

Éléments de décloisonnement de la prise en charge des personnes en situation de handicap : une conclusion provisoire

Michel PAQUET : Avant d'entrer dans un débat avec la salle, nous allons laisser la parole à Geneviève LAROQUE, qui va se transformer en Grand Témoin pour nous donner son impression sur le moment que traverse le médico-social et sur ce qui vient d'être dit ici.

Geneviève Laroque, Présidente de la Fondation Nationale de Gérontologie

Je ne sais pas si je vais parler de ce dont on a parlé aujourd'hui. Je ne suis pas compétente et je n'ai pas suivi au millimètre l'évolution des CLIC ni celle des SIVA. J'avais envie de monter plus haut et peut-être de descendre plus bas.

On essaye de résoudre à la fois toute une série de problèmes et je suis un peu affligée de la manière dont travaille notamment le Parlement, qui dans certains cas va trop vite et trop lentement dans d'autres.

Le problème qui nous obsède tous est financier.

Qui paye quoi ? Qu'est-ce que l'on paye ? Quels vont être les périmètres de compétences et de financement ?

De ce que j'ai pu lire sur le sujet, ce n'est pas clair, entre ce qui relèvera du handicap et ce qui relèvera de la maladie. Ce n'est pas clair dans ce qui relève de la vieillesse dépendante et de ce qui relève de la maladie. On dit la vieillesse dépendante. Je ne comprends pas et cela ne fait jamais que 30 ans que je travaille dessus ; donc je comprends de moins en moins.

On a un problème de réglementation ou de législation, avec des barrières statutaires autant que des barrières d'âge. N'oublions pas en effet que pour une infirmité identique, je peux relever d'un accident de travail, d'un régime d'invalidité, d'un régime de handicap, ou d'un régime de dépendance des personnes âgées.

Le tout doit pouvoir se combiner le cas échéant avec des indemnités venant de compagnies d'assurance, si j'ai pu mettre un tiers en cause en raison de l'origine de mon infirmité compensable. Nous nous excitons beaucoup et moi la première, sur les barrières d'âge. En regardant le contenu de mon ordinateur, je me suis aperçue que j'avais commencé à pousser des hurlements entre les problématiques personnes âgées et celles du handicap, en 1990. Je suis probablement en retard sur certains, d'autres ayant déjà dû en parler avant.

Je pense que l'abord individualisé dépend évidemment beaucoup de l'état de la personne, de l'étiologie de ses infirmités, de l'âge du sujet, de son histoire, de son environnement matériel, de son environnement affectif, de son environnement culturel.

Cela n'est pas tout à fait par hasard si l'on constate, par exemple, que la maladie d'Alzheimer qui a l'air de frapper tout le monde, frappe apparemment un tout petit peu moins les gens ayant eu une activité intellectuelle intense depuis leur adolescence ! Donc un environnement culturel beaucoup plus favorable que celui d'autres personnes, d'autres groupes sociaux.

Tout ceci est évidemment tout à fait important, mais il n'empêche qu'actuellement, c'est traité, si j'ose dire, du point de vue administratif et financier

- à partir des barrières d'âge enfant-adulte / adulte-personne âgée,

- à partir des barrières statutaires : travail ou non avant, arrêt de travail, dispense de travail car

retraité après une carrière complète, etc.

Nous avons donc des quantités de systèmes de séparation non encore réglés.

Nous avons des problèmes d'organisation physique et d'organisation fonctionnelle, notamment des SIVA et des CLIC, mais d'autres structures aussi. Je vous ai beaucoup entendu parler de lieux. J'ai eu du mal à comprendre quand vous me parliez de lieux en terme de système d'organisation et de lieux en terme d'organisations géotopographiques.

Le même lieu peut-il être un lieu décentralisé avec une organisation dépendant d'une structure cohérente mais déclinée dans plusieurs endroits ? Est-ce un lieu ayant à la fois la compétence de la structure ou de la localisation physique ?

Cette notion de lieu rejoint quelque part la notion de guichet unique. Elle n'est pas toujours facile. Le guichet unique est peut-être un système unique. De même que les uns et les autres nous ne sommes pas encore très au clair —et ce n'est pas du tout spécial vieux ou spécial handicap— sur ce qui correspond à un contact direct : je te vois avec ou sans hygiaphone, qui a une fonction liaison et séparation importante, ou je te vois par un téléphone ou par internet. Actuellement nous utilisons les 3 et, par-dessus le marché, la bonne vieille poste. Qu'est-ce qui est le plus pratique, le plus utilisé ?

Madame BONY marquait une certaine fierté, avec raison, lorsqu'elle disait que le site sur les CLIC est un des sites informatiques le plus visité du Ministère. Cela veut dire que l'information est en train de passer par là et que c'est un des guichets par lesquels on peut recevoir de l'information.

Nous avons toute la problématique de la réponse aux besoins individuels ranimée par la querelle ou la discussion sur les outils. Avant l'invention d'AGGIR, même au moment où l'on travaillait sur le guide-barème, il y a une douzaine d'années sinon plus, j'étais toujours très effrayée en me disant que nous cherchons toujours à avoir un outil. On est en train de chercher le couteau suisse du handicap. Je suis désolée, il n'y a pas de couteau suisse du handicap.

Avant-hier, je recevais le dossier d'évaluation d'une personne de quarante et quelques années, présentement dans un foyer d'accueil médicalisé, dont on se demandait ce qu'elle allait devenir. C'était un rapport à la fois médical, social, psychologique, fonctionnel, ergothérapeutique, sur la personne en question, pour essayer d'évaluer son devenir, dans l'institution où elle se trouve ou en sortant.

Je pense que les rédacteurs de ce dossier se sont servis de plusieurs outils formalisant les questions qu'ils se posaient, à partir desquelles ils ont rédigé leur rapport. Mais il est bien évident que ce rapport est à la fois multifonctionnel, multidisciplinaire. Il a été fait par des gens appartenant à des fonctions différentes, à des métiers différents. C'est la synthèse de ces divers outils qui peut servir à évaluer le projet qui sera proposé à cette personne en situation de handicap.

Nous avons la même problématique si j'ai une personne en situation de handicap de 6 mois, de 6 ans, de 60 ans, ou de 95 ans. Ce rêve dont je n'ose dire s'il est technocratique, mais une espèce de rêve bizarre de l'outil miraculeux, de couteau suisse d'évaluation, me paraît d'autant plus dangereux que depuis la grille AGGIR, on a appris à mettre en forme de logiciel un certain nombre d'outils d'évaluation. Cela me paraît quand même un peu réducteur. Il faudra que l'on fasse très très attention, quel que soit l'âge de la personne en cause, pour ne pas être complètement ficelé par ces instruments qui ne sont que des facilitateurs.

J'ai compris que RESO 3 était un réseau qui concernait le troisième âge. J'espère que non. Information, coordination et prévention ? Oui d'accord !

Je crois que cette pluridimensionnalité —si je peux oser un barbarisme pareil— est quelque chose de tout à fait important si nous voulons avancer. Mais finalement, dans toute la problématique qui nous intéresse, ce qui est le plus compliqué et le plus difficile à faire bouger ce sont les attitudes et les habitudes.

Il y a quelques mois, lorsque Monsieur JAMET et Monsieur BRILLET ont entendu un petit groupe de travail qui militait pour que soient fusionnées les réglementations relatives au handicap et aux personnes âgées dépendantes, ils ont répondu à leurs interlocuteurs qu'ils avaient entendu —et c'est vrai, je l'ai entendu moi-même— que les associations de personnes handicapées étaient très très réticentes à absorber la problématique de la vieillesse, et que de leur côté, il semblait que les personnes âgées étaient très réticentes à absorber la problématique du handicap.

Moyennant quoi, le fait d'avoir 2 corps de réglementation depuis fort longtemps, comme on avait 2 bureaux regroupés pendant des années dans la même sous-direction de la même direction, mais qui communiquaient presque moins qu'ils ne communiquent depuis qu'ils appartiennent à 2 sous-directions différentes de la même direction, relève des mystères des administrations françaises.

Cette problématique bien posée par les représentants des personnes handicapées et par ceux représentant peut-être les personnes âgées, n'était pas une problématique idiote, dans la mesure où il ne s'agit absolument pas de personnes âgées. Les personnes âgées n'en n'ont rien à faire ! Ce sont des citoyens comme les autres qui comme besoins spécifiques ont probablement la problématique des retraites, encore que cela soit plus un problème d'emploi qu'un problème de retraites.

En dehors de cela, comme n'importe quel groupe distinct ou non, ils auront des problèmes de culture, de logement, de transports, de formation, de distractions, de tout ce qu'on veut.

Les personnes âgées dont il est question à propos de l'APA, de l'hébergement, de services d'aide et de soins à domicile, sont celles en situation de handicap. Nous sommes donc bien devant des personnes en situation de handicap durable. Si l'on se contentait de parler de personnes en situation de handicap, on serait dans une situation totalement inextricable parce que les uns et les autres, nous pouvons tous être en situation de handicap momentanée : on s'est tordu le pied, on est enceinte, on relève de maladie, on a un bébé dans les bras ou on sort de Carrefour avec un gros caddie. Cela dure une demi-heure, 9 mois ou 2 ans, mais ce ne sont pas des situations durables.

Les situations qui nous préoccupent et qui préoccupent les administrations, les politiques, les financeurs, et les professionnels de tout poil, sont les situations de handicap durable. Mais quels que soient leur origine, l'âge des personnes frappées, l'organisation des prises en charge, des accompagnements, des compensations..., nous sommes effectivement dans une problématique de droit à compensation dont je rappellerai quand même qu'il n'est pas nouveau. L'ACTP et la majoration de tierce personne ainsi que l'APA avec son nom complètement farfelu, ne sont pas autre chose que des préfigurations d'une compensation du handicap. On la retrouve également dans certains soins pris en charge par l'Assurance Maladie ainsi que dans le TIPS qui porte un autre nom maintenant, tout comme dans des quantités de dispositifs.

L'intérêt actuel est que l'on est en train de prendre le problème dans son ensemble et que l'on n'avait peut-être jamais aussi bien essayé de le faire. C'est parce que l'on s'y essaye que tout ce qui touche à l'information est absolument fondamental. Avant même le travail d'expertise, le travail d'information, aussi bien pour les SIVA que les CLIC, est un travail tout à fait essentiel. C'est pour cela que je le mets avant l'expertise, avant la proposition ou

l'organisation.

Ce travail d'information bien fait et bien argumenté sur une expertise permettra en effet à la personne en situation de handicap —ou aux personnes qui s'en occupent lorsqu'elle n'est pas capable elle-même d'apprécier ce qu'on va lui proposer— d'exercer sa liberté et donc de rester un citoyen.

(Discussion)

Michel PAQUET : Votre hauteur nous permet de voir un peu plus loin, madame Laroque. Un point m'a un peu surpris. Vous parlez de "couteau suisse du handicap", en pensant que des gens sont en train de sauter en l'air en cherchant à aboutir à un outil commun d'évaluation. Ce n'est pas exactement cela. Des gens voudraient qu'il y ait en ce moment une sorte de protocole commun et qu'on laisse ensuite au choix des professionnels le souci de tirer tel ou tel outil d'évaluation.

Geneviève LAROQUE : Je crois que l'on a confondu outil, méthode, technique, grille et barème. Si l'on cherche une méthode, il faut la formaliser ; autrement, n'importe qui fera n'importe quoi. On n'aura plus de cohérence ni de possibilités d'appréciation à peu près communes. C'est tout à fait important.

Ma situation est exceptionnelle, ta situation est exceptionnelle, mais nos deux situations doivent pouvoir être évaluées de la même façon pour que la réponse puisse être cohérente. La réponse sera évidemment personnelle mais dans le cadre d'ouverture de droits qui doivent être organisés. Autrement, on arrive à une espèce de discrétionnaire redoutable. Nous avons d'ailleurs été très très embarrassés sur cela pendant longtemps. C'est pour cela que depuis des années, on cherche l'outil idéal. Ce n'est pas du caprice mais on veut essayer de combiner l'adaptation à la personne et le respect d'une cohérence, d'une égalité.

(Débat conclusif avec la salle)

Michel PAQUET : Le temps passe, je propose que nous concluons par un court débat.

Un coordinateur du Dispositif pour la Vie Autonome en Deux-Sèvres : Vis-à-vis des relations SIVA-CLIC, j'ai dû mal comprendre les projectifs ou mal lu les documents, j'ai cru comprendre, en tout cas, qu'un CLIC de niveau III était une structure qui pouvait proposer une évaluation pluridisciplinaire de la situation d'une personne, pour, à partir de là, pouvoir développer un plan d'aide et aider à sa mise en oeuvre.

Dans 2 exemples, j'entends que les CLIC ne travaillent que sur une partie du plan d'aide puisqu'ils font appel aux SIVA pour l'autre partie. J'ai du mal à retrouver la globalité de l'évaluation et celle de la prise en charge dans cette approche.

Dans mon modèle que nous n'appliquons pas chez nous faute de CLIC qui fonctionnent, j'espérais qu'un CLIC niveau III serait tout simplement une ETEL sur un territoire de pays. Sur le champ de la personne âgée, car c'est sa mission actuelle, elle allait pouvoir apporter la réponse complète sur toute la problématique de la personne âgée. Je ne comprends pas l'intérêt de recomplexifier le système, hormis sur des logiques d'économie de personnel bien entendu. Mais pour la personne, j'ai du mal à m'y retrouver.

Docteur RICHTER : Pour répondre sur le label III, cette coordination doit être effectivement globale. Elle doit être médico-sociale et complète. Je ne sais pas comment fonctionnent les autres CLIC de label III, mais chez nous, on fait une évaluation complète, globale.

Je voulais rajouter quelque chose sur la multiplicité des évaluations. Je suis médecin gériatre et généraliste. Ce qui me frappe toujours est que, quand je fais appel au CLIC où à une autre structure, chacune veut l'évaluer. On parle de guichet unique, mais maintenant, j'ai un guichet unique CLIC, un guichet unique SIVA, un autre CRAM, DDASS, pleins de guichets uniques. La pauvre personne âgée qui se retrouve face à tous ces guichets uniques ne sait finalement plus très bien à quel saint se vouer.

Le CLIC label III est pour moi une des solutions de coordination complète qui fait que, quand

on a besoin du SIVA, on s'adresse à la personne qu'il faut et pareil pour une autre structure. La personne âgée elle, va à un seul guichet unique.

Cyrille BALAA : Je voudrais compléter. Le CLIC se base sur l'existant. Une personne âgée a déjà un parcours. Si un bilan gériatrique a été fait en hôpital de jour, que cette personne nécessite une augmentation des heures d'aide à domicile ou qu'elle ait un besoin en accueil de jour, tout cela ne se fait pas au même endroit avec les mêmes équipes. La notion de guichet unique est que, comme vient de le rappeler le Docteur RICHTER, la personne âgée ou handicapée se retrouve face à une seule personne qui l'amène à obtenir et à rencontrer les équipes qui vont s'occuper d'elle. Le SIVA fait partie de ces équipes.

Sur une même situation, une personne est passée par RESO 3 mais a besoin d'un service d'aide à domicile ou de soins. Elle va en accueil de jour qu'on va lui trouver. Nous monterons les dossiers nécessaires pour le financement de tout cela et il y aura en plus l'amélioration d'habitat.

C'est concret mais ce n'est pas forcément la même équipe.

Martine SAVRY : Par rapport aux évaluations, vous avez évidemment raison. Il ne s'agit pas de faire 2 évaluations différentes. Dans certains cas, les CLIC sont tout à fait habilités à faire des évaluations financées ensuite par le SIVA. Cela existe. Faire une évaluation pour des barres d'appui ne demande pas une spécificité particulière. Par contre, des évaluations demandent des complémentarités que peut apporter une ETEL. Dans ce cadre, il y a des complémentarités. Je n'ai pas dit qu'il s'agissait de faire 2 évaluations.

Nicole HERON, Chargée de mission pour le SIVA en Sarthe : Nous avons mis en place à titre expérimental une délocalisation du SIVA au sein d'un CLIC une fois par mois. Le SIVA se déplace au CLIC, par le biais d'une Convention, pour être plus proche du terrain. La première permanence à lieu lundi prochain 20 juin 2004. Je vais me rendre au sein d'un CLIC. Tout simplement, nous avons instauré une fiche de liaison. Lorsque le CLIC repère un besoin de la compétence du SIVA, il nous l'adresse. Nous intervenons pour une période donnée dans le cadre de l'évaluation et de la préconisation du financement. Lorsque l'on a terminé, on se retire et le CLIC continue son accompagnement. La personne identifie bien les intervenants et il n'y a pas de "Ce n'est pas moi mais l'autre". La prise en charge est bien globale.

Une ergothérapeute dans un CLIC dans l'Aisne : L'Aisne, c'est un monde où il n'y a pas de grandes villes. Au niveau des ETEL, il y a peu de structures. Nous travaillons avec le SIVA. Quand il y a une demande dans mon secteur, je vais faire l'évaluation, le suivi du dossier du début à la fin. Je vais donner mon opinion, non en tant qu'EDEL, mais en tant qu'avis d'ergothérapeute. Il y a donc tout un suivi du début à la fin avec des CLIC.

Ergothérapeute au CHU d'Amiens, membre d'une ETEL : Je pense que les ETEL qui appartiennent au milieu hospitalier ou aux centres de rééducation fonctionnelle, ont le privilège de bien connaître la pathologie et de pouvoir aussi évaluer la progression de celle-ci si elle est chronique et évolutive. Je voudrais connaître l'avenir des ETEL avec l'ouverture des Maisons du Handicap en 2005. Vous avez parlé de salariés : comment va-t-on s'inscrire dans une telle organisation ?

Jean-Pierre BOURELY : Nous allons faire le lien entre ce que disait Martine SAVRY sur la façon dont les SIVA ont capitalisé le partenariat notamment financier. Elle a raison de dire qu'il ne faut pas perdre cette culture de travail en commun pour une approche globale sans redondances ni trous dans l'aide à la personne. Le lien se fait avec la façon dont on a capitalisé l'ensemble de l'expertise qui couvre tout le spectre des déficiences.

Les équipes pluridisciplinaires seront incluses dans les Maisons Départementales du

Handicap, comme gage de leur indépendance. Encore une fois, les ETEL telles qu'elles ont été labellisées sont bien sûr inégales mais elles répondent en tout cas à un cahier des charges.

Là où il y a problème est qu'elles représentent à la fois une population de leur association, elles évaluent et peuvent être le cas échéant des prestataires. *Cette confusion des genres n'est pas souhaitable à maintenir. Il sera fait appel aux équipes pluridisciplinaires de la Maison Départementale.*

Ceci étant, il y aura un volume important de la demande car l'offre fait cette demande. La lisibilité va aider à cela. Dans la perspective de la suppression des barrières d'âge, les effectifs cibles éligibles à la prestation de compensation, sans considération d'âge, vont aussi augmenter. Je crois que par le biais du conventionnement, il sera fait appel à des expertises extérieures pour compléter le travail des équipes pluridisciplinaires. Ceci est le principe.

Puisque l'on parlait de l'évaluation CLIC-SIVA sur l'habitat, on peut imaginer que l'on ait besoin de la technicité des experts du bâtiment pour compléter l'expertise des équipes pluridisciplinaires. Au-delà, je ne peux rien dire car cela sera un travail de réflexion et de contacts avec l'ensemble des parties partenaires. Je ne peux pas configurer au jour d'aujourd'hui la manière dont ces équipes pluridisciplinaires seront formalisées. Mais les principes évoqués seront des éléments structurants pour la réflexion.

Un représentant du service des personnes handicapées du Conseil Général du Val-de-Marne : Je m'interrogeais sur les possibilités de conjuguer les approches territoriales des CLIC et des SIVA, avec des CLIC qui obéissent à une territorialisation et à un maillage bien particulier et des SIVA qui ont aussi un maillage particulier lié aux ETEL qu'elles ont labellisées. Pour beaucoup d'entre elles, il s'agit de travailler avec leur propre population ou à l'échelle d'un territoire très réduit. Les SIVA ne s'étant pas ouvert au même moment dans chaque département, nous n'avons pas le même réseau. Tous les départements n'ont pas forcément pu ou voulu organiser un financement de ces équipes.

Comment les CLIC peuvent-ils s'appuyer sur des ETEL qui n'existent pas forcément sur leur territoire ?

Je m'interrogeais également sur l'apparition des Maisons Départementales des Personnes Handicapées, dont pour l'instant une annexe serait dans chaque CCAS. Les territorialisations de chaque structure ne se recoupent pas nécessairement et plusieurs acteurs peuvent être appelés à travailler sur un même problème.

(Nombreuses demandes de prise de parole)

Michel PAQUET : Je synthétise et j'entends votre question de la manière suivante, monsieur : comment des structures venant d'horizons, de cultures, de systèmes financiers différents, ayant acquis des tailles différentes, ainsi que des analyses différentes, peuvent-elles aujourd'hui travailler ensemble ? C'est la vraie question posée ! Au début de la table ronde, nous rappelions tous que nous sommes bien dans un contexte sociétal, réglementaire et législatif qui bouge, qui brasse tout cela. Cela fait peut-être que votre question légitime sera formulée et posée autrement d'ici quelque temps. C'est tout au moins ma certitude personnelle. Peut-être que monsieur BOURELY pourrait alors répondre sur un plan général ?

Jean-Pierre BOURELY : Il y a d'abord 2 considérants. De toute façon, le champ de l'action sociale, sanitaire, médico-sociale, dans ce pays est à penser de façon complexe, compte tenu de la multiplicité des intervenants, des décideurs et des financeurs. La problématique des réseaux, des points de cohérence dans le champ de l'action sociale et même sanitaire traverse ces champs. Nous sommes à la recherche de complémentarités, d'optimisation des moyens et des acteurs, pour qu'à ressources égales, nous obtenions une plus-value dans la réponse aux

besoins des personnes en matière de soins ou de services. Ce sujet est fondamental et l'on n'échappera pas à cette complexité et à la nécessité de créer des points de cohérence au plus près des populations pour être plus efficaces.

Au sein du champ du handicap dont il s'agit avec la loi, on répond à cet enjeu. Lorsque vous agrégez les fonctions et les missions des CDES, COTOREP et SIVA, vous ne multipliez pas la complexité mais vous la simplifiez en tout cas, en perspective. Je suis prudent car nous sommes entre la première et la deuxième lecture.

Avec les personnes âgées, Annick BONY disait très bien que l'on converge vers une complémentarité, une coordination, voire une fusion pour certains domaines. Quand les services polyvalents prendront indistinctement les plus ou moins de 60 ans, pour du soin et de l'accompagnement social, ce sera un point de cohérence qui changera sensiblement la manière de travailler, à la fois les partenariats et les territoires.

Quand vous avez la CNSA, un même jour de solidarité, plus une taxe additionnelle qui financent ces deux publics, c'est aussi un facteur de convergence. Selon ce que dira la loi en matière de responsabilités de la future maison du handicap, d'autres éléments faciliteront aussi ces points de convergence.

Nous ne sommes donc pas dans un contexte de complexification mais plutôt de simplification avec ce projet de loi.

De plus, les articulations dont nous avons parlé tout au long de cette table ronde s'initient déjà, en amont au niveau du lieu de rencontre, du guichet de proximité. C'est un problème du système d'information et de parcours. Ce peuvent être les CLIC, CCAS, CAF, CPAM, peu importe le lieu d'entrée. La question est ensuite celle de l'organisation, du cheminement, du circuit, ainsi que celle du rôle spécifique du SIVA, demain la Maison Départementale.

En matière d'évaluation, si - au-delà du débat complexe et loin d'être achevé sur les outils d'évaluation - des équipes ont cette même approche, cette même démarche pluridisciplinaire dans l'aide à domicile, en évaluant globalement les besoins de la personne, en faisant un plan d'aide individualisé et en étant au passage labellisées..., peu importe les origines ! L'essentiel est qu'il y ait une labélisation et que la préconisation soit ainsi labellisée.

En aval, si on a trouvé des financeurs personnes âgées et personnes handicapées, le combat devient le même. On obtient une masse critique et on finance tout public dès lors que le besoin est éligible. Le réseau et le savoir-faire des CLIC au niveau de la coordination et de l'offre de services et de soins peuvent alors être utile en aval de l'installation et de la compensation.

Grosso modo, nous avons des complémentarités qui, sur le terrain, comme certains l'ont largement démontré, prennent corps et vont nous permettre d'être globalement plus efficaces et aussi plus simples.

Docteur RICHTER : Je voulais simplement rappeler ici que nous sommes au chevet des personnes âgées ou des personnes handicapées. Nous aurons beau faire des grilles d'évaluation, des guichets uniques : Messieurs les politiques, il faut intervenir rapidement car aujourd'hui nous avons 500 000 déments et nous en aurons un million en 2010 ! Qu'il soit âgé ou jeune, le handicap sera à prendre en charge très vite, et aujourd'hui sur le terrain nous sommes en plein déficit. Merci.

Représentante du Conseil Général de la Guadeloupe : Nous avons un service un peu similaire à celui de Madame SAVRY. La Guadeloupe a créé une Mission Départementale Handicapés en 1999, lieu d'information et de ressources pour les personnes handicapées de tout ce qui existe sur le département.

Il est vrai que, parallèlement, il y a un SIVA. Nous n'avons pas eu comme vous le site intégré à la mission comme nous l'avions proposé à l'époque. Cela crée des dysfonctionnements alors que nous voulons lutter contre le parcours du combattant. Les personnes handicapées sont quand même perdues par rapport à un référent.

Tout le monde se réclame d'un guichet unique, mais je pense que le terme ne me convient pas. Les SIVA seraient un guichet unique de financement de compensation du handicap tout au plus, mais pas un guichet unique. A mon sens, les difficultés que rencontre une personne handicapée, touchent beaucoup d'aspects : transport, vie quotidienne. Dans ces services, y compris le mien, la Mission, on ne peut pas parler de guichet unique car tous ces dossiers ne peuvent être faits au même endroit, ce qui serait la mission d'un guichet unique.

S'agissant de la question du rapprochement des SIVA et des CLIC, en Guadeloupe, il n'y a qu'un seul CLIC et pour le moment, il n'y a pas de lien entre le SIVA et le CLIC. Par contre, contrairement à ce que j'ai entendu, le SIVA n'intervient pas après l'âge de 60 ans sur la Guadeloupe. La seule équipe d'évaluation n'intervient donc pas après 60 ans, ce qui fait vraiment une nette coupure.

Nicole (?) : A entendre parler des multiples évaluations, je voulais rappeler que, dans le Comité Scientifique, il est surtout ressorti la notion de démarche d'évaluation multidimensionnelle, et dans cette démarche, l'évaluation principale et essentielle à prendre en compte est celle de la situation par la personne elle-même.

D'où tout l'intérêt de travailler non pas sur un outil, mais véritablement une démarche respectueuse des personnes, qu'à tout moment des éléments de vie soient pris en compte et toujours mis en avant pour s'arracher des évaluations et des expertises techniques.