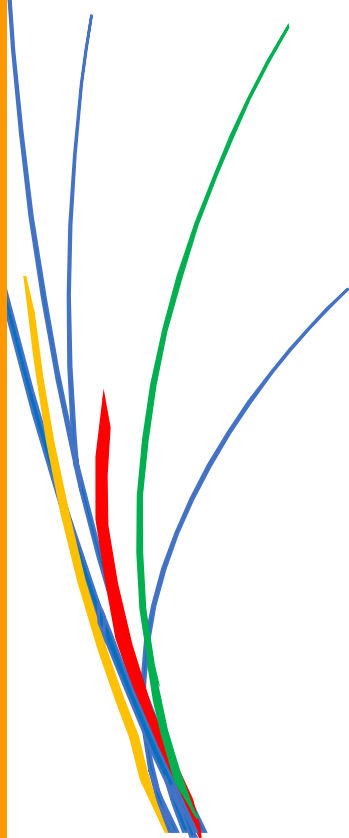




2017

Réponse accompagnée pour tous :

Synthèse des remontées d'informations
pour les régions PACA et Corse



Centre Régional d'Etudes,
d'Actions et d'Informations
*en faveur des personnes
en situation de vulnérabilité*

Le CREAM PACA et Corse remercie très sincèrement les MDPH, Conseil départementaux, Délégations départementales d'ARS et les structures gestionnaires d'établissements et services médico-sociaux ayant participé à ce recensement.

Cette étude a été réalisée à la demande de la DGCS et des ARS PACA et Corse par Céline Marival, Conseillère technique, socio-économiste, avec l'appui de Sophie Bourgarel, géographe de la santé.

1. TABLE DES MATIERES

1. Table des matières	4
2. Contexte, objectifs et méthode	7
3. Les remontées (ou réponses) obtenues.....	8
3.1. Pour la Région PACA.....	8
3.2. Pour la Région Corse	10
2. Typologie des dérogations administratives pratiquées par les ESMS.....	11
2.1. Les dérogations d'âge : dérogations les plus fréquentes, principalement pour les personnes en attente de solutions	11
➤ Afin d'éviter les ruptures d'accompagnement liées à l'avancée en âge.....	11
➤ Afin d'éviter les ruptures d'accompagnement liées à une transition d'âge	11
➤ Afin de favoriser la fluidité des parcours scolaires.....	11
2.2. Les dérogations de capacités : des configurations variées	12
➤ Pour permettre la mise en place des réponses modulaires dans l'attente d'un accompagnement adapté.....	12
➤ Pour faire face à un déficit de l'offre.....	12
➤ Pour apporter un répit aux aidants	12
➤ Pour fluidifier les parcours dans le cadre de transitions d'âge	12
➤ L'hébergement temporaire plus concerné ?	13
2.3. Des dérogations de population : dans l'attente de solutions plus adaptées, surtout dans le secteur enfant ?.....	13
2.4. Des dérogations de modalités d'accueil.....	13
➤ Dans l'attente d'une solution plus adaptée à la situation	13
➤ L'hébergement temporaire plus concerné ?	13
2.5. Autres dérogations (procédures, durée de prise en charge, etc.	14
➤ Des dérogations de procédure dans le cadre de situations critiques	14
➤ Des dérogations de durée de prise en charge : l'hébergement temporaire comme variable d'ajustement face au déficit de l'offre sur certains territoires ?.....	14
➤ Des dérogations de temps d'accueil : vers une intégration progressive dans les ESMS... ..	14
3. Typologie des réponses et dispositifs alternatifs ou innovants.....	15
3.1. Réponses modulaires individuelles	15
➤ Mises en place dans le cadre des PAG	15
➤ Mises en place dans le cadre des commissions de situations critiques MDPH.....	16

➤	Autres solutions modulaires individuelles (hors PAG et CSC)	16
➤	Conclusions sur les réponses modulaires individuelles.....	18
3.2.	Dispositif favorisant des formes d'habitat intermédiaires.....	18
➤	Une offre de logement alternative au placement en institution : la Résidence Argo.....	18
3.3.	dispositif d'intégration progressive en ESMS.....	18
3.4.	autres formes de collaborations répondant à un déficit de l'offre territoriale	18
➤	Des dispositifs pour répondre aux carences de l'offre de soins dans les territoires éloignés des pôles urbains	18
3.5.	Autres formes de collaborations favorisant la fluidité du parcours.....	19
➤	Transfert de compétences inédits entre institutions.....	19
➤	Création de nouvelles compétences visant à fluidifier les parcours.....	19
4.	Les enseignements issus de ces expérimentations.....	19
4.1.	Les partenaires associés	19
➤	Une hétérogénéité de partenaires pour répondre aux « comportements-problèmes » .	19
➤	Des partenariats fréquents entre médico-social/psychiatrie pour répondre au déficit de l'offre de soins psychiatrique	20
➤	Des partenariats médico-social/milieu ordinaire dans le champ de l'accès au logement	20
➤	Les leviers liés aux partenariats.....	20
4.2.	Les bonnes pratiques à partager	20
➤	Sur les pratiques des ESMS.....	20
➤	Sur la composition des GOS ou des commissions de situations critiques.....	20
➤	Sur les partenariats.....	20
➤	Sur la participation des PH et leur famille à la construction des réponses.....	20
➤	Sur l'évolution ou l'adaptation des pratiques	21
➤	Sur l'évaluation et le suivi des réponses alternatives	21
4.3.	Les leviers / facilitateurs.....	21
➤	Des conditions préexistantes : un contexte territorial favorable.....	21
➤	Liés au soutien institutionnel dans le cadre des montages administratifs (dérogations, doubles orientations...)	21
➤	Les leviers financiers : financement les surcoûts des réponses modulaires (transports, personnel)	21
➤	Liés aux pratiques des ESMS : réactivité et implication des équipes	22
➤	Liées à l'évolution/adaptation des pratiques professionnelles	22
➤	Liées aux coopérations	22

➤ Liés à la composition des GOS ou CSC : La présence de l'ESMS qui assurait l'accompagnement auparavant.....	23
4.4. Les obstacles / freins	23
➤ Liés aux pratiques des ESMS	23
➤ Liés aux coopérations	23
➤ Liés à l'offre	24
➤ Liés au financement des réponses alternatives	24
4.5. Les modalités d'évaluation envisagées : une évaluation des dispositifs alternatifs peu formalisée.....	24
4.6. Des propositions d'amélioration	25
5. Conclusions : Enseignements et analyses générales tirées de ces dispositifs ou réponses	26
6. ANNEXES : Fiches de remontées d'expériences	27
6.1. Dispositifs/démarches innovant(e)s.....	27
6.2. Situations individuelles ayant bénéficié de démarches innovantes ou alternatives	33

2. CONTEXTE, OBJECTIFS ET METHODE

Dans le cadre de la démarche « Une réponse accompagnée pour tous » (RAPT) pilotée par Marie-Sophie Desaulle, l'axe 4 sur l'accompagnement au changement des pratiques vise notamment à **recueillir et valoriser les expériences** ayant permis de construire et proposer des **réponses alternatives pour des personnes handicapées en situation de rupture de parcours**.

Dans ce cadre, la DGCS a sollicité l'ANCREAI pour analyser et synthétiser des remontées de **pratiques innovantes** en s'appuyant sur les CREAI. Un modèle de fiches de recueil d'expérience¹ permettant aux CREAI de structurer ces remontées a été proposé par la DGCS.

Ces expériences pouvaient concerner :

- Une démarche organisationnelle ;
- Un exemple anonymisé d'une situation individuelle.

Ces expériences peuvent par exemple avoir été mises en place dans le cadre des commissions « situations critiques » (ou instances similaires de type GOS) ou des démarches parcours.

En l'absence de définition du caractère « innovant » à prendre en compte, nous avons choisi de circonscrire le périmètre à des dispositifs ou réponses qui ne correspondent pas aux catégories d'établissements et services définies par les nomenclatures officielles (FINESS) et/ou ne bénéficient pas de financement pérenne et/ou sont présents uniquement sur quelques territoires.

Il s'agissait donc de repérer, dans l'ensemble des départements des régions PACA et Corse, des réponses alternatives, souples et multi partenariales (éventuellement mobilisant le droit commun) construites pour remédier ou prévenir une rupture du parcours d'un enfant ou d'un adulte en situation de handicap, en tenant compte de ses besoins.

Sur la base des fiches DGCS retravaillées par le réseau CREAI/ANCREAI, un questionnaire (sous forme de tableau Excel) a été transmis par le CREAI PACA et Corse à l'ensemble des MDPH, Conseils Départementaux, DT ARS et à certaines associations gestionnaires des deux régions. En effet, cette démarche n'avait pas pour objectif de recenser de manière exhaustive les réponses alternatives des deux régions. A défaut de moyens disponibles, peu de relances ont pu être effectuées.

A la demande de l'ARS PACA, le questionnaire a par ailleurs été aménagé pour cette région, en intégrant une série de questions relatives aux dérogations administratives pratiquées par les établissements et services médico-sociaux (ESMS).

A noter : Cette synthèse est commune aux deux régions PACA et Corse. En effet, face au peu de remontées obtenues pour la région Corse, il était difficile de tirer des enseignements spécifiques à ce territoire. Les réponses obtenues pour la région Corse seront identifiées en italique dans le texte.

¹ Dans le cadre de l'instruction annuelle de financement des CREAI pour l'année 2016 : INSTRUCTION N° DGCS/3C/CNSA/2016/209 du 24 juin 2016 à relative au financement des Centres Régionaux d'Etudes, d'Actions et d'Informations (CREAI) en faveur des personnes en situation de vulnérabilité en 2016.

3. LES REMONTEES (OU REPONSES) OBTENUES

3.1. POUR LA REGION PACA

Au final, les remontées de réponses et dispositifs innovants ou alternatifs couvrent tous les départements de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA).

Encadré 1 : Précisions méthodologique

Les fiches de remontées d'expériences figurent en annexe de la présente synthèse. Cette dernière se découpe en deux volets : des fiches relatives aux dispositifs alternatifs et innovants et des fiches relatives à des situations individuelles ayant bénéficié de démarches et dispositifs alternatifs et/ou innovants.

A noter : les situations individuelles décrites dans les fiches en annexe ne correspondent pas systématiquement aux personnes ayant bénéficié des dispositifs décrits également en annexe.

Un projet reçu pour les Bouches-du-Rhône n'a pas été inclus dans cette synthèse qui ne prend en compte que le réalisé. Il s'agit d'un projet (en cours de montage) de structure d'accueil pour personnes en situation de handicap moteur avançant en âge. De même, certaines expériences étaient trop peu décrites pour en faire une analyse précise et élaborer une fiche dispositif ou situation individuelle en annexe (fiches de remontées d'expériences).

➤ **Alpes-de-Haute-Provence (04)**

La Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) 04 a recensé 6 types de réponses alternatives, dont 5 dérogations administratives (qui concernent 15 situations) et des réponses multimodales (doubles prises en charge autorisées par la MDPH), pour 5 situations. A noter : ce département fait partie des 23 départements pionniers de la démarche RAPT (1^{ère} vague de déploiement).

➤ **Hautes-Alpes (05)**

Le retour de la Délégation Départementale des Hautes-Alpes (DD05) a permis de recenser deux situations dérogoires et un dispositif alternatif de « télé-pédopsychiatrie ».

➤ **Alpes-Maritimes (06)**

Une seule expérience (réponse multimodale) a été recensée pour le département via l'Equipe Relais Handicaps Rares PACA Corse.

➤ **Bouches-du-Rhône (13)**

Les réponses du Conseil départemental des Bouches-du-Rhône (CD 13), de la DD13, et de l'ESAT² les Argonautes ont permis de recenser différents types de dérogations pratiquées dans les Bouches-du-Rhône : des dérogations d'âge nombreuses (66 situations), des dérogations de capacités d'accueil (15 en cours) ou de modalités d'accueil (3 situations).

Sont également remontées des situations de co-accompagnements en vue de favoriser la transition entre la psychiatrie et le médico-social³ ou encore d'un enfant en situation difficile accompagné par deux IME⁴ différents en raison de la difficulté d'accueil en institution consécutives à des crises

² ESAT : Etablissement et service d'aide par le travail.

³ Nombre de situation concernées inconnu

⁴ IME : Instituts médico-éducatifs.

fréquentes, 3 situations de doubles prises en charge non autorisées par la MDPH et un exemple de logement alternatif pour éviter l'accueil en institution⁵.

➤ **Var (83) :**

Les remontées de la DD83 et de la MDPH permettent de mettre en évidence **de multiples pratiques dérogatoires**. Pour la DD83, les plus fréquentes sont les dérogations d'âge (10), en particulier des dérogations à l'âge de 60 ans pour les Service d'accompagnement médico-social pour adulte handicapé (SAMSAH)⁶. Viennent ensuite les dérogations de durée de l'hébergement temporaire adultes (moins de 10), des dérogations de population (type de déficiences) pour 4 jeunes souffrant d'autisme et ne pouvant être accueillis près de leur domicile en Service d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) et 2 dérogations de capacité : une demande concerne une situation critique provenant d'un autre département (dans l'attente de la libération d'une place) et la seconde dérogation concerne un jeune accueilli en Etablissement pour enfant et adolescent polyhandicapé (EEAP) avec un pronostic grave à brève échéance (permet du répit à la famille). Enfin, la DD83 a fait remonter **deux réponses modulaires individuelles**.

➤ **Vaucluse (84) :**

Les nombreuses remontées obtenues pour le département du Vaucluse permettent de mettre en évidence la **fréquence des dérogations administratives et des réponses modulaires individuelles** sur ce territoire. Les retours de la MDPH portent sur 2 types de dérogations administratives (de capacités d'accueil et de population) et 2 types de réponses multimodales (concernant chacune une situation). Les remontées de l'association La Bourguette pour le Pôle Ressource Petite Enfance, à Montfavet appelé également Le Petit Jardin et la plateforme autisme novatrice « La Lune Bleue »⁷ ont permis de recenser 3 types de dérogations administratives pratiquées par ces structures et 5 types de réponses multimodales. L'APEI d'Avignon a recensé deux types de dérogations (dont des dérogations d'âge pour 9 situations et des dérogations de capacités d'accueil pour 5 situations). L'APEI d'Orange (réponses séparées pour le Pôle Enfance et Adulte) a recensé deux types de dérogation (des dérogations d'âge nombreuses liées à des situations d'amendement Creton et des dérogations au temps d'accueil), trois cas de réponses modulaires individuelles et un dispositif d'intégration progressive pour des cas complexes, des enfants à domicile sans solutions, des enfants très jeunes non scolarisables et sans places dans le secteur médico-social ou en bascule du sanitaire vers le médico-social. Enfin, l'Institut Saint Ange fait remonter des dérogations nombreuses⁸, 3 situations qui font l'objet de réponses modulaires (dont deux avec le secteur sanitaire) et des réponses multi partenariales de préparation au changement : soutien à l'orientation ou à l'accompagnement vers une autre situation de jeunes adultes de plus de 20 ans arrivant à saturation de l'IME, donc proches de la rupture et sans solution concrète d'orientation vers un Foyer de vie (FV) ou un Foyer d'accueil médicalisé (FAM) (situations non décrites par manque de précisions et non innovantes du fait de leur caractère fréquent).

⁵ Entre l'ESAT les Argonautes et 13 Habitat (bailleur social) pour éviter l'accueil en foyer d'hébergement (FH) grâce à l'intervention d'un service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS).

⁶ 60% des demandes de dérogations à l'âge.

⁷ Constituée à Carpentras par l'association La Bourguette, en partenariat avec l'ARI (Association Régionale pour l'Intégration) et le CHS (Centre Hospitalier Spécialisé) de Montfavet.

⁸ Dont des dérogations de capacités d'accueil pour 8 situations, de population accueillie pour 12 situations et de modalités d'accueil pour 8 situations.

3.2. POUR LA REGION CORSE

➤ **Corse-du-Sud (2A) :**

Aucun acteur de ce département n'a participé à l'enquête.

➤ **Haute-Corse (2B) :**

Le retour du SAVS de l'Association des paralysés de France (APF) a permis de recenser 6 réponses alternatives, dont 4 dérogations.

2. TYPOLOGIE DES DEROGATIONS ADMINISTRATIVES PRATIQUEES PAR LES ESMS

2.1. LES DEROGATIONS D'AGE : DEROGATIONS LES PLUS FREQUENTES, PRINCIPALEMENT POUR LES PERSONNES EN ATTENTE DE SOLUTIONS

➤ Afin d'éviter les ruptures d'accompagnement liées à l'avancée en âge

En 2016, le CD 13 a accordé 66 nouvelles dérogations d'âge pour **l'admission en EHPAD⁹ de personnes handicapées âgées de moins de 60 ans**. Ces décisions ont été prises en raison de manque de places dans les MAS et/ou les FAM. Ces dérogations concernent les personnes âgées de moins de 60 ans et certaines ont moins de 50 ans. Elles sont intervenues en l'absence de solution adaptée pour ces personnes et de possibilité de maintien à domicile. Elles s'opèrent sur une durée maximale de 5 ans.

Dans le Var (83), 60 % des demandes de dérogations repérées par la DD83 (une dizaine en cours) concernent des **dérogations à l'âge de 60 ans pour les SAMSAH**.

➤ Afin d'éviter les ruptures d'accompagnement liées à une transition d'âge

Dans les Hautes-Alpes, un enfant âgé de 2 ans et demi a été accueilli en EEAP par dérogation jusqu'à ce qu'il atteigne la borne basse de l'âge d'accueil de 3 ans. Une admission dans un EEAP d'un enfant de moins de trois ans a également été repérée dans le 83.

Dans les Alpes-de-Haute-Provence (04), trois jeunes de 18 ans ont été intégrés dans des établissements ou services adultes (normalement réservés aux jeunes à partir de 20 ans) grâce à un financement de l'aide sociale départementale (1 en foyer de vie, 1 en SAMSAH, 1 en MAS).

Dans le 83, environ 5 enfants ont été **maintenus en CAMSP après 6 ans** pour quelques mois dans la perspective de l'intégration en IME.

A l'APEI d'Avignon (gestionnaire d'IME et SESSAD), les dérogations d'âge sont également fréquentes. En attente d'orientation, 9 enfants sont maintenus dans la structure au-delà de la limite de l'agrément fixé à 16 ans¹⁰.

➤ Afin de favoriser la fluidité des parcours scolaires

Dans les Bouches-du-Rhône, la DD13 a recensé une dizaine de dérogations d'âge pratiquées annuellement au-delà de la limite d'âge prévue dans l'autorisation afin de permettre aux jeunes de terminer l'année scolaire en cours.

⁹ EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

¹⁰ Cette structure a également pratiqué 5 dérogations de capacités d'accueil dans le cadre de situations critiques.

2.2. LES DEROGATIONS DE CAPACITES : DES CONFIGURATIONS VARIEES

➤ Pour permettre la mise en place des réponses modulaires dans l'attente d'un accompagnement adapté

A défaut d'établissement de type Institut d'éducation motrice (IEM)¹¹ sur le département des Alpes-de-Haute-Provence (05), un enfant a été accueilli en IME (au-delà de sa capacité autorisée), conjointement à un accompagnement par un SESSAD.

Sur ce département, une situation de "sureffectif" a été recensée en dispositif ITEP¹² afin de permettre la mise en place d'une réponse modulaire.

Le CD des Bouches du Rhône a donné son accord pour 15 places supplémentaires par rapport à la capacité autorisée en fonction des situations familiales et sociales des personnes concernées dans l'attente d'un hébergement pérenne.

➤ Pour faire face à un déficit de l'offre

Dans le Var, une demande concerne une situation critique d'un autre département, dans l'attente de la libération d'une place. De même, dans le Vaucluse, quatre personnes en situations critiques ont été accueillies en FAM (établissements **adaptés à la pathologie**) après accord de l'ARS¹³. Dans le Vaucluse, huit dérogations de capacité sont mises en œuvre en vue de compenser le **déficit de journées internat et de temps partiels** à l'Institut Saint Ange.

➤ Pour apporter un répit aux aidants

Dans le Var, la seconde dérogation en cours (et repérée par la DD du Var) concerne un jeune accueilli en EEAP avec un pronostic grave à brève échéance ; ce qui permet du répit à la famille.

➤ Pour fluidifier les parcours dans le cadre de transitions d'âge

Dans les Alpes de Haute Provence, trois établissements adultes se sont trouvés en "sureffectif" : 1 en MAS, 1 en foyer de vie, 1 en Foyer d'hébergement (FH) en raison l'accueil avant l'âge de 20 ans de jeunes dans leur établissement, afin de prévenir la rupture et le changement de dispositif d'accompagnement lié à une transition d'âge. Afin de fluidifier son parcours, cet enfant a été accueilli en EEAP à 2 ans et demi au lieu de 3 ans.

Dans les Hautes-Alpes, un enfant a été accueilli en IME au-delà de sa capacité autorisée. De même, à l'association APEI d'Orange (Vaucluse), les dérogations d'âge sont nombreuses en raison de situations d'amendement Creton¹⁴.

¹¹ Etablissement médico-social qui propose des prises en charge pour les enfants et adolescents sujets à une déficience motrice.

¹² ITEP : Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique.

¹³ Selon la MDPH Vaucluse, des personnes en situations critiques ont également été accueillies dans des établissements pour adultes **non adaptés à leur déficience** mais le nombre de personnes concernées et le type d'établissement ne sont pas précisés.

¹⁴ 7 aujourd'hui et 18 d'ici la fin de l'année.

➤ L'hébergement temporaire plus concerné ?

Pour la DD des Bouches du Rhône les dérogations de capacité recensées concernent principalement l'accueil en hébergement temporaire¹⁵.

2.3. DES DEROGATIONS DE POPULATION : DANS L'ATTENTE DE SOLUTIONS PLUS ADAPTEES, SURTOUT DANS LE SECTEUR ENFANT ?

Les dérogations de population (c'est-à-dire l'accueil d'un public présentant une déficience différente de celle pour laquelle l'ESMS a été autorisé) sont surtout **mises en place dans l'attente (ou en l'absence) de solutions plus adaptées, en particulier dans le secteur enfant.**

Dans les Alpes de Haute Provence, une jeune personne de 13 ans, présentant des troubles du comportement et de la mémoire suite à une pathologie, est prise en charge par un EEAP alors qu'elle n'est pas en valeur absolue "polyhandicapée", mais les conséquences de son handicap ont pu s'apparenter aux troubles que l'EEAP accompagne. Il s'agissait d'une dérogation relativement exceptionnelle (EEAP sous mode "SESSAD"), dans l'attente de la mise en place d'un SESSAD plus appropriée¹⁶. Cela a duré 6 mois.

Dans le Var, des dérogations au type de déficience ont été pratiquées pour quatre **jeunes porteurs d'autisme** ne pouvant être accueillis près de leur domicile en SESSAD. De même, à l'Institut Saint Ange (Vaucluse), 12 dérogations de population sont en cours pour accueillir des enfants autistes.

Au « Petit jardin » dans le Vaucluse, les dérogations de population sont très fréquentes puisqu'elles concernent ¼ des enfants accueillis. La structure dispose d'un agrément polyhandicap et autisme mais élargit le public accueilli à des **situations de multi handicap** (dont le handicap rare). Ces situations peuvent s'étaler sur toute la durée de prise en charge dans la structure¹⁷.

Les dérogations de population sont **surtout pratiquées pour des cas complexes (exemple du multi handicap)** ou des types de déficiences nécessitant la mise en place de mode d'accompagnement très spécifiques (autisme).

2.4. DES DEROGATIONS DE MODALITES D'ACCUEIL

➤ Dans l'attente d'une solution plus adaptée à la situation

Dans les Alpes de Haute Provence, la MDPH a recensé un EEAP "hors les murs" qui se rend à domicile (jamais fait avant) et une MAS "accueil de jour", alors qu'elle n'a pas cette modalité normalement. A la Plateforme Lune Bleue (Vaucluse), un adolescent de 18 ans (situation critique) a été accueilli en SESSAD comme modalité la plus pertinente pour définir et mettre en œuvre un projet adulte. Cette dérogation sera prolongée jusqu'à ce que soit mise en œuvre une solution adaptée.

➤ L'hébergement temporaire plus concerné ?

¹⁵ Nombre de situations inconnues.

¹⁶ Le SESSAD de l'ADAPEI qui a effectué le « tuilage » est plutôt spécialisé sur des déficiences légères et le SESSAD de l'APAJH intervient pour les déficiences lourdes, ce qui est le cas de la jeune fille.

¹⁷ 5 années ici.

La DD des Bouches du Rhône a recensé trois demandes en cours dont deux pour transformer des places d'accueil de jour en places d'hébergement temporaire et une pour transformer une place d'hébergement temporaire en hébergement permanent (concerne des MAS).

2.5. AUTRES DEROGATIONS (PROCEDURES, DUREE DE PRISE EN CHARGE, ETC.

➤ Des dérogations de procédure dans le cadre de situations critiques

Au vu de la criticité des situations, cinq personnes sont entrées en priorité dans des ESMS ou autres services des Alpes de Haute Provence, **sans tenir compte de leur positionnement sur la liste d'attente** : deux entrées en priorité SESSAD, une entrée en priorité FV, une entrée en priorité MAS, une entrée en priorité "diverses" (pédopsychiatrie - SESSAD - dispositif ITEP...).

➤ Des dérogations de durée de prise en charge : l'hébergement temporaire comme variable d'ajustement face au déficit de l'offre sur certains territoires ?

Les dérogations aux durées de prise en charge fixées par l'agrément s'opèrent surtout dans le secteur adulte, **en particulier dans le champ de l'hébergement temporaire**, en vue de faire face au déficit de l'offre et dans l'attente d'une solution. Dans le Var, les hébergements temporaires, dont certains ont été prolongés, ont souvent permis de régler des situations (maintien sur une place d'hébergement temporaire dans l'attente d'une place d'hébergement permanent ou de MAS...).

➤ Des dérogations de temps d'accueil : vers une intégration progressive dans les ESMS

Dans le Vaucluse, au Pôle Enfance de l'APEI d'Orange, cinq situations suivies actuellement bénéficient de temps d'accueil progressif en vue d'évoluer vers un temps plein dans l'ESMS (IME ou SESSAD).

3. TYPOLOGIE DES REPONSES ET DISPOSITIFS ALTERNATIFS OU INNOVANTS

3.1. REPONSES MODULAIRES INDIVIDUELLES

➤ Mises en place dans le cadre des plans d'accompagnement globaux (PAG)

Pour faire face au déficit d'accompagnement adapté (et dans l'attente d'un accompagnement plus adapté à la situation de la personne)

Pour plusieurs situations, les réponses modulaires ont été mises en place pour répondre à un déficit d'offre ou d'accompagnement adapté à la pathologie de la personne. Par exemple, pour cette jeune personne de 13 ans présentant de forts troubles du comportement et de la mémoire suite à une encéphalite, au domicile parental 24h/24 sans aucun renfort, **l'intervention conjointe d'un SESSAD, d'un EEAP « hors les murs » et d'une Technicienne de l'intervention sociale et familiale (TISF) à domicile** a été mise en place dans l'attente d'un SESSAD plus adapté à la déficience de la personne (*Voir situation 1 détaillée en annexe*).

Pour faire face au déficit de l'offre existante (adulte) et dans l'attente d'une solution

En attente de place en FAM ou MAS, la CDAPH¹⁸ des Alpes-de-Haute-Provence (04) a par exemple accordé une orientation FV à cet adulte tétraplégique¹⁹ de 50 ans (alors qu'il "n'en relève pas") afin qu'il puisse intégrer une place de FV tout en bénéficiant d'un transfert de compétences du FAM adjacent. Cette orientation a été prononcée au regard de l'opportunité d'un **plateau technique conjoint FV/FAM** et d'une place temporaire au FV.

Pour faire face à une rupture de parcours (liée à des « comportements-problème ») : solution transitoire vers une réponse plus adaptée aux besoins de la personne (psychiatrie vers médico-social)

Suite à la prononciation de sa sortie d'IME par la CDAPH (suite à une décompensation psychiatrique), cette jeune femme de 18 ans²⁰ a été hospitalisée en psychiatrie adulte (solution provisoire insatisfaisante car cette situation relève d'un accompagnement médico-social). Malgré son jeune âge, une **double prise en charge hôpital psychiatrique/FV** a été mise en place. Cela se traduit par une hospitalisation psychiatrique (nuitées en semaine et 24h/24 le week-end) et une intégration progressive en foyer de vie : quelques journées par semaine pour basculer finalement vers le FV à temps plein, avec l'intervention de la psychiatrie "dans les murs" du FV (*Voir situation 2 détaillée en annexe*).

Pour faire face à une rupture de parcours (liée à des « comportements-problème ») : dispositif intervenant spécifiquement pour les personnes en attente de solutions

Ce jeune garçon de 13 ans, après avoir connu un parcours en ITEP pendant 5 ans (2010-2015), a été réorienté en IME (entrée en juin 2015). Son comportement se dégrade (violence, hétéroagressivité) dès janvier 2016 ; ce qui entraîne son exclusion temporaire de l'IME à partir de mai 2016. Depuis cette

¹⁸ CDAPH : Commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées.

¹⁹ Handicap acquis au cours de l'existence, par accident, il y a deux ans.

²⁰ Qui faisait l'objet précédemment d'un double accompagnement MS/ASE (IME et MECS le week-end)

date, il est **au domicile paternel sans solution**, ce qui est source de violences et d'inquiétudes (*Voir situation 3 détaillée en annexe*).

Face à cette situation de danger pour le jeune et sa famille, une réunion de crise a eu lieu en décembre 2016. Une **réponse multi partenariale MS/psychiatrie a été mise en place**. Dans un premier temps, des séjours successifs de 3 semaines en cliniques pédopsychiatriques ont été proposés, suivis d'une prise en charge inter institutionnelle entre IME, dispositif ITEP, SASSED, pédopsychiatrie et service social.

➤ Mises en place dans le cadre des commissions de situations critiques MDPH

Solution transitoire du CAMSP vers l'IME (situation complexe)

- Prise en charge coordonnée CAMSP/IME avec dérogation d'âge (au CAMSP) pour préparer l'intégration progressive en IME pour un enfant présentant un retard global de développement (moteur, langage associé à un syndrome dysmorphique) associé à un déficit cognitif moyen à sévère et des troubles du comportement et des interactions (situation complexe) (*Voir situation 4 détaillée en annexe*).

Pour répondre à un besoin de répit des professionnels (comportement problème)

- Périodes d'hospitalisation qui permettent de sécuriser la prise en charge psychiatrique pour une personne accueillie en FAM qui présente d'importants troubles psychiatriques dans un contexte dans un contexte de dysfonctionnement de l'institution, concernant direction comme équipes de prise en charge (*Voir situation 5 détaillée en annexe*).

Pour faire face au déficit d'accompagnement adapté (et dans l'attente d'un accompagnement plus adéquat)

- **Réponse multimodale impliquant un FAM et un Centre hospitalier spécialisé** : Intégration dans un FAM spécialisé dans le type de handicap de la personne, en modalité d'accueil de 5j/semaine avec hospitalisation pour la nuit. Cette personne va chez sa famille une demi-journée par week-end. Cette réponse est davantage adaptée à la situation de la personne par rapport à sa situation précédente : hospitalisation au long cours dans une unité de soins non adaptée (ne permettant pas de stimulation) (*Voir situation 6 détaillée en annexe*).

Pour répondre à un besoin de répit des aidants familiaux (comportement-problème)

- Sortie IME à l'âge de 20 ans suite à des difficultés de prise en charge (comportement problème). Retour à domicile subi et non souhaité (PCH aide humaine de 12h/j). La personne bénéficie d'une intégration progressive dans une MAS 3j/semaine ne correspondant pas aux besoins actuels mais ayant pour but de soulager la famille monoparentale (*Voir situation 7 détaillée en annexe*).

➤ Autres solutions modulaires individuelles (hors PAG et CSC)

Pour faire face au déficit d'accompagnement adapté (et dans l'attente d'une solution)

A défaut d'établissement de type IEM sur le département, cet enfant fait l'objet d'un accompagnement conjoint IME/SESSAD auquel s'ajoute une aide humaine individuelle (10h). Il est intégré à l'IME en

semi-internat et bénéficie d'une inclusion en UE. Cette situation s'est opérée sur une durée d'un an reconduite une fois.

Pour répondre à un besoin de répit des professionnels (situation complexe)

Une réponse modulaire entre deux IES a été mise en place dans le 06 afin de faire face à un risque de rupture lié au besoin de répit des professionnels. Cette réponse concerne un enfant porteur de déficiences sensorielles avec trouble associé (enfant sourd-aveugle avec déficience intellectuelle) dont « personne ne veut ». Elle permet d'apporter un soutien à l'IES qui suit l'enfant depuis 7 ans. Dans la même logique, un adolescent est pris en charge en journée dans un IME et la nuit par un autre IME.

Solution transitoire de l'hospitalisation vers une prise en charge médico-sociale (situation complexe)

Des solutions modulaires individuelles peuvent être mises en place, auprès de personnes en situations complexes, afin de faciliter le passage de l'hospitalisation vers une prise en charge médico-sociale et **éviter un échec d'adaptation dans la structure** (exemple d'une personne autiste hospitalisée depuis plusieurs mois bénéficiant d'un accompagnement par un SAMSAH spécialisé afin de favoriser son inclusion dans un FAM). Ces configurations se retrouvent également dans le secteur enfant pour assurer par exemple la bascule de l'hôpital de jour vers le médico-social (huit situations actuellement à l'APEI d'Orange dans le Vaucluse).

Continuité des parcours et complémentarité soins/scolarisation

Certains enfants sont accompagnés à la fois en Hôpital de jour et en SESSAD afin d'assurer la continuité des parcours grâce à la complémentarité soins/scolarisation.

Autres réponses modulaires repérées²¹

D'autres réponses modulaires ont été recensées dans le Vaucluse par l'association La Bourguette (« Petit jardin »), et notamment des accompagnements conjoints :

- SESSAD/crèche de la structure/école ;
- Accompagnement simultanée IME/SESSAD pour certains enfants porteurs d'autisme
- Complément temporaire et pour transition douce IME et SESSAD (action renforcée conforme aux RBPP²²) ;
- Hôpital De jour/SESSAD ;
- CAMSP/Accueil temporaire.

Enfin, les **doubles accompagnements ASE/MS** semblent de plus en plus fréquents tout comme les **doubles prises en charge sanitaire/médico-social** (notamment lorsque s'effectue une bascule d'un type de prise en charge à l'autre qui s'étale sur une période transitoire)²³.

²¹ Nous disposons de peu d'informations pour décrire précisément ces situations (nombre de situation concerné, en réponse à quel besoin, etc.)

²² RBPP : Recommandations de bonnes pratiques professionnelles.

²³ Réponse du Pôle enfance de l'APEI d'Orange.

➤ Conclusions sur les réponses modulaires individuelles

Ces remontées d'expérience montrent que les réponses modulaires individuelles **concernent surtout les enfants** et, lorsqu'il s'agit d'adultes, elles sont surtout mises en place afin de faire face à **un déficit d'offre adaptée**. La fréquence des **réponses conjointes entre les secteurs médico-social et psychiatrique** (de type double prise en charge Hôpital de jour (HDJ)/IME²⁴) mérite également d'être soulignée.

3.2. DISPOSITIF FAVORISANT DES FORMES D'HABITAT INTERMEDIAIRES

➤ Une offre de logement alternative au placement en institution : la Résidence Argo

A travers une convention entre un bailleur social (13 Habitat) et l'ADHIM, association située dans le 9^{ème} arrondissement de Marseille, une **offre de logement alternative au placement en institution** (de type FH) est proposée pour des personnes en situation de handicap moteur travaillant dans l'ESAT situé à proximité (*Voir dispositif 2 détaillé en annexe*).

Face aux nouveaux besoins des travailleurs, majoritairement porteurs d'une IMC, notamment en termes de logement et d'accompagnement vers l'autonomie, un ensemble locatif social a vu le jour en 1994 à proximité directe de l'ESAT « Les Argonautes »²⁵. Dans le but de promouvoir l'autonomie des locataires de la Résidence ARGO et de favoriser leur insertion dans un système urbain ordinaire et ouvert, un SAVS²⁶ est implanté dans l'immeuble. Ainsi, 31 logements sociaux permettent à des personnes à mobilité réduite de vivre de manière autonome grâce à des aménagements spécifiques et un accompagnement médico-social. Aujourd'hui, les travailleurs de l'ESAT Les Argonautes représentent 80% des occupants des logements sociaux de la résidence. Ce dispositif permet ainsi de prévenir les ruptures de parcours. Il facilite en effet le maintien dans l'institution ESAT, en proposant une offre de logement située à proximité pour les travailleurs en situation de handicap moteur et adaptée à leurs besoins (accompagnement médico-social grâce au SAVS).

3.3. DISPOSITIF D'INTEGRATION PROGRESSIVE EN ESMS

Au Pôle Enfance de l'APEI d'Orange, un dispositif d'intégration progressive en ESMS est mis en place pour des cas complexes, des enfants à domicile sans solutions, des enfants très jeunes non scolarisables et sans places dans le secteur médico-social ou en bascule difficile du sanitaire vers le médico-social²⁷ (*Voir dispositif 3 détaillé en annexe*).

3.4. AUTRES FORMES DE COLLABORATIONS REpondant A UN DEFICIT DE L'OFFRE TERRITORIALE

➤ Des dispositifs pour répondre aux carences de l'offre de soins dans les territoires éloignés des pôles urbains

Ces formes de collaborations se mettent surtout en place dans les territoires ruraux, éloignés des pôles urbains et caractérisés par un déficit de l'offre de soins.

²⁴ Cas d'une situation accompagnée par l'IME Saint Ange qui fait également l'objet d'une hospitalisation de jour au Centre hospitalier spécialisé.

²⁵ Sous l'impulsion de l'ADHIM et des familles des personnes accompagnées.

²⁶ Service d'Accompagnement à la Vie Sociale.

²⁷ Ils concernent 9 enfants faisant l'objet de procédures dérogatoires et 6 enfants en risque patent de rupture.

- Le **dispositif de « télé-pédopsychiatrie »** (*Voir dispositif 1 détaillé en annexe*) mis en place dans les Hautes Alpes vise à assurer un suivi régulier en psychiatrie des enfants accueillis au Centre Jean Cluzel (IME et dispositif ITEP). Ce suivi est assuré par téléconsultation avec un établissement de recours des Bouches-du-Rhône. Il a été mis en place **afin de répondre aux carences de l'offre de soins sur ce territoire montagneux**, en particulier à l'absence de pédopsychiatre installé en libéral et au recrutement jugé impossible par la structure. Ayant bénéficié à une vingtaine d'enfants à ce jour, il s'adresse potentiellement à tous les enfants du Centre Jean Cluzel nécessitant cette modalité de prise en charge. Opérationnel depuis 2 ans, la pérennité de ce dispositif est souhaitée par l'établissement du fait de son efficience.
- *En Corse, une réponse adaptée à un problème d'insularité et d'absence de réponse pertinente sur le territoire, en matière d'essais pour les fauteuils roulants électriques, a été mise en place. Elle repose sur un partenariat entre le SAVS de Haute-Corse et le service de rééducation fonctionnelle de Bastia ; ce qui évite aux personnes de se rendre en Corse du Sud ou sur le Continent (Voir dispositif 6 détaillé en annexe).*

3.5. AUTRES FORMES DE COLLABORATIONS FAVORISANT LA FLUIDITE DU PARCOURS

➤ Transfert de compétences inédits entre institutions

Depuis 2008, le SAVS de Haute-Corse est labellisé pour l'évaluation des besoins des personnes en situation de handicap, et les préconisations en aides techniques, adaptations de véhicule, charges exceptionnelles et spécifiques et aides animalières. Il s'agit ici d'un transfert de la mission d'évaluation des besoins, normalement afférente à la MDPH, vers le SAVS. Ce dispositif permet ainsi de répondre plus rapidement aux demandes des personnes handicapées et de leurs familles (réduire les délais administratifs, prévention des ruptures. Le SAVS va ainsi au-delà de sa mission classique ; ce qui pourrait également s'apparenter à une dérogation de modalité d'accueil (Voir dispositif 4 détaillé en annexe).

➤ Création de nouvelles compétences visant à fluidifier les parcours

Depuis Novembre 2016, le SAVS de Haute Corse, dans le cadre d'une convention ARS PACA/ ARS Corse/ APF/ IRSAM a intégré un référent parcours Handicap Rare dans le service.

4. LES ENSEIGNEMENTS ISSUS DE CES EXPERIMENTATIONS

4.1. LES PARTENAIRES ASSOCIES

➤ Une hétérogénéité de partenaires pour répondre aux « comportements-problèmes »

Dans le cadre de certaines situations (*voir situation 3 détaillée en annexe*), pas moins de cinq acteurs différents interviennent autour d'une même personne, face à un comportement-problème notamment. On note l'intervention conjointe, en l'absence de structure adaptée pour un jeune, d'une palette diversifiée de dispositifs, tant dans le secteur psychiatrique que médico-social, au sein duquel on trouve du domicile (SASSED), de l'établissement (IME) et un dispositif intégré (dispositif ITEP).

➤ Des partenariats fréquents entre médico-social/psychiatrie pour répondre au déficit de l'offre de soins psychiatrique

Dans le cadre du **dispositif de « télé-pédopsychiatrie »** (voir dispositif 1 détaillé en annexe) des Hautes-Alpes face à l'absence de pédopsychiatre sur ce territoire rural et montagneux, un partenariat opérationnel permet la mise en œuvre des télétransmissions. Ce partenariat est **formalisé par voie conventionnelle** avec les pédopsychiatres de l'établissement recours (des Bouches-du-Rhône).

➤ Des partenariats médico-social/milieu ordinaire dans le champ de l'accès au logement

La Résidence Argo (dispositif 1 en annexe) qui propose une offre de logements alternative au placement en institution (FH) pour des personnes en situation de handicap moteur (travailleur en ESAT) associe l'ADIHM en tant que porteuse de projet, 13 HABITAT en tant que bailleur social, la MDPH et le CD des Bouches du Rhône en tant que financeur du SAVS.

➤ Les leviers liés aux partenariats

- La qualité du partenariat avec la MDPH.
- La mobilisation forte des partenaires, notamment dans le cadre des réponses modulaires mobilisant des acteurs du médico-social et du secteur psychiatrique.
- Recueil par la MDPH de l'accord de principe de tous les partenaires dans le cadre des CSC.

4.2. LES BONNES PRATIQUES A PARTAGER

➤ Sur les pratiques des ESMS

- La réactivité de la réponse et l'implication des ESMS est citée à de nombreuses reprises.
- L'implication d'acteurs hors champ du handicap, dès le début de la réponse. Dans la situation 1 (présentée en annexe), c'est bien grâce à l'association du service territorial d'action sociale départementale que cette réponse conjointe (dont l'intervention d'un TISF à laquelle la MDPH n'aurait pas pensé) a pu être mise en place.

➤ Sur la composition des GOS ou des commissions de situations critiques

- La présence de l'ESMS ayant déjà accompagné l'enfant (expertise d'usage), notamment dans le cadre de réponses modulaires impliquant de nombreux partenaires (situation 3 présentée en annexe).

➤ Sur les partenariats

- La pertinence des partenariats sanitaire/ESMS (complémentarité des compétences) (situation 2 en annexe).
- La bonne coordination entre les acteurs sanitaires et médico-sociaux, mais également dans le cadre de solution transitoire d'un ESMS vers un autre (situation 4 en annexe).
- La nécessité de définir précisément les champs d'action de chacun, notamment dans le cadre d'une double prise en charge ASE/médico-social.

➤ Sur la participation des PH et leur famille à la construction des réponses

- La participation de la personne accompagnée dans la recherche de solutions et la co-construction des réponses est citée à de nombreuses reprises par les répondants.

➤ Sur l'évolution ou l'adaptation des pratiques

- Des pratiques professionnelles adaptées à l'utilisation des NTIC : la formation comme levier. Le **dispositif de « télé-pédopsychiatrie »** (*dispositif 1 en annexe*) nécessite par exemple, durant la téléconsultation, **la présence d'un personnel formé à l'accompagnement de l'enfant dans le cadre d'une consultation à distance**. Il est également nécessaire de conserver des entretiens en présentiel.

➤ Sur l'évaluation et le suivi des réponses alternatives

- L'évaluation tout au long de la mise en place du dispositif est préconisée dans diverses situations.

4.3. LES LEVIERS / FACILITATEURS

➤ Des conditions préexistantes : un contexte territorial favorable

- La proximité des acteurs et la qualité partenariale, notamment dans les territoires à faible densité de population les plus éloignés des pôles urbains (04).

➤ Liés au soutien institutionnel dans le cadre des montages administratifs (dérogations, doubles orientations...)

- L'implication du Département, en particulier s'agissant de l'acceptation des dérogations est citée à de nombreuses reprises.
- La disponibilité et réactivité de la MDPH est également mise en avant (situation 1 en annexe notamment).
- Le soutien de la CDAPH dans le cadre des doubles orientations ou d'orientations atypiques. Il est nécessaire que la CDAPH ne soit pas source de blocage s'agissant de décisions de doubles orientations ou d'orientations "atypiques" visant à aider les personnes.

➤ Les leviers financiers : financement les surcoûts des réponses modulaires (transports, personnel)

La réponse multimodale apportée à l'enfant bénéficiant d'un accompagnement conjoint (IME/SESSAD/aide humaine) a été rendue possible grâce à l'accord de Crédits non reconductibles (CNR) pour financer le renfort nécessaire de personnel et les frais de transport. Dans le cadre de la solution transitoire CAMSP/IME, des CNR dédiés au renforcement de personnel éducatif ont également été accordés. Si les CNR apparaissent comme des outils financiers privilégiés pour la mise en place des réponses modulaires (et cités à de multiples reprises), ces solutions financières sont par définition non pérennes, ce qui pose la question de la continuité de la réponse alternative mise en place.

Une autre solution financière peut être la mise en place d'un système de refacturation (comme par exemple dans le cas d'une prise en charge du transport par l'hôpital dans le cadre d'une réponse impliquant secteur médico-social et sanitaire).

➤ Liés aux pratiques des ESMS : réactivité et implication des équipes

- L'implication des structures est nécessaire pour la réussite des réponses modulaires, en particulier lorsqu'une dérogation à l'agrément initial est nécessaire (cas de cet IME qui applique une dérogation de capacité pour que puisse être mis en place un accompagnement conjoint IME/SESSAD à défaut d'IEM).
- L'engagement des professionnels des professionnels est également cité dans le cadre de réponses impliquant MS/psychiatrie.
- La mise en place de cet EEAP « hors les murs » couplée à l'intervention d'un SESSAD est rendue possible grâce à l'Implication forte de quelques acteurs qui "tirent" les autres (et notamment l'association ADAPEI).
- La réactivité des professionnels est également valorisée à différentes reprises.

➤ Liées à l'évolution/adaptation des pratiques professionnelles

L'adaptation des pratiques à l'utilisation des NTIC

Le **dispositif de « télé-pédopsychiatrie »** (*Dispositif 1 détaillé en annexe*) nécessite une sensibilisation des professionnels et une réelle explication à l'enfant qui, par ailleurs, est accoutumé à l'usage de l'écran.

➤ Liées aux coopérations

Outils/supports de la coopération

- La mise en œuvre dès le départ d'une convention claire définissant les modalités d'interventions, les enjeux et les moyens à mettre en œuvre (*dispositif 2 détaillé en annexe*).
- Une coordination partenariale facilitée par la commission des situations critiques (comme dans le cas de la solution transitoire d'un CAMSP vers un IME).
- Des articulations avec le secteur sanitaire facilitées par l'implication commune dans un GCSMS (Association La Bourguette dans le Vaucluse).

Confiance, connaissance et communication entre partenaires

- Un dialogue constant dans un climat de confiance (*dispositif 2 détaillé en annexe*).
- Une bonne entente des partenaires.
- Liens de confiance et de partenariat entre les acteurs.
- Volonté de trouver une solution adaptée à la situation critique.
- Echanges sur les évolutions de la situation.
- Information des autorités pour faciliter leur adhésion au projet.
- Très bonne communication avec les MDPH.
- Interconnaissance entre acteurs.
- Bonne connaissance de la part des acteurs du secteur sanitaire.
- La bonne connaissance et le partenariat avec le réseau territorial, notamment dans le cadre de réponses ASE/MS.

- Liés à la composition des GOS ou Commissions de situation critiques (CSC) : La présence de l'ESMS qui assurait l'accompagnement auparavant

L'implication de l'ESMS qui assurait préalablement l'accompagnement semble avoir un effet facilitateur dans la résolution des situations. Pour ce jeune sans solution (comportement problème), la participation de l'ITEP n'avait pas lieu d'être mais, selon la MDPH, cela a permis de « faire bouger les choses ».

4.4. LES OBSTACLES / FREINS

- Liés aux pratiques des ESMS

Une difficulté à déroger aux principes de la liste d'attente

Pour les situations traitées dans le cadre des PAG, où des personnes sont intégrées prioritairement dans un établissement ou service, la MDPH des Alpes de Haute Provence fait remonter des difficultés à faire accepter par les ESMS la nécessité d'accompagner "en priorité" telle ou telle situation, alors même qu'elles ne figurent pas sur leur liste d'attente (parfois fournie). Dans le cadre de la prise en charge conjointe EEAP/SESSAD, il a été nécessaire d'insister auprès du SESSAD pour qu'une jeune personne soit prise en charge en priorité alors qu'elle n'était pas sur la liste d'attente.

La résistance au changement

- Concernant les réponses modulaires individuelles et les mesures dérogatoires mises en place dans le cadre des PAG, la MDPH du 04 met en avant « le poids logique et compréhensible de la résistance au changement » face à des mesures dérogatoires venant "perturber" les fonctionnements habituels. Ceci rend nécessaire le dialogue et le temps de concertation.
- Le refus des acteurs (rarement) car la complémentarité des prises en charge est une aide importante voire indispensable pour les cas complexes.
- Le refus des doubles prises en charge.

- Liés aux coopérations

L'indispensable coordinateur ?

- Une multiplicité des intervenants qui peut allonger les délais pour trouver une solution (« renvoi de balles »), en particulier quand il s'agit de l'intervention conjointe MS/sanitaire (psychiatrie). Pour la situation 04F5 (comportement problème, solution multi partenariale qui fait intervenir MS/psychiatrie), la MDPH souligne le problème du temps trop long entre le GOS de septembre et de décembre (4 mois). Normalement en septembre un dossier devait être monté pour intégrer une structure pédopsychiatrique mais celui-ci a pris du retard en raison de la multiplicité des acteurs impliqués ("renvoi de balle").

Des liens difficiles avec le sanitaire

- La difficulté à mobiliser les acteurs pédopsychiatriques est soulignée par la MDPH du 04 dans le cadre d'une solution mobilisant à la fois des soins et des réponses médico-sociales (comportement problème faisant intervenir une réponse MS/psychiatrie).

Liés à l'implication des partenaires

La crainte d'un désengagement des acteurs en cours de route, notamment du secteur psychiatrique, est citée à plusieurs reprises. Dans le cadre de la réponse multimodale impliquant un FAM et un Centre hospitalier spécialisé (situation détaillée en annexe), la situation n'est pas pérenne et dépendante de la bonne volonté de l'établissement médico-social et du centre hospitalier pour son fonctionnement. En effet, aucun retour au domicile n'est possible.

➤ Liés à l'offre

Le manque de souplesse des réponses pédopsychiatriques

La MDPH des Alpes de Haute Provence souligne l'absence de réponse pédopsychiatrique modulaire, souple, réactive, surtout en week-end. Face à cette carence, il a donc fallu inventer ici une réponse couplant IME/SESSAD/dispositif ITEP/psychiatrie.

➤ Liés au financement des réponses alternatives

- Des blocages des financeurs (Assurance maladie en particulier)
- Le refus des autorités de tarification ou de régulation (souvent) et en particulier de la CPAM.
- Les écarts de coûts entre ESMS de même nature. Pour cette situation où l'enfant est pris en charge en journée dans un IME et la nuit dans un autre IME, la différence de prix de journée entre les deux établissements constitue un frein à dépasser. Il est ici nécessaire d'établir une convention de réversion du prix de journée d'un IME vers l'autre.
- Un **coût immédiat plus élevé qu'une réponse classique**. Chez les adultes, le prix de journée du SAVS de l'ADIHM est d'environ 10% plus élevé qu'un SAVS classique (38 € / jour). Ce tarif est néanmoins bien moins onéreux que celui d'un foyer d'hébergement (en moyenne 200 € / jour). Pourtant, la pression budgétaire est forte afin de devenir un service traditionnel. Il est ici important de rappeler que le coût d'un enfant ou d'un adulte mal pris en charge et dont le cas s'aggrave à un coût très élevé pour la société, mais c'est un coût futur.
- La question de la **prise en charge des coûts du transport**. L'éloignement géographique ou l'absence de prise en charge des frais de transport constitue un frein récurrent à la mise en place de réponses alternatives.

4.5. LES MODALITES D'EVALUATION ENVISAGEES : UNE EVALUATION DES DISPOSITIFS ALTERNATIFS PEU FORMALISEE

Dans le cadre du dispositif de « télé-pédopsychiatrie » (dispositif 1 en annexe), l'évaluation de la satisfaction est réalisée « au fil de l'eau » et « apparaît positive ». Ici, l'évaluation sur la qualité de la prestation est difficile à apprécier sans réelle étude. Pour la Résidence Argo (Dispositif 1 en annexe), des réunions mensuelles sont mises en place entre les opérateurs (bailleur social et le SAVS). De plus, il existe un lien constant entre les services sous la forme d'échanges de mails (demandes d'interventions formalisées) et de conversations téléphoniques.

De manière générale, les modalités d'évaluation des réponses alternatives sont peu formalisées²⁸, ce qui peut provenir du caractère rapide et urgent de leur mise en place. Passée l'urgence, il paraît indispensable de s'octroyer le temps de la formalisation.

4.6. DES PROPOSITIONS D'AMELIORATION

Dans la mise en place de réponses alternatives visant à prévenir les ruptures de parcours, il est recommandé de ne plus agir uniquement en réponse à l'urgence des situations, lorsqu'il est déjà trop tard (crise et exclusion de l'établissement) mais en amont, dans une logique préventive et d'anticipation. Il est également nécessaire de mettre en place une véritable coordination des acteurs face aux comportements problème. Dans le cadre de la situation du jeune sans solution après une exclusion d'IME liée à une dégradation de son comportement (violence, hétéroagressivité) en situation de crise, il a fallu attendre 7 mois avant qu'une solution soit trouvée (séjours psychiatriques provisoires dans un premier temps et dans l'attente de la ré-intervention des autres acteurs), à défaut de coordination. Pour la MDPH, l'IME aurait dû coordonner tout ceci. De même que pour l'intervention conjointe SESSAD/EEAP hors les murs, il aurait été souhaitable que le SESSAD intervienne plus tôt.

²⁸ Par exemple, pour cette solution transitoire d'un CAMSPP vers un IME, aucune modalité d'évaluation n'est envisagée ou réalisée.

5. CONCLUSIONS : ENSEIGNEMENTS ET ANALYSES GENERALES TIREES DE CES DISPOSITIFS OU REPONSES

L'analyse des réponses obtenues au questionnaire met en évidence la **fréquence des dérogations administratives** (ou dérogations à l'agrément initial) mises en place par les gestionnaires. Il s'agit souvent de dérogations d'âge pour des personnes en attente de solution (dans le secteur adulte par exemple).

La question qui se pose est de savoir si ces réponses dérogatoires sont réellement alternatives et/ou innovantes ?

Nous avons fait le choix de conserver dans la synthèse ces dérogations administratives car elles semblent se systématiser ou se développer et constituent des supports indispensables aux réponses alternatives et innovantes mises en place dans la logique de la démarche « Une réponse accompagnée pour tous ». A travers ces dérogations, les ESMS commencent à sortir progressivement de leurs limites administratives. Ces dérogations permettent également de mettre au jour les limites et inadaptations des agréments actuels dans le cadre de situations qui font parfois l'objet de multiples dérogations.

Ce travail de recensement montre qu'il s'agit davantage de mettre en œuvre des dérogations administratives que d'avoir recours à des établissements et services proposant des actions « innovantes ».

Il met également en évidence la **fréquence des réponses modulaires individuelles**. En effet, peu de réponses organisationnelles ont pu être recensées. La majorité des solutions alternatives décrites concernent une seule personne et peinent à être généralisées à un plus grand nombre. Cela peut provenir de différents facteurs : nature individualisée des besoins (ce type de réponses ne doit-elle pas se faire au cas par cas ?), volonté de l'administration, difficulté de financement d'une solution modulaire ou trop innovante...

Dans le cadre des réponses alternatives, nous sommes face à **des besoins qui souvent se cumulent** et auxquels correspondent nécessairement des réponses multi partenaires.

Ce travail montre en outre que la construction des réponses alternatives s'appuie sur deux leviers privilégiés, à savoir la **coopération** et la **modularité** des réponses.

Enfin, les réponses alternatives sont surtout mises en place pour répondre à deux problématiques phares : les comportements problèmes et le déficit d'offre, ou d'offre adaptée aux spécificités ou à la complexité. En effet, le manque de places rapidement disponibles pour des problématiques spécifiques est souvent à la source de certains cas. Mais on peut rappeler que certaines des situations complexes d'aujourd'hui ont été les situations simples d'hier, qui n'ont pas pu être accompagnées avant faute de places. Ce sont des situations devenues complexes, faute d'accompagnement à hauteur des besoins.

6. ANNEXES : FICHES DE REMONTEES D'EXPERIENCES

6.1. DISPOSITIFS/DEMARCHES INNOVANT(E)S

Dispositif 1	La télé-pédopsychiatrie
Territoire géographique concerné	Le Savinois (situé au centre du département 05)
Contexte de création	Absence totale de pédopsychiatre libérale et recrutement impossible au sein de la structure.
Objectifs de la démarche	Assurer un suivi régulier en psychiatrie des enfants accueillis au Centre Jean Cluzel (IME, dispositif ITEP) par téléconsultation avec un établissement de recours du 13.
Périmètres du dispositif	Tous les enfants des établissements et services du Centre Jean Cluzel nécessitant cette modalité de prise en charge sont susceptibles de bénéficier de ce service (voir protocole).
Calendrier	Dispositif mis en place depuis 2 ans dont la pérennité est souhaitée par l'établissement du fait de son efficience.
Partenaires associés	Dispositif rendu possible grâce au partenariat opérationnel permettant la mise en œuvre des télétransmissions. Partenariat par convention avec les pédopsychiatres de l'établissement recours.
Bonnes pratiques à partager	Présence pendant la téléconsultation d'un personnel formé à l'accompagnement de l'enfant dans le cadre d'une consultation à distance.
Risques et difficultés rencontrées	Nécessité de conserver des entretiens séquentiels et en présentiel
Leviers et facilitateurs	Sensibilisation du personnel, explication à l'enfant qui par ailleurs est accoutumé à l'usage de l'écran.
Modalités d'évaluation envisagée (ou réalisée)	Evaluation de la satisfaction réalisée au fil de l'eau qui apparaît positive. L'évaluation sur la qualité de la prestation difficile à apprécier sans réelle étude.
Combien de personnes ont bénéficié de cette démarche à ce jour ?	A ce jour une vingtaine d'enfants et de familles ont bénéficiés de « télé-pédopsychiatrie »
Nom de la personne-ressource à contacter pour plus d'info :	M. SISCO, directeur du Centre Jean Cluzel à Savines le lac.
Organisme :	Centre Jean Cluzel des PEP ADS
Mail :	cluzel.direction@lespep05.fr

Dispositif 2	La Résidence Argo <i>SAVS implanté dans une résidence locative sociale à proximité d'un ESAT</i>
Territoire géographique concerné	MARSEILLE 9ème
Contexte de création	Créée en 1976, l'ADIHM (Association de Défense des Intérêts des personnes en situation de Handicap Moteur) se substitue à l'Association des Parents d'Élèves de la Grotte Rolland et assume la gestion de la Communauté de travail des personnes avec un handicap moteur. Cette communauté de travail devient CAT en 1983 et s'installe dans des locaux neufs situés au Boulevard de l'Océan dans le 9ème arrondissement de Marseille. De nouveaux besoins apparaissent pour ces travailleurs majoritairement porteurs d'une infirmité motrice cérébrale (IMC), notamment en termes de logement et d'accompagnement vers l'autonomie. Ainsi, sous l'impulsion de l'ADIHM et des familles des personnes accompagnées, un ensemble locatif social, construit par l'OPAC, voit le jour en 1994, à proximité directe de ce qui est devenu en 2005 l'E.S.A.T. JEAN GUGLIELMI « LES ARGONAUTES ». Dans le but de promouvoir l'autonomie des locataires de la Résidence ARGO et de favoriser leur insertion dans un système urbain ordinaire et ouvert, un Service d'Accompagnement à l'Ensemble Locatif (SAEL) a été implanté dans l'immeuble. Ce service est devenu un Service d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS) le 6 juillet 2006 et a entrepris la professionnalisation de son équipe afin de répondre aux exigences du Cahier des charges des "services relevant de la compétence départementale réalisant une intervention d'accompagnement à la vie sociale auprès de personnes adultes handicapées » édicté par le Conseil Général des Bouches du Rhône.
Objectifs de la démarche	31 logements sociaux appartenant à 13 HABITAT permettent à des personnes à mobilité réduite de vivre de manière autonome grâce à des aménagements spécifiques et un accompagnement médico-social. Une convention entre 13 Habitat et l'ADIHM est conclue depuis l'origine du projet dans le but de promouvoir l'autonomie des locataires de la Résidence ARGO et de favoriser leur insertion dans un système urbain ordinaire et ouvert. Ainsi, le Service d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS) géré par l'ADIHM est implanté dans l'immeuble avec la particularité d'être ouvert en continu toute l'année 24 heures sur 24 heures et 365 jours par an.
Calendrier de mise en œuvre de la démarche (préparation du projet, début du fonctionnement, perspectives)	A l'origine a été mis en place un SAEL (Service d'Accompagnement à l'Ensemble Locatif) afin d'aider les locataires en situation de handicap dans actes de la vie quotidienne. En 2006, le Conseil Général a décidé de rajouter une mission médico-sociale entraînant ainsi la requalification du service en SAVS (Service d'Accompagnement à la vie sociale).
Partenaires associés à cette démarche	L'ADIHM en tant que porteuse de projet, 13 HABITAT en tant que bailleur social, la MDPH et le CD 13 en tant que financeur du SAVS.
Critères d'accès	Toute personne en situation de handicap moteur (avec ou sans troubles associés), qui dispose d'un numéro unique attribué par un bailleur social et qui a effectué une demande auprès de l'ADIHM.
Type de public concerné et critère d'accès	Cf. précédent. Liste d'attente co-gérée par l'ADIHM, 13 Habitat et le CD 13.
Bonnes pratiques à partager	Le SAVS ADIHM propose une offre de logements alternative au placement en institution pour des personnes en situation de handicap moteur.

Risques et difficultés rencontrées	Le prix de journée du SAVS ADIHM est d'environ 10% plus élevé qu'un SAVS classique (38 € / jour). Ce tarif est néanmoins bien moins onéreux que celui d'un foyer d'hébergement (en moyenne 200 € / jour). Pourtant, la pression budgétaire est forte afin de devenir un service traditionnel.
Leviers et facilitateurs	La mise en œuvre dès le départ d'une convention claire définissant les modalités d'interventions, les enjeux et les moyens à mettre en œuvre. Un dialogue constant dans un climat de confiance. Une réelle volonté d'utilité sociale. Réactivité et implication des équipes. Soutien politique et institutionnel.
Combien de personnes ont bénéficié de cette démarche à ce jour ?	La résidence Argo compte 31 logements.
Modalités d'évaluation envisagée (ou réalisée)	Des réunions mensuelles sont mises en place entre les opérateurs de 13 HABITAT et le SAVS ADIHM. De plus, il existe un lien constant entre les services sous la forme d'échanges de mails (demandes d'interventions formalisées) et de conversations téléphoniques. Le SAVS ADIHM assure l'interface et le suivi concernant les demandes et les besoins en maintenance des locataires auprès des services techniques de 13 HABITAT. Le SAVS ADIHM, en plus de sa mission médico-sociale, assure la sécurité des biens et des personnes de la résidence ARGO de par sa présence 24h/24h et 365 jours par an et par le biais notamment de surveillants de nuits implantés dans les bureaux du SAVS ADIHM au sein de la résidence ARGO.
Pour aller plus loin : qu'est-ce qui aurait pu être fait différemment ?	Le caractère novateur de cette organisation aurait pu être mis en avant dès la création du projet permettant ainsi son essaimage et sa pérennisation.
Contact : Nom de la personne-ressource à contacter	Carole ROUSSIE
Organisme :	Chef de Service SAVS ADIHM
Mail :	c.roussie@argonautes.org

Dispositif 3	Dispositif d'intégration progressive en ESMS Enfant
Territoire géographique concerné	Nord Vaucluse
Contexte de création	Situations de ruptures avérées ou risques de rupture/ réponse imaginée et mise en œuvre par le secteur enfance de l'APEI d'Orange en 2014.
Objectifs de la démarche	Proposer un dispositif d'intégration progressive ou un maintien adapté en institution pour les enfants en rupture avec l'aspect collectif de l'accueil médico-social.
Calendrier de mise en œuvre de la démarche	2014 création du dispositif Unité Ressources, mise en œuvre immédiate avec un enfant en rupture depuis 18 mois et poursuite avec d'autres enfants dans des situations similaires / démarche toujours active.
Partenaires associés à cette démarche	Partenaires informés régulièrement de la démarche et y participant à divers titres : sanitaire, MDPH, ARS, Social, EN.
Critères d'accès	Cas complexes, enfants à domicile sans solutions, enfants très jeunes non scolarisables et sans places MS, en bascule difficile du sanitaire vers le MS.
Type de public concerné et critère d'accès	Idem ci-dessus
Bonnes pratiques à partager	Utilisation de l'ensemble des ressources d'accueil du pôle enfance actuel de l'APEI pour atteindre les objectifs avec l'appui de l'Unité Ressources dispositif opératoire de parcours
Risques et difficultés rencontrées	Maintien du parcours en dynamique qui nécessite souplesse et rigueur/introduction d'un dispositif innovant à intégrer pour les équipes.
Leviers et facilitateurs	Reconnaissance des partenaires du bien-fondé de l'action, résultats probants d'intégration, regroupement des établissements et services en pôle.
Combien de personnes ont bénéficié de cette démarche à ce jour?	09 enfants dans les situations décrites plus hauts + 06 enfants en risque patent de rupture.
Modalités d'évaluation envisagée (ou réalisée)	Pourcentage des enfants accueillis en intégration sur du médico-social ordinaire.
Pour aller plus loin: qu'est-ce qui aurait pu être fait différemment?	Initiative trop récente (2014), le recul nécessaire ainsi que la forme définitive du dispositif ne sont pas encore suffisants et aboutis.
Remarques	Ce dispositif est également utilisé pour d'autres enfants du pôle dont la situation est moins aigüe mais dont les capacités d'intégration au collectif demeurent fragiles.
Contact	Nom de la personne ayant rempli la fiche : PANTLE Cécile Organisme d'appartenance : Pôle enfance APEI d'Orange Mail : cecile.pantle@apeidorange.com

Dispositif 4	L'évaluation des besoins des personnes par un SAVS
Territoire concerné	Haute-Corse
Contexte de création/Mise en place	Le SAVS est labellisé depuis 2008 pour l'évaluation des besoins des personnes en situation de handicap et les préconisations en aides techniques, adaptations de véhicule, charges exceptionnelles et spécifiques et aides animalières. Evaluations qui sont réalisées, certes, au titre de notre convention avec la MDPH2B mais sans financements spécifiques lié à la convention mais au titre de la tarification.
Objectifs de la démarche	Elles permettent de répondre rapidement (parce que sans délai administratif relatif à une demande d'orientation vers le service, à la CDAPH) à une demande, dès lors que cette réponse n'excède pas 15 heures de mobilisation de l'équipe. Notre service peut être saisi directement par une personne handicapée et/ ou sa famille. Elles ne nécessitent pas la signature d'un contrat d'accueil. Cela n'entraîne pas de contractualisation. Elles permettent également de faire la jonction, en cas d'urgence, entre une demande d'accompagnement et la réception par la personne, de la notification de la CDAPH. Après le terme d'un accompagnement, elles permettent de maintenir le lien avec des personnes pour des besoins ponctuels. Elles contribuent à la prévention des situations de ruptures dans les parcours individuels.
Calendrier de la démarche	La première convention a été signée le 24 avril 2007. Elle a été reconduite selon les mêmes termes à date anniversaire. Cette convention est atypique (au regard de ce type de convention entre les MDPH et les équipes ressources), puisqu'elle a fait l'objet, en 2006, d'une augmentation de notre dotation annuelle par le Conseil Général, pour le fonctionnement du SAVS, au motif que ces évaluations étaient intrinsèquement liées à un accompagnement plus global.
Partenaires associés	MDPH 2B – SAVS de Haute-Corse
Combien de personnes ont bénéficié de cette démarche à ce jour ?	L'autorisation porte sur 32 accompagnements après orientation par la MDPH / des demandes ponctuelles non quantifiées.
Organisme :	SAVS de Haute-Corse

Dispositif 5	Accès aux Fauteuils Roulants Electriques (FRE), au regard des contraintes de l'insularité
Territoire géographique concerné	Corse
Contexte de création	Le service de rééducation fonctionnelle (SRF) de Bastia ne peut mobiliser les ressources humaines et techniques pour réaliser les évaluations et les essais. Ce qui contraint les personnes à se déplacer, soit en Corse du Sud, soit sur le continent, pour effectuer les essais et obtenir la prescription. Facteurs de douleurs et de fatigue (immédiats et à rebond), ces déplacements ont également un impact financier sérieux pour la collectivité comme pour la personne (transport en avion, puis en ambulance ou en VSL, de la personne à mobilité réduite et de son accompagnant, hébergement local...auxquels il faut rajouter les délais pour obtenir des rendez-vous et le caractère souvent aléatoire des transports. En outre, les essais effectués en centre ne peuvent pas toujours prendre en considération les spécificités de l'habitat et de l'environnement réel de la personne.
Objectifs de la démarche	Le SAVS APF de Haute Corse et le SRF de Bastia proposent une coproduction des deux services offrant un service de qualité de proximité sans surcoût, permettant la réalisation d'essais et de prescription de FRE locale (sur Bastia) conforme aux exigences du médecin contrôleur de l'assurance maladie.
Partenaires associés à cette démarche	Le SRF de Bastia : La personne est reçue par le médecin de rééducation fonctionnelle pour une évaluation médicale et déterminer les aptitudes physiques et cognitives de la personne quant à l'utilisation d'un fauteuil motorisé. Le SAVS APF de Haute Corse : L'ergothérapeute du SAVS réalise une évaluation des capacités fonctionnelles de la personne et des contraintes liées à son environnement et détermine un type de fauteuil. Après analyse des différents paramètres, le médecin rééducation prescrit le fauteuil roulant adapté aux besoins de la personne.

6.2. SITUATIONS INDIVIDUELLES AYANT BENEFICIE DE DEMARCHES INNOVANTES OU ALTERNATIVES

Situation 1	EEAP « hors les murs » et SESSAD
Situation de la personne avant la réponse alternative	Jeune personne de 13 ans, au domicile parental 24h/24, sans aucun renfort. Séquelles d'une encéphalite, 1 année d'hospitalisation, 3 mois de centre de rééducation, et retour à domicile. Jeune personne totalement dépendante, troubles du comportement, actes médicaux lourds au démarrage (gastrostomie...), mais grande capacité de récupération progressive.
Solution proposée (avec exemple de dérogation, de collaboration le cas échéant)	Intervention à domicile de professionnels d'un EEAP. Intervention concomitante d'une TISF à domicile. Tuilage progressif avec un SESSAD. Démarrage 6 mois plus tard, au vu de la récupération de l'enfant, d'une scolarisation partielle à domicile, puis sur des temps de projets collectifs en collège. PCH importante pour le dédommagement familial.
Modalités de construction de la solution (partenaires, financement, formations...)	Démarrage par une sollicitation de l'assistante sociale du centre de rééducation auprès de la MDPH. Coordination au démarrage par la MDPH. Relais pris par l'EEAP et le Département (TISF), puis le SESSAD et l'Education nationale.
Participation de la personne concernée à la construction de la solution	Oui, beaucoup d'échanges téléphoniques, de visites à domicile, de RDV, et invitation de la famille à un GOS.
Retour de la personne (ou entourage) sur la solution mise en place	Bien, mais cela a pris trop de temps (6 mois) avant d'avoir un vrai soutien.
Bonnes pratiques à partager	Réactivité de la réponse, implication des ESMS, associer le service territorial d'action sociale départementale dès le début pour les réponses de proximité, hors champ du handicap, auxquelles la MDPH n'aurait pas pensé (type TISF).
Risques et difficultés rencontrés	Refus au démarrage d'un des SESSAD de prendre en charge cette jeune personne en priorité alors qu'elle n'était pas sur la liste d'attente, il a fallu insister lourdement.
Leviers et facilitateurs	Implication forte de quelques acteurs, qui "tirent" les autres. Disponibilité nécessaire, et réactivité, de la MDPH
Pour aller plus loin : qu'est-ce qui aurait pu être fait différemment ?	Que le SESSAD intervienne plus tôt.
Remarques	Il y a eu 2 GOS pour cette situation et le PAG est rédigé.

Situation 2	Solution transitoire Hôpital psy. / Foyer de Vie
Situation de la personne avant la réponse alternative	Jeune femme de 18 ans en IME et en MECS le WE (en parallèle). Décompensation psychiatrique. Sollicitation par l'IME de la MDPH dès octobre 2015 pour demander de prononcer sa sortie de l'IME. La CDAPH a prononcé la sortie de l'IME. Hospitalisation de la jeune personne de 18 ans en psychiatrie adulte. Cela n'est pas satisfaisant, elle relève du médico-social. Mise en place progressive d'une double prise en charge hôpital psychiatrique / FV, malgré son jeune âge (18 ans).
Solution proposée (avec exemple de dérogation, de collaboration le cas échéant)	A l'hôpital psychiatrique en semaine, nuitées et WE. Intégration progressive d'un FV en journée, sur 1 puis 2 journées, puis 2 journées et une nuitée, et sur une année, bascule vers le FV à temps plein, avec venue de la psychiatrie au sein du FV. Dérogations multiples : le Département a accepté le FV alors qu'elle n'a que 18 ans, l'hôpital psychiatrique "rétribue" les heures de la jeune personne au FV lors de sa présence au FV, le Département a finalement accepté le sureffectif de la jeune personne au FV, et la psychiatrie accepte d'intervenir "dans les murs" du FV.
Modalités de construction de la solution (partenaires, financement, formations...)	Mobilisation forte des partenaires HP, FV, Département. Financement et dérogation acceptés par le Département.
Participation de la personne concernée à la construction de la solution	L'Hôpital psy. et le FV sont ses relais. Prochaine rencontre prévue avec la personne pour valider le PAG.
Retour de la personne (ou entourage) sur la solution mise en place	Retour positif par l'équipe du FV et de la psychiatrie, la jeune personne s'est stabilisée.
Bonnes pratiques à partager	Partenariat sanitaire / ESMS
Leviers et facilitateurs	Implication du Département, acceptation des dérogations.
Remarques	Il y a eu 2 GOS pour cette situation, et le PAG est rédigé.

Situation 3	Réponse modulaire IME-dispositif ITEP-SESSAD-pédopsychiatrie-service social
Situation de la personne avant la réponse alternative	Jeune garçon de 13 ans avec forts troubles du comportement et psychoses. Parcours ITEP pendant 5 ans (2010-2015), puis réorientation en IME. Entrée en IME en juin 2015. Comportement qui se dégrade (violence, hétéroagressivité) dès janvier 2016. Exclusion temporaire de l'IME à partir de mai 2016. Au domicile paternel depuis mai 2016. Violences, inquiétudes. Sans solution.
Solution proposée (avec exemple de dérogation, de collaboration le cas échéant)	1ère rencontre en septembre 2016. Proposition d'un séjour en clinique pédopsychiatrique. Le dossier n'est pas monté. Le jeune est toujours à domicile. Situation de danger. Réunion de crise en décembre 2016. Propositions de séjours successifs (3 semaines) en cliniques pédopsychiatriques, puis d'une prise en charge inter institutionnelle entre IME, dispositif ITEP, SASSED, pédopsychiatrie, service social.
Modalités de construction de la solution (partenaires, financement, formations...)	2 GOS nécessaires (1 en septembre, 1 en décembre). Intervention nécessaire de la pédopsychiatrie au démarrage, avant que les autres acteurs ne puissent ré-intervenir.
Participation de la personne concernée à la construction de la solution	Forts liens entre le père et le service social et la MDPH, et présence des parents au GOS de décembre.
Retour de la personne (ou entourage) sur la solution mise en place	Trop long à agir entre mai et décembre. Satisfaction quant à la réponse apportée en décembre.
Bonnes pratiques à partager	GOS de décembre très pertinent, avec une double pertinence de la présence d'une part de l'ITEP qui l'a accompagné avant pendant 5 ans, et qui connaît bien le jeune (expertise d'usage), d'autre part de plusieurs acteurs pédopsychiatriques (du 13, du 05 et du 04).
Risques et difficultés rencontrées	> Problème temps trop long entre le GOS de septembre et de décembre, car normalement en septembre un dossier devait être monté pour intégrer une structure pédopsychiatrique, mais le dossier n'a pas été monté ("renvoi de balle"). > Difficulté à mobiliser les acteurs pédopsychiatriques. > Absence de réponse pédopsychiatrique modulaire, souple, réactive, et en WE.
Leviers et facilitateurs	> Forte implication de l'ancien ESMS qui accompagnait le jeune, alors que ce n'est plus à eux normalement d'intervenir, mais cela a vraiment fait bouger les choses (ITEP).
Pour aller plus loin: qu'est-ce qui aurait pu être fait différemment?	> Ne pas avoir à attendre décembre et "la crise" pour que le jeune entre en structure de soins pédopsychiatrique. Cela aurait dû être à l'IME de coordonner tout cela.
Remarques	Il y a eu 2 GOS pour cette situation, et le PAG est rédigé.

Situation 4	Solution transitoire du CAMSP vers l'IME
Territoire géographique concerné	Département du Var
Contexte de création	Intégration progressive d'un enfant de 5 ans en IME avec poursuite des soins au CAMPS
Objectifs de la démarche	Adaptation progressive de l'enfant au secteur médico-social dans le but de cesser la prise en charge par le CAMPS et une prise en charge totale par l'IME
Calendrier de mise en œuvre de la démarche	Décembre 2015 pour une intégration totale dans l'IME en septembre 2016
Partenaires associés à cette démarche	Assurance maladie, DD ARS, chef de pôle de pédopsychiatrie du CHITS de Toulon, IME Les Dauphins Recueil par la MDPH de leurs accords de principe
Type de public concerné et critère d'accès	Enfant présentant un retard global de développement (moteur, langage associé à un syndrome dysmorphique) associé à un déficit cognitif moyen à sévère et des troubles du comportement et des interactions Critères d'accès : ?
Bonnes pratiques à partager	Bonne coordination entre les acteurs sanitaires et médico-sociaux
Risques et difficultés rencontrées	Aucune
Leviers et facilitateurs	Bonne entente des partenaires Coordination partenariale facilitée par la commission des situations critiques
Combien de personnes ont bénéficié de cette démarche à ce jour ?	Une
Modalités d'évaluation envisagée (ou réalisée)	Aucune

Situation 5	Solution de soutien aux professionnels
Territoire géographique concerné	Département du Var
Contexte de création	Personne accueillie en FAM qui présente d'importants troubles psychiatriques Contexte d'un établissement qui présente de nombreux dysfonctionnement de sa direction et des équipes de prise en charge médico-sociale
Objectifs de la démarche	Périodes d'hospitalisation qui permettent de sécuriser la prise en charge médico-sociale
Calendrier de mise en œuvre de la démarche	Depuis septembre 2016
Partenaires associés à cette démarche	DD ARS, Conseil Départemental, FAM L'Espigoule Recueil par la MDPH de leurs accords de principe
Type de public concerné et critère d'accès	Jeune homme présentant une déficience cognitive associé à un trouble psychique, des troubles du comportement et un trouble instrumental du langage, séquelle d'une pathologie organique
Bonnes pratiques à partager	Cette coordination partenariale a nécessité l'intervention du MISP et le passage de la situation en commission des situations critiques
Risques et difficultés rencontrés	Que le secteur psychiatrique se désengage
Leviers et facilitateurs	Coordination partenariales facilitée par la commission des situations critiques
Combien de personnes ont bénéficié de cette démarche à ce jour ?	Deux
Modalités d'évaluation envisagée (ou réalisée)	Aucune

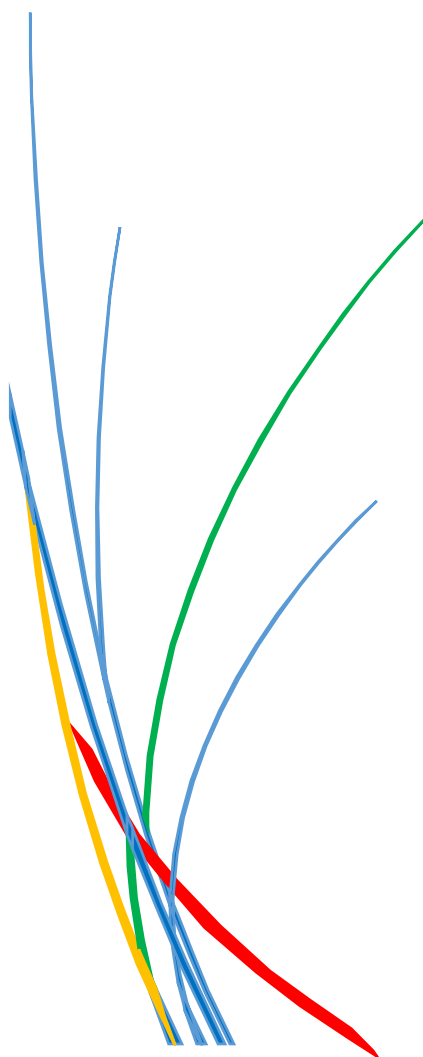
Situation 6	Réponse modulaire FAM-hospitalisation de nuit-famille
Situation de la personne avant la réponse alternative	Hospitalisation au long cours dans une unité de soin non adaptée (ne permettant pas de stimulation).
Solution proposée <i>(avec exemple de dérogation, de collaboration le cas échéant)</i>	Intégration d'un FAM spécialisé dans le type de handicap de la personne, en modalité d'accueil de jour 5j/semaine avec hospitalisation pour la nuit. Va chez sa famille une demi-journée par WE.
Modalités de construction de la solution	FAM - ARS pour accord de pris en charge en supplément au FAM - CHS - MDPH pour prestations PCH AH et ORE en FAM. Formation du personnel au FAM concernant cette pathologie
Participation de la personne concernée à la construction de la solution	Personne sous mesure de protection mais acteur du projet
Risques et difficultés rencontrées	Situation non pérenne, dépendant de la bonne volonté de l'établissement médico-social et du centre hospitalier pour son fonctionnement. Pas de retour à domicile possible
Leviers et facilitateurs	Liens de confiance et de partenariat entre les acteurs. Volonté de trouver une solution adaptée à la situation critique - échanges sur les évolutions de la situation

Situation 7	Intégration progressive en MAS pour soutenir la famille
Situation de la personne avant la réponse alternative	Sortie IME à l'âge de 20 ans suite à des sollicitations multiples de l'institut concernant des difficultés de prise en charge. Retour à domicile non souhaité, PCH aide humaine de 12h/j.
Solution proposée (avec exemple de dérogation, de collaboration le cas échéant)	Intégration progressive dans une MAS 3j/semaine ne correspondant pas aux besoins actuels mais à but de soulager la famille monoparentale. Transport pris en charge avec étayage d'un professionnel de l'établissement MAS (pour sécurisation du transport), aidant familial le reste du temps.
Retour de la personne (ou entourage) sur la solution mise en place	La maman se dit soulagée de ce soutien de la MAS

Situation 8	Réponse modulaire ESAT-SAVS-Accueil de jour
Situation de la personne avant la réponse alternative	Travailleur en ESAT bénéficiaire d'un suivi SAVS.
Solution proposée	Mise en place d'un mi-temps ESAT avec suivi SAVS assorti d'un mi-temps accueil de jour.
Modalités de construction de la solution	Mdph, curateur de la personne, référent de projet, encadrement des trois établissements ou services concernés
Participation de la personne concernée à la construction de la solution	Un travail en amont s'est fait avec la personne accueillie dans le cadre d'échange lors de son suivi SAVS et la co construction de son projet professionnel et personnel.
Retour de la personne (ou entourage) sur la solution mise en place	Recherche de l'assentiment de la personne concerné dans chacune des étapes de construction de ce projet.
Bonnes pratiques à partager	Participation et co construction de la personne accueillie dans la recherche de solutions. Evaluation tout au long de la mise en place du dispositif.
Leviers et facilitateurs	Qualité du partenariat avec la MDPH

Situation 9	Intégration progressive en ESMS d'un enfant à domicile sans solution (comportement-problème)
Situation de la personne avant la réponse alternative	18 mois sans solutions à la maison après une rupture brutale de l'accompagnement IME (déjà très compliqué) suite à de la violence incontrôlable.
Solution proposée	Un retour progressif dans un collectif adapté et selon un rythme modulable en fonction des possibilités de l'enfant à supporter le stimuli, participation et adhésion de la famille indispensable.
Modalités de construction de la solution	Accord des partenaires sur la solution proposée, financement CNR, adaptation des réponses éducatives en interne, compréhension de la dimension de modèle pour un accueil d'autres enfants ultérieurs.
Participation de la personne concernée à la construction de la solution	Compréhension et adhésion de la famille, collaboration avec l'enfant possible dans la mesure où son intolérance à un collectif a été prise en compte avec les solutions adaptées (retraits et accompagnements courts en un pour un possible au besoin) dans une dynamique d'intégration adaptée progressive à temps plein.
Retour de la personne (ou entourage) sur la solution mise en place	Aujourd'hui, l'enfant qui a pu connaître une autre courte période de retour à la maison (une fois 1 mois en trois ans) est accueilli sur un temps plein qu'il a mis 1 an et demi à atteindre.
Bonnes pratiques à partager	Compréhension de l'adaptation nécessaire des modèles habituels pour faire fonctionner ce qui relève d'une dynamique de dispositif
Risques et difficultés rencontrés	Réponse innovante engageant une organisation et un fonctionnement de travail non familial pour les équipes concernées.
Leviers et facilitateurs	Participation de tous, équipe, famille, direction, partenaires (ARS, MDPH, ASE, Sanitaire) dans l'étayage de la solution proposée.
Pour aller plus loin : qu'est-ce qui aurait pu être fait différemment ?	A ce jour, et dans l'action qui se perpétue, il manque encore quelques mois de recul pour faire le bilan.
Remarques	Réponse princeps adaptée qui a participé de la construction du modèle dispositif.

Situation 10	Collaboration entre deux IME
Situation de la personne avant la réponse alternative	Rupture conflictuelle avec notre institution, retour en famille, enfant de 12 ans.
Solution proposée	Orientation vers un autre IME.
Modalités de construction de la solution	Un temps sans solution (à domicile) après la rupture a été nécessaire pour que puisse se construire la suite.
Participation de la personnes concernée à la construction de la solution	Acceptation du nouvel accueil.
Retour de la personne (ou entourage) sur la solution mise en place	Satisfaction après coup
Bonnes pratiques à partager	Réal travail de collaboration entre les 2 IME, et suppression de la méfiance lorsqu'on propose un jeune en crise (basé sur une confiance acquise).
Risques et difficultés rencontrées	Risque de déplacer le conflit d'une institution à l'autre. Risque que le jeune ne trouve aucune solution et reste au domicile.
Leviers et facilitateurs	Habitudes de travail harmonieuses entre les 2 IME.



CREAI PACA et Corse
6 rue d'Arcole -13006 Marseille
Tél : 04 96 10 06 60
Fax : 04 96 10 06 69
E-mail : contact@creai-pacacorse.com
Site : www.creai-pacacorse.com