

INITIALISATION

DU

PROJET

FENÊTRE AUSTRALE



Sommaire

Introduction	2
1) Le public éligible au projet “fenêtre australe”	3
1-1 Toute personne porteuse d'un handicap et dépendante en situation d'insécurité.....	3
1-2 Être issu du rapport de la commission de cas critiques.....	4
1-3 Un public porteur d'handicap.....	4
1-4 Un public sans distinction d'âge.....	5
2) Les missions.....	5
2-1 Un hébergement d'urgence.....	5
2-2 Le temps de la synthèse.....	5
2-3 Repérer les partenaires pouvant entrer la construction du parcours de vie.....	6
2-4 S'assurer de la pérennisation du parcours.....	7
3) Les ressources nécessaires.....	7
3-1 Un site d'hébergement déjà identifié.	7
3-2 Des personnels dédiés.....	8
3-3 Des moyens réglementaires.....	9
4) Le financement.....	9
4-1 L'hébergement.....	9
4-2 Le personnel	9
4-2-1 Un personnel d'astreinte.....	9
4-2-2 Des personnels d'accompagnement itératifs	10
5) L'évaluation du dispositif.	10
5-1 L'évaluation quantitative.....	10
5-1-1 Combien d'usagers ont-il fait appel au dispositif.	10
5-1-2 Combien d'acteurs participent à l'accompagnement.....	11
5-1-3 Le coût du dispositif.....	11
5-2 L'évaluation qualitative.....	11
5-2-1 Le nombre de personnes sorties du dispositif.....	11
5-2-2 Le nombre d'aménagement demandé par les acteurs.....	11
5-2-3 Le nombre de formations demandées.....	11
6) Conclusion	12



Introduction

L'objet de ce prè-projet est de proposer **un dispositif d' »urgence médico-sociale » régionale**. Certes, les mécaniques de repérage et de signalement sont connues, repérées et traitées. Néanmoins, force est de constater que l'application des orientations et des préconisations, non seulement ne sont jamais immédiates, mais paraissent aussi pour la plupart, pas suffisamment adaptées et surtout discutées (voir remises en cause), par les acteurs du territoire.

Dans la grande majorité de ces situations, il s'agit bien d'une problématique d'urgence qui ne laisse que très peu de temps, pour ne pas dire pas de temps, à la concertation.

Cette ébauche de réponse, nous amène quelques années en arrière, où déjà l'Association Frédéric LEVAVASSEUR, en lien avec les autres associations de l'île avait proposé un centre ressources à destination des personnes dépendantes dont un des objets de sa mission était de travailler sur les listes d'attente des établissements et services en lien avec les familles et représentants légaux.

Ce travail sur l'accueil d'urgence aurait déjà été alors élaboré et surtout nous aurions déjà un outil structurel opérationnel sur lequel nous pourrions d'ores et déjà nous appuyer.

La fenêtre australe pourra toujours s'inclure dans ce dispositif ressource: le débat reste ouvert.

La remise du *rapport de Denis Piveteau* à Marisol Touraine et Ségolène Neuville, publié le 20.06.14 mise à jour le 18.12.15, nous conforte dans la nécessité d'apporter des réponses claires et fonctionnelles à ce que nomme ce rapport « **d'accueil non programmé et d'urgence médico-sociale** ».

Il nous faut organiser en amont des solutions aux établissements médico-sociaux, mais également le secteur sanitaire, qui se trouvent en difficultés suite à des risques manifestes, majeurs et immédiats pour la personne ou son entourage.

Il n'est pas du ressort de ce projet 'fenêtre australe' de commenter ou d'argumenter sur les constats de ce « rapport Piveteau », mais bien de s'en inspirer pour donner des réponses à ces différentes problématiques sur le territoire de la Réunion.

L'association *Frédéric LEVAVASSEUR*, se fait porteur de ce projet mais il s'agit bien d'un dessin qui doit être inter-associatif associé aux établissements publics et à toutes autres ressources, restant ainsi dans l'esprit de ce rapport. C'est un travail qui doit être porté par tous les acteurs du secteur sanitaire, médico-social et de toutes les autres ressources qu'offre le territoire.



1) Le public éligible au projet “fenêtre australe”

1-1 Toutes personnes en situation de handicap, dépendantes et en situation d'insécurité.

Les usagers en rupture de parcours sont pour la plupart identifiés sur notre territoire. Ils ont déjà fait l'objet d'une analyse et d'un positionnement des acteurs sanitaires et médico-sociaux. Cependant le territoire doit pouvoir apporter une réponse instantanée à **toutes** situations d'urgence. Du fait de l'augmentation de l'espérance de vie des publics handicapés ces dernières décennies, il nous faut envisager la « carence » de l'accompagnement familial (ou de leurs aidants). Effectivement il peut subitement cesser et laisser ainsi le jour même la personne handicapée en grandes détresses et surtout sans solution. Certes cette situation sera « dénoncée » très souvent par les intervenants libéraux, il en reste pas moins vrai qu'il faut trouver dans la journée un dispositif propre à assurer la sécurité de la personne et le maintien de ses actes de la vie quotidienne, sans pour autant solliciter le milieu hospitalier, qui n'est pas forcément le lieu le plus adapté.

1-2 Être issu du rapport de la commission de cas critiques.

La circulaire N° DGCS/SD3B/CNSA/2013/381 du 22 novembre 2013 relative à la mise en œuvre d'une procédure de prise en compte des situations individuelles critiques de personnes handicapées enfants et adultes nous indique le profil même des usagers susceptibles d'intégrer ce dispositif.

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 ;
- 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.

Nous ajouterons au texte législatif une composante qu'il n'a pas envisagé, à savoir tout simplement la disparition de la famille ou de son aidant direct

1-3 Un public en situation de handicap.

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.

Le dispositif 'fenêtre australe' proposé devra être un dispositif qui sera mis à la disposition d'usager dont le taux d'invalidité est supérieur à 80 %.



Il s'agit ici de proposer un SAS d'étayage des acteurs de la prise en charge et de l'accompagnement, 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.

1-4 Un public sans distinction d'âge

L'urgence médico-sociale peut toucher toute personne dépendante sans distinction d'âge. Ce dispositif est dans un premier temps un lieu répondant aux besoins primaires de la personne.

L'on est bien dans la recherche de solutions durables pour la personne avec une situation de handicap stabilisé ou pas, et ayant usité ou pas les plateaux techniques inhérents aux services et aux établissements dédiés aux enfants ou à un public adulte.

Ce dispositif sera aussi amené à gérer des problématiques de parcours de vie sans qu'il n'y ait eu aucune institutionnalisation préalable.

2) Les missions

2-1 Un hébergement d'urgence

L'idée force n'est de ce projet n'est plus de raisonner en terme de création de places, mais bien en 'réponses' globales, comportant des actes liés à une situation donnée, à un moment donné. Il sera surtout un ensemble coordonné, de mobilisation d'autres services sanitaires et sociaux, de systèmes d'information, d'appuis d'expertise et d'évaluation, de procédures d'urgences de mise oeuvre qui garantiront effectivement « une réponse de l'instant », sans rupture pour chacun.

La notion d'urgence nous amène dans un premier temps à pouvoir proposer des places ad hoc. Il s'agit bien d'un « passage » permettant de solutionner **l'immédiateté** de la situation. **En aucun cas la personne sera institutionnalisée dans ce nouveau dispositif.**

2-2 Le temps de la synthèse

La rupture d'un parcours de vie trouve souvent son explication dans son histoire, son anamnèse. Les cas de personnes éligibles ont très souvent des accompagnements, mais essentiellement des prises en charge, qui ont déjà été syncopées par de multiples intervenants : accueillant familial et/ou thérapeutique, service d'accueil temporaire, institution avec hébergement, famille, amis, hôpital...

Il est essentiel que cette 'fenêtre austral' puisse réunir toutes les informations utiles afin de pouvoir réfléchir, imaginer et proposer très rapidement des scénaris de parcours de vie, capables d'être pérennes.

Les intrervenants de ce dispositif doit être en capacité d'avoir les éléments permettant de faire un premier bilan, car dans la plupart des cas, certains éléments manquent et certaines situations n'ont peut-



être pas été toutes envisagées ou réalisées.

L'on parle ici de tous les bilans nécessaires à une réelle analyse de la personne, mais aussi sur les habitudes de vie au quotidien, tels que par exemple, voit-elle correctement, à t-elle fait un bilan dentaire, entend t-elle correctement, a-t-elle eu un diagnostic psychologique ou psychiatrique, présente t-elle des troubles autistiques, de comprotement, de caractère, a t-elle eu des bilans viscéraux, le régime alimentaire, communication, ... ; Autant de questionnements qui n'ont pas forcément eu de réponses apportées et qui peuvent fausser la pertinence de l'accompagnement.

Il en est de même des différentes observations que chaque accompagnant a pu noter. Certaines configurations du lieu de vie et/ou de l'hébergement sont favorisantes : plein pied, mobilier très restreint et adapté, petite pièce à coucher... Les remarques des familles, des accueillants toutes ces informations doivent être centralisées afin de pouvoir appréhender, un où des lieux de vie adaptés pour la personne.

Il s'agit bien de répondre à la question de l'adéquation entre le profil de la personne et la spécialité de l'établissement ou du service susceptible de l'accueillir. Cette réponse doit émaner de ce dispositif en amont, afin de fixer un plan d'accompagnement global et sur du long court.

2-3 Repérer les partenaires pouvant entrer la construction du parcours de vie

En fonction des informations et des bilans récoltés, un profil d'accompagnement peut être envisagé. Le personnel de la « fenêtre australe » doit alors mettre en lien tous les partenaires susceptibles de proposer une prise en charge à l'usager. **Le rapport Piveteau parle 'd'offre modulaire'**. Il s'agit d'une offre multimodale qui permet d'articuler plusieurs interventions professionnelles en les séquençant dans le temps.

Certes les services et les établissements médico-sociaux font parties de ce panel mais il faudra aussi y associer les services sanitaires, les accueillants familiaux, les hébergements type 'accueil paysan', chambres d'hôtes ou toutes structures pouvant offrir un hébergement que l'on associera, si besoin, avec des aides humaines en lien avec une démarche de PCH.

Actuellement la réponse à ce type de profil de personne n'a été que très rarement trouvée. Une des explications réside dans le fait que l'on a cherché 'LA' solution. A cela il faut ajouter la peur des établissements et services d'avoir à gérer seuls des situations difficiles, ou à la suite de telles expériences, de nombreux d'entre eux adoptent des politiques d'admission excessivement prudentes.

Ce n'est pas forcément une solution mais bien plusieurs. La réponse territoriale pour l'appui programmé inter-institutions aurait à garantir la mutualisation des prises en charge et l'appui d'expertise entre établissements médico-sociaux.



Certaines ressources pourront venir renforcer le dispositif alors qu'à aucun moment elles y avaient été associés. C'est le repérage des possibilités d'hébergement avec la possibilité d'étayer l'accompagnement avec des Prestations de Compensation du Handicap finançant ainsi un personnel surnuméraire tout au long de l'accompagnement.

C'est aussi dans les missions de ce service, de faire en sorte que les demandes de financement (MDPH) soient faites, effectives et de proposer des personnels de renfort.

2-4 S'assurer de la pérennisation du parcours.

La 'fenêtre australe' doit **coordonner** tous les intervenants de telle façon qu'à aucun moment il y ait rupture de soins. Une première étape porterait sur **un diagnostic territorial** ciblé pour prendre la mesure, établissement par établissement et service par service, des compétences existantes et manquantes en matière d'accompagnement, sur un petit nombre de situation devant faire l'objet d'une action ultra-prioritaire « l'objectif étant faire le point tant sur les savoir-faire individuels que sur les savoir-faire d'équipe et la qualité des organisations ».

Il y a donc un travail en amont afin d'avoir des solutions de remplacement à tout moment. Cela nécessite aussi des **conventions passées entre tous les acteurs** avec un délai de rétractation, de rupture conventionnelle suffisant, permettant ainsi de trouver des solutions de substitution.

Là aussi il faut un engagement claire et ferme du territoire. C'est pour cela que toutes les conventions devront être à minima quadripartite. Il est nécessaire de contractualiser avec la personne ou son représentant, fenêtre australe, le partenaire cité, le conseil départemental et l'ARS.

3) Les ressources nécessaires

L'Association Frédéric LEVAVASSEUR dispose de nombreux atouts pour être porteur de ce projet.

3-1 Un site d'accueil et d'hébergement déjà identifié.

Nous disposons sur le terrain du FAM Alice Verdin d'une villa qui pourrait être la base de l'hébergement pour 3 personnes. Du fait de la pluralité des profils des futures personnes concernées, il nous faut adapté cet hébergement à tout public. Ce lieu a déjà de nombreux atouts : il est de plein pied, il dispose d'un jardin qu'il nous reste à bien sécuriser (clôturer), et surtout il est attenant au foyer d'accueil permettant ainsi de multiples mutualisations: repas, sales d'activités, moyens de transports tout de suite mobilisable..

Cette villa était initialement prévue dans le projet d'établissement, de servir de 'sas' vers le milieu ouvert



en mettant en situation d'autonomie, certains usagers du FAM.

Associé à cette démarche il est prévu la création d'une ferme pédagogique. Une modification du projet d'établissement est d'ailleurs en cours, à cet effet.

Les moins de ce site, résident dans le fait qu'il nous faudra réaménager l'intérieur du bâti en lien avec l'aspect sécuritaire : électricité, aménagement des chambres, salle de bain...etc. Un budget serait à prévoir à cet effet.

3-2 Des personnels dédiés.

Le rapport Piveteau page 67 nous indique :

« Les moyens supplémentaires, indispensables, ne doivent plus financer simplement des 'places', mais des 'réponses territoriales' de qualité. (...) il ne faut plus raisonner en plans de création de places, mais en 'réponses' globales, comportant certes des créations et transformations de places, mais surtout un ensemble coordonné de mobilisation d'autres services sanitaires et sociaux, de systèmes d'information, d'appuis d'expertise, de procédures d'urgences, etc. qui garantira effectivement le parcours sans rupture pour chacun ».

Il est donc d'une évidence que le personnel mobilisé sera recruté en fonction des besoins. Il nous paraît indispensable qu'il y ait une personne responsable de la démarche et **qui soit constamment en veille d'urgence.**

Cette veille peut être assurée par un cadre associatif, dont une de ses missions serait d'assurer cette veille.

Dans le cas d'une urgence déclarée, le dispositif 'fenêtre australe' prend là tout son sens, outre le fait que l'on pourra proposer un hébergement immédiat, va s'enclencher les missions du dispositif :

- Réunir toutes les informations déjà récoltées.
- Investiguer sur des compléments d'information, de bilans non fait.
- Rencontrer tous les partenaires actuels et anciens afin de relever toutes les difficultés de l'accompagnement.
- Rechercher des nouveaux partenaires susceptibles de participer au parcours de vie de la personne.
- Finaliser les conventions partenaires.
- Assister aux commissions cas critique et éclairer les membres y participant.
- Mettre en place les dispositifs si besoin de PCH et recruter les personnes.
- Recruter si besoin des professionnels sur site pour 'combler' les manques en hébergement.
- Encadrer l'équipe alors recrutée.
- Être en veille constante sur les possibles ruptures de partenaires et trouver des solutions de remplacement .



- Élaborer un système d'information comportant : Un répertoire opérationnel des ressources, un système de suivi des orientations , un planning d'accompagnement à moyen voire à long termes.
- Être force de proposition auprès du territoire dans la finalisation de l'accompagnement.

Bâtir une réponse, c'est partir du besoin et des attentes, autrement dit de la vie ordinaire. Et faire intervenir de manière adéquate, dans leur juste proportion, les accompagnements spécialisés qui sont nécessaires. Autrement dit, faire intervenir les prises en charge expertes avec toute la célérité nécessaire, mais de manière modulaire et dans un esprit permanent de subsidiarité.

3-3 Des moyens réglementaires.

Il faut que le territoire s'engage afin d'asseoir la légitimité de cette nouvelle offre, tout en préservant les missions qui incombent à cette 'fenêtre'. Il nous faudra construire les termes d'une contractualisation territoriale établissant, vis-à-vis d'établissements ou de services pré-désignés les conditions et modalités d'une réquisition d'urgence dans les situations de 'risque manifeste, majeur et immédiat pour la personne ou son entourage'.

Il faut un positionnement clair de la part des collectivités territoriales et de l'état, s'étayant sur des bases conventionnelles et juridiques afin qu'une fois le plan approuvé par la CDAPH, il serait opposable aux établissements et services médico-sociaux qu'elle aurait désigné.

La MDPH, associée de fait au dispositif, doit aussi s'engager afin de rendre fluide et véloce les préconisations et les demandes issues du montage multifactoriel du parcours de vie de la personne. Elle doit ainsi avoir un ligne administrative et des temps d'expertises privilégiés afin que puisse être discuté en CDAPH les besoins des personnes et ce dans des délais les plus réduits.

L'ARS et le Conseil départemental doivent se positionner en tant que responsables du dispositif et doivent ainsi indiquer concrètement les missions de la MDPH dans ces cas critiques d'accompagnement.

4) Le financement.

4-1 L'hébergement

L'on insistera pas assez sur le fait que cet espace n'est qu'un lieu de passage. Cela veut dire qu'il ne sera **utilisé que pendant la période de l'immédiateté de l'urgence**. C'est pour cela qu'il faut que ce dispositif se situe sur le site du FAM Alice VERDIN, la charge locative étant déjà financée par l'établissement. En ce qui concerne les autres charges de l'hébergement notamment les frais de bouches ils seront mutualisés avec l'établissement permettant ainsi d'en minimiser les dépenses de ce poste



4-2 Le personnel

4-2-1 Un personnel d'astreinte

Dans le montage du dispositif il est essentiel qu'une personne soit dédiée à la permanence des missions qui lui seront confiées (décrit paragraphe 3-2). Cette permanence peut être envisagée en coordination avec le SDIS, les services d'urgence sanitaire, permanence CDAPH, Conseil Départemental, ARS...

L'on ne peut pas faire abstraction d'un budget qui financerait cette permanence. Il peut être assimilé au coût des astreintes que perçoivent certains responsables d'établissements et services. Dans le cas où ce projet devient fonctionnel, il nous faudra, au delà de la nomination de cette personne ressource, envisager peut être, lors dans la nouvelle écriture (déjà en cours) du projet associatif de l'AFL, ce même personnel en transversalité sur tous les pôles associatifs. Il aurait alors des missions en intra mais aussi par le biais de 'fenêtre australe', un rôle de mise en lien avec tous les acteurs du territoire.

4-2-2 Des personnels d'accompagnement itératifs

Au déclenchement du dispositif, et bien évidemment si elle est doublée d'une carence d'hébergement, une équipe dédiée serait mobilisée en fonction des besoins. Cela peut aller d'un week-end à plusieurs semaines si cette prise en charge multi-modale s'avère plus complexe à élaborer. Il reste à définir le mode de financement d'une telle équipe : embauches de personnels en ATA sur le FAM ALICE Verdin, pour la mobilisation de salariés dédiés à la fenêtre australe. Cette organisation permettra une réactivité plus optimale, avec des intervenants formés. Lors de cette période, le cadre désigné aux missions de ce dispositif, pourrait être missionné aux tâches inhérentes à la situation, à savoir mettre en place une prise en charge multifactorielle avec tous les acteurs susceptibles d'être éligibles. Les modalités de cette rémunération, sous forme peut être de mission, devront faire l'objet d'échange entre notre direction générale et les représentants du territoire.

5) L'évaluation du dispositif.

On aurait pu commencer cette réflexion par l'évaluation. En effet on ne peut pas se permettre d'avoir des ruptures de parcours. On ne parle pas d'un produit manufacturé qui répond à, mais nous savons de quelle norme ISO il s'agit: On est dans l'humain et par conséquent **on a ici une obligation de résultat.**

5-1 L'évaluation quantitative

Cela peut heurter certaines personnes de parler de quantité dans le domaine que nous traitons, il en reste pas moins vrai que si un tel dispositif est mis en place pour traiter une situation critique tous les 3 ans, la question de la nécessité même de ce projet doit être posée.

5-1-1 Combien d'usagers ont-il fait appel au dispositif.

Si l'on se réfère à l'histoire territoriale en matière d'équipement médico-sociaux, il se peut pour que les premières années il y ait une forte sollicitation de la fenêtre australe notamment en ce qui concerne la connaissance des savoirs faire de chacun et des conventionnements à mettre en place.

Une fois ce travail fait, l'on peut se poser la question de la pérennité de ce service. Cela relance l'opportunité d'un service plus globalisant : le centre ressource. Les missions de ce centre étant bien plus large, la particularité 'cas critique' ne serait traité alors, et nous l'espérons, de façon beaucoup sporadique.

5-1-2 Combien d'acteurs participent à l'accompagnement.

Les indicateurs de cette évaluation pourraient être le nombre de convention signée, le nombre de PCH aide humaine demandées et effectives et enfin la masse globale d'heures travaillées par le personnel mobilisé au sein de 'fenêtre australe'

5-1-3 Le coût du dispositif.

Il sera directement en lien avec l'activité de l'établissement avec une comptabilité analytique, permettant d'analyser le dispositif uniquement.

5-2 L'évaluation qualitative

C'est certainement cette partie de l'évaluation qui donne tout le sens de notre démarche. L'idée est bien de rendre pérenne le quotidien de ces personnes nommées 'inclassables' dans un parcours rassurant et bien traitant.

5-2-1 Le nombre de personnes sorties du dispositif.

Une fois le dispositif multimodal mis en place, la personne ne devrait plus être hébergée dans notre villa 'd'urgence'. Le nombre de personne sortie peut être un indicateur, mais en l'occurrence il faudra lui associé le nombre de demandes des partenaires afin que l'accompagnement soit continu. En effet un des 'maillons' peut être défaillant sans remettre en cause pour autant tout le montage du parcours. Au cadre d'astreinte alors d'avoir des réponses immédiates à apporter. L'on pourra alors évaluer cette pérennité de parcours par le nombre d'intervention de l'astreinte.

5-2-2 Le nombre d'aménagement demandé par les acteurs.

Dans la mesure où ces usagers ont un profil atypique, il est concevable que tous les acteurs de l'accompagnement ne soient pas en mesure d'assurer correctement leurs missions en lien avec des infrastructures inadéquates. Les demandes d'aménagements seront relayées aux autorités compétentes, qu'elles jugeront opportunes ou pas, étant acté que tous ces acteurs devront être obligatoirement conventionnés.

5-2-3 Le nombre de formations demandées.

L'acteur possède les infrastructures, la logistique, le personnel mais il n'a pas le 'savoir faire'. Il y aurait peut être à envisager des formations en lien avec le profil de l'utilisateur. Le nombre de formations demandées, financées et réalisées sont trois indicateurs gageant de l'engagement de l'acteur concerné. Là aussi ne seront éligibles que ceux qui entreront par conventionnement dans ce dispositif.

6) Conclusion

Cette proposition d'envisager un accompagnement pour ces personnes qu'il est difficile de classer et donc d'accompagner, ne peut se faire sans l'engagement de chacun. Déjà, au regard de l'histoire de notre région, il n'y a eu que trop peu de projet inter-associatif. Alors que dire d'un projet sanitaire et médico-social. C'est pour cela que la personne en charge de cette veille d'urgence doit avoir toute sa légitimité par les instances territoriales. Mais après tout de quoi parle-t-on, de souffrance, de mieux traitance de ces personnes, alors que d'autres parlent de profil, de projet d'établissement...Il faudra bien un jour édicter des règles efficaces reconnues par tous. Le rapport Piveteau nous a donné des pistes, à nous de les faire vivre dans notre département, et cette ébauche de 'fenêtre australe' doit être l'occasion, non seulement d'ouvrir le débat, mais bien de poser les bases d'une 'façon de faire', pour qu'enfin ces personnes puissent trouver leur place dans notre univers social qui se doit être bienveillant pour tous.