



Exporter en PDF

Imprimer cette page

Circulaire DAS-RV 2 n° 2000-310 du 6 juin 2000 relative aux centres locaux d'information et de coordination (CLIC). Expérimentation en 2000 et programmation pluriannuelle 2001-2005

06/06/2000

Date d'application : immédiate.

Pièces jointes :

4 annexes ;

Liste des 25 sites expérimentaux retenus pour l'année 2000 ;

Cahier des charges sommaire ;

Note sur la coordination gérontologique : évolution et enjeux ;

Fiche questionnaire de présentation des CLIC.

La ministre de l'emploi et de la solidarité à Madame et Messieurs les préfets de région (directions régionales des affaires sanitaires et sociales [pour mise en oeuvre]) ; Mesdames et Messieurs les préfets de département (directions départementales des affaires sanitaires et sociales [pour mise en oeuvre])

La clôture des travaux de l'année internationale des personnes âgées (AIPA) en France a été l'occasion d'affirmer le soutien à domicile comme l'axe prioritaire de la politique en direction des personnes âgées, de souligner la nécessité d'en repenser les moyens et de concourir à leur mise en cohérence au travers de la création d'un réseau de coordination gérontologique organisant le maillage du territoire national à partir des échelons de proximité.

Rester à son domicile aussi longtemps qu'elle le souhaite et qu'elle le peut est un droit qui doit être garanti à toute personne âgée. Il implique une approche globale et personnalisée de son besoin d'aide et des évolutions que nécessite son environnement. Le maintien à domicile passe, bien sûr, par la coordination des aides, des services et des soins mais il doit tendre tout autant à la préservation de la qualité de vie, indissociable du maintien du lien social et des échanges avec la « cité », au-delà du domicile strictement délimité, pour continuer

précisément à se sentir « chez soi ». Les centres locaux d'information et de coordination (CLIC) ont une vocation pluridisciplinaire qui prend en compte tous les aspects de la vie quotidienne des personnes âgées, qu'ils touchent aux soins, à l'accompagnement de la personne, à la qualité et au confort d'usage du cadre bâti (environnement/habitat) mais aussi à la vie sociale, culturelle et citoyenne.

Lors de sa déclaration sur l'avenir des retraites le 21 mars dernier, le Premier ministre a confirmé cette orientation, tout en en précisant la dimension stratégique par l'annonce d'un plan pluriannuel de création d'un millier de CLIC pour couvrir l'ensemble du territoire à un horizon de cinq ans.

Il s'agit par conséquent d'un dispositif à double détente, reposant sur une démarche pragmatique : une phase d'expérimentation et d'observation en 2000 - à partir de 25 sites pilotes recevant un financement ou un co-financement de l'assurance maladie - débouchant sur une phase directement opérationnelle, dès 2001 et sur cinq ans - à raison d'environ 200 CLIC nouveaux par an, avec un financement de l'Etat inscrit en loi de finances - pour structurer un véritable réseau national articulé sur les bassins de vie et correspondant à une organisation cohérente du territoire local et départemental.

La présente circulaire - dont l'annexe 3 revient sur les enjeux de la coordination - détaille les modalités de la campagne engagée cette année et fixe la dynamique pour les années suivantes dans un contexte de réforme de la prise en charge des personnes âgées dépendantes, à domicile comme en établissement.

I. - LE CONTEXTE ET LA DÉMARCHE DE COORDINATION

De nombreux éléments existent. Certaines coordinations sont connues et se sont pérennisées après avoir été sélectionnées dans le cadre des appels d'offres lancés notamment par la Fondation de France dans les années 1980 et plus récemment par la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAVTS) à partir de 1993. Les schémas gérontologiques intègrent désormais les notions de « territoire », de « bassin de vie » et de « secteur » pour appréhender les besoins en équipements et services. D'autres coordinations fonctionnent de façon plus empirique, moins structurée, sans modèle de référence.

Il est possible d'aller plus loin, d'amalgamer les expériences diverses en développant une démarche de coordination gérontologique consistant à créer des lieux regroupant l'ensemble des réponses disponibles dans les domaines social, sanitaire et dans celui de l'habitat : les CLIC. Dès à présent, il est possible d'esquisser ce que pourraient être ces lieux d'information et d'intervention coordonnée.

1.1. Le cahier des charges sommaire pour la réalisation d'un « CLIC » (annexe 2)

Fixe un cadre de référence mais cette nécessaire formalisation doit proposer une approche pluraliste des formes d'organisation et de fonctionnement des coordinations tant les situations concrètes sont riches de diversité. Les CLIC doivent contribuer à la mise en cohérence des dispositifs existants et non les réinventer ou s'y substituer : ici, ils accueilleront le point retraite de la CRAM ; ailleurs, le service social de la CRAM pourra constituer le point d'ancrage d'un CLIC.

1.2. L'objectif est d'accueillir sous le label « CLIC » la diversité des situations et des choix organisationnels existants

Modèle « guichet unique » qui rassemble en un lieu unique l'ensemble des missions ou modèle « à têtes de réseau » qui repose sur des professionnels dont la mission de coordination s'ajoute à leur mission principale, moyennant certains éléments constitutifs intangibles, pour donner cohérence à la mise en place d'un réseau national, connu des usagers, bien identifié, faisant l'objet, à terme, d'un répertoire national décliné par département.

La réussite d'un projet de coordination nécessite, en effet :

- la délimitation d'un territoire, un local identifiable, une pérennité des moyens ;
- des outils communs : dossier unique, cahier de liaison, grille d'évaluation, rencontres régulières entre les intervenants ;
- un partenariat : expérience et volonté de travail en commun concrétisées par un comité de pilotage qui rassemble toutes les parties prenantes.

1.3. La coordination doit s'attacher à résoudre les situations complexes et/ou urgentes dans une logique d'intervention de proximité

Le développement d'activités de prévention et d'accompagnement de la perte d'autonomie, l'apparition et l'aggravation de la dépendance - au stade du risque comme à celui de son expression pathologique - appellent une organisation cohérente : une coordination. Elle n'a pas forcément vocation à traiter toutes les situations. En tout état de cause, avant même l'octroi d'une prestation, ce qui fait défaut actuellement c'est un lieu de proximité, facilement repérable où exposer ses inquiétudes et obtenir des informations et des conseils appropriés ainsi que les aides correspondant à ses besoins.

Une coordination - ou un réseau - se caractérise par un ensemble plus ou moins vaste de missions, étant entendu qu'il revient à chaque projet de choisir de mettre en oeuvre tout ou partie de cet ensemble :

- information des personnes âgées et de leur famille ; des professionnels ; (sur les droits et démarches, sur les dispositifs et moyens existants en matière sociale, de santé, d'habitat...) ;
- orientation de la personne âgée dans un dispositif d'offre de prestations, sur la base d'une définition préalable des situations complexes ou urgentes qui sont du ressort de la coordination ;
- évaluation des besoins en tenant compte des désirs, des préférences, de l'environnement de la personne - ce qui justifie la visite d'évaluation au domicile - et élaboration d'un projet d'accompagnement et de soins par une équipe médico-sociale qui comprend au moins un médecin ;
- construction des rapports contractuels avec les personnes âgées et leur entourage afin de recueillir leur adhésion et de leur garantir des prestations sociales et médicales en relation avec les différentes formes institutionnelles d'accueil et d'hébergement ;
- mise en oeuvre du plan d'aide individualisé ;
- suivi et adaptation du plan d'aide individualisé ;
- formation et échange sur les pratiques, incluant l'aide aux aidants ;
- contribution à une mission d'observatoire avec l'objectif de rendre l'information accessible, homogène et ordonnée, de constituer des recueils de cas, d'en faire et d'en diffuser l'analyse.

II. - PHASE D'OBSERVATION : MISE EN PLACE DE 25 « CLIC » PILOTES EN 2000

2.1. Le scénario retenu pour l'année 2000 a consisté à désigner nationalement 25 sites pilotes, pré-fléchés, constituant un « observatoire »

A partir de leurs actions, il est ainsi prévu de concevoir un cahier des charges national plus élaboré et de définir un appel à projet détaillé. Ces documents devront être disponibles en janvier 2001 pour lancer, à cette date, un véritable appel d'offres et passer à la phase de labellisation et de financement à grande échelle que vient d'annoncer le Premier ministre. La version détaillée du cahier des charges constituera un référentiel et une grille d'analyse à la disposition des services déconcentrés pour les opérations de labellisation à intervenir.

Chacun des 25 sites a été destinataire d'un cahier des charges sommaire définissant les missions, les compétences et les éléments constitutifs d'un centre local d'information et de coordination.

Il a été invité à préciser à vos services les termes de son projet pour l'exercice 2000, notamment les actions qu'il entend développer spécifiquement : systèmes d'information, volet de l'aide aux aidants naturels, programme d'adaptation du logement, formation des intervenants professionnels et/ou familiaux, programme spécifique de prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et d'autres dégénérescences séniles, ou encore travail sur les modes d'accueil familial ou intermédiaire, etc. Chaque dossier devra être accompagné du budget prévisionnel 2000 et faire apparaître notamment le coût des actions dont le financement est demandé sur les crédits inscrits au titre de l'expérimentation des CLIC dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000.

Vous inciterez à la conduite d'actions particulières notamment en matière d'adaptation du logement, de modes d'accueil intermédiaires et d'aide aux aidants ou en fonction de besoins non couverts localement.

2.2. Une enveloppe de 12,5 MF est consacrée, au titre de l'assurance maladie, à l'expérimentation des 25 CLIC désignés sites pilotes en 2000

Les projets et les budgets correspondants, préalablement débattus et négociés avec vos services et pré-arbitrés, me seront communiqués sous le présent timbre, assortis de votre avis, d'ici au 30 juin prochain, pour validation définitive du volet financier dans le respect de l'enveloppe disponible.

Par destination, ces crédits sont réservés exclusivement à des dépenses de fonctionnement.

Vous vous assurerez que, quel que soit son statut juridique, chacun des centres expérimentaux, s'il n'en est pas lui-même gestionnaire, est adossé ou intégré à une structure susceptible de recevoir les financements de l'assurance maladie : hôpital local, SSIAD, maison de retraite médicalisée, ou CCAS gérant l'un de ces établissements ou services.

2.3. Constitution de groupes de travail interrégionaux

Afin de favoriser un véritable échange d'expériences, propice à une réflexion approfondie et à un travail concret sur le cahier des charges, afin d'organiser le suivi des actions et leur évaluation, un programme de réunions de travail interrégionales animées par la direction de l'action sociale (RVAS/RV 2) sera organisé dans les mois à venir, associant les promoteurs des sites pilotes et tous les partenaires concernés autour des DRASS et des DDASS participant à l'expérimentation. Le ministère du logement, la direction générale de l'urbanisme,

de l'habitat et de la construction (DGUHC) et les services habitat des directions départementales de l'équipement (DDE) concernées ainsi que les CRAM en seront parties prenantes et y participeront.

à Nantes : DRASS de Bretagne et des pays de Loire ; DDASS des Côtes-d'Armor, d'Ille-et-Vilaine, du Maine-et-Loire et du Morbihan ;

à Paris : DRASS de Bourgogne, du Centre, d'Île-de-France et du Nord - Pas-de-Calais ; DDASS du Nord, du Pas-de-Calais, de Côte-d'Or, du Loiret, de la Nièvre et de l'Essonne ;

à Nancy : DRASS d'Alsace, de France-Comté et de Lorraine ;

DDASS du Doubs, de la Meurthe-et-Moselle, de la Moselle, du Bas-Rhin et du Territoire de Belfort ;

à Lyon : DRASS d'Auvergne, du Limousin et de Rhône-Alpes ; DDASS de l'allier, de la Corrèze, de la Creuse, de l'Ardèche, de la Loire et du Rhône ;

à Montpellier : DRASS d'Aquitaine, de Languedoc-Roussillon, de Midi-Pyrénées et de Provence - Alpes - côte d'Azur ; DDASS des Bouches-du-Rhône, de l'Hérault, du Lot-et-Garonne et des Hautes-Pyrénées.

2.4. Calendrier

Mai/Juin 2000 : contact des 25 sites CLIC :

- identification des caractéristiques de chaque CLIC (fiche questionnaire annexe 4) par les DRASS/DDASS ;
- communication des dossiers-projets et des budgets correspondants par les CLIC.

Juin 2000 : négociation - validation des projets et des budgets avec les 25 CLIC :

- pré-arbitrage et avis DRASS/DDASS ;
- mise en place du calendrier des réunions interrégionales.

Juillet 2000 : validation définitive des projets et de leur volet financier par la direction de l'action sociale :

- notification des crédits ;
- tenue d'une première réunion interrégionale.

Septembre/octobre 2000 : réunions de travail interrégionales.

Novembre 2000 : bilan d'activité des 25 sites expérimentaux :

- validation du cahier des charges détaillé et de la procédure de labellisation des CLIC dans le cadre du plan pluriannuel 2001/2005 ;
- désignation d'un correspondant CLIC dans les DRASS/DDASS.

Décembre 2000 : publication du cahier des charges détaillé et de l'appel à projet pour la campagne de l'année 2001.

III. - LA PHASE OPÉRATIONNELLE : UN PLAN PLURIANNUEL 2001/2005 POUR LA CRÉATION D'UN RÉSEAU NATIONAL D'UN MILLIER DE CLIC

L'objectif est une extension rapide des CLIC de façon à disposer, au tournant de l'année 2005, d'un réseau national d'information et d'aide de proximité correctement implanté et clairement identifié par les usagers comme le « lieu-ressource » où l'information dont ont besoin les personnes âgées et leur entourage est disponible. Porter leur nombre à 1 000 au cours des cinq prochaines années implique la création/labellisation d'environ 200 structures nouvelles

par an. L'expérimentation menée au cours de l'année 2000 doit, également, s'accompagner d'une réflexion sur l'organisation du réseau des CLIC, sur sa structuration, ses différents échelons ainsi que sur les systèmes d'information dont il se dote. L'articulation, au plan départemental, des CLIC avec les dispositifs de coordination gérontologique existants devra également être réfléchi.

3.1. Une disposition stratégique et préalable : le découpage géographique

Une action cohérente sur le terrain implique sa mise en oeuvre sur un territoire délimité. La zone d'attraction du CLIC est définie au niveau infra-départemental : elle correspond au « bassin de vie » (canton, groupement de cantons et/ou territoire d'action intercommunale, ville, quartier...) et peut ne pas coïncider exactement avec les frontières départementales. Selon la configuration locale, le CLIC concernera ainsi une population de l'ordre de 7000 à 10 000 personnes âgées de 60 ans et plus en milieu rural ou d'habitat dispersé et de 15 000 en milieu urbain (la population de 60 ans et plus en 2005 est estimée à 12,6 millions de personnes).

Ce découpage géographique devra éviter d'accroître l'hétérogénéité des multiples sectorisations. Il devra également être arrêté en concertation avec les différents partenaires et notamment avec le conseil général et le CROSS pour être en cohérence avec les orientations du schéma gérontologique départemental. L'agglomération, le canton ou le regroupement de cantons seront le périmètre le plus fréquent d'une telle sectorisation en tenant compte des réalités de terrain et notamment des formes de coopération inter-communale en voie de développement rapide.

Si vous le jugez utile, vous avez toute latitude pour constituer, au niveau du département, un comité de liaison des CLIC.

3.2. Un cahier des charges détaillé résultera de l'observation des 25 sites expérimentaux et de l'évaluation de leurs actions

Il servira de base à un appel à projet annuel au niveau de chaque département et constituera une grille commune pour les opérations de labellisation confiées aux DDASS/DDE ou, le cas échéant, aux comités de liaison des CLIC précédemment évoqués, voire aux CROSS.

La délivrance du label CLIC vaudra reconnaissance du rôle fonctionnel de la structure considérée, de la réalité et de la qualité des services rendus et scellera son appartenance au réseau national des CLIC.

En fonction de l'étendue des missions et des services offerts, la labellisation se déclinera en trois niveaux :

- label niveau 1 : il correspond aux missions d'accueil, d'écoute, d'information, de conseil et de soutien aux familles. Il suppose l'existence d'un local de permanence facilement repérable, d'un accueil téléphonique au-delà des heures ouvrables, d'une base de données compilant les demandes, les attentes, les besoins et les confrontant aux offres disponibles. Il doit proposer à la fois une information sur les aides et prestations disponibles ainsi que, chaque fois que possible, les dossiers de demande nécessaires à leur obtention et l'orientation de la personne âgée vers le dispositif d'offre de services approprié ;

- label niveau 2 : il prolonge le niveau 1 par les missions d'évaluation des besoins et d'élaboration du plan d'aide personnalisé en concertation avec la personne âgée et son entourage. La palette de services qu'il propose est partielle - groupes de paroles, actions de formation - information, actions de prévention - et le suivi de la mise en oeuvre du plan d'aide, s'il existe, n'est pas systématique ;

- label niveau 3 : il prolonge le niveau 2 par les missions de mise en oeuvre, de suivi et d'adaptation du plan d'aide personnalisé. Il aide à la constitution des dossiers de prise en charge. Il permet d'actionner les services de soins infirmiers à domicile, les services d'aide ménagère, l'accueil de jour, le portage des repas, les aides techniques, les services de transport, de menus travaux... Le partenariat avec les établissements sanitaires et médico-sociaux est formalisé par convention. La palette des services est complète, le suivi organisé, les situations d'urgence gérées.

A terme, c'est à ce niveau de labellisation que doivent tendre tous les CLIC.

L'ensemble des structures et réalisations attributaires du label CLIC fera l'objet d'une large information par le biais de la publication d'un répertoire national des CLIC décliné département par département. Cette valorisation témoignera de la qualité des réflexions engagées et des services dispensés par des structures et des organismes qui manifestent un savoir-faire reconnu pour prévenir les placements intempestifs en institution, pour donner aux personnes âgées les moyens de choisir en connaissance de cause leur mode de vie, pour améliorer la qualité de leur prise en charge à domicile.

3.3. Un financement pérenne : 100 MF par an, de 2001 à 2005

Le plan pluriannuel de création de 1 000 CLIC à échéance 2005 sera financé sur le budget de l'Etat à compter de 2001, à raison de 100 MF/an au titre des mesures nouvelles.

Les CLIC, en effet, sont avant tout des guichets de proximité, des lieux d'accueil, d'écoute, d'information et leur co-financement relève, à ce titre, de crédits d'Etat du Titre IV (subventions de fonctionnement) voire du Titre VI (équipements sociaux de voisinage).

L'Etat n'a pas vocation à faire directement mais à inciter, à mettre en cohérence, à garantir l'égalité d'accès et la pérennité de dispositifs de prise en charge : ses apports financiers doivent aider à la diffusion de formules de coordination de proximité éprouvées, susciter et structurer la fédération d'un réseau national ; par conséquent l'ensemble des autres financements disponibles devra être sollicité (CCAS, conseils généraux, caisses de retraite, fonds d'aide à la qualité des soins de ville destinés aux réseaux de soins coordonnés...) et le sera d'autant mieux que les partenaires auront la garantie du respect de procédures et de bonnes pratiques, définissant les comportements jugés par consensus comme ceux à suivre et à développer.

*

* *

Les mesures annoncées par le Premier ministre le 21 mars forment un tout et s'inscrivent dans une ambitieuse réforme de la prise en charge des personnes âgées. La transformation radicale de la prestation spécifique dépendance (PSD) pour fonder un nouveau droit, objectif, également mis en oeuvre sur l'ensemble du territoire et la mise en place, au cours des cinq prochaines années, d'un plan de médicalisation de 7,2 milliards de francs portant sur le

doublement du rythme de création de places de services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et sur le renforcement des moyens des établissements d'hébergement dans le cadre de la réforme de la tarification donnent à la création des CLIC un relief particulier et en font un enjeu important pour la cohérence de l'ensemble. L'expérimentation conduite à partir des 25 sites pilotes s'inscrit pleinement dans ce cadre.

*

* *

Pour toutes informations complémentaires, je vous invite à vous adresser à :

Mme Bony (Annick), Tél. : 01-40-56-85-78. télécopie : 01-40-56-87-79, messagerie : DAS-RV 2-SECR ;

Mme Bussière (Caroline), Tél. : 01-40-56-86-67, télécopie : 01-40-56-87-79, messagerie : DAS-RV 2-POL-STATS ;

Mme Langlois (Michelle), Tél. : 01-40-56-86-68, télécopie : 01-40-56-87-79, messagerie : DAS-RV 2-POL-STATS ;

Mme Roger (Sylviane), sur les questions relatives à l'habitat et à l'adaptation du logement et pour opérer la liaison avec le ministère du logement (DGUHC), Tél. : 01-40-56-86-78, télécopie : 01-40-56-87-79, messagerie : DAS/RVAS/ ROGER Sylviane.

Le directeur de l'action sociale, P. Gauthier

ANNEXE I

Centres locaux d'information et de coordination - CLIC les sites expérimentaux présélectionnés en 2000

1. L'association Collegram de Moulins (Allier).
2. Le centre intercommunal solidarité et soutien à domicile de Lamastre, dans le cadre du réseau info-services (RIS 07) (Ardèche).
3. La société provençale de gérontologie, centre de coordination gérontologique en partenariat avec Médecins du monde sur le quartier de Belzunce à Marseille (Bouches-du-Rhône).
4. L'association Alp'âges coordination à Saint-Rémy-de-Provence (Bouches-du-Rhône).
5. Le conseil général de la Côte-d'Or.
6. La plate-forme info-services Guingamp, Moustery, Pabu, Plousy. Ploumagoar, Saint-Agathon (Côtes-d'Armor).
7. La préfecture de la Creuse - constitution d'un pôle de compétences dans le domaine de la gérontologie dans le département de la Creuse - en relation avec l'association de soutien à domicile des cantons d'Ahun, Jarnages et Chénérailles.
8. Le centre communal d'action sociale (CCAS) de Brive-la-Gaillarde (Corrèze).
9. Le conseil général du Doubs et le bureau d'information gérontologique.
10. Le bureau d'information et de coordination gérontologique (BIG) de Lunel (Hérault).
11. Le conseil général d'Ille-et-Vilaine.
12. L'association Arcadia (association roannaise du comité d'aide à domicile intergénération et assistance), à Roanne (Loire).
13. L'association Agaroa (association gérontologique de l'agglomération orléanaise réseau animation), à Orléans (Loiret).
14. L'association Regain (retraite, espace, grand âge information), à Agen (Lot-et-Garonne).
15. Le centre communal d'action sociale (CCAS) d'Angers (Maine-et-Loire).
16. La direction départementale des affaires sanitaires et sociales et le conseil général de Meurthe-et-Moselle, pour développer les points accueil informations services (PAIS).
17. Le centre communal d'action sociale (CCAS) de Lorient et le lieu d'accueil « La Passerelle » (Morbihan).

18. L'association Amapa, à Metz (Moselle).
19. L'association pour la création du pays Nivernais-Morvan (pôle de coopération sanitaire et médico-sociale des huit cantons du pays Nivernais-Morvan), à Château-Chinon (Nièvre).
20. Le centre communal d'action sociale (CCAS) de Lille (Nord).
21. L'association Vic-Montaner Gérontologie, à Vic-en-Bigorre (Hautes-Pyrénées).
22. L'association « Reso 3 », à Strasbourg (Bas-Rhin).
23. La ville de Villeurbanne et l'Office villeurbannais des personnes âgées et des retraités (Rhône).
24. Le conseil général du territoire de Belfort et le centre communal d'action sociale (CCAS) de Belfort.
25. La ville d'Athis-Mons et son réseau intercommunal (Essonne).

ANNEXE II

CENTRES LOCAUX D'INFORMATION ET DE COORDINATION GERONTOLOGIQUE CAHIER DES CHARGES

La capacité de coordonner les réponses apportées aux besoins de la personne âgée isolée et/ou dépendante (comme de la personne handicapée) pour continuer à vivre chez elle influencera de manière décisive la qualité de la prise en charge et, partant, l'efficacité de la politique de maintien à domicile de demain. La coordination est donc un enjeu majeur pour laisser aux personnes âgées le libre choix de leur mode de vie et répondre à leur aspiration à vivre chez soi.

Il convient de distinguer au moins trois niveaux de coordination :

- la coordination des financeurs et la planification relevant à priori du niveau départemental (elle est organisée par la loi du 24 janvier 1997) ;
- la coordination des services à l'échelon infra-départemental ;
- la coordination des intervenants autour de la personne prise en charge, quel que soit son lieu de vie.

Ce dernier niveau de coordination, dit de « coordination locale » ou « coordination de proximité », vise à mieux répondre notamment aux besoins de la personne âgée dépendante en réunissant autour d'elle l'information, les moyens et surtout les services lui permettant de rester chez elle. Cette coordination doit être articulée à une estimation des besoins de la personne et à un recensement de l'offre en termes de services, de places, de formation.

Le présent cahier des charges a pour objet de définir les missions et compétences, les éléments constitutifs nécessaires, les modalités et le niveau pertinents de fonctionnement d'une coordination de proximité, organisée autour de la personne, dans le cadre du bassin de vie et visant à permettre une prise en charge globale, telle qu'elle résulte du plan d'aide individualisé.

L'objectif est d'aboutir au maillage, sur le territoire national, de centres locaux d'information et de coordination gérontologique (CLIC) ouverts principalement aux personnes âgées et à leur entourage, sans considération de niveau de revenus ni de critères de santé ou de dépendance.

Cela implique une démarche souple, décentralisée, diversifiée, mais répondant à des principes communs clairement établis et définissant des procédures et des outils.

POUR UNE MODÉLISATION : LE CENTRE LOCAL D'INFORMATION ET DE

COORDINATION GÉRONTOLOGIQUE (CLIC)

1. Organisation du CLIC

Il peut s'agir :

*d'un service coordonné, à partir des services existants qui fonctionnent sur une zone géographique donnée, par le biais d'une convention ;

*d'un service intégré, avec un gestionnaire unique de plusieurs services s'appuyant sur une structure telle que :

- un hôpital (C.H., hôpital local, ...) ;
- un centre communal d'action sociale ;
- une collectivité territoriale ;
- une association.

L'organisation de la coordination variera en fonction de la structure d'appui.

*ou bien d'une structure spécifique de coordination des services intervenants.

Afin de tirer profit de la synergie qui résulte de la mise en commun de moyens et de services publics, et sans qu'il soit question de définir un statut unique ou contraignant, les CLIC peuvent parfaitement être intégrés, par voie de convention, aux nouvelles « maisons de services publics » visées par la loi n° 99-533 du 25 juin 1999 d'orientation pour l'aménagement et le développement durable du territoire - appellation qui recouvre les points publics en milieu rural et les plates-formes de services publics en milieu urbain - voire même en constituer à eux seuls. Ils peuvent aussi, sur un autre registre, permettre d'utiliser les locaux des services publics fermés ou menacés de l'être dans une perspective d'aménagement « social » du territoire et bénéficier ainsi d'une logistique existante.

2. Territoire couvert par le CLIC

Une action cohérente sur le terrain implique sa mise en oeuvre sur un territoire délimité. La zone d'attraction du CLIC est définie au niveau infra-départemental ; elle correspond au « bassin de vie » des usagers (canton, groupement de cantons et/ou de territoires d'action intercommunale, ville, quartier...) et peut transcender les frontières départementales. Selon la configuration locale, le CLIC concernera ainsi une population de l'ordre de 7 000 à 10 000 personnes âgées de 60 ans et plus en milieu rural et de 15 000 en milieu urbain.

3. Missions et compétences du CLIC

La coordination assure au minimum les trois fonctions suivantes auxquelles peuvent s'ajouter deux autres compétences :

1. Lieu d'accueil de proximité et d'écoute des personnes âgées et de leur entourage, elle assure un rôle de soutien aux familles, soutien psychologique, entraide, groupes de paroles, actions de formation...

2. Lieu d'information et guichet d'entrée unique quelle que soit la nature de la ou des demandes, elle assure la mise à disposition gratuite d'une documentation relative à l'ensemble du dispositif d'aides existant (aide ménagère à domicile, garde à domicile, accueil de jour, accueil temporaire, services d'urgence, portage de repas, adaptation du logement, aides techniques, fiscalité, mesures de protection juridique, animation, loisirs...).

Pour cela, un lien permanent avec les relais et lieux d'information, s'ils sont distincts de la coordination, est indispensable : il s'agit d'identifier clairement un lieu d'information des usagers et des familles.

3. Lieu de coordination des dispositifs existants permettant l'élaboration d'un plan d'aide pour

les personnes âgées sur la base d'une évaluation pluridisciplinaire (physique, psychologique, financière, sociale et environnementale) dans leur lieu de vie par une équipe pluridisciplinaire médico-sociale.

Ce plan d'aide personnalisé tient compte des aides éventuelles déjà existantes ; il s'agit en effet de conserver autant que possible les référents habituels de la personne lorsqu'ils existent. Le plan d'aide veille également à prendre en compte les adaptations à apporter au logement principal, rendues nécessaires par l'état de la personne et qui doivent privilégier la valeur d'usage des équipements de la vie quotidienne.

Enfin, la coordination peut également assurer les deux missions suivantes, en fonction de son organisation :

4. Mise en oeuvre des aides et coordination des intervenants : il sera porté une attention particulière à la façon dont la coordination s'est organisée pour apporter, en termes d'aide, des réponses dans l'urgence, exemple : garde de nuit pour éviter une hospitalisation dans de mauvaises conditions, intervention immédiate d'une aide à domicile...

5. Suivi du plan d'aide et adaptation de la prise en charge en fonction de l'évolution des besoins de la personne.

Instance d'information, de conseil et d'aide à la décision, le CLIC est ouvert à l'ensemble des personnes concernées par le vieillissement et pas seulement à celles qui sont susceptibles de bénéficier de prestations financières.

4. Professionnels partenaires ou pouvant être associés à la coordination :

- les assistants de service social (centre communal d'action sociale, conseil général, CRAM, MSA...)
- le médecin traitant/généraliste ;
- les infirmiers (relevant d'un S.S.I.A.D. ou bien des libéraux) ;
- le kinésithérapeute (mobilisation/marche, aide respiratoire) ;
- les autres personnels para-médicaux (pédicures, diététiciens...)
- les ergothérapeutes et les professionnels des aides techniques ;
- les services d'amélioration de l'habitat et d'adaptation du logement ;
- les services d'aide à domicile (aides ménagères, gardes à domicile, auxiliaires de vie... pour l'aide à la vie quotidienne) ;
- les autres services de proximité : portage de repas et télé-alarme, petit bricolage... ;
- les établissements sanitaires ou médico-sociaux : il convient de rechercher la collaboration avec ces institutions afin de préparer les entrées et sorties d'hospitalisation pour un bon retour à domicile, de réaliser des bilans/évaluation en ambulatoire et de développer l'hébergement temporaire et l'accueil de jour.

Sont également associés à la coordination, le cas échéant, les autres professionnels intervenants comme les délégués à la tutelle...

5. Modalités de fonctionnement :

- un lieu accessible, dont l'implantation est aisément repérable par l'utilisateur et sa famille avec des horaires d'ouverture, notamment pour l'information par téléphone, suffisamment amples ;
- un responsable à temps plein, gage de la continuité du service ;
- un système de réponse susceptible de traiter les situations d'urgence ;
- un guichet unique ;
- un dossier unique par personne prise en charge, enrichi au fil des évaluations et de l'évolution des besoins ;

- une documentation sur les aides existantes, une banque de données actualisée.

Ces instances peuvent également servir pour l'aide à domicile des personnes handicapées quel que soit leur âge.

*

* *

Le présent cahier des charges vise à formaliser une typologie, à dégager des critères et des principes communs et non à imposer un modèle unique définitivement formalisé. C'est à partir de ce cadre qu'une dynamique doit s'enclencher pour couvrir le territoire d'un millier de centres locaux d'information et de coordination gérontologique (CLIC), dans un horizon de cinq ans, ainsi que l'a annoncé récemment le Premier ministre.

L'observation des 25 sites expérimentaux créés en 2000 doit permettre d'approfondir la réflexion et de stabiliser la doctrine, dans l'optique de la mise au point d'un cahier des charges détaillé, disponible le 1er janvier 2001, constituant une grille de référence pour la délivrance d'un label « CLIC » afin de passer à la phase directement opérationnelle de labellisation et de financement à grande échelle du plan pluriannuel.

ANNEXE III

LA COORDINATION GÉRONTOLOGIQUE

ÉVOLUTIONS ET ENJEUX (1)

La coordination est un sujet difficile sur lequel les politiques publiques marquent le pas depuis trente ans puisque le principe en était posé et les modalités définies dans le « Rapport de la commission d'étude des problèmes de la vieillesse » plus connu sous le nom de Rapport LAROQUE (1962).

1. C'est dans les années 1960 que sont posées les bases de l'action sociale vieillesse.

Il est d'usage de considérer le rapport Laroque comme le texte fondateur qui définit les principes qui la régissent encore aujourd'hui. Il s'agissait déjà, en 1962, de mettre à la disposition des personnes âgées « un ensemble coordonné de moyens et de services adaptés à leurs besoins ». Le rapport préconise la coordination et précise les modalités de ce que pourrait être son organisation :

- une coordination administrative au plan départemental : sous la responsabilité du préfet, à l'initiative conjointe du directeur départemental de l'action sociale et du directeur départemental de la santé, son principal objectif est la planification : recensement des besoins, détermination des services à créer, des investissements à prévoir ;
- une coordination sociale au niveau local - le quartier, la commune ou le canton - dont l'objectif essentiel est l'orientation de l'utilisateur vers le service adéquat.

2. Jusque dans les années 1970, la coordination gérontologique se situe dans une logique de maillage du territoire.

La politique vieillesse et, en particulier, les actions de maintien à domicile n'en sont qu'à leurs balbutiements. Elles résultent en effet davantage d'initiatives disséminées émanant « d'innovateurs périphériques » que des circonscriptions d'action sanitaire et sociale, peu nombreuses à se préoccuper de la situation des personnes âgées, du fait, entre autres choses, des missions prioritaires concernant la famille et l'enfance fixées aux travailleurs

sociaux et qui ont en partie dissimulé les problèmes des isolés et notamment des personnes âgées. Parallèlement, c'est le début de la crise, la tentative de maîtrise des coûts sociaux et l'idée d'une rationalisation de l'action sociale.

Dans les circulaires de 1972 et 1977, inscrites dans les VIe et VIIe plans, portant sur le maintien à domicile et la participation sociale des personnes âgées, la notion de secteur est fondamentale. La circulaire du 1er février 1972 détermine l'organisation et la réalisation d'un « programme finalisé pour le maintien à domicile des personnes âgées » dont l'idée centrale réside dans la détermination d'un certain nombre de secteurs sein desquels sont coordonnées et éventuellement complétées les actions sociales relatives aux personnes âgées - aide médicale à domicile, aide ménagère, foyers restaurants, clubs, centres de jour... - La coordination de ces différentes actions, menées par des institutions publiques ou privées (CCAS, associations...) intervient sous forme de « contrats de secteur » conclus entre la DDASS qui en assure le financement avec des crédits d'Etat et les organisations volontaires pour faire fonctionner ces services.

Le VIIe plan - voté le 21 juillet 1976 - définit des « Programmes d'action prioritaires » et l'un d'eux, le PAP 15, reprend quatre principes du programme finalisé : la notion de secteur géographique, la coordination des aides, l'attribution de crédits d'Etat subordonnés à la signature d'un « contrat de secteur » et la déconcentration du rôle d'impulsion au niveau des régions.

Le PAP 15, explicité par la circulaire du 28 janvier 1977, avait l'objectif d'établir, dans un secteur géographique et démographique délimité, un réseau complet et coordonné d'équipements et de services pour assurer le maintien à domicile du maximum de personnes âgées. L'infrastructure d'aide à domicile évite le recours prématuré à l'hébergement collectif réservé en priorité aux plus dépendants, incapables de vivre de manière autonome. Elle est complétée par les services de soins infirmiers à domicile institués par le décret du 8 mai 1981. Créés par le préfet, en concertation avec la CRAM qui les finance, les SSIAD instaurent l'infirmier coordonnateur.

Ainsi alors que les circulaires mettent l'accent sur l'animation, la concertation, l'information, la notion de coordination devient opérationnelle par l'intermédiaire de secteurs géographiques c'est-à-dire d'espaces au sein desquels une articulation des actions gérontologiques peut être mise en place afin de couvrir un territoire tout en évitant les doubles emplois générateurs de dispersion et de coûts supplémentaires.

Pourtant, peu de secteurs d'actions sectorisées ont vu le jour dans le cadre du programme d'action prioritaire du VIIe plan (P.A.P. 15).

Le modèle rationnel développant une conception fonctionnelle défendu alors par le législateur n'est pas repris par les acteurs de terrain, quelle que soit leur responsabilité.

3. La relance de la politique vieillesse en 1981-1982 constitue un autre temps fort pour la coordination qui devient une notion clef de l'action sociale vieillesse.

La circulaire de septembre 1981 crée 500 emplois de coordonnateur dont la mission est d'assurer la liaison entre les services et les établissements pour retraités et personnes âgées, à l'échelon local, au niveau collectif. Ils doivent rapprocher les partenaires, susciter l'amélioration des circuits d'information, d'examen des besoins, de décision de prise en charge.

La circulaire Franceschi du 7 avril 1982 « Retraités et personnes âgées » traduit la volonté du nouveau secrétariat d'Etat aux retraités et aux personnes âgées d'inscrire la coordination au coeur de la politique vieillesse. Pour la mettre en oeuvre, l'Etat s'appuie sur les 500 postes de coordonnateur fraîchement attribués ainsi que sur la mise en place d'instances gérontologiques locales dont le secteur d'intervention n'est pas pré-déterminé : les secteurs d'action gérontologique rassemblent responsables locaux, élus, CCAS, associations, établissements regroupés ou non.

Par rapport à la période précédente, il y a réellement la volonté de passer d'une logique administrative à une logique partenariale. La concertation l'emporte sur la notion de secteur. Il est désormais établi qu'une politique d'action sociale ne peut négliger la complexité de la réalité sociale et, en particulier, la multiplicité des acteurs gérontologiques.

Cependant, la relance de la coordination gérontologique à partir de 1981 n'aura pas tous les effets escomptés. Le contexte dans lequel ont été créés les postes de coordonnateur, c'est à dire la priorité accordée par le Gouvernement à la lutte contre le chômage et à la création d'emplois, a partiellement vidé la coordination du sens que la circulaire de 1982 entendait impulser : le rapprochement contradictoire entre une logique économique et une logique sociale n'a pas permis de ménager le temps de concertation indispensable à l'émergence d'une véritable coordination.

4. Si la coordination est un leitmotiv que l'on retrouve dans les principaux textes de l'action sociale vieillesse, du rapport Laroque à la circulaire « Retraités et personnes âgées » de 1982, force est de constater qu'on trouve, dans ces mêmes textes, une incitation à la multiplication de nouveaux services qui font de ce secteur un secteur dispersé, comme le note Bernadatte Veysset-Puijalon.

Les différentes circulaires (1972, 1977, 1982) ont d'ailleurs une présentation qui tient du catalogue et énumèrent tout ce qu'il est possible de créer : le client cherche l'article qui lui convient le mieux : de l'aide ménagère aux soins à domicile en passant par l'adaptation du logement, le portage de repas, les transports etc... Cette dispersion tient à « la dérive d'une politique globale de la vieillesse vers une simple politique segmentaire du mode de vie » selon l'expression d'Anne-Marie Guillemard. Malgré les souhaits de Pierre Laroque, aucun dispositif global n'a été mis en place au départ. Faisant le bilan de la politique de la vieillesse en 1989 (« Evolution de la politique de la vieillesse ») Pierre Laroque dresse le bilan en ces termes : « équipements différents, personnels plus nombreux... L'ensemble de ces éléments ne constitue pas une politique globale ».

En l'absence d'un dispositif global, on a assisté à un développement empirique et anarchique. Les initiatives sont parties de la base : associations, individus cherchant à répondre localement à un besoin précis, non satisfait, au travers de montages souvent fragiles. Et l'action de l'Etat a relevé davantage de la diffusion de la dispersion et du foisonnement que de l'organisation, de l'accompagnement que de la maîtrise d'un processus. Les incitations à la création de nouveaux services ont eu des origines diverses : besoin non couvert donnant lieu à un service spécifique nouveau, plutôt que de réaménager l'existant ; priorité de la lutte contre le chômage poussant à imaginer de nouveaux emplois, etc... Le législateur contrebalance l'incitation à la création en insistant sur la nécessité d'une coordination : coordination verticale en cherchant à organiser des contrôles sur l'action, coordination horizontale en tentant de pousser les différents acteurs à unir leurs efforts autour de la personne âgée. Il revient sans

cesse sur la rationalisation, l'organisation, la mise en ordre de ces initiatives désordonnées et foisonnantes.

La coordination, entendue comme réponse à l'éclatement, est une coordination a posteriori. Elle souffre d'une grave limite : elle fait l'impasse sur l'harmonisation des financements ; or c'est là qu'existe la plus grande dispersion...

Ce développement empirique a eu des avantages : pas d'approches rigides, souplesse de mise en oeuvre, démarches sur mesure, multiplication d'expériences innovantes.

« Mais les secteurs ont pratiqué le pilotage à vue et ont eu des difficultés à gérer la complexité et le paradoxe. Curieusement, cet empirisme ne signifie pas que l'action vieillisse soit souple et facilement adaptable. La souplesse caractérise les actions nouvelles mais peu les anciennes. Les services d'aide ménagère ne sont guère différents de ce qu'il étaient à l'origine. Autrement dit, l'innovation concerne plus la création que l'évolution des structures en place » notent Bernadette Veysset-Puijalon et Brigitte Bouquet.

5. Prônée par l'Etat, on aurait pu penser que la coordination serait condamnée par la décentralisation. Il n'en a rien été.

Quand la coordination est reprise sur le terrain, ce n'est pas à cause de la nécessité « pensée » mais d'une nécessité « vécue » : en effet la décentralisation substitue des logiques horizontales, de territoire, aux logiques verticales et pose l'impératif, pour les acteurs, d'établir un autre ordre.

Par dessus tout, la période ouverte par la décentralisation correspond à une évolution sensible du contexte gérontologique : le temps s'achève où la perception des besoins différents donnait lieu à la création de nouvelles réponses : l'innovation se réoriente vers l'amélioration, l'évolution de l'existant. Le problème de la dépendance des personnes âgées, la diversification des services de maintien à domicile, la concurrence accrue entre services gérontologiques (nouveaux acteurs du secteur privé commercial, création de services substitutifs comme les services mandataires...), l'encombrement des services de soins aigus de certains hôpitaux sont autant d'éléments propres à décanter un consensus pour affirmer que la coordination devient un outil de pilotage indispensable à l'évolution du secteur gérontologique :

- pour les professionnels, elle est le moyen d'une action plus efficace et rationnelle ;
- pour les financeurs (et les élus...) elle est un moyen de faire des économies en rationalisant le système.

6. Ce consensus comporte toutefois le risque de vider la coordination de sa substance. Chacun peut être tenté de l'utiliser à ses propres fins. Par conséquent, il importe de revenir sans cesse à la motivation d'origine : l'amélioration de la vie quotidienne de la personne âgée, la valorisation de l'échange instauré par la relation d'aide, la dynamique interpartenariale, une logique qualitative et la recomposition de l'offre de service. La formalisation d'un projet de coordination doit s'accompagner d'une certaine flexibilité pour permettre l'évolution et l'adaptation des règles du jeu. D'où l'intérêt de privilégier une coordination-processus à une coordination-structure.

L'objectif d'un cadre de référence n'est pas destiné à figer un modèle unique de coordination. Au contraire, il a pour but de permettre aux professionnels volontaires pour développer des coordinations de s'appuyer sur une pluralité de modèles-types de façon à leur permettre de gagner du temps dans la formalisation de leur propre modèle.

La coordination doit s'organiser à partir de la personne âgée et de ses besoins : elle est un relais entre l'utilisateur et le réseau.

La coordination n'a pas vocation à traiter tous les problèmes : elle doit cibler précisément ses missions et s'y tenir ou prévoir les conséquences des évolutions. Le rôle de la coordination consiste à aider à résoudre les situations complexes ou urgentes dans une logique d'intervention de proximité. Elle est un regroupement d'acteurs volontaires (professionnels, élus, bénévoles...). Elle ne se décrète pas et nécessite une légitimité pour le professionnel qui a la charge de l'animer, légitimité qui lui vient de ses pairs, sur une base de confiance et de reconnaissance de ses compétences.

*

* *

Les enjeux cruciaux du maintien à domicile de demain exigent un changement d'échelle, un effort national, un programme ambitieux une dynamique susceptibles d'entraîner les collectivités territoriales et les partenaires de terrain. Tel est bien le pari de la mise en place d'un réseau national de Comités locaux d'information et de coordination gérontologique (CLIC), annoncée le 21 mars 2000 par le Premier ministre, M. Lionel Jospin, à l'échéance de cinq ans : concrétiser enfin, avec quelques moyens pérennes, un objectif fixé par le PAP 15 à la fin des années 70.

ANNEXE IV

FICHE DE PRÉSENTATION (2) DES CENTRES LOCAUX D'INFORMATION ET DE COORDINATION - CLIC

Numéro de dossier :

IDENTIFICATION

1. Organisme de coordination :
2. Personne renseignant la fiche de présentation :
3. Personne responsable de la coordination :
4. A quelle date a été créée la coordination à laquelle vous participez ?
5. Avant cette date, existait-il déjà un lieu de rencontre et d'échange sur les questions relatives à l'action gérontologique ? oui non
6. Sous quelle forme :
7. Quel est le statut juridique de la coordination à laquelle vous participez ?
 - 1. Association loi 1901
 - 2. Service intégré dans un CCAS
 - 3. Service intégré dans un hôpital
 - 4. Service intégré dans un SSIAD
 - 5. Service intégré dans un EHPAD médicalisé

- 6. Service intégré dans un organisme de développement local
- 7. Service intégré dans une caisse de retraite, laquelle :
- 8. Autre : précisez :

8. Quel est le territoire d'intervention de la coordination ?

- 1. La commune ou la communauté de communes
- 2. L'agglomération
- 3. Quartier ou un regroupement de quartiers
- 4. Le canton
- 5. Autre aire géographique, précisez :

INFORMATION

9. La coordination à laquelle vous participez a-t-elle une mission d'information ? oui non

10. Si oui, à qui s'adresse cette information ?

- 1. Aux personnes âgées ?
- 2. Aux familles ?
- 3. Aux professionnels du sanitaire ? du social ? de l'habitat ?
- 4. Aux décideurs ?

11. Sur quoi porte l'information ?

1. Information administrative et assistance juridique (droits et démarches, retraite/réversion, aides disponibles)

2. Les services à caractère sanitaire ?

- Information sur l'offre de soins : oui non
- les actions de prévention : nutrition, chute, ostéoporose
- les consultations gériatriques
- le médecin référent, les relations médecine de ville/hôpital
- les services hospitaliers
- Informations sur les dispositifs : oui non
- hospitalisations, urgences
- SSIAD, HAD

3. Les services à caractère social ?

- Informations sur les services de proximité : oui non
- protection sociale
- aides et allocations
- transports
- Informations « sociétales » : oui non
- associations
- loisirs, sports, culture
- bénévolat

4. Les services concernant l'habitat ?

Informations sur l'adaptation du logement ? oui non

- les prestataires compétents en matière de diagnostic du logement
- les organismes financeurs de l'adaptation du logement
- le montage de dossiers de financements
- l'intervention des différents prestataires
- les artisans compétents

- les équipements spécifiques ; ex : robinetterie, sanitaire...

Informations sur l'offre de logements accessibles et adaptés : oui non

Informations sur les établissements existants : oui non

12. Qui est chargé de capitaliser l'ensemble de l'information :

13. A partir de quoi ou de quels moyens l'information est-elle capitalisée ? (ex : banque de données, formations, etc.) :

14. Qui est chargé de diffuser l'information ?

1. Un réseau élargi de correspondants (secrétaires de mairie, bénévoles d'associations...)
2. L'ensemble des professionnels travaillant auprès des personnes âgées (établissement, service à domicile, caisse de retraite...)
3. Certains professionnels désignés pour cette mission (travailleurs sociaux...)
4. Un professionnel de l'instance de coordination (le coordinateur, une personne chargée de l'information..)

15. Quels sont les supports de l'information ?

1. Guide d'information sur l'offre de service
2. Service télématique
3. Plaquette d'information sur la coordination
4. Permanences d'accueil par un réseau de correspondants
5. Permanences d'accueil par les professionnels (travailleurs sociaux, coordinatrice...)
6. Réunions ou conférences publique

ÉVALUATION DES BESOINS DE LA PERSONNE

16. Une évaluation médico-sociale et environnementale (logement) des situations individuelles est-elle proposée systématiquement ? oui non

17. Si non, quelles sont les situations individuelles pour lesquelles une évaluation est effectuée ?

18. Qui est chargé de l'évaluation de la personne et de son environnement ? (cochez tous les professionnels concernés)

1. Professionnels de l'action sociale :

travailleurs sociaux

autres : précisez :

2. Professionnels de la santé :

médecins libéraux

infirmiers

ergothérapeutes

autres

3. Services d'aide à domicile

4. Services de soins à domicile

5. Médecin gériatre de l'hôpital

6. Structure d'hébergement pour personnes âgées

7. Professionnels de l'habitat :

PACT/ARIM

CAUE

bureaux d'études spécialisés

ergothérapeute

8. Autres : précisez :

19. Existe-t-il des outils servant de support à l'évaluation des situations individuelles (grilles de dépendance, entretien avec la personne...) ? oui non

20. Lesquels ?

SITUATION D'URGENCE

21. Existe-il une prise en compte spécifique des situations d'urgence ? oui non

22. Laquelle ?

23. Quelles réponses sont apportées :

1. Les week-ends ?

2. En cas de demande de garde immédiate ?

ÉLABORATION D'UN PLAN D'AIDE

24. Un plan d'aide précisant la nature des aides à mettre en place et la quantité d'aide (3 heures d'aide à domicile par semaine, nécessité d'adapter le logement, par exemple...) est-il élaboré pour chaque personne prise en charge dans le cadre de la coordination ? Oui Non

25. Si non, quelles sont les situations pour lesquelles est réalisé un plan d'aide ?

26. Quels sont les acteurs participant à l'élaboration du plan d'aide ?

1. Professionnels de l'action sociale (travailleurs sociaux)

2. Professionnels de la santé (médecins libéraux, infirmiers...)

3. Services d'aide à domicile

4. Services de soins à domicile

5. Médecin gériatre de l'hôpital

6. Structure d'hébergement pour personnes âgées

7. Professionnels de l'habitat (services techniques, services financiers, maîtres d'oeuvre, artisans)

8. Autres, précisez :

27. Existe-t-il des outils servant de support à l'élaboration de plans d'aide individuels (dossier formalisant le plan d'aide...) ? Oui Non

28. Lesquels ?

MISE EN OEUVRE DU PLAN D'AIDE

29. Suite à l'élaboration du plan d'aide, qui se charge de la mise en place des aides ?

1. La personne âgée

2. La famille

3. L'instance de coordination (le coordinateur ou un autre professionnel de la coordination)
4. Un professionnel référent pour la personne (son médecin, son assistante sociale..)
5. Autre, préciser :

30. Existe-t-il des outils particuliers pour la mise en oeuvre du dispositif d'aide (fiche de liaison, fiche de synthèse destinée aux intervenants...) ? Oui Non

31. Lesquels ?

SUIVI DE LA SITUATION

32. Une réévaluation périodique des situations individuelles est-elle faite pour ajuster les aides à l'évolution des besoins de la personne ? Oui Non

33. Comment s'effectue ce suivi ?

1. A la demande de la personne âgée ou de sa famille
2. Périodiquement à l'initiative de la coordination (coordinatrice ou professionnel intervenant dans la coordination), précisez (une fois par mois...) :
3. A la demande des intervenants auprès de la personne (médecin, travailleurs sociaux, service à domicile...)

FINANCEMENT DE LA COORDINATION

34. Qui participe au financement de la coordination ?

1. Conseil général
2. Caisses de retraite
3. Organismes de protection sociale
4. Collectivités territoriales
5. Centre hospitalier
6. Caisse régionale d'assurance maladie
7. Autres, préciser :

35. L'accès de l'utilisateur à l'information qui le concerne est-il gratuit ? Oui Non

36. Dans quels cas ?

ACTIVITÉ DE LA COORDINATION

37. Durant les cinq dernières années, quelle a été l'activité de la coordination ?

	1992	1993	1994	1995	1996
--	------	------	------	------	------

Nombre de
dossiers
traités par an

Nombre de
dossiers pour

lesquels :
Un plan
d'aide a été
élaboré

Un plan
d'aide au
logement a
été élaboré

Nombre de
nouveaux
dossiers pris
en charge
chaque
année

OBSERVATIONS ET REMARQUES PARTICULIÈRES

38. Y-a-t-il dans vos activités et réflexions des aspects qui échappent à ce questionnaire ? oui
non

Si oui lesquels ?

Nous vous remercions d'avoir répondu à ce questionnaire.

(1) Sources :

- la coordination gérontologique : démarche d'hier, enjeu pour demain sous la direction de B. Veysset-Puijalon et Marie Jo Guisset - Fondation de France.

- réflexion sur quelques expériences de coordination gérontologique - Dominique Argoud - Cleirppa.

(2) Cette fiche est tirée de l'enquête « Etude sur les coordinations gérontologiques » réalisée par le Centre pluridisciplinaire de gérontologie à la demande de la Fondation de France.