

AFM - Audition publique

Mardi 27 mars 2007

- Hubert Georges, FENCICAT. Ce qui m'intéresse bien dans les propos, c'est la dimension du temps, la dimension de l'accompagnement. Ce qui veut dire qu'une préconisation, un conseil, une information prend du temps. On s'est posé la question de l'évaluation, comment elle pouvait être faite, dans quel cadre, et de dire que cela peut être fait sous la forme d'une prestation, comme certaines MDPH veulent le faire, on a tous compris que ce n'était pas possible. Il faut y consacrer du temps, et c'est l'équipe pluridisciplinaire qui donne ce temps.

Je n'ai pas de question. L'évaluation prend du temps, elle ne peut pas se faire sous la forme d'une prestation courte comme c'est le cas actuellement, voulu par les financeurs.

- Priorité aux témoignages.

- Pour nous, l'évaluation se fait dans un cadre très spécifique qui est l'hôpital de jour de rééducation. Nous avons l'évaluation médicale, ergothérapique, kinésithérapeutique, etc. L'hôpital de jour peut être privilégié pour ce type d'évaluation.

- Si l'évolution dans la dégénérescence avance rapidement et qu'on compare les délais avec les MDPH, j'invite les kinésithérapeutes à courir plus vite pour rattraper le temps. Il faut passer un permis pour obtenir un fauteuil roulant, c'est une bonne chose, encore faut-il savoir qu'un permis de conduire de voiture doit être modifié en préfecture, ce qui n'empêche pas au vendeur d'adaptation de véhicule d'adapter votre véhicule sans passer par la préfecture. Il faut demander aux adaptateurs de véhicules d'obliger les usagers de passer à la préfecture.

- Je suis évaluateur à domicile pour le conseil général de Loire Atlantique. Je vais évaluer des personnes dans le cadre de l'APA et de la PCH. Je passe en moyenne une à deux heures pour faire une évaluation et rendre mes conclusions. L'écriture des conclusions n'est pas comprise dans les heures que je viens de dire.

Pour faire cette évaluation, c'est très ciblé, je ne sais que l'évaluation des besoins en aides humaines, mais pas techniques. Je n'ai pas de retour sur les aides techniques. Mais j'entretiens des relations avec les gens chez qui je vais. De ma formation, je suis en empathie en général, donc j'arrive à comprendre des choses et entendre des questions qui n'ont jamais été posées ailleurs.

Depuis ce matin, il y a l'expression de la demande, l'évaluation de la demande et maintenant la réponse à la demande. Il me semble qu'on assiste à la naissance d'un nouveau métier et que personne ne le dit. Je le propose : il va falloir créer un métier d'accompagnateur de projet ou d'accompagnateur de personne, j'allais dire un accoucheur de projet de vie qui puisse aider les personnes en difficulté à exprimer

correctement leur projet de vie, parce qu'on a toujours un projet de vie ; et qu'à partir de ce projet de vie établi on puisse avoir des préconisations.

S'il n'y a pas un fil conducteur ou une personne qui centralise toutes ces idées-là et qui suive la personne au cours de sa vie, on pourra faire toutes les approches professionnelles, on n'arrivera pas à avoir une globalité.

Ma proposition serait : il me semble important que les écoles de formation, les IUFM, réfléchissent à la nécessaire coordination de l'ensemble de toutes ces professions, peut-être au sein d'une profession qui serait chargée de suivre cette action.

- Merci.

- Ergothérapeute dans un SAMSA.

Je suis d'accord avec le principe du professionnel qui accompagne la personne jusqu'au bout. Je rejoins aussi la question de l'évaluation en binôme et de la continuité ensuite.

- Si on veut être juste, le micro doit revenir à droite.

- Je ne suis pas sûr qu'il faille inventer une nouvelle profession, en tout cas c'est mon avis. On peut tous autant qu'on est travailler ensemble. Après cela peut être un référent parmi les professionnels qui suivent la personne. Je pense qu'on peut travailler ensemble. Je pense qu'on a intérêt à travailler en réseau, à se connaître. Il y a beaucoup de choses qui existent sur le terrain, il est important que l'information circule.

Deuxième remarque, pour les fauteuils roulants, mon expérience en maison de retraite : les fauteuils roulants sont beaucoup trop utilisés. C'est une population qu'on n'a pas beaucoup abordé, les personnes âgées, pour l'instant. Beaucoup de personnes en maison de retraite des personnes âgées sont en fauteuil roulant alors qu'elles peuvent marcher parce que c'est plus facile.

- M. Berton : je souhaite reprendre transversalement les trois interventions par rapport l'évaluation au temps, et vous lire une citation d'une personne, Julia Kristeva, psychanalyste, écrivain, qui dit que des difficultés résident dans l'abîme qui sépare le monde des personnes handicapées et le monde des valides.

- Un membre de la commission d'audition va prendre le micro prioritairement.

- Sophie Massy. Je crois que je préfère intervenir comme usager.

J'ai beaucoup entendu parler de temps, de binôme, mais je crois et crains qu'on risque d'arriver à quelque chose de très uniformisé avec beaucoup de temps pour tout le monde.

Une fois qu'on vous a expliqué où doit arriver la canne blanche pour qu'elle soit efficace, on n'a pas besoin de binôme pour acheter une canne blanche. C'est plié en deux secondes. Il ne faut pas... C'est très important de prendre du temps pour les gens qui ont besoin de temps, on est d'accord, mais il y a peut-être des gens qui ont besoin moins de temps et il y a peut-être moyen de faire des vases communicants.

Quelqu'un qui a déjà eu une canne blanche sait ce qu'il lui faut.

La citation qu'on vient de nous lire, moi, les mondes de personnes handicapées d'un côté, et le monde des valides de l'autre me donnent des pustules. Elle ne connaît pas grand-chose, Julia Kristeva. On parle tous de participation sociale. De quoi on parle ? De participation sociale à une société commune ou l'inverse ?

- J'aimerais revenir à la question de démarrage, sur le cadre, certains aspects ne peuvent se voir qu'au domicile, éventuellement d'ailleurs, cela peut suffire. D'autres ont besoin d'outils que seuls les centres de ressources peuvent avoir, qui permettent des évaluations comparatives pointues.

J'aimerais revenir à ce qui s'est passé hier, on a vu des travaux canadiens sur l'articulation des fauteuils roulants, une approche très centrée sur l'utilisateur, aussi bien orthopédique, fonctionnelle, sociale, que je trouvais intéressante, remettant les acteurs à leur place. Est-ce quelque chose de réalisable en France ?

- C'est réalisé dans quelques centres en France. Il y a quelques cliniques de positionnement, à Toulouse, au Mans, je crois.

On cherche à mettre cela en place en Ile-de-France. Il faut des gens compétents pour cela, une consultation pluridisciplinaire avec un médecin, un ergothérapeute, le patient, et bien sûr le vendeur qui fera l'adaptation, le montage. C'est souhaitable, c'est ce qu'on souhaite mettre en place avec l'AFM dans l'année qui vient.

- Nadine Claugue, ergothérapeute de la commission.

En ce qui concerne le centre ressources, dans la pratique il y a peu d'endroits où on peut disposer de comparatifs de fauteuils roulants. Ce n'est pas facile d'aller avec un demandeur à Paris, à Strasbourg.

En ce qui concerne l'abandon de l'aide technique, je ne crois pas que cela vienne toujours d'un défaut d'évaluation. Je pense que beaucoup de sorties se font avec un kit retour à domicile, sortie d'hôpital, et qu'il est beaucoup plus difficile de prescrire un kit que d'évaluer personnellement les besoins de la personne.

- Perrine Charter, ergothérapeute au Pact Arim.

Sur le lieu de l'évaluation, nous, nous ne faisons que du domicile. C'est important, car c'est justement dans ce lieu que nous pouvons repérer au mieux les situations de handicap créées par les obstacles architecturaux. C'est ainsi que nous pourrions conseiller au mieux la personne sur l'aménagement.

Il est très important de travailler, que ce soit en binôme, en réseau, mais en interdisciplinarité, c'est important, et non pas d'inventer de nouvelles professions.