une équipe de coordination multidirectionnelle (Médico-sociale, psychologique, somatique) qui va organiser et coordonner le parcours d'évaluation de la personne et produire la formalisation d'un projet.

Cette équipe s'appuie pour réaliser cette évaluation sur les dispositifs de droit commun en ce qui concerne les domaines somatique et psychiatrique et sur une équipe pluridisciplinaire d'évaluation en ce qui concerne le médico-social.

- #### **b. Une prestation de formalisation du projet de la personne** fournie à la MDPH pour guider l'orientation à rendre et l'accompagnement à mettre en œuvre.

## 5. Modalités d'organisation et d'évaluation du coût

### a. La plateforme d'évaluation globale :

La plateforme d'évaluation globale est composée de 2 équipes :

- ✓ L'équipe de coordination

Elle a pour mission de programmer, de coordonner et d'établir le bilan avec l'ensemble des partenaires qu'ils soient de droit commun sur le plan somatique et psychiatrique ou qu'ils soient de la plateforme d'évaluation médico-sociale.

- ✓ L'équipe pluridisciplinaire d'évaluation

Elle a pour mission d'établir l'évaluation Médico-sociale sur les différents champs à expertiser

- Composition de l'équipe de coordination :

○ Neuro Psychologue	6h
○ Educateur spécialisé	6h
○ Infirmière	2h
○ <b>Total maximum :</b>	<b>14 h</b>

- Composition de l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation de la plateforme Médico-sociale.

○ Médecin psychiatre ou neuro	2h	
○ Médecin généraliste	2h	
○ Psychomotricien	4h	
○ Orthophoniste libéral	4h	si prescription par convention
○ Kinésithérapeute libéral	4h	si prescription par convention
○ Ergothérapeute libéral	4h	si prescription par convention
○ Assistante sociale	6h	
○ Secrétariat	2h	
○ <b>Total maximum :</b>	<b>28 h</b>	

- Evaluation en temps :

- Pour une seule coordination : Estimation à 14h de temps/professionnel
- Pour une évaluation médico-sociale : Estimation à 42h de temps/professionnel (14+28) maximum.

- Evaluation en coût : (base CC 66)

- Pour une seule coordination : 400 €
- Pour une évaluation médico-sociale : 750 €

- Evaluation de l'activité : 90 situations complexes par an dont 45 en simple coordination et 45 en évaluation médico-sociale.

- Evaluation du coût global :

- **52 000 € par an**

Mais ce dispositif ne pourrait se suffire à lui-même.

En effet, il convient de considérer la situation, bien souvent dégradée, de la personne à évaluer, selon son mode d'hébergement et d'accompagnement.

## **b. Le dispositif d'accueil :**

Pour bénéficier de cette évaluation, la personne handicapée en situation complexe peut être dans trois hypothèses en fonction de sa proximité ou pas de la plateforme et de la possibilité ou non d'effectuer cette évaluation (somatique et/ou psychiatrique) à partir de son domicile/établissement.

### **i. L'accueil à domicile**

L'équipe de coordination devient une équipe mobile qui agit à partir du domicile et/ou établissement.

Seuls les frais de transport se rajoutent à la coordination et/ou à l'évaluation. Ils sont de 2 natures : les déplacements de l'équipe au domicile et les transports de l'enfant sur les lieux d'évaluation.

- Estimation du coût transport coordination : 200 €
- Estimation du coût transport évaluation : 200 €
- Evaluation de l'activité : 90 situations complexes par an dont 20 en domicile, 10 en coordination et 10 en évaluation, soit 6 000 € lissés sur l'année.

### **ii. L'accueil temporaire**

L'enfant ou l'adulte est accueilli dans la structure/support de la plateforme sur une durée concentrée d'une semaine.

Pour être économiquement viable, cette structure doit comporter 8 places. Les situations complexes n'étant pas anticipées et programmées, il conviendra de **s'adosser à une structure d'accueil temporaire déjà constituée**, mixant : accueil de rupture, accueil d'expérimentation, accueil de répit et situation complexe sur un fonctionnement de 365 jours.

Cette structure devra, elle-même être portée par un établissement médico-social proposant l'infrastructure nécessaire, située dans un territoire central et / ou à forte densité et financée par une dotation globale.

Enfin, il conviendra de différencier l'accueil pour les enfants de l'accueil pour les adultes pour des raisons évidentes de législation.

**Budget établi sur le coût à la place des accueils temporaires du PRIAC : 42 000 €/place.**

- **Estimation du coût :** (base CC 66) d'une unité d'accueil temporaire de 8 places :
  - Accompagnement : 3 AMP-3 ES ou IDE 220 000 € permettant la présence 2 personnes en continue de jour (7h-21h).
  - Logistique :
    - transport 1 ASI 15 000 €
    - restauration : Mutualisation 26 000 €
    - entretien locaux : Mutualisation 15 000 €
    - nuit : Mutualisation 30 000 €
  - Infrastructure : locaux, véhicules, informatique 20 000 €
  - Charges Achats : matériel, soins 10 000 €
  - **Total pour une unité d'accueil temporaire de 8 places : 336 000 €**

- **Evaluation de l'activité** : 90 situations complexes par an dont 60 avec hébergement, 20 en domicile et 10 en accueil de jour) soit 60 semaines, soit 1,15 places, lissées sur l'année.
- **Evaluation du coût global de l'hébergement** des personnes en situation d'évaluation au sein de l'unité d'accueil temporaire : **48 300 € par an**

### iii. L'accueil de jour

L'enfant ou l'adulte demeure dans sa famille ou sa structure et vient chaque jour à la plateforme.

Cet accueil doit également être incorporé au sein d'une unité d'accueil temporaire.

- Evaluation de l'activité : 90 situations complexes par an dont 10 en accueil de jour soit 10 semaines, soit 0,2 places, lissées sur l'année.
- Evaluation du coût global de l'accueil de jour des personnes en situation d'évaluation au sein de l'unité d'accueil temporaire : **8 400 € par an**
- Nous considérons que les structures d'accueil spécifiques ou par accueil temporaire en annexe d'un établissement médico-social sont existantes ou en créations simultanées.

### iv. Coût global estimé

Accueil à domicile :	6 000 €
Accueil temporaire :	48 300 €
Accueil de jour :	8 400 €
<b>Total accueil :</b>	<b>62 700 €</b>
<b>Total évaluation :</b>	<b>52 000 €</b>
<b>Total Plateforme d'évaluation :</b>	<b>114 700 €</b>

<sup>i</sup> La circulaire de la DGSC prévoit : "Néanmoins l'accompagnement, pour nous l'évaluation, peut être enclenché(e) en dehors d'une orientation de la CDAPH afin de favoriser les interventions précoces... dans ce cas l'utilisateur est invité en parallèle à déposer un dossier auprès de la MDPH..". De même, la Loi santé prévoit que le PAG peut également être proposé quand la personne concernée ou son RL en fait la demande.