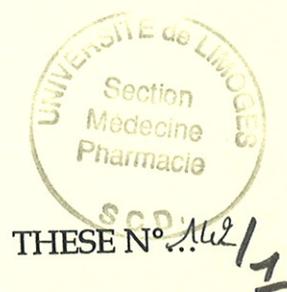


UNIVERSITE DE LIMOGES

FACULTE DE MEDECINE

ANNEE 2004



EVOLUTIONS ET NOUVELLES PERSPECTIVES DANS LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES AGEES :

du programme régional de santé du limousin a la réactualisation du schéma départemental de la Creuse

THESE

POUR LE DIPLOME DE DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 20 OCTOBRE 2004

PAR

MARIE-AGNES PICAT

Née le 14 janvier 1974 à Limoges (87)

EXAMINATEURS DE LA THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DANTOINE - Président
MONSIEUR LE PROFESSEUR MERLE - Juge
MONSIEUR LE PROFESSEUR PREUX - Juge
MONSIEUR LE DOCTEUR DAVIET - Juge
MONSIEUR LE DOCTEUR CHARMES - Invité
MONSIEUR LE DOCTEUR HABRIAS - Invité, Directeur de thèse

UNIVERSITE DE LIMOGES
FACULTE DE MEDECINE

DOYEN DE LA FACULTE :

Monsieur le Professeur VANDROUX Jean-Claude

ASSESEURS :

Monsieur le Professeur LASKAR Marc
Monsieur le Professeur VALLEIX Denis
Monsieur le Professeur COGNE Michel

SECRETAIRE GENERAL DE LA FACULTE - CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS

ROCHE Doriane

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS :

*C.S = Chef de Service

ACHARD Jean-Michel	PHYSIOLOGIE
ADENIS Jean-Paul * (C.S)	OPHTALMOLOGIE
ALAIN Jean-Luc	CHIRURGIE INFANTILE
ALDIGIER Jean-Claude	NEPHROLOGIE
ARCHAMBEAUD-MOUVEROUX	Françoise (C.S) MEDECINE INTERNE
ARNAUD Jean-Paul (C.S)	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIE
AUBARD Yves (C.S)	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
	HISTOLOGIE EMBRYOLOGIE CYTOGENETIQUE
BEDANE Christophe (C.S)	DERMATOLOGIE
BERTIN Philippe	THERAPEUTIQUE
BESSEDE Jean-Pierre	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
BONNAUD François (C.S)	PNEUMOLOGIE
BONNETBLANC Jean-Marie	DERMATOLOGIE
BORDESSOULE Dominique (C.S)	HEMATOLOGIE ET TRANSFUSION
BOUTROS-TONI Fernand (surnombre)	STATISTIQUE ET INFORMATIQUE MEDICALE
CHAPOT René	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
CHARISSOUX Jean-Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIE
CLAVERE Pierre (C.S)	RADIOTHERAPIE
CLEMENT Jean-Pierre (C.S)	PSYCHIATRE ADULTES
COGNE Michel (C.S)	IMMUNOLOGIE
COLOMBEAU Pierre	UROLOGIE
CORNU Elisabeth	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
COURATIER Philippe	NEUROLOGIE
CUBERTAFOND Pierre	CLINIQUE DE CHIRURGIE DIGESTIVE
DANTOINE Thierry	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT
DARDE Marie-Laure (C.S)	PARASITOLOGIE
DE LUMLEY WOODYEAR Lionel (C.S)	PEDIATRIE
DENIS François (C.S)	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE-HYGIENE
DESCOTTES Bernard (C.S)	ANATOMIE
DUDOGNON Pierre (C.S)	REEDUCATION FONCTIONNELLE
DUMAS Jean-Philippe (C.S)	CHIRURGIE UROLOGIQUE ET ANDROLOGIE
DUMONT Daniel (C.S)	MEDECINE DU TRAVAIL
DUPUY Jean-Paul (surnombre)	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
FEISS Pierre (C.S)	ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE
FEUILLARD Jean (C.S)	HEMATOLOGIE
GAINANT Alain (C.S)	CHIRURGIE DIGESTIVE
GAROUX Roger (C.S)	PEDOPSYCHIATRIE
GASTINNE Hervé (C.S)	REANIMATION MEDICALE
JAUBERTEAU-MARCHAN Marie-Odile	IMMUNOLOGIE
LABROUSSE François (C.S)	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUE
LACROIX Philippe	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO- VASCULAIRE
LASKAR Marc (C.S)	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO- VASCULAIRE
LE MEUR Yannick	NEPHROLOGIE

LEROUX-ROBERT Claude (surnombre)
 LIENHARDT-ROUSSIE Anne
 MABIT Christian
 MARQUET Pierre
 MAUBON Antoine (C.S)
 MELLONI Boris
 MENIER Robert (surnombre)
 MERLE Louis
 MOREAU Jean-Jacques (C.S)
 MOULIES Dominique (C.S)
 NATHAN-DENIZOT Nathalie
 PARAF François
 PILLEGAND Bernard (C.S)
 PIVA Claude (C.S)
 PREUX Pierre-Marie
 RIGAUD Michel (C.S)
 SALLE Jean-Yves
 SAUTEREAU Denis
 SAUVAGE Jean-Pierre (C.S)
 STURTZ Franck
 TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre
 TREVES Richard (C.S)
 TUBIANA-MATHIEU Nicole (C.S)
 VALLAT Jean-Michel (C.S)
 VALLEIX Denis
 VANDROUX Jean-Claude (C.S)
 VERGNENEGRE Alain (C.S)
 VIDAL Elisabeth (C.S)
 VIGNON Philippe
 VIROT Patrice (C.S)
 WEINBRECK Pierre (C.S)

NEPHROLOGIE
 PEDIATRIE
 ANATOMIE-CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIE
 PHARMACOLOGIE ET TOXICOLOGIE
 RADIOLOGIE
 PNEUMOLOGIE
 PHYSIOLOGIE
 PHARMACOLOGIE
 NEUROCHIRURGIE
 CHIRURGIE INFANTILE
 ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE
 ANATOMIE PATHOLOGIQUE
 HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE
 MEDECINE LEGALE
 INFORMATION MEDICALE ET EVALUATION
 BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
 MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
 HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE
 OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
 BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
 ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES
 RHUMATOLOGIE
 CANCEROLOGIE
 NEUROLOGIE
 ANATOMIE
 BIOPHYSIQUE ET TRAITEMENT DE L'IMAGE
 EPIDEMIOLOGIE-ECONOMIE DE LA SANTE-PREVENTION
 MEDECINE INTERNE
 REANIMATION MEDICALE
 CARDIOLOGIE
 MALADIES INFECTIEUSES

PROFESSEUR ASSOCIE A MI-TEMPS

BUCHON Daniel

MEDECINE GENERALE

MAITRE DE COFERENCES ASSOCIE

BUISSON Jean-Gabriel

MEDECINE GENERALE

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

ALAIN Sophie
 ANTONINI Marie-Thérèse
 BOUTEILLE Bernard
 CHABLE Hélène
 DAVIET Jean-Christophe
 DRUET-CABANAC Michel
 DURAND-FONTANIER Sylvaine
 ESCLAIRE Françoise

Bactériologie - virologie - hygiène hospitalière
 Explorations fonctionnelles Physiologiques
 Parasitologie - mycologie
 Biochimie et génétique moléculaire, chimie des explorations fonctionnelles
 Médecine physique et réadaptation
 Epidémiologie, économie de la santé et prévention
 Anatomie
 Laboratoire d'histologie-cytologie, cytogénétique et de
 Biologie cellulaire et de la reproduction
 Laboratoire d'hématologie
 Biochimie et génétique moléculaire, chimie des explorations fonctionnelles
 Bactériologie - virologie - hygiène hospitalière
 Anatomie et cytologie pathologiques
 Bactériologie - virologie - hygiène hospitalière
 Laboratoire d'histologie-cytologie, cytogénétique et de
 Biologie cellulaire et de la reproduction
 Rhumatologie
 Laboratoire d'histologie-cytologie, cytogénétique et de
 Biologie cellulaire et de la reproduction

JULIA Annie
 LAPLAUD Paul
 MOUNIER Marcelle
 PETIT Barbara
 PLOY Marie-Cécile
 RONDELAUD Daniel
 VERGNE-SALLE Pascale
 YARDIN Catherine

Je dédie ce travail

A mon père

Qui peut être un peu malgré lui, m'a donné envie de suivre ses traces dans le domaine médical.

A ma mère

Pour son soutien sans faille, tout au long de ses années.

A mes grands-parents

A ma sœur, Isabelle et à mon beau-frère, Jean Christophe

Leurs conseils m'ont été précieux.

A mes neveux, Maxime, Vincent et Paul

En témoignage de mon amour et de ma reconnaissance.

A notre président de jury

Monsieur le Professeur DANTOINE

MEDECINE INTERNE
GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT
PROFESSEUR DES UNIVERSITES
MEDECIN DES HOPITAUX

Nous vous remercions d'avoir bien voulu nous faire l'honneur de présider le jury de notre thèse.

Pendant l'année passée à vos côtés vous avez su nous transmettre votre enthousiasme pour la gériatrie, ainsi que des notions fondamentales qui nous seront utiles dans notre pratique future.

Veillez accepter l'expression de notre reconnaissance et de notre profond respect.

A nos juges

Monsieur le Professeur MERLE,

PHARMACOLOGIE CLINIQUE
MEDECIN DES HOPITAUX

Nous vous remercions de bien avoir voulu accepter de faire partie du jury de notre thèse.

Monsieur le Professeur PREUX,

PROFESSEUR DES UNIVERSITES
DE SANTE PUBLIQUE
PRATICIEN HOSPITALIER

Vous avez accepté de faire partie des juges de cette thèse. Nous vous en sommes très reconnaissant et nous vous en remercions.

Monsieur le Docteur DAVIET,

MAITRE DE CONFERENCE DES UNIVERSITES
PRATICIEN HOSPITALIER
MEDECINE PHYSIQUE ET READAPTATION

Nous vous remercions de la gentillesse que vous nous avez témoignée à chacune de nos rencontres. Nous vous sommes très reconnaissant d'avoir accepté de juger ce travail.

A Monsieur le Docteur CHARMES,

NEPHROLOGUE
PRATICIEN HOSPITALIER
CHEF DE SERVICE

Vous avez accepté de faire partie de notre jury de thèse, nous vous en sommes reconnaissant.

Vous nous avez accueilli dans votre service et avez su nous faire profiter de votre expérience, aussi bien dans l'approche des patients et de leur famille que dans la pratique médicale.

Nous tenons à vous exprimer notre profonde gratitude.

A Monsieur le Docteur HABRIAS, notre directeur de thèse

GERIATRE
CHEF DE SERVICE

Nous tenons à vous remercier pour vos conseils, votre aide et du temps précieux que vous nous avez accordé dans la rédaction de cette thèse ainsi que pour la confiance que vous nous avez témoignée.

Plan

INTRODUCTION

I - Le contexte démographique

II - La Conférence régionale de santé du Limousin

III - La Coordination Gérontologique du Centre Hospitalier de Bourgneuf

1. L'historique

2. La réflexion

2.1 Deux contraintes majeures

2.2 Trois impératifs de fonctionnement

3. La conception

3.1 Que la coordination gagnerait à être mise en œuvre de l'intérieur d'un établissement de santé

3.2 Que le coordinateur devrait être un praticien hospitalier diplômé, au minimum, de gériatrie et gérontologie (Capacité universitaire)

4. Les partenaires

5. Les stratégies mises en œuvre

5.1 La communication

5.2 La formation

6. La constitution du réseau

6.1 La mise en route

6.2 Le fonctionnement

6.2.1 L'équipe hospitalière

6.2.2 Le travail en réseau

6.2.3 La territorialité

IV - Proposition de mise en réseau départemental : synthèse du rapport présenté à la Conférence régionale de santé (Limoges, 15 décembre 2000)

1. L'axe horizontal

2. L'axe verticale

2.1 La cellule départementale de coordination

2.2 Le comité de pilotage

V - le travail en réseau : complémentarité et compétence

1. Les réseaux

2. Les CLIC

3. C.L.I.C. et coordinations gérontologiques hospitalières

VI - Les acteurs du réseau gérontologique

1. Les C.L.I.C.

2. Les institutions

2.1 Les institutions médico-sociales

2.2 Les services hospitaliers

3. Les professionnels

3.1 Les médecins traitants

3.2 Les autres intervenants

4. Les bénéficiaires du réseau

VII - Journée de réflexion du 15 octobre 2003 : Vieillesse et solidarité

VIII - Evolution des pratiques et nouveaux textes

1. le dispositif local

1.1 Les maisons départementales des personnes handicapées

1.2 Nouvelles compétences aux départements

1.3 Instance de concertation et de régulation locale

2. le dispositif national : la CNSA

2.1 En ce qui concerne les personnes âgées

2.2 En ce qui concerne les personnes handicapées

3. Synthèse

IX - Réactualisation du schéma départemental en faveur des personnes en perte d'autonomie du département de la Creuse

X - Point de passage avec le projet du Programme régional de santé

1. La coordination

2. Le maintien à domicile de qualité dans l'urgence

3. La dépendance temporaire

4. La dépendance psychique et le vieillissement des malades et handicapés

mentaux

5. Les aidants

6. La définition du rôle des professionnels

7. Le cloisonnement entre sanitaire et social

8. Le manque d'indicateurs, notamment dans la prédictibilité de la

dépendance et dans sa réparation

9. La formation des professionnels

10. Le repérage de l'isolement et de la solitude

11. La prise en charge institutionnelle

12. L'intérêt de la surveillance sensorielle et nutritionnelle

XI - La place de l'Etat dans le dispositif

1. Planification concertée

2. Pratiques coordonnées

XII - Quelques exemples concrets

1. Les vignettes

2. Les commentaires

XIII - Conclusion

XIV - Liste des abréviations

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

ANNEXES :

1 La séquence de Wood

2 Vieillesse et solidarités (extraits)

3 Mission de préfiguration de la Caisse nationale de solidarité

4 Réactualisation du schéma de la Creuse (extraits)

5 Charte des professionnels en gérontologie

Introduction

Les personnes âgées sont devenues, depuis une vingtaine d'années, une préoccupation majeure de la société française, en terme d'économie, de santé et de projet social.

Le Limousin, plus vieille région du territoire, est particulièrement concerné par ce problème, au point d'avoir inscrit le thème « handicap et dépendance des personnes âgées, à domicile et en institution » comme la priorité de la toute première Conférence régionale de santé, en 1996.

Il était temps, en effet, de circonvenir la spirale descendante des régions rurales et isolées, où les gens vivent discrètement, repliés sur eux-mêmes, avec les résultats déléteres que l'on connaît sur le plan de la démographie, des transports, de l'entreprise, des services et de l'économie en général.

Il était temps, aussi, de reconnaître la spécificité de la prise en charge sociale, médico-sociale et médicale des personnes âgées à une époque où les différentes cultures des professionnels ne se rencontraient pas, et où la prise en charge globale, concertée, restait le plus souvent une utopie de gériatres.

Il était temps, enfin, de prendre en compte le fait que la population âgée n'était plus celle des années 70, que le soutien familial avait considérablement changé, et que « l'humanisation des hospices » appartenait à un passé depuis longtemps révolu.

Dans cette optique, et sous l'influence des professionnels et des associations d'usagers, le contexte législatif a évolué au point de modifier très profondément la notion de service à la population âgée, y compris sur le plan de la santé.

En effet, si le médecin de famille a toujours été, dans nos campagnes, le missionnaire de proximité, sa raréfaction de plus en plus préoccupante et l'évolution de la population (vieillissante, loin des enfants et donc plus dépendante d'aides sociales qu'elle ne l'était autrefois) font qu'il ne peut tenir, désormais, qu'une place limitée dans une prise en charge qui s'est beaucoup diversifiée, en qualité et en quantité, et dans laquelle émergent les réseaux de santé, de mieux en mieux identifiés, et les réseaux médico-sociaux.

Pour compléter ce paysage en mutation, le projet gouvernemental est de décentraliser et de donner de plus en plus de responsabilités aux collectivités territoriales, qui devront regrouper, gérer et faire évoluer les prises en charge à domicile, (C.L.I.C., Aides à domicile, S.S.I.A.D., services pour handicapés) et en établissements médico-sociaux (E.H.P.A.D., Unités de Soins de Longue Durée, établissements pour handicapés).

Dans ce contexte, mouvant et porteur d'interrogations, il nous a paru intéressant de suivre la réactualisation du projet départemental en faveur des personnes dépendantes de la Creuse, et de le comparer aux travaux de la Conférence régionale de santé du Limousin.

Celle-ci avait en effet, en son temps, pensé que ce département pouvait être à même de proposer une stratégie globale du fait des caractéristiques de sa population, de l'existence d'expériences locales innovantes et de l'implication de ses décideurs dans l'aide apportée aux personnes dépendantes.

Notre travail essaiera de clarifier les aides et services disponibles, à travers l'approche qu'un département veut en faire, concernant leur nature, la façon de s'en servir et leur évolution.

II - Le contexte démographique

La population métropolitaine connaît un vieillissement inéluctable et le recensement de 1999 a permis de constater qu'en trente ans, le nombre de personnes âgées de 60 ans et plus est passé de 9,1 à 12,4 millions, ce qui représente 21,3% de la population française.

Parmi elles :

- 13,6% (soit 7,9 millions) appartiennent à la tranche d'âge des 60 à 74 ans

- 7,7% (soit 4,5 millions) appartiennent à la tranche des 75 ans et plus

Selon les projections de l'INSEE, les personnes âgées de 60 ans et plus seront, en 2030, entre 19,5 et 20,4 millions, ce qui signifie qu'une personne sur trois en fera partie, alors qu'aujourd'hui, cette proportion est de une sur cinq.

Ce vieillissement de la population s'explique par :

- Une diminution de la mortalité depuis une trentaine d'années, et donc un accroissement de l'espérance de vie : on parle d'une espérance de vie à la naissance, en 2030, de 88,3 ans chez la femme et 81 ans chez l'homme.
- Une diminution de la fécondité, limitée depuis environ 20 ans à 1,8 enfants par femme.
- L'avancée en âge des générations du baby boom, nées de 1945 à 1965.

Parallèlement, on observe des inégalités dans le vieillissement de la population :

- Les femmes sont majoritaires dans la cohorte des 60 ans et plus : 23,9%, contre 18,6% d'hommes au recensement de 1999.
- Le vieillissement de la population est plus marqué dans les zones rurales, telles que le Massif Central ou le Midi Pyrénées, qui figurent parmi les régions qui vieilliront le plus.
- Les tranches d'âge avancées, 75 ans et plus, qui sont les plus exposées à la dépendance et à la morbidité, sont celles qui progressent le plus : les

projections à 2050 prévoient que l'effectif des 60 ans sera deux fois plus important qu'en 2000, celui des 75 ans trois fois et celui des 85 ans cinq fois.

Au niveau régional :

Les projections pour 2030 réalisées par l'INSEE montrent une baisse démographique et un vieillissement plus élevé de 5,4 ans que dans le reste de la population.

Alors qu'aujourd'hui, dans le département de la Creuse, qui détient le record national, 34,4% de la population a plus de 60 ans, il est prévu qu'en 2030 ce chiffre passe, pour l'ensemble du Limousin, à 4 personnes sur 10. [19]

III - La Conférence régionale de santé du Limousin

Issue des ordonnances Juppé, de 1996, la Conférence régionale de santé est une instance impulsée par la DRASS, dont les missions consistent à :

- réunir les professionnels de santé d'une région pour faire vivre une « démographie sanitaire »
- désigner un jury qui établit avec eux les grandes priorités régionales
- constituer des groupes de programmation chargés de mettre en œuvre les programmes régionaux de santé (PRS) qui en découlent, et dont les actions sont validées par le Comité régional des politiques de santé (CRPS).

Le tout premier Programme Régional de Santé, mis en place par la Conférence régionale de santé du Limousin conformément au décret n° 97-360 du 17 avril 1997, concernait les personnes âgées.

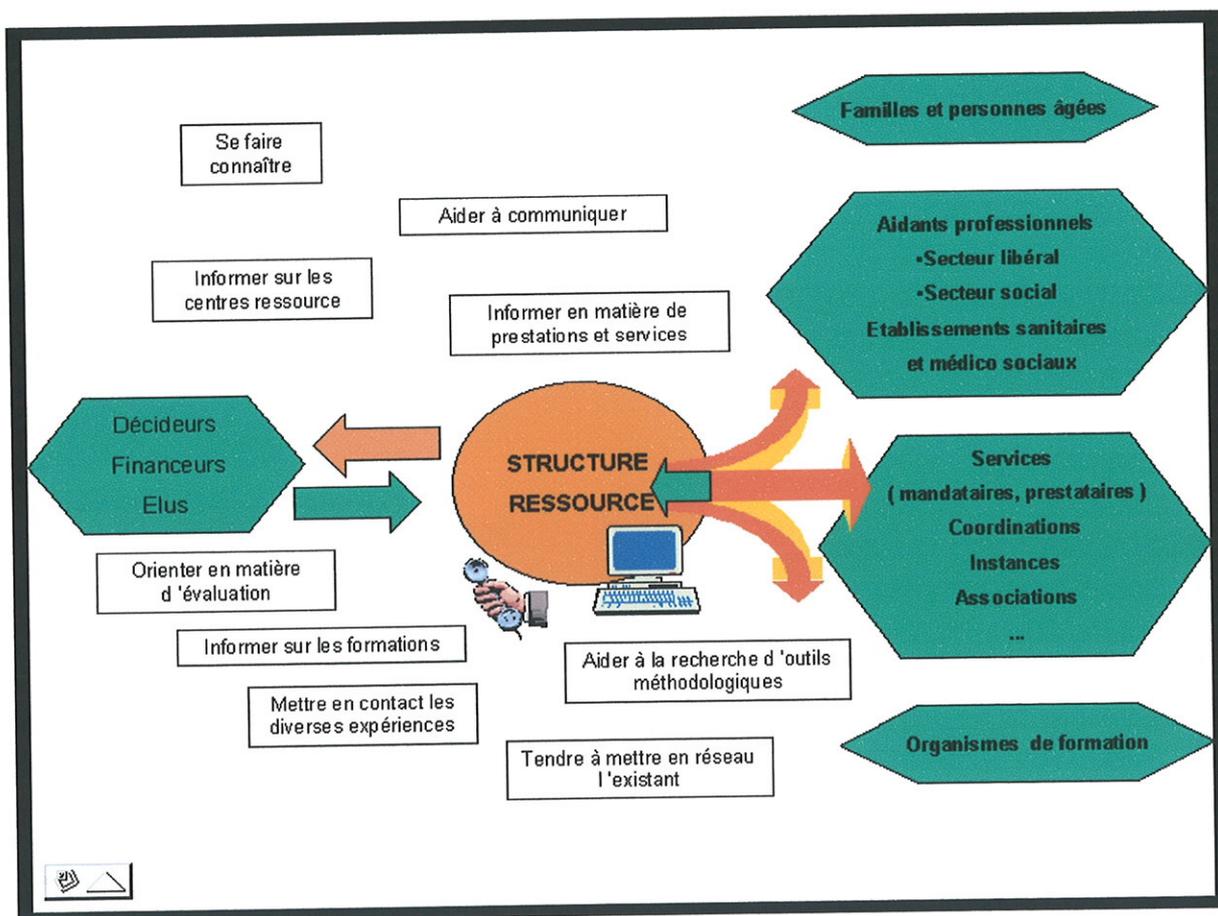
Le groupe de programmation avait listé, dès cette époque, quatorze thèmes prioritaires :

1. la **coordination**
2. le maintien à domicile de qualité dans l'urgence
3. la dépendance temporaire
4. la dépendance psychique et le vieillissement des malades et handicapés mentaux
5. les aidants
6. la définition du rôle des professionnels
7. le cloisonnement entre sanitaire et social
8. la disparité dans les prises en charge, selon les régimes et les départements
9. le manque d'indicateurs, notamment dans la prédictibilité de la dépendance et dans sa réparation
10. la formation des professionnels
11. le repérage de l'isolement et de la solitude
12. la prise en charge institutionnelle
13. l'intérêt de la surveillance sensorielle et nutritionnelle (en terme de qualité de vie, de prévention des accidents et du glissement vers la dépendance)
14. l'implication des personnes âgées dans la prise en charge de leurs problèmes

Parmi ces thèmes, qui ne se déclinent ni dans le même registre ni dans la même durée, la coordination des acteurs et des actions avait été listée en premier, car elle paraissait le point le plus important, et le plus difficile à mettre en œuvre en raison de la diversité des décideurs et des intervenants (Etat, collectivités territoriales, associations, professionnels libéraux, familles...).

Il a alors été envisagé, parmi diverses actions concernant les personnes âgées (notamment l'élaboration d'une charte destinée aux professionnels de la gérontologie), d'insister sur l'intérêt qu'il y aurait à mettre en œuvre une structure ressource régionale commune :

- partenariale
- complémentaire des structures départementales existantes
- fonctionnant de façon autonome et neutre
- axée vers la recherche et la documentation
- au service du public et des professionnels
- au carrefour du sanitaire et du social



Mais, dans une région où la réalité politique est complexe, les promoteurs potentiels sont restés frileux, et la réalisation consensuelle d'un service régional commun est vite apparue utopique, et la stratégie a du être réorientée.

Aussi, devant la difficulté à accorder des objectifs départementaux divergents, le groupe projet a adopté la stratégie de s'impliquer au niveau d'un département, dont les actions pourraient faire tache d'huile sur les deux autres.

La Creuse, qui bénéficiait d'une dynamique départementale porteuse et, à Bourgneuf, d'une expérience de service gérontologique innovant, a été retenue.

Le groupe de programmation a été associé à la création d'un pôle départemental de compétence gérontologique, regroupant les principaux décideurs et acteurs du département et a participé à l'élaboration du schéma départemental en faveur des personnes dépendantes de novembre 2000 (co-signé Etat/Conseil général en janvier 2001).

L'idée était d'adapter au plan départemental un modèle proche de la Coordination mise en place au Centre Hospitalier de Bourgneuf, qui propose une étroite liaison entre sanitaire et médico social, pour avoir une action globale sur les problèmes des personnes âgées. [11 ; 12]

III - La Coordination Gérontologique du Centre Hospitalier de Bourgneuf

1. L'histoire :

Le Centre Hospitalier de Bourgneuf a mis en œuvre, dès 1993, une réflexion ax e sur le potentiel de prise en charge globale des personnes âgées malades et/ou dépendantes que pourrait développer un établissement de proximité à l'échelon de son bassin de vie, pour peu qu'il mette en œuvre des actions coordonnées avec les autres acteurs (sociaux et libéraux) du soutien à domicile.

L'idee a été de mettre en place :

- non pas une coordination sociale, qui regroupe les intervenants sociaux que sont les Conseils Généraux, les Caisses, les CCAS, les associations...
- non pas des soins médicaux coordonnés, comme le font ici et là certains services hospitaliers ou certains soignants libéraux
- mais une coordination véritablement médico-sociale qui aurait pour caractéristique d'intégrer les divers aspects « *Woodiens*¹ » du vieillissement, en insistant sur le fait que la prise en compte de l'état de santé était une condition *sine qua non* du maintien à domicile

2. La réflexion :

La réflexion s' st alors orientée vers un constat : le passage par une institution est quasiment obligatoire à partir d'un certain  ge², et les difficultés du maintien à domicile viennent très souvent du manque de passerelles et de travail en commun entre les intervenants :

- du secteur médical entre eux
- du secteur social entre eux

et du fossé qui existe, sur le terrain, entre médical et social.

Parmi les freins, les habitudes, les cultures et les pr s carrés, ont été identifiés :

¹ Cf. annexe 1 : La Séquence de WOOD

² Les 80 ans et plus présentent environ six  tats pathologiques

2.1 Deux contraintes majeures :

- le verrouillage de l'information médicale par le secret professionnel
- la difficulté à obtenir un financement pérenne

2.2 Trois impératifs de fonctionnement :

- une coordination locale doit être au service de tous, et non du seul initiateur
- une coordination locale doit être géographiquement positionnée au plus près de la proximité
- une coordination locale doit avoir la compétence nécessaire pour être une structure ressource de première intention

La prise en compte de ces différents axes stratégiques avait paru, lors de la réflexion « constituante » de 1993, incontournable pour pouvoir fédérer autour de la personne âgée l'ensemble des partenaires du maintien à domicile.

3. La conception :

De la réflexion qui précède est née l'idée:

3.1 que la Coordination gagnerait à être mise en œuvre de l'intérieur d'un établissement de santé :

- pour bénéficier d'une structure pérenne en termes de moyens (logistiques et humains)
- pour bénéficier d'une structure compétente sur le plan de la santé physique et mentale, de l'autonomie et du projet d'avenir
- pour que le coût de fonctionnement soit réduit au minimum (une partie des moyens n'a pas besoin d'être créée, et peut être générée par réorientation)
- pour ne pas butter contre le secret médical (qui devient accessible *es qualité*)
- pour pouvoir expertiser, sur place et en temps réel, le bien fondé d'une institutionnalisation non préparée

- pour ajouter une dimension soignante à la dimension sociale et aboutir à une prise en charge globale de la personne âgée

3.2 que le coordonnateur devait être un Praticien Hospitalier diplômé, au minimum, de gériatrie et gérontologie (Capacité Universitaire) :

- qui serait au centre d'une équipe médico-sociale hospitalière composée par une Surveillante, une Assistante sociale et une Secrétaire
- qui aurait en charge un service capable d'allier proximité et qualité gériatrique : en clair un Moyen Séjour Gériatrique dont le rôle de ré autonomisation médico-psycho-sociale est fondamental au grand âge
- et qui aurait dans ses missions d'impulser, d'animer et d'assurer la logistique d'une coordination gérontologique la plus large possible

4. Les partenaires :

Les partenaires du maintien à domicile, ainsi que les institutions ressources, dans les divers axes d'intervention gériatrique, ont été listés et contactés :

<i>Les intervenants du domicile</i>				
<i>Soin</i>	<i>Vie quotidienne</i>	<i>Cadre de vie</i>	<i>Alternatives</i>	<i>Aide Informelle</i>
<i>Médecin I.D.E. Kiné Pharmacien S.S.I.A.D. Secteur psy Pédicure</i>	<i>Assistante Sociale Aide à domicile Auxiliaire de vie Garde à domicile Emploi Familial Portage de repas Foyer restaurant Petits services</i>	<i><u>Habitat :</u> Ergothérapeute P.A.C.T. C.R.A.M. D.D.E. C.A.F. Caisses complémentaires... <u>Télé assistance</u> <u>Protection juridique</u></i>	<i>Accueil de jour Accueil temporaire Famille d'accueil</i>	<i>Famille Voisins Bénévoles Facteurs Commerçants Gendarmes</i>
<i>Les institutions nécessaires</i>				
<i>Le Centre Hospitalier de Bourgneuf</i>	<i>Les établissements sanitaires voisins (publics et privés)</i>	<i>Les E.H.P.A.D. voisines</i>		
<i>Service d'urgence Médecine interne Moyen Séjour S.S.I.A.D.</i>	<i>Centres Hospitaliers de Creuse Cliniques ou centres de rééducation creusois C.H.S. de Creuse C.H.R.U. de Limoges Cliniques ou centres de rééducation autres</i>	<i>Bourgneuf (140 lits) Royère de Vassivière Bénévent l'Abbaye Autres</i>		

Les échanges avec les partenaires ont été beaucoup plus personnalisés que formalisés. En effet, en 1995, cette expérience quasiment unique ne pouvait s'appuyer sur aucune méthodologie existante et elle a été conçue, à l'origine, comme un instrument de recherche en terme de maintien à domicile.

Le but était d'offrir aux professionnels du domicile un service qui les intéresse suffisamment pour qu'il devienne le lieu naturel de la coordination.

De ce service pourrait naître un réseau de fait, légitimé par son efficacité, qui permettrait secondairement de définir l'origine, le nombre et la qualité des participants, la territorialité des interventions et les moyens dont il devrait se doter pour arriver à l'objectif premier : la prise en charge globale, et de qualité, de la personne âgée dépendante et/ou malade d'un bassin de vie.

5. Les stratégies mises en œuvre :

D'emblée le simple rapprochement des compétences a été préféré à la mise en place de conventions qui lieraient des partenaires autour d'un fonctionnement que chacun concevait différemment.

Pour y parvenir, deux axes ont été privilégiés : la communication et la formation des participants.

5.1 La communication

La communication a été très personnalisée, afin d'établir des rapports simples et directs avec les divers professionnels, et tout particulièrement avec les médecins traitants (avec qui une association de Formation Médicale Continue a été mise en place à partir de la Coordination Gériatrique).

Pour atteindre les personnes âgées et leurs famille, plusieurs canaux ont été choisis : les médias, une plaquette (conçue en partenariat avec la C.R.A.M.C.O., la ville de Bourgneuf, le Conseil Général et la M.S.A.) et, ce qui s'est montré très efficace, l'information ciblée des aides ménagères et des facteurs pour véhiculer le message.

5.2 La formation

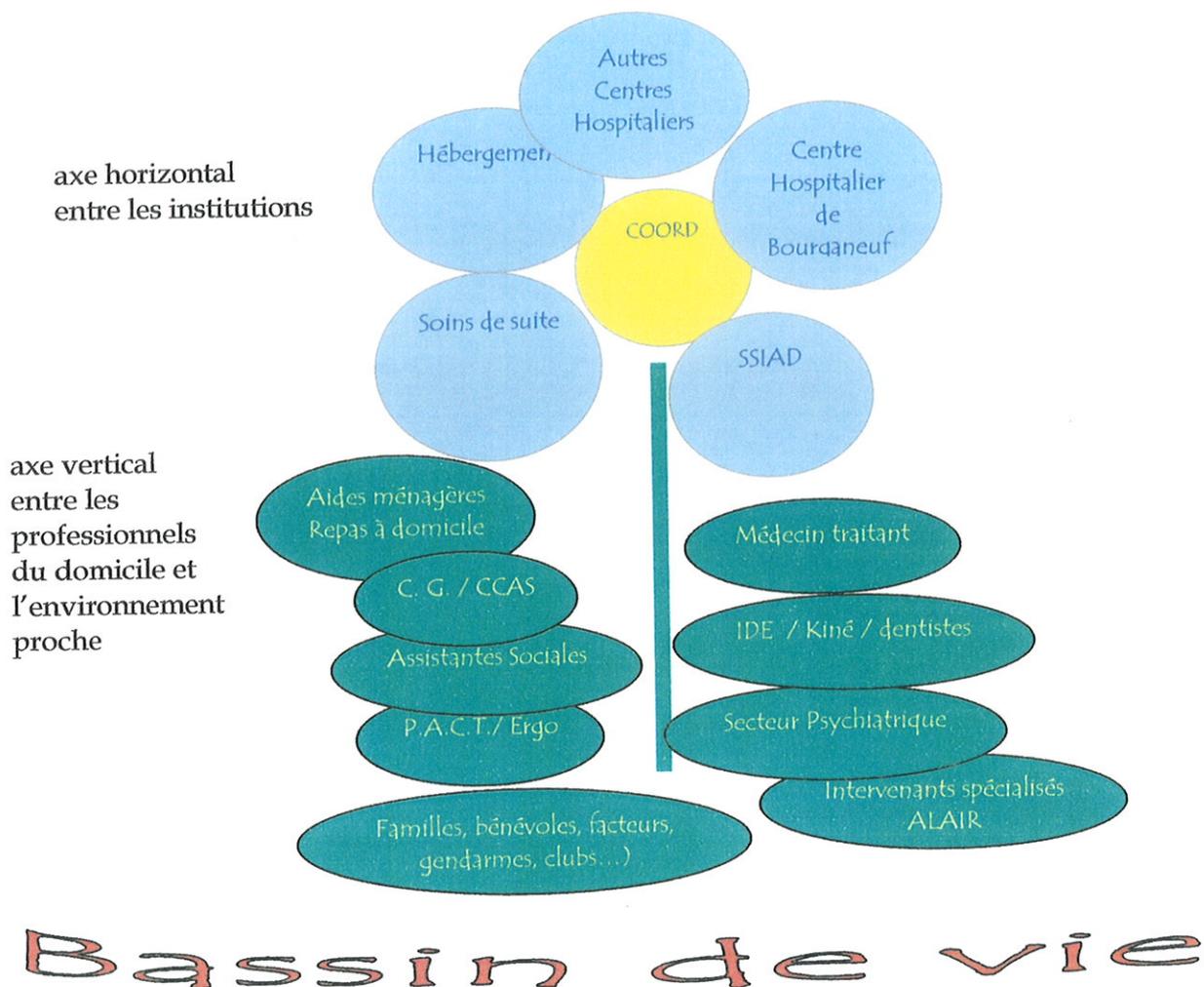
De nombreuses **formations** ont été initiées par la Coordination (à travers une association loi 1901 : « Facettes »), en partenariat avec la CRAM, l'Education Nationale, le G.R.E.T.A. de la Creuse, la Fondation de France et d'autres organismes ayant pignon sur rue :

- parce que la formation est nécessaire à la plupart des intervenants à domicile
- parce qu'elle est un bon moyen de se positionner en référent local
- parce qu'elle permet, par des conceptions communes, de mettre rapidement en place une démarche partagée.

Peu à peu, et à échéance d'une année, l'action a pu se développer autour de deux axes :

- l'un **horizontal**, entre les diverses unités hospitalières ou institutions au sens large, participant à la prise en charge temporaire ou définitive des personnes âgées.
- l'autre **vertical**, sur le bassin de vie de l'établissement.

La Coordination Gérontologique occupe ainsi un espace central où peuvent se décliner les divers aspects de la prise en charge globale : la vie quotidienne, la prévention, le soin, l'orientation, le suivi.



6. La constitution du réseau :

6.1 La mise en route :

En l'absence de conventions ou d'obligations statutaires de fonctionnement il a fallu, pour « faire recette », choisir un thème capable de fédérer tous les intervenants : la mise en réseau s'est constituée à partir des sujets âgés transitant par le Centre Hospitalier de Bourgneuf, et ayant besoin d'aides pour pouvoir rapidement retourner chez eux.

En effet, pour ne pas aboutir à une catastrophe et à l'institutionnalisation définitive, la sortie d'hospitalisation doit être très soigneusement préparée avec les acteurs de la prise en charge au quotidien : la famille lorsque celle-ci existe, le médecin traitant³, l'I.D.E., le kinésithérapeute, le secteur psychiatrique, l'aide ménagère.

³ Qui doit rester le référent du maintien à domicile des personnes âgées malades et/ou dépendantes.

Il y a là matière à créer des liens et des habitudes de fonctionnement avec les professionnels de ville.

Dans cette optique, la Coordination a mis en place :

- des emplois jeunes, qui accompagnent les premiers jours de la sortie, assurent un suivi rapproché (sur place, puis téléphonique) et jouent un rôle d'intermédiaires entre les divers intervenants.
- un système de veille au domicile, constitué par les aides à domicile, les aides familiales, les facteurs, les gendarmes, les bénévoles (formés par la Coordination), bref, tout ce qui peut rendre service aux personnes âgées, repérer et signaler les prémices annonciatrices de catastrophe.

Ce suivi post hospitalier a permis, au fil du temps, d'atteindre l'objectif de création d'un réseau aux ambitions beaucoup plus vastes :

- mettre en place des soins coordonnés avec les praticiens libéraux
- prévenir l'entrée en institution
- mobiliser les acteurs de terrain sur des projets particuliers : troubles du comportement, très grande dépendance, dénutrition et tous types de situations qui risquent de conduire, de façon inadéquate, à une hospitalisation d'urgence.

6.2 Fonctionnement :

6.2.1 L'équipe hospitalière

En avril 1995, par réorientation de moyens internes, le Centre Hospitalier a mis en place la Coordination Gériatrique, en lui attribuant :

- du temps de Surveillante et du temps de P.H. Gériatre
- des locaux spécifiques et adaptés
- des moyens bureautiques

L'A.R.H. a, pour compléter ces moyens, accordé une assistante sociale et une secrétaire en octobre 1999.

En 1999, trois emplois jeunes (titularisés depuis) ont été mis à disposition, en partenariat avec la ville de Bourgneuf, et sont sectorisés géographiquement.

6.2.2 Le travail en réseau :

Les actions médico-sociales coordonnées sont mises en place lors d'une réunion mensuelle de coordination.

Celle-ci, qui a lieu le 2^{ème} mardi de chaque mois au Centre Hospitalier, regroupe : les assistantes sociales des caisses et de l'aide sociale, la solidarité du Conseil Général, les responsables des aides ménagères, des I.D.E. libérales, des S.S.I.A.D., des soins palliatifs, de la nutrition entérale, des portages de repas, des bénévoles, des clubs de personnes âgées, de certaines associations ciblées, du secteur psychiatrique et des établissements d'hébergement voisins, le technicien du PACT de la Creuse, le représentant des facteurs, des gendarmes et du juge des tutelles.

- au cours de cette réunion, sur une liste de 300 à 400 personnes « à risques », sont abordés les projets, les actions et le suivi d'une centaine de « dossiers chauds »
- si l'un des partenaires a connaissance d'un problème ou d'un nouveau cas, il le signale à cette occasion. Des outils de transmission ont été mis en place avec les aides à domicile, les facteurs et les gendarmes
- un compte rendu est adressé par la Coordination à tous les partenaires.

La Coordination se prolonge, en ville, auprès **des médecins traitants** qui, du fait de l'importance qui est la leur dans le maintien à domicile, et pour des questions d'éthique, de déontologie et de confidentialité, sont consultés individuellement (par le P.H. et le Cadre de santé, coordinatrice des S.S.I.A.D.).

Une réunion, qui a lieu une fois par semaine à leurs cabinets, permet de mettre en place les projets de soins médicaux coordonnés ainsi que le projet de devenir de leurs patients âgés, où qu'ils soient (domicile, services aigus, S.S.I.A.D., E.H.P.A.D.).

6.2.3 La territorialité :

La notion de proximité a pris, dès la conception du projet, une importance toute particulière, et la Coordination de Bourgneuf se limite autant que faire se peut, à son bassin de vie.

La définition d'un « bassin gérontologique » est par nature imprécise, et celui de Bourgneuf correspond - en tout ou partie -, à cinq cantons de Creuse (Bourgneuf, Pontarion, Saint Sulpice les Champs, Royère-de-Vassivière), et deux cantons de la Haute-Vienne (Saint Léonard-de-Noblat et Peyrat-le-Château).

Sur ce territoire, 10.000 personnes âgées peuvent être concernées.

La Coordination Gérontologique du Centre Hospitalier de Bourgneuf se positionne à la fois comme moteur du plan d'aide et comme prestataire de service, à disposition des personnes âgées de son bassin de vie, de leur entourage et de tous les acteurs du maintien à domicile.

IV - Proposition de mise en réseau départemental : Synthèse du rapport présenté à la Conférence régionale de santé (Limoges, 15 décembre 2000) [11]

Sur le modèle mis en place à Bourganeuf, bien perçu par les professionnels concernés, le groupe de programmation a présenté, à la conférence de santé de 2000, un projet de coordination départementale.

Tenant compte des besoins sanitaires, sociaux et médico-sociaux des personnes âgées, celui-ci envisageait un fonctionnement en binôme sanitaire et social et la mise en place d'un axe horizontal, local, et d'un axe vertical, départemental.

1. L'axe horizontal est constitué par les cellules locales de coordination, positionnées autour du service de Moyen Séjour (SSR de réautonomisation gériatrique) d'un Centre Hospitalier de proximité, afin de regrouper les compétences médicales et médico-sociales et de prendre en charge les besoins de son bassin de vie.

La cellule locale est co-pilotée, en binôme, par une coordination hospitalière et un service décentralisé du conseil général.

- Les unités de Moyen Séjour pouvant entrer dans ce dispositif, au nombre de 5, sont : Aubusson, Bourganeuf, Evaux les Bains, Guéret, La Souterraine.
- Un cahier des charges des co-pilotes doit être formalisé.
- Une réunion mensuelle de coordination doit être organisée avec les acteurs locaux, réunis autour d'une convention très souple.

2. L'axe vertical est départemental et comporte deux structures : une cellule départementale de coordination et un comité de pilotage

2.1 La cellule départementale de coordination, dont la logistique est assurée par le Conseil Général, assiste aux réunions mensuelles des cellules locales ainsi qu'aux réunions du comité de pilotage. Elle a pour mission :

- d'apporter du lien entre les cellules locales notamment en ce qui concerne les zones frontalières, et en ce qui concerne les personnes ou les actions transversales entre les zones
- de coordonner et optimiser les façons de fonctionner des cellules locales

- de faire redescendre aux cellules locales les souhaits du comité de pilotage
- d'être, pour le comité de pilotage, une structure technique ressource

Sa constitution est, elle aussi, binaire :

- un gériatre (issu des cellules locales) et un professionnel non médecin de la gérontologie (désigné par le Conseil Général) assurent le co-pilotage
- Le Conseil Général leur adjoint un travailleur médico-social et un secrétaire

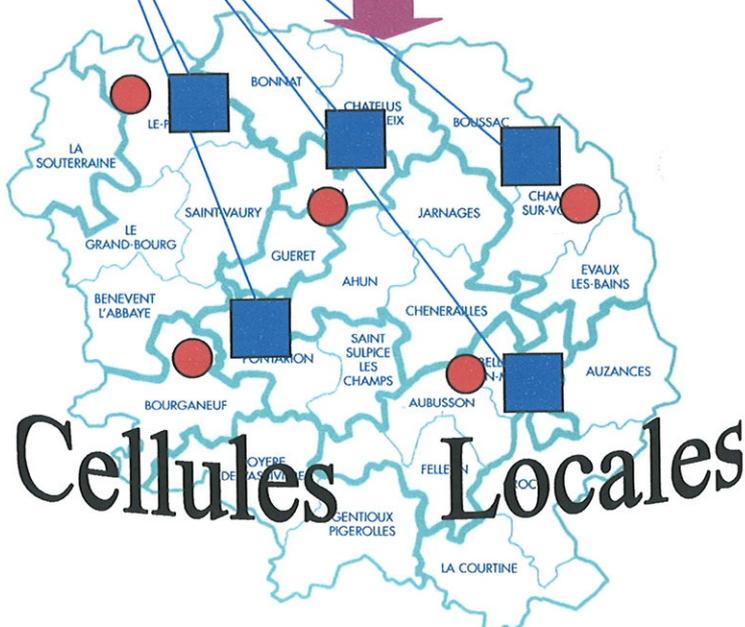
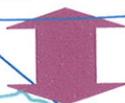
2.2 Le comité de pilotage regroupe les responsables de niveau décisionnel, désignés par la Préfecture, le Conseil Général, les caisses d'assurance maladie, l'ARH, l'Union Régionale des Médecins Libéraux, et par les associations départementales concernées (AFSAD, Aides à Domicile, PACT de la Creuse), ainsi que diverses personnes ressources.

Les co-pilotes de la cellule départementale y assistent, apportent leur concours technique et rendent compte des actions mises en place par les cellules locales, des problèmes rencontrés, et des éventuelles propositions.

Porte-parole des instances qui le composent, le Comité de Pilotage donne à la cellule départementale ses directives en matière d'évaluation, de formation, de prévention etc.

Organigramme :

Comité de Pilotage



Cellules Locales



Coordination du Conseil général :

Le niveau local est composé par les responsables des Unités territoriales du Conseil général.

Le niveau départemental pourrait être chargé, à terme, de développer et valoriser un Centre Ressource Départemental.

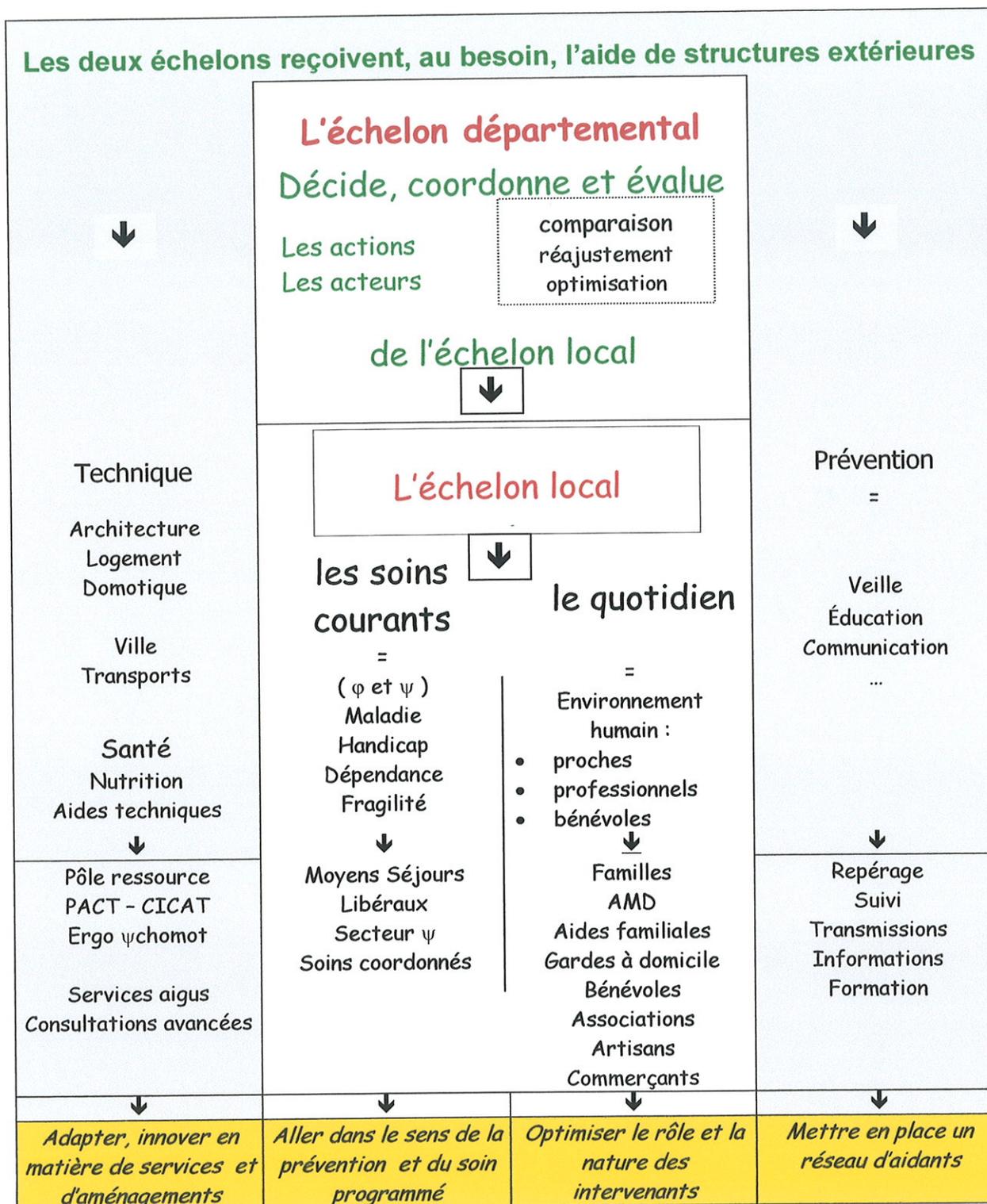


Coordination Médicale :

Un gériatre, une surveillante, une assistante sociale hospitalière et une secrétaire font partie de la cellule locale.

Un gériatre et un cadre de santé, issus des cellules locales, font partie de la cellule départementale.

ORGANIGRAMME FONCTIONNEL

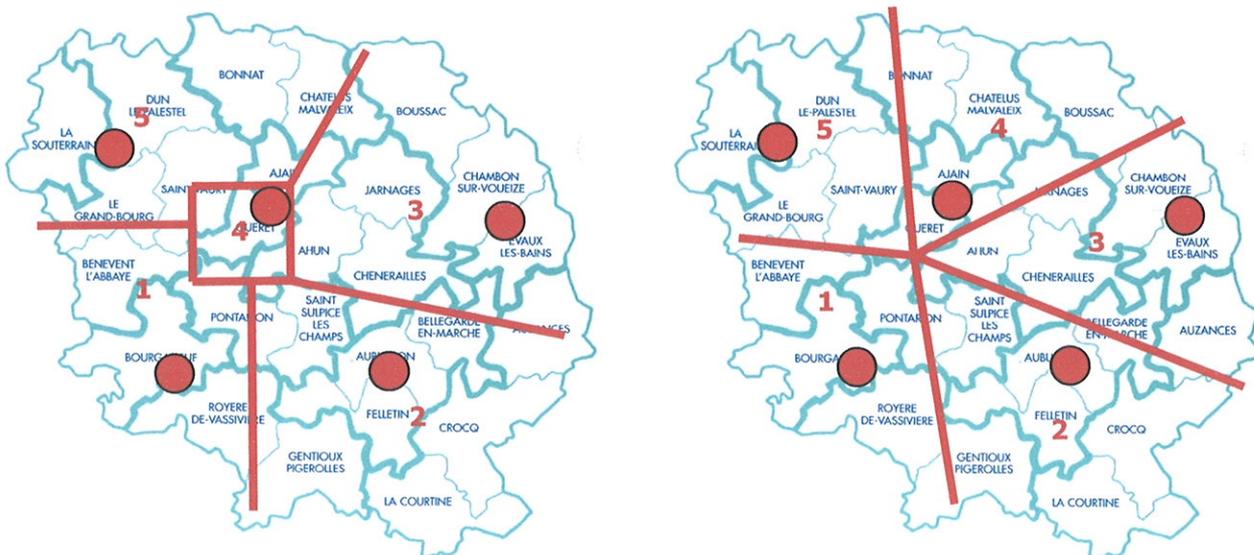


L'organigramme fonctionnel permet d'imaginer l'extension possible aux actions de formation, de prévention, et d'une façon générale à tous les thèmes décidés par le comité de pilotage.

Le rapport présenté à la Conférence régionale de santé insistait sur l'importance qu'il y avait à bien définir la territorialité des cellules locales de coordination, l'idéal étant qu'elles constituent des entités fonctionnelles regroupant dans un véritable bassin de vie, une unité :

- d'aide sociale
- d'aide à domicile
- de SSIAD
- de secteur psychiatrique
- de portage de repas
- ...

Plusieurs modèles étaient envisageables, et parmi eux :



V - le travail en réseau : complémentarité et compétence

Le Programme régional de santé « Handicap et dépendance des personnes âgées, à domicile et en institution », défini par la Conférence régionale de santé du Limousin venait au bon moment, et la conférence de 2000 s'inscrivait dans une prise de conscience générale du besoin gérontologique et d'une nouveauté méthodologique : le travail en réseau.

1. Les réseaux : [14]

Travailler en réseau, c'est regrouper, autour d'un objectif concerté, des professionnels d'horizons différents. C'est aussi intégrer les aidants naturels dans un plan d'aide personnalisé, que celui-ci soit sanitaire ou médico-social.

Les véritables réseaux, structurés, sont nés avec l'épidémie du Sida, pathologie qui se prêtait mal à une hospitalisation de longue durée tout en nécessitant un véritable suivi. Les malades et leurs familles se sont constitués en associations au fort pouvoir de lobbying, inventant de nouvelles formes de prise en charge alternatives à l'hospitalisation.

Ce mode de fonctionnement, qui intègre sanitaire, familial et social, a trouvé un écho très favorable dans le milieu gérontologique, car il porte en lui la prise en charge globale prônée par les gériatres.

Depuis 1996, et l'ordonnance Juppé du 24/04/1996, les réseaux ont proliféré, dans leur nombre et leur conception.

Leur profil est du reste très différent selon qu'il s'agisse de réseaux expérimentaux (arrêté du 30 mars 2000), de réseaux de soins (circulaire DGS/DAS/DH/DSS/DIRMI n° 99-648 du 25 novembre 1999), ou des très nombreux réseaux informels médico-sociaux.

Selon le statut juridique choisi par le promoteur, on peut avoir affaire à des :

- réseaux internes à l'hôpital
- réseaux entre hôpitaux
- réseaux visés par le code de la santé publique
- réseaux expérimentaux visés par le code de la sécurité sociale
- réseaux d'autres types

Il faut noter que les établissements de santé peuvent être impliqués dans tous les types de réseaux, y compris les expérimentations soumises à l'avis de la commission « Soubie⁴ ». La circulaire du 9 avril 1997 les y encourage, même si celle du 25 novembre 1999 indique que la majorité des réseaux de soins ne participeront pas à ces expérimentations.

La confusion qui entoure la notion de réseau est due au fait que ces classifications ne sont pas rigides et qu'un réseau peut parfaitement relever de plusieurs catégories à la fois. Par exemple, un réseau gérontologique peut être à la fois dénommé réseau ville-hôpital, englober une structure d'hospitalisation à domicile (H.A.D.) et faire l'objet de nouvelles expérimentations.

Ainsi, les dernières années du siècle auront été l'ère du « tout réseau », au point qu'il a fallu, en quelque sorte, mettre en réseau les réseaux ! Pour ce faire, le législateur a inventé les C.L.I.C.

2. Les CLIC :

La circulaire n° 2000-310 du 6 juin 2000 relative aux Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC) indique que : « *Les 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 du bâti (environnement/habitat) mais aussi à la vie sociale, culturelle et citoyenne.* »

« *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 œuvre 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*

⁴ La commission SOUBIE est une formulation rapide pour désigner le comité d'orientation des filières et réseaux de soins, présidée par Raymond SOUBIE. Ce comité de 35 membres est chargé de donner un avis au Ministre qui décide alors s'il convient ou non de donner un agrément aux actions expérimentales proposées.

- *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 œuvre du plan d'aide individualisé*
- *suivi et adaptation du plan d'aide individualisé*
- *formation et échange sur les pratiques, incluant l'aide aux aidant*
- *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*

Selon le degré de globalité des services apportés par les C.L.I.C., plusieurs niveaux de labellisation ont été envisagés :

- 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 appropriée.
- 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 œuvre 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 œuvre, 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. [5]

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

3. C.L.I.C. et coordinations gérontologiques hospitalières :

Les frontières entre secteur sanitaire et secteur social, entre maintien à domicile et accueil en établissement, ou encore entre secteur public et secteur privé cessent d'être pertinentes au regard des besoins affichés par les personnes âgées.

Le rapport « Vieillir en France » de madame Guinchard-Kunstler met en avant ce besoin de coordination.

Ne pas prendre en compte les besoins de santé des personnes âgées et le passage par une institution de soins comme un moyen de prolonger le maintien à domicile n'est, de nos jours, plus concevable.

Il convient donc d'aller encore plus loin que le cahier des charges des C.L.I.C., et d'envisager de coordonner l'action des soignants et des non soignants, et parmi les soignants, coordonner l'action des établissements et des libéraux.

On rejoint, sur ce point, l'analyse mentionnée dans le cahier des charges du projet de Bourganeuf, qui avait ciblé, dans ses contraintes, le secret médical et les prés carrés.

Les diverses évaluations et analyses des C.L.I.C., faites par eux-mêmes ou par l'INSERM, indiquent toutes qu'en l'absence de partenariat médical très fort, ces difficultés perdurent. [20]

Rendre à chaque professionnel intervenant dans le réseau son domaine de compétence est un garant d'efficacité.

Elargir, au contact des autres professionnels, la culture gérontologique de chacun des intervenants est un garant de qualité. [25]

VI - Les acteurs du réseau gérontologique

La vitalité d'un réseau dépend de l'implication de chacun de ses membres, mais également de l'intensité des nœuds de communication, des connections et des échanges d'informations entre les structures qui le composent.

Dans un réseau, les acteurs - plus ou moins nombreux, et variables selon les modèles - sont autonomes. Ils peuvent signer des contrats, traduction de leur confiance envers les autres partenaires. Le contrat est une formalisation de règles, un accord finalisé de volontés pour éviter les ambiguïtés, mais le réseau est surtout fondé sur la confiance réciproque qui s'exprime de manière informelle. C'est dire que, en l'absence de leadership officiel, les modes d'emploi des acteurs du réseau peuvent être variables.

1. Les C.L.I.C.

Ils ont vocation à être « tête de réseau » mais avec, souvent, un certain nombre de difficultés dont les rapports avec les soignants ne sont pas les moindres.

Le concept de réseau est donc plus ambitieux que la simple complémentarité, mais ne peut trouver son plein épanouissement sans un accord de volonté des participants.

L'évaluation INSERM des C.L.I.C. a bien montré que les particularités locales pouvaient être très délétères. [20]

2. Les institutions :

2.1 Les institutions médico-sociales

Elles ne sont autorisées à accueillir des personnes âgées dépendantes qu'à la condition d'avoir passé une convention pluriannuelle avec le Président du Conseil Général et l'autorité compétente de l'assurance maladie sur la base d'un cahier des charges.

Maillon de la prise en charge globale, temporaire ou définitive, on distingue essentiellement les E.H.P.A.D., les familles d'accueil, les centres de jour.

Ces structures sont nécessairement impliquées, en raison du vieillissement de la population et de ses nouvelles caractéristiques, entre social et soin et doivent, pour la plupart d'entre elles, évoluer vers des prises en charge plus exigeantes et s'inscrire dans le réseau gérontologique de proximité.

2.2 Les services hospitaliers

Plusieurs réseaux gérontologiques ont été mis en place à l'initiative d'établissements de santé (publics ou privés), mais curieusement, sur un plan conceptuel, un certain nombre d'acteurs médico-sociaux n'ont pas tendance à les considérer comme les coordonnateurs naturels d'un réseau.

Ils passent plutôt pour intervenir à la demande des autres acteurs du réseau, et sont censés répondre à des besoins bien identifiés (coordination d'une prise en charge à l'hôpital, recours au plateau technique, formation du personnel...) alors que la révolution de l'information partagée et la régionalisation des acteurs de la santé semblent destinés à faire évoluer une relation hiérarchique vers une complémentarité de compétences au service du malade.

Les services hospitaliers ont pour eux le financement pérenne, la permanence du service, la compétence de ses équipes et une logistique existante.

Ils ont contre eux une habitude de souveraineté dans la décision, un manque de communication et de partage d'information (secret médical) et une méconnaissance du terrain.

Il va sans dire que les structures hospitalières (administratives et médicales) devront remettre en cause un fonctionnement très hiérarchisé, apprendre à participer et à être partenaire, c'est à dire offrir une compétence sans l'imposer.

L'hôpital de proximité semble être le mieux à même d'avoir accès à l'information extérieure, d'avoir des contacts simples avec les intervenants sanitaires et sociaux du maintien à domicile, tout en limitant les craintes d'hospitalo-centrisme que génèrent le plus souvent les pôles plus importants.

Au sein de l'hôpital de proximité, le service de suite S.S.R., charnière entre les divers établissements (publics ou privés, généraux ou psychiatriques) est certainement le mieux placé pour prendre une part active dans le retour à domicile et jouer un rôle prépondérant dans le projet de devenir d'un patient, et dans les soins coordonnés avec les libéraux.

Il peut aussi être une structure alternative aux va-et-vient nécessités par certaines pathologies, en s'inscrivant dans un réseau cancer, un réseau H.A.D. etc., tout en induisant des économies de santé⁵.

3. Les professionnels :

3.1 Les médecins traitants

La menace souvent évoquée de filière (syndicalisme) ou d'hospitalo-centrisme (étatisme) est à l'origine de bien des réticences des praticiens libéraux vis à vis des réseaux.

Les médecins traitants trouvent cependant de plus en plus leur place au niveau des soins coordonnés où ils sont soit maîtres d'œuvre, soit partenaires associés à l'ensemble des intervenants.

Le travail en réseau doit :

- les décharger du quotidien de leurs patients, dont ils sont trop souvent encombrés.
- leur permettre de recentrer leur activité sur la coordination des soins médicaux.
- leur donner un rôle d'arbitre en terme de projet de maintien à domicile.

En fait le médecin libéral, habitué au colloque singulier avec son patient, devra à l'avenir élargir son champ de vision et ses processus décisionnels en y intégrant d'autres professionnels.

Le travail partenarial peut alors poser la question de la responsabilité médico-légale du praticien appliquant une « décision collégiale » qui n'est pas la sienne propre. Cet aspect juridique doit trouver sa place dans les principes régissant le contrat médical, à savoir l'obligation de moyens, à condition qu'on ne fasse pas porter au praticien la responsabilité d'un manque de moyens qui ne serait pas spécifiquement médical.

⁵ une étude C.R.E.D.E.S de 1991 a montré que le Moyen Séjour⁵ ou l'H.A.D. génèrent des économies par rapport à un service aigu et à sa filière de dégagement (Long Séjour).

3.2 Les autres intervenants

La prise en charge globale de la dépendance et/ou de la maladie pousse à une optimisation médico-sociale, curative et préventive, touchant à la fois le soin, les diverses prestations et l'environnement. Le réseau offre alors la possibilité d'un partenariat entre les différents prestataires de services, sans hiérarchisation mais en complémentarité, chacun étant, dans son poste, partenaire à égalité de droit et de devoir, avec les autres membres du réseau, quels que soit leur autorité morale ou leur prestige administratif ou médical.

Devront donc être sollicités des partenaires tels que les acteurs libéraux de santé, les assistantes sociales, les aides à domicile, les techniciens de l'habitat, les services de portage de repas, les S.S.I.A.D., le secteur psychiatrique etc... afin de mettre en œuvre une dynamique de projet commun personnalisé.

La coordination des multiples intervenants vient de la préoccupations relevée en terme de fractionnement des services. Le problème n'est cependant pas le même selon que les prestations sont ou non prescrites.

- Pour ce qui est prescrit (infirmière libérale, S.S.I.A.D., H.A.D., secteur psychiatrique, kinésithérapeute et certaines aides médico-techniques telles que lit médical, oxygénothérapie...), il s'agit de la responsabilité du prescripteur, et le médecin traitant, coordonné avec son hôpital (public, privé ou psychiatrique) de proximité, trouve ici toute sa place au niveau de la décision et du suivi. La qualité des diverses transmissions, et des outils prévus à cet usage est essentielle et doit faire l'objet d'une réflexion urgente.
- Pour ce qui n'est pas prescrit (plan d'aide mis en place par le Conseil Général dans le cadre de l'APA., prestations financières ou en nature servies par les caisses de retraite, les C.C.A.S. ou diverses associations), la démarche comporte trois volets :
 - la définition des actions sanitaires et/ou sociales à mettre en place : la décision doit être pluridisciplinaire, et prise en staff médico-social.
 - la coordination des services et le bon déroulement des actions définies sont du ressort du responsable médical ou social du réseau, selon le type d'action.
 - la qualité de la prestation définie doit être évaluée par le prestataire de services dans le cadre d'une démarche qualité adaptée.

4. Les bénéficiaires du réseau :

Même si les professionnels et la société tirent profit d'un fonctionnement harmonieux des structures, la personne âgée et son entourage sont les principaux bénéficiaires du système.

Point n'est besoin, comme dans les filières, d'engagements formalisés même si, dans certains « réseaux » expérimentaux, la personne âgée s'engage à contacter le médecin généraliste qu'elle a choisi pour toute demande de soins, et à ne faire appel qu'aux professionnels intervenants dans le cadre du réseau, ce qui lui assure en contrepartie une prise en charge des soins à 100%, le respect du tarif conventionnel et la dispense d'avance de frais.

D'une façon générale, les règles du jeu sont les suivantes :

- le réseau doit permettre à la personne âgée d'y adhérer ou non, de choisir librement son médecin traitant, et doit obtenir l'accord du bénéficiaire pour mettre en œuvre les décisions le concernant.
- la personne âgée adhérant au réseau doit se soumettre au bilan gériatrique et social initial, qui a pour objet de déterminer les aides nécessaires prévisibles, notamment pour le maintien à domicile.

Au plan juridique, lorsqu'il s'agit de personnes âgées, c'est avant tout en terme éthique, respect de la liberté de la personne, de sa protection, du respect de son intimité que s'appréhendera la responsabilité des acteurs de réseau. La mise en place d'un réseau devra donc nécessairement s'accompagner de très fortes garanties juridiques et éthiques.

VII - Journée de réflexion du 15 octobre 2003 : Vieillesse et solidarité [6]

En 1999, s'étaient tenus à Guéret les Etats généraux de la santé, consacrés aux personnes âgées, qui avait induit une dynamique de concertation sociale autour de ce thème.

Dans cet esprit, mais d'une façon plus participative, le département de la Creuse a organisé, à Guéret, une journée de réflexion intitulée « Vieillesse et solidarités⁶ » pour préparer la réactualisation de son schéma départemental des personnes en perte d'autonomie.

Après une matinée consacrée à la tenue d'ateliers regroupant les professionnels de terrain, une restitution des travaux a permis de dégager les grands axes à mettre en œuvre dans le prochain schéma.

Comme souvent, dans ce genre d'exercice, les idées bouillonnent de façon un peu confuse et il est difficile de toutes les codifier.

Un certain nombre d'axes ont cependant clairement émergé, concernant les établissements, l'aide aux aidants, la sécurité en établissement et à domicile, la professionnalisation des intervenants et le résultat de l'observation sociale :

1°) l'évolution de la population âgée fait émerger le problème de la dépendance mentale, des problèmes sanitaires chroniques et doit faire envisager l'accueil des handicapés vieillissants.

2°) L'accent doit être mis sur la qualification des personnels, et sur la nécessité de regrouper les services et les prestations par bassin gérontologique. Ce dernier devrait être doté :

- d'un établissement de santé avec SSR et coordination gérontologique
- d'un SSIAD
- d'un service d'Aide à domicile
- d'un EHPAD avec possibilité d'hébergement temporaire, accueil de jour Alzheimer et un conventionnement avec le CHS et l'UMSP

⁶ Cf annexe 2

3°) Pour aider les aidants il convient :

- d'augmenter le nombre de places en SSIAD (qui ne devraient plus fonctionner en prix de journée)
- de couvrir le département en CLIC
- d'améliorer la qualité de l'accueil familial
- d'inciter à la création d'accueils de jour
- de créer un service départemental de tutelles

4°) Pour la sécurité en établissement et à domicile, il convient de se pencher sur :

- les projets architecturaux et domotiques
- les ratios d'encadrement
- le problème de l'isolement
- la sécurité alimentaire
- la formation des aides à domicile

5°) La professionnalisation des agents à domicile et en établissements doit passer par une meilleure formation initiale et continue

6°) L'observation sociale, qui pourrait regrouper les compétences au sein d'un centre ressource départemental devrait avoir pour objectif :

- de diminuer la maltraitance
- de prévenir et détecter précocement les troubles psychiques et mentaux
- de prévenir la malnutrition, l'isolement sensoriel
- d'éviter que le recours aux urgences soit la seule réponse à un problème social ou médico-social

VIII - Evolution des pratiques et nouveaux textes

La réalisation des vœux et des projets exprimés lors la journée de réflexion demande, pour réactualiser le schéma départemental, à ce que les avancées réglementaires soient prises en compte et presque anticipées.

Pour cela, il est utile de faire référence au rapport d'étape de la mission d'appui, connu depuis le mois de mars dernier, même si les arbitrages entraîneront probablement des modifications. Il exprime cependant une direction qui ne devrait guère être modifiée.

Messieurs Briet et Jamet⁷, qui ont conduit la mission de préfiguration de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), récemment adoptée par l'assemblée nationale, donnent clairement les grandes orientations de la décentralisation. [3]

Leur rapport mentionne un certain nombre de points importants :

En remarque liminaire il précise que :

- la mission intègre conjointement les problèmes des handicapés et des personnes âgées
- l'aide aux personnes affectées par la perte d'autonomie (qu'elles soient âgées ou handicapées) est multi dimensionnelle et doit prendre en compte certains aspects sanitaires

Par ailleurs, les politiques de prise en charge ont à traiter, selon une approche horizontale, des situations individuelles, et non à gérer selon une logique verticale des prestations spécifiques. Cela implique une gestion de proximité renforcée.

Il convient donc de transférer un ensemble significatif de responsabilités au Conseil général, et de le doter des moyens nécessaires pour qu'il soit le gestionnaire local de proximité.

⁷ Cf annexe

Le dispositif prévoit donc un échelon local : le département, et un échelon national : la CNSA.

1. le dispositif local

1.1 crée les maisons départementales des personnes handicapées, qui doivent :

- s'entendre comme une fonction à assumer et non comme une institution à créer
- garantir l'existence d'un véritable guichet unique non seulement à l'entrée dans le dispositif mais aussi à la sortie
- s'appuyer sur les circonscriptions d'action sociale du département

- abriter la commission des droits et de l'autonomie qui remplacera les actuelles commissions techniques d'orientation et de reclassement professionnel (COTOREP) et les commissions d'éducation spéciale (CDES).

1.2 donne de nouvelles compétences aux départements :

Le département devrait se voir attribuer les compétences de tarification, de financement et de tutelle sur les établissements et services du champ médico-social tels que définis dans l'article L. 312-1 du CASF, à savoir les établissements et services pour personnes âgées (EHPAD, SSIAD), établissements et services pour personnes handicapées adultes (FAM et MAS), une partie des établissements et services d'enseignement et d'éducation spéciale pour mineurs et jeunes adultes handicapés ou présentant des difficultés d'adaptation (IME, IR, SESSAD), les centres d'aide par le travail (y compris le paiement de la garantie de ressources due aux personnes handicapées qui travaillent).

Ces transferts de compétences supposent que le département devienne l'autorité de tutelle et exerce à ce titre, l'ensemble des compétences qui y sont attachées, notamment celle relative à la tarification.

Le problème du transfert de compétence financière entre assurance maladie et collectivités territoriales fait encore l'objet d'un débat animé, les caisses d'assurance maladie opposant à cette proposition une résistance farouche.

Quoi qu'il en soit, deux options sont envisageables :

- La première consiste à déléguer au Président du conseil général l'exercice d'une compétence de l'Etat en lieu et place en lieu et place des DDASS et directeurs d'ARH. Cette hypothèse a pour inconvénient de faire du Président du conseil général un simple ordonnateur de crédits de sécurité sociale dont le montant est arrêté par l'Etat, ce qui n'est pas conforme au principe d'autonomie des collectivités territoriales.

- La seconde consiste à transférer juridiquement aux départements l'entière compétence de tarification et de financement des établissements y compris pour la partie soins. Dans cette hypothèse, les dépenses sont de la responsabilité des départements.

1.3. crée une instance de concertation et de régulation locale

La régulation pourrait être assurée par une instance (qui pourrait s'intituler commission départementale de solidarité pour l'autonomie) se substituant aux actuels comité départemental des retraités et personnes âgées (CODERPA) et conseil départemental consultatif des personnes handicapées (CDCPH).

2. le dispositif national : la CNSA

Le rôle de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), qui centre son périmètre d'intervention sur les politiques de compensation de la perte d'autonomie en direction tant des personnes âgées que des personnes handicapées, est double :

- exercer, d'une part, une fonction d'aide aux acteurs, d'évaluation et de mise en cohérence des politiques locales
- exercer, d'autre part, une fonction financière de répartition des moyens entre les départements

La CNSA qui exerce ce double rôle dans les deux domaines des personnes âgées et handicapées, intervient :

2.1 en ce qui concerne les personnes âgées :

- En contribuant, au niveau national, au financement de l'APA (elle remplace la FFAPA)

- En encadrant les nouvelles responsabilités confiées aux départements :
 - la médicalisation et les forfaits soins des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), la tarification de ceux-ci étant confiée au plan local au département ;
 - les services concourant au maintien à domicile y compris les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), à l'exception de l'aide ménagère prise en charge par la CNAVTS (non prise en compte par l'APA)
 - Les centres locaux d'information et de coordination (CLIC) dont la gestion et le financement seront assumés au plan local par les départements.

2.2 en ce qui concerne les personnes handicapées, le périmètre d'intervention de la CNSA concerne :

- La prestation de compensation, (appelée parfois« APA bis ») :
 - Aides humaines : la prestation de compensation remplace et développe l'ACTP dans la mesure où elle donne droit à un volume d'heures de tierce personne supérieur. Cette prestation est subsidiaire par rapport à d'autres aides ouvertes par ailleurs au titre d'un régime de sécurité sociale
 - Aide technique : la réalité est aujourd'hui complexe car les aides techniques sont financées pour partie par la sécurité sociale et pour partie par le secteur associatif ou des fonds d'assistance d'organismes divers dont les départements. Avec la CNSA, ce qui est aujourd'hui financé par l'assurance maladie (LPP) le demeurera, mais l'écart de remboursement à la charge de la personne handicapée pourra être financé par la prestation de compensation
 - Aide à l'aménagement du logement : devrait remplacer le complément d'AAH, qui est à l'heure actuelle l'aide au logement des personnes handicapées qui souhaitent rester à domicile
 - Aide spécifique ou exceptionnelle : aide animalière, acquisition ou entretien de produits liés au handicap

- Les établissements pour adultes handicapés qui étaient financés en tout ou partie par l'assurance maladie, à savoir les foyers d'accueil médicalisés et les maisons d'accueil spécialisées
 - Les établissements pour enfants inadaptés, à savoir notamment les instituts médico-pédagogiques, médico-éducatifs et les instituts de rééducation, le département devenant le tarificateur unique. Dans ce cas, le département assure la tutelle de l'établissement et son fonctionnement hormis pour ce qui concerne le personnel enseignant mis à disposition par l'éducation nationale, selon un schéma proche de celui des collègues
 - Les services d'auxiliaires de vie scolaire, les dispositifs pour personnes lourdement handicapées et différents services existants dont les sites pour la vie autonome
 - Les centres d'aide par le travail et la garantie de ressources sous la forme d'une aide au poste telle qu'elle est prévue par le projet de loi « handicap »

3. Synthèse :

1. Les choses évoluent donc de façon importante en ce qui concerne la prise en charge des personnes dépendantes et comme ce terme regroupe personnes âgées et personnes handicapées, le législateur aura sans doute à faire la part des choses entre ce qui revient au vieillissement et ce qui revient au handicap, même si le rapprochement des deux prestations signe le rapprochement des concepts.

2. Les départements, « chaperonnés » par la CNSA, auront en charge un certain nombre de services qui relevaient de la DDASS ou d'associations, ce qui ne manquera pas d'entraîner des modifications dans la façon de fonctionner.

- La COTOREP et les commissions d'éducation spéciale (CDES) entrent à la Maison départementale des personnes handicapées
- Les actuels Comité départemental des retraités et personnes âgées (CODERPA) et Conseil départemental consultatif des personnes

handicapées (CDCPH) disparaissent et sont remplacés par une commission départementale de solidarité pour l'autonomie

- Les CLIC, mis en place par l'Etat, reviennent aux départements
- Les services d'aide à domicile, en application de la loi 2002.2 du 2 janvier 2002, sont des institutions sociales et médico-sociales. Elles relèvent donc du décret 2003-1010 du 23 octobre 2003 et doivent être habilités et tarifés par le Président du Conseil Général
- Les SSIAD, dont le nombre de place était fixé par la DDASS, les EHPAD, les FAM, les MAS, les IME, les IMP, les SESSAD et jusqu'aux CAT deviennent de la compétence des Conseils généraux, qui en deviennent l'autorité de tutelle.

3. Ces transferts de compétence posent évidemment le problème des fonctionnaires de l'état, de la DDASS en particulier, institution qui va être profondément remaniée et dont on peut même se demander si sa disparition n'est pas programmée.

Le projet de loi relatif aux responsabilités locales NOR : INTX0300078L/Bleue, émanant du Ministère de l'intérieur, de la sécurité intérieure et des libertés locales prévoit déjà les reconversions :

Au chapitre II, article 80, il est en effet précisé que « *les fonctionnaires de l'Etat exerçant leurs fonctions dans un service ou une partie de service transféré à une collectivité territoriale peuvent opter soit pour le statut de fonctionnaire territorial, soit pour le maintien du statut de fonctionnaire de l'Etat* ».

Il appartiendra au Conseil d'Etat de préciser les modalités de leur intégration ou de leur détachement.

4. Il apparaît cependant à la mission Briet-Jamet que des mécanismes devront être développés pour tout à la fois maintenir et renforcer les liens entre la planification sanitaire et la planification médico-sociale, et établir des dispositifs correcteurs au niveau régional et national.

En effet, qu'il s'agisse de personnes âgées ou de certaines formes de handicap (psychique notamment), la planification sanitaire et la planification médico-sociale doivent être conçues globalement et de façon cohérente.

Aussi apparaît-il indispensable que les autorités en charge de la planification sanitaire soient tenues informées de l'élaboration des schémas d'organisation sociale et médico-sociale qui seront de la seule responsabilité des départements. De même, il y a lieu de prévoir pour les établissements et services pour lesquels la mission propose qu'ils soient autorisés par le département, le maintien d'un avis préalable obligatoire du CROSMS dans le cadre de la procédure mise en place par la loi du 2 janvier 2002.

IX - Réactualisation du schéma départemental en faveur des personnes en perte d'autonomie du département de la Creuse. [7]

La réactualisation du schéma⁸, adoptée par l'assemblée départementale de la Creuse, précise, dans son préambule :

« le cloisonnement entre les dispositifs de soutien destinés aux personnes âgées et ceux destinés aux personnes handicapées devient de plus en plus artificiel. En effet :

- d'une part les besoins des personnes âgées se définissent de moins en moins par l'âge et de plus en plus par rapport au degré d'autonomie.
- d'autre part les personnes handicapées aspirent à des dispositifs de compensation leur permettant de participer pleinement à la vie sociale et atteignent plus fréquemment un âge avancé.

Ces deux populations ont donc de plus en plus de besoins communs, qu'il s'agisse d'aide aux actes de la vie quotidienne ou de la préservation de la vie sociale ».

Six axes sont ensuite définis, qui regroupent les thèmes et les actions identifiés lors de la journée de réflexion du 15 octobre 2003 :

- Axe 1 : territorialiser la prise en charge des personnes en perte d'autonomie dans le cadre d'une cohérence départementale
- Axe 2 : renforcer la politique de soutien à domicile
- Axe 3 : favoriser l'adaptation des établissements aux besoins émergents
- Axe 4 : développer les liens domicile-institution et les formules d'accueil intermédiaires
- Axe 5 : lutter contre la maltraitance et promouvoir la bientraitance
- Axe 6 : mettre en œuvre les plans d'urgence

⁸ Cf. annexe 4

De ces axes découlent des fiches d'actions, dont un certain nombre s'inscrivent en droite ligne dans les objectifs du Programme régional de santé du Limousin.

L'action 1-1 : concerne la définition des territoires d'action en faveur des personnes en perte d'autonomie (personnes âgées, personnes handicapées).

Le principe est que chaque territoire d'action comprenne un ensemble d'équipements et de services apte à répondre aux différents besoins de la personne en perte d'autonomie, à savoir, *a minima* :

- un EHPAD
- un service de soins de suite et de réadaptation généraliste (dépendance de l'ARH, lien à assurer avec le SROSS III volet gériatrie)
- un CLIC
- un service à domicile prestataire
- un service de portage de repas

- un établissement ou service pour personnes handicapées
- des relations conventionnelles seront à rechercher avec le secteur psychiatrique en lien avec l'ARH et le SROSS volet psychiatrique

En fonction de ce cahier des charges, les actions développées en faveur des personnes en perte d'autonomie seront organisées selon les bassins de vie suivants :

- bassin de Aubusson
- bassin de Bourgneuf
- bassin de Evaux/Auzance
- bassin de Guéret
- bassin de La Souterraine

L'action 1-2 concerne l'installation d'un Centre Départemental d'Information et de Coordination.

Il est présidé par le Président du Conseil Général, s'appuie sur les services du pôle Jeunesse et Solidarités et a pour mission :

- d'informer le public pour ce qui relève du niveau départemental, en lien avec les CLIC
- de favoriser la mutualisation de certains moyens humains ou techniques
- de proposer des outils visant à la mise en place d'un observatoire de la maltraitance

- de favoriser l'échange d'expériences et de pratiques en constituant des groupes de travail
- d'analyser les besoins des personnes en perte d'autonomie et leur évolution à l'échelle du département et proposer des solutions
- de coordonner les démarches d'évaluation des CLIC en proposant des outils d'évaluation cohérents au niveau du département
- d'apporter son appui aux acteurs locaux par sa mission de lieu ressources

L'action 1-3 consiste à intégrer les CLIC, dont l'organisation devra assurer la couverture intégrale du département, dans le dispositif d'actions gérontologiques

(...)

Pour respecter une unité d'intervention sur l'ensemble du département, les CLIC auront à répondre à un cahier des charges spécifique.

En complément, l'action des CLIC sera à rapprocher de l'action des équipes techniques d'évaluation et de labellisation du secteur handicap (ETEL du SIVA) afin d'assurer une meilleure cohérence et une meilleure rationalisation des interventions

L'action 2 - 1 structure et met en cohérence l'offre de services à domicile en terme de statut juridique, cahier des charges et tarification, conformément à la nouvelle réglementation.

- habilitation des institutions médico-sociales réalisant des interventions d'aide à domicile (aides à domicile, SSIAD, portage des repas)
- la tarification des associations habilitées sera arrêtée par le Président du conseil Général à compter du 1^{er} janvier 2006
- la charte des droits et libertés des personnes âgées dépendantes et la Charte des professionnels en gérontologie⁹ représentent également deux documents de référence de l'intervention auprès des personnes âgées à domicile

L'action 2 -2 se propose de coordonner les intervenants autour de la personne âgée à domicile. (...) il s'agit donc :

- d'élaborer un référentiel commun par type de prestation (auxiliaires de vie, soins, portage des repas...) précisant les fonctions assurées par chacun des services
- de définir et de mettre en place les moyens de liaison entre ces intervenants à domicile

⁹ Cf Annexe 5

L'action 2 -3 codifie la procédure d'expertise en matière d'aides techniques et d'adaptation du logement. Il est prévu que cette expertise soit assurée :

- par le CALC pour ce qui est des adaptation de l'habitat¹⁰
- par le Site à la Vie Autonome pour ce qui est des aides techniques, ce site étant du reste le guichet unique de gestion des dossiers et du fonds de compensation

L'action 2 -6 prévoit des mesures d'accompagnement et de prévention :

- au titre du volet prévention de la perte d'autonomie : prévention des chutes, nutrition, prévention du vieillissement cérébral etc.
- au titre de l'aide aux aidants, qu'ils soient familiaux, bénévoles ou professionnels. C'est en effet sur ces aidants que repose en grande partie l'efficacité et la qualité du maintien à domicile.

L'axe 3 est orienté vers l'adaptation des établissements aux besoins émergents et prend en compte, dans un souci de proximité (notion de bassin de vie) :

- l'accueil des personnes atteintes de maladie d'Alzheimer ou pathologies apparentées
- l'accueil des personnes handicapées vieillissantes

L'axe 4 concerne les alternatives à l'institutionnalisation :

- en développant l'accueil de jour et l'hébergement temporaire
- en professionnalisant et organisant l'accueil familial, qui n'est pas toujours exempt de critique

L'axe 5 veille à lutter contre la maltraitance et à promouvoir la bientraitance

Enfin, la réactualisation du schéma se termine sur les plans d'urgence à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire et sur les dispositifs d'évaluation de son application.

¹⁰ En creuse, le PACT-ARIM porte le nom de CALC : « Centre pour l'Amélioration du Logement de la Creuse »

X - Point de passage avec le programme PRS

Après que le schéma départemental ait été adopté, il nous a paru intéressant de comparer ses fiches actions avec les objectifs listés, en 1997, par le Programme Régional de Santé « Handicaps et dépendance des personnes âgées à domicile et en institution »

1. La coordination, qui était le fil rouge des 14 thèmes retenus (voir chapitre III) est également la pierre angulaire du schéma :

- les moyens de liaison entre les intervenants à domicile doivent être définis et mis en place
- les CLIC, couvrant entièrement le territoire, ont pour mission d'assurer la cohérence et la rationalisation des diverses interventions
- enfin, un CDIC a pour mission d'assurer l'égalité et la cohérence départementale des interventions

2. Le maintien à domicile de qualité dans l'urgence passe par un plan d'aide très structuré, faisant intervenir de bons professionnels, aux actions bien coordonnées.

En effet, pour assumer des interventions en urgence, il faut parvenir à un niveau élevé de prestations, pouvoir compter sur l'ensemble des structures existantes, et s'appuyer sur des principes forts, telles que les deux chartes mises en annexe :

- la charte des droits et libertés des personnes dépendantes, élaborée par la Fondation Nationale de Gérontologie en 1999
- la charte des professionnels en gérontologie, charte limousine élaborée en 2003 [4]

Le premier de ces documents rappelle les égards et prestations dues aux personnes dépendantes.

Le second, issu du partenariat entre le groupe projet du Programme Régional de Santé du Limousin, l'Institut de Gérontologie du Limousin et la Fondation nationale de Gérontologie, se propose d'être le complément du précédent : il est l'autre façon de reconnaître et de redéfinir la spécificité du travail auprès des personnes âgées.

De ces principes découlent des normes qualitatives, qui seront exigées pour l'habilitation des institutions médico-sociales du domicile (auxiliaires de vie sociale, SSIAD, portage des repas) et qui engloberont, autant que faire se peut, la prise en charge des situations non programmées.

3. La dépendance temporaire est prise en compte dans l'axe 4, qui envisage les alternatives à l'institutionnalisation en développant l'accueil de jour, l'hébergement temporaire et en professionnalisant et organisant l'accueil familial.

Le problème des familles d'accueil, non professionnalisées pour la plupart d'entre elles, à but lucratif et bénéficiant, en terme d'attractivité, de l'APA à domicile, a bien été identifié.

4. la dépendance psychique et le vieillissement des malades et handicapés mentaux est une préoccupation manifeste du schéma, qui en traite à plusieurs endroits, que ce soit par la prévention des troubles cognitifs, qui est envisagée, le soutien aux aidants familiaux, l'adaptation des établissements aux besoins de la dépendance psychique, le conventionnement avec le CHS ou encore l'accueil des personnes handicapées vieillissantes.

5. Les aidants professionnels et familiaux font l'objet de fiches spécifiques. Les premiers par la prise en compte de la Charte des professionnels en gérontologie, les seconds par des mesures d'accompagnement et de prévention.

6. la définition du rôle des professionnels est précisée dans l'action 2-2, où il est indiqué qu'un référentiel commun par type de prestation (auxiliaires de vie, soins, portage des repas...) précisera les fonctions assurées par chacun des services.

La nouvelle réglementation sur les compétences territoriales, qui place sous l'autorité du département l'ensemble des prestations médico-sociales en matière de vieillissement et de handicap, ne peut que clarifier la situation et éviter disparités ou redondances.

7. Le cloisonnement entre sanitaire et social reste encore une des difficultés de la prise en charge globale, laquelle ne peut exclure les problèmes de santé, et les prises en charge qui en découlent, dans le plan d'aide d'une personne âgée ou handicapée.

Le schéma entre cependant dans cette réflexion, en inscrivant dans chaque territoire d'action un EHPAD, un CLIC, un établissement ou service pour personnes handicapées, un SSIAD, et un établissements de santé de proximité :

- un service de soins de suite et de réadaptation généraliste (dépendance de l'ARH, lien à assurer avec le SROSS III volet gériatrie)
- des relations conventionnelles avec le secteur psychiatrique (en lien avec l'ARH et le SROSS volet psychiatrique)

Un tel cahier des charges définit des territoires significativement proches de ceux identifiés par le PRS, qui constituent les Unités territoriales d'action sociale (UTAS).

ZONES COUVERTES PAR LES BASSINS GERONTOLOGIQUES



8. Le manque d'indicateurs, notamment dans la prédictibilité de la dépendance et dans sa réparation est un problème ressenti par tous les acteurs du plan d'aide.

La grille AGGIR n'est pas toujours correctement appliquée, ne discrimine pas tout et ne propose pas de plan d'aide. Le Conseil général de la Creuse étudie, avec des professionnels nationaux, la possibilité d'élaborer un outil méthodologique qu'il a inscrit dans son schéma. Il s'agit de « *définir, à travers une méthode précise d'observation et de questionnement, un plan d'aide rendu plus complexe par les nouvelles attributions territoriales. Pour mettre au point cet outil méthodologique, un cahier des charges, un groupe de travail et un calendrier doivent être mis en place afin de présenter, début 2005, un rapport d'étape avancé* »

9. La formation des professionnels est affirmée au niveau de la Charte des professionnels en gérontologie, de l'habilitation des services, et de la remise à niveau de l'accueil familial.

Par ailleurs, la procédure d'expertise en matière d'aides techniques et d'adaptation du logement est encadrée. Elle doit être assurée par le CALC pour ce qui est des adaptations de l'habitat, et par le Site à la Vie Autonome pour ce qui est des aides techniques.

10. Le repérage de l'isolement et de la solitude est du domaine du CDIC, chargé, entre autres, de discriminer, à l'échelle du département, les besoins des personnes en perte d'autonomie et leur évolution.

11. La prise en charge institutionnelle avait été repérée par le groupe PRS, en raison du retard pris par les structures et les pratiques par rapport à l'évolution de la population.

La professionnalisation des métiers de la gérontologie et la coordination des actions sont complétées, dans l'axe 3, par l'adaptation des établissements aux besoins émergents.

Les problèmes spécifiques des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de pathologies apparentées sont identifiés, ainsi que l'accueil des personnes handicapées vieillissantes.

L'habilitation des structures, et l'action du CDIC sous-tendent la notion de formation (initiale et continue), de sensibilisation programmée et de démarche qualité aussi bien à domicile qu'en institution.

12. L'intérêt de la surveillance sensorielle et nutritionnelle (en terme de qualité de vie, de prévention des accidents et du glissement vers la dépendance) se retrouve au niveau du volet prévention de la perte d'autonomie : prévention des chutes, nutrition, prévention du vieillissement cérébral etc..

Il entre dans les missions du CDIC d'analyser les besoins des personnes en perte d'autonomie, de proposer des solutions et d'en d'informer, en lien avec les CLIC, le public et les professionnels.

A l'issue de ce tour d'horizon, seules deux préoccupations du groupe PRS ne figurent pas dans la réactualisation du schéma :

- la disparité dans les prises en charge, selon les régimes et les départements
- l'implication des personnes âgées dans la prise en charge de leurs problèmes

La réduction de la disparité selon les régimes dépend de la mouture définitive de la nouvelle loi, et de la ligne de partage qui sera tracée entre les compétences des Conseils généraux et celles laissées aux Caisses d'assurance maladie, qui admettent encore, entre elles, des écarts sensibles dans les prestations sociales.

En ce qui concerne l'implication des personnes âgées dans leurs propres problèmes, et bien que ce soit un exercice complexe, cela peut relever d'actions d'informations du CDIC, relayées par les CLIC, d'autant plus que la transformation des CODERPA peut relancer ce type d'assemblée, généralement quiescente, et donner naissance à des actions plus compactes.

On peut remarquer, enfin, que la structure ressource prônée par le groupe PRS, si elle n'est pas la stature régionale imaginée, est programmée à l'échelon du département de la Creuse.

La mise en réseau des Maison départementales et des CLIC doit assez facilement permettre d'avoir une banque de données cohérente dans le domaine social et médico-social. Le fait qu'elle dépende d'une seule institution devrait uniformiser les systèmes d'information, avant que la multiplication commerciale des logiciels ne rende le problème insoluble.

XI - La place de l'Etat dans le dispositif

L'Etat a en charge la santé, le Département a en charge le vieillissement et le handicap.

Cette dichotomie interpelle, toutefois, à plus d'un titre :

- les besoins de santé, dans les établissements médico-sociaux restent pudiquement ignorés par les conventions tripartites, où le GIR Moyen pondéré est utilisé comme critère unique de tarification. Or, contrairement au modèle PATHOS recommandé par les gériatres, la grille AGGIR, qui définit très correctement une charge en soins de base, n'a pas compétence à définir une charge en soins
- à l'inverse, la seule réponse proposée à une personne âgée présentant une situation de crise, quelle qu'elle soit, est l'admission à l'hôpital, via le service des urgences
- les troubles du comportement des sujets âgés constituent une préoccupation majeure des deux types d'établissements, sanitaires et médico-sociaux, mais plus particulièrement dans les services de soins aigus, qui n'ont pas été conçus pour ce type de pathologie (entraînant le glissement progressif vers la dépendance)
- la notion de soin et de santé évolue, et rejoint la définition établie par l'OMS, qui parle de santé physique, mentale, sociale et de bien être, ce qui dépasse largement la prestation habituelle des hôpitaux

De la même façon que le fossé séparant dépendance et handicap ne paraissait pas pertinent, celui qui existe entre sanitaire et médico-social ne semble pas l'être d'avantage, d'autant plus que l'allongement de la vie augmente à la fois la probabilité de dépendance et la probabilité de pathologie.

La nouvelle donne territoriale peut être le moyen de faire évoluer les pratiques des uns et des autres vers une complémentarité qu'elle n'ont que rarement aujourd'hui, aussi bien en terme de planification que de pratiques coordonnées.

1. Planification concertée :

En confiant au département le rôle de tutelle pour les services et les établissements médico-sociaux, il apparaît à la mission Briet-Jamet que des mécanismes doivent être développés pour tout à la fois maintenir et renforcer les liens entre la planification sanitaire et la planification médico-sociale.

Aussi apparaît-il indispensable que les autorités en charge de la planification sanitaire soient tenues informées de l'élaboration des schémas d'organisation sociale et médico-sociale qui seront de la seule responsabilité des départements. De même, il y a lieu de prévoir pour les établissements et services pour lesquels la mission propose qu'ils soient autorisés par le département, le maintien d'un avis préalable obligatoire du CROSMS dans le cadre de la procédure mise en place par la loi du 2 janvier 2002.

2. Pratiques coordonnées :

Le maillage et la mise en réseau des compétences, dans un bassin de vie cohérent, doit concerner l'ensemble des acteurs : les médico-sociaux, mais aussi les libéraux et les établissements de santé de proximité.

L'intérêt de la proximité est évident. Selon l'adage bien connu : « en gériatrie, il est urgent d'attendre », l'hôpital de proximité permet d'éviter, chaque fois que faire se peut, les structures très techniques et éloignées. Cela ne peut être que profitable au patient âgé, qui reste en contact avec son environnement habituel (famille, voisins, aide à domicile), environnement qui peut être associé très précocement au projet de devenir

Les C.L.I.C. prônent la proximité, la notion d'entité territoriale et la coordination des plans d'aide, autant de bonnes raisons pour que les hôpitaux de proximité trouvent dans le réseau gérontologique l'occasion de développer leur offre de service. Il y a plusieurs raisons à cela, qui intéressent aussi bien les médecins libéraux que les intervenants sociaux :

- La proximité favorise le contact avec le médecin traitant, pierre angulaire du maintien à domicile des personnes âgées. Le fait qu'il intervienne parfois lui-même dans l'établissement est un facteur favorisant pour les staffs pluridisciplinaires et pour la coordination des soins entre ville et hôpital, y compris dans le cadre des divers réseaux (cancer, soins palliatifs, handicap, aide aux aidants familiaux...)

- L'expertise gérontologique, et le plan d'aide qui en découle, ne peut se passer du volet médico-psychologique de la personne âgée, et l'hôpital de proximité doit être, en la matière, une structure ressource et formatrice
- Structures pérennes et compétentes, les hôpitaux possèdent un plateau technique, des structures et une logistique permettant de gérer, 365 jours par an, bon nombre de situations médico-sociales de crise, sans encombrer les services des urgences qui ne sont pas faits pour ça.

Ainsi, tout en conservant leur rôle d'établissements de soins de première intention, les hôpitaux de proximité ont en main les outils capables de faire d'eux l'interface entre sanitaire et social : en s'adaptant à l'évolution des besoins, ils évoluent vers un travail en réseau territorial avec les professionnels libéraux et les intervenants médico-sociaux et en s'inscrivant dans des filières de soins par grandes disciplines.

Inclure des établissements de santé dans un réseau territorial existe déjà en Creuse.

L'expérience de Bourgneuf, relatée au chapitre IV, et qui a maintenant dix ans d'âge, continue à donner satisfaction et fait des émules. Le Centre hospitalier de La Souterraine l'a reproduite à l'identique et le Conseil général, dont les travailleurs médico-sociaux oeuvrent étroitement avec elle, a centré ses UTAS, dans le même esprit, autour des Moyens séjours existants.

Cela rejoint la proposition du PRS, qui pointait l'intérêt des services de suite et réadaptation, orientés vers la réautonomisation gériatrique.

La balle est maintenant dans le camp de l'Etat, de suivre ou non la proposition retenue par le jury de la Conférence régionale de santé (Cf. chapitre V) :

- mettre en place une équipe de coordination gérontologique dans les cinq hôpitaux creusois, Aubusson et Evaux les Bains n'en sont pas encore pourvus
- former, avec le CDIC, une cellule départementale de coordination.

XII - Quelques exemples concrets

1. Les vignettes

1.1 Vignette n° 1 : madame Elise T

Mme Elise T. , discrète et sans histoires est une personne de 76 ans, vivant seule à Bourgneuf dans une maisonnette.

En quelques jours, son comportement s'est modifié et on l'a vue de plus en plus souvent arpenter les rues, toujours munie d'un parapluie d'époque et de son grand sac noir.

Les voisins, peu nombreux, jeunes et peu enclins à surveiller les vieilles dames, ont bien perçu un changement, mais ne s'en sont pas émus.

Quant au médecin traitant, il intervient rarement chez madame T., qui est très peu demandeuse bien qu'elle soit depuis longtemps suivie pour le cœur. Il s'est toutefois ému de la rencontrer si souvent en ville, et est passé la voir : il a constaté un laisser aller inhabituel dans la maisonnette, qui était mal chauffée et encombrée d'innombrables cartons.

Il a alors tenté de prévenir la seule nièce qu'il connaissait, qui habite Limoges, et il a fait un signalement au Pôle gérontologique, qui a envoyé une équipe sur place.

Madame T. présentait à l'évidence des troubles cognitifs d'apparition progressive, récemment mis au grand jour, mais qui évoluaient depuis plusieurs mois. Elle achetait, par correspondance, d'innombrables babioles complètement inutiles, et les entassait chez elle sans même ouvrir les paquets. Le réfrigérateur était sale, encombré de produits périmés, et la cuisine n'avait pas dû servir depuis un certain temps. L'apragmatisme et le laisser aller étaient évidents, se voyaient et se sentaient au point qu'il devenait difficile de laisser madame T. dans ces conditions, alors que le froid était de plus en plus rigoureux, et qu'elle s'en plaignait.

L'entrée directe en SSR a été décidée avec le médecin traitant. La nièce a été prévenue.

Au cours du séjour, qui a duré 11 jours, le bilan habituel des états déficitaires a été pratiqué : examen général, scanner cérébral, biologie incluant hormones et vitamines, MMS., avis psychiatrique.

Le bilan a confirmé la présence d'un état démentiel d'intensité modérée (MMS 22/30), probablement ancien, associé à un syndrome confusionnel beaucoup plus récent, induit par une hyperthyroïdie sous Cordarone.

Après prise en charge de son anomalie thyroïdienne, anticholinestérasiques et avec l'appoint d'un minime traitement psychotrope, madame T. a pu rapidement passer en hébergement temporaire, le temps que son comportement ne pose plus de problèmes.

Ainsi, un mois et demi après l'hospitalisation, elle a pu regagner un domicile qu'elle a retrouvé avec d'autant plus de plaisir qu'il avait été nettoyé par sa nièce, en passe de devenir sa curatrice.

Les jeunes voisins ont été contactés et semblent prêts à signaler toute nouvelle anomalie qu'ils pourraient constater.

Madame T. reçoit la visite régulière de son médecin et du Pôle gérontologique, tandis que l'aide à domicile mise en place grâce à l'APA assure le quotidien (GIR 4), veille aux repas et à la prise des médicaments.

1.2 Vignette n° 2 : monsieur Louis F.

Monsieur Louis F., 79 ans, a été admis en SSR, venant du CHRU, où il avait été hospitalisé plusieurs semaines auparavant.

L'histoire était complexe : à la suite d'un traumatisme crânien sévère, il gardait des séquelles neurologiques, en particulier des troubles de la déglutition ayant fait mettre en place une gastrostomie et il était porteur de plaies BMR au niveau des membres inférieurs. Sur le plan locomoteur il avait retrouvé une assez bonne autonomie, et au point de vue mental, il ne persistait qu'un ralentissement idéique acceptable.

Cette personne, connue pour sa marginalité, habitait dans conditions d'hygiène précaires à Peyrat le Château, c'est-à-dire en dehors du rayon d'action du Pôle gérontologique, ce qui n'a pas empêché que, pour préparer son retour à domicile, tous les contacts ont été pris avec les intervenants souhaités, à la fois par téléphone et par fiche de liaison détaillée.

Le médecin traitant, l'IDE, l'association d'aide à domicile et l'assistante sociale étaient censés être sur le pied de guerre ; lorsque monsieur F. est arrivé chez lui, contrairement à ce qui aurait dû se passer, rien n'était prêt : l'aide à domicile était néophyte et effrayée par la « tuyauterie » gastrique, l'IDE était, contre toute attente, absente pour quelques jours et le médecin, qui n'avait guère envie de gérer le problème seul, a prestement opéré un retour à l'envoyeur, c'est à dire dans le service SSR.

Monsieur F. a, depuis et à son corps défendant, été accueilli en E.H.P.A.D., après que le SSR ait servi de sas pour trouver un établissement capable d'accepter les contraintes imposées par sa pathologie.

1.3 Vignette n° 3 : madame Germaine L.

Madame Germaine L. vit seule dans une petite bourgade dont elle a tenu très longtemps l'unique café.

Très âgée, marchant difficilement, courbée en deux. Elle est connue de tous pour son caractère bien trempé, l'excellente et l'affirmation répétée d'une indépendance farouche.

Cela ne serait rien si madame Germaine L. n'avait pas quelque peu dépassé les bornes, allant jusqu'à invectiver nuitamment les voisins, car elle passait souvent ses nuits sans dormir et à déambuler dans la rue.

Le médecin traitant, n'ayant aucune marge de manœuvre, jouait les bons offices avec le voisinage jusqu'au jour où ce qui devait arriver arriva : madame L., à la suite d'une chute nocturne, a dû être hospitalisée via le centre 15 : pompiers, service des urgences puis médecine interne.

Au bout d'une huitaine, le Tercian ayant fait son effet et madame L. ayant affirmé une Nième fois qu'elle ne resterait pas un jour de plus, elle est rentrée chez elle avec une ordonnance, une prescription de kiné et des transmissions pour le médecin traitant.

Comme on pouvait s'y attendre, les ordonnances n'ont jamais quitté le sac de madame L. et, malgré les efforts du médecin traitant, les choses ont repris très rapidement leur cours : lumière allumée, déambulation nocturne, cris etc.

Une affection bronchique a, fort à propos, servi de prétexte à une nouvelle hospitalisation, programmée, cette fois-ci, au SSR voisin.

Il est apparu rapidement que madame L. présentait un délire chronique, à thème persécutif, et qu'elle se battait toutes les nuits contre ceux qui lui voulaient du mal ou s'en prenaient à son argent.

Un anti psychotique ainsi qu'un hypnotique ont été prescrits et un entourage à domicile a été la condition imposée au retour à domicile : l'IDE passe un fois par jour pour faire prendre les médicaments (qui ont été regroupés en une seule prise) et pourvoit, une fois par semaine à la grande toilette. Une aide à domicile du village, que madame L. connaît depuis toujours, a réussi à se faire accepter et à gérer un quotidien qui s'est presque normalisé.

Le caractère de madame L. est intact, et elle n'a accepté aucune fioriture (lit électrique ou repas à domicile), mais elle dort la plupart de ses nuits... et ses voisins aussi.

1.4 Vignette n° 4 : Monsieur Claude C.

Monsieur Claude C. est âgé de 69 ans. Il vivait avec son épouse, bien que cette dernière présente un état démentiel d'origine vasculaire, dans un petit appartement HLM, au 3^{ème} étage sans ascenseur. Il était la tête, elle était les jambes et tout allait à peu près bien jusqu'à ce qu'il présente, à son tour, un accident vasculaire cérébral.

Hospitalisé d'abord en médecine, il a été transféré en SSR puis, à la demande du SSR, en Centre de rééducation fonctionnelle.

Sans la tête, les jambes ne pouvaient plus rester seules, même avec la mise en place, en urgence, d'une aide à domicile. Les nuits étaient difficiles et peu compatibles avec un appartement collectif. A la demande du médecin traitant, madame C. a rejoint son mari au SSR, où un bilan des possibilités restantes a été effectué, en même temps que le traitement était réajusté.

Elle a ensuite été admise en hébergement temporaire, ce qui lui a permis de rendre visite quotidiennement à son mari, tout en prenant de la distance pour préparer le séjour en Centre de rééducation.

L'objectif de la Coordination Gériatrique était de respecter le souhait du couple, qui était de rentrer à la maison, et de proposer à monsieur et madame C. les conditions les plus favorables pour cette orientation.

Le 3^{ème} étage sans ascenseur n'étant pas adapté, un appartement fonctionnel (aménagé handicapé, plein pied etc...) avait été retenu auprès de l'office HLM, étant entendu que si cet essai s'avérait impossible, un accueil en EHPAD serait proposé.

Après deux mois passés en centre de rééducation, les progrès, minimes, semblaient stabilisés. Monsieur C. avait bien appris à manœuvrer un fauteuil à commande manuelle unilatérale, mais il commettait des imprudences et était susceptible de tomber.

Une synthèse à eu lieu, réunissant médecin, psychologue, ergothérapeute et kinésithérapeute du Centre et l'équipe du Pôle gériatrique : les rééducateurs envisageaient un placement en EHPAD plutôt qu'un retour à domicile. L'équipe gériatrique avait très envie de tenter le contraire, c'est à dire un retour à domicile d'autant que l'appartement réservé était tout proche de ses locaux.

Comme il n'y avait pas de consensus, l'équipe de proximité a pris sur elle de trancher. Monsieur et madame C. sont revenus passer une semaine en SSR, au cours de laquelle ils ont été progressivement mis en situation.

Encadrés par deux aides à domicile mises en place par l'APA (GIR 2 x2), une téléalarme et le passage biquotidien des SSIAD, ils sont chez eux depuis quatre mois, même si l'état vasculaire de monsieur C. semble vouloir se compliquer et risque de poser, à nouveau, le problème de leur devenir.

2. Commentaires :

Le choix de ces vignettes est arbitraire, mais parmi de nombreuses situations comparables, elles illustrent l'intérêt de la proximité, aussi bien en ce qui concerne l'aide à domicile, que l'hébergement et l'hospitalisation.

Le cas n°1 a été retenu pour son extrême banalité. On aurait pu trouver des dossiers similaires, dans lesquels le problème venait de l'acide folique, ou d'un médicament délétère, d'où l'intérêt de toujours rechercher une cause organique ou iatrogène.

La solution n'est pas, alors, de jouer le tout médico-social, et de placer en E.H.P.A.D. toutes les vieilles dames ayant des troubles du comportement. Une expertise gériatrique est indispensable, dans tous les cas. Elle se pratique dans un centre ressource proche et adapté.

Le cas n° 2 est l'exemple même du résultat délétère que l'on obtient en l'absence d'une structure de coordination médico-sociale sur place.

La présence d'un CLIC aurait sans doute évité la suite, à condition toutefois que le projet de soins, important chez cet homme alimenté par sonde de gastrostomie et présentant des plaies BMR, soit transversalement établi entre l'hôpital et les libéraux.

Or, les évaluations INSERM et les doléances des CLIC montrent que ces transmissions ne se passent pas toujours bien.

Pour monsieur F., l'étroite collaboration entre une coordination hospitalière et un CLIC aurait été la solution : la coordination pourvoit, avec les soignants, à la prescription et le CLIC veille à l'effectivité opérationnelle.

Le cas n°3 : les problèmes de madame Germaine L. auraient pu être résolus dès la première hospitalisation si elle avait été très vite rapatriée dans l'établissement de soins de son bassin de vie. Le SSR de proximité était mieux à même de mettre en place les aides adaptées. Dans ce cas précis, il ne fallait pas n'importe quelle infirmière ni n'importe quelle auxiliaire de vie sociale, mais bien celles qui avaient une bonne chance d'être acceptées.

Les problèmes posés par les hospitalisations nocturnes ne se posent pas, du reste, qu'à domicile, mais aussi en institution.

Lorsqu'un EHPAD hospitalise un résident via le centre 15, celui-ci, après un bilan aux urgences, est rapidement « délogé » au hasard des places disponibles. Le médecin traitant est, généralement, informé, mais rarement le médecin coordonnateur, et plus personne, à l'EHPAD ne sait ce qu'il en est. Est-ce grave ? Reviendra-t-il ? Faut-il réserver sa chambre ? etc.

Une coopération entre les établissements de soins et les établissements médico-sociaux est indispensable, et demande à être formalisée.

Le cas n°4 illustre les différences qui peuvent exister entre les services « pointus » et d'autres, moins techniques, mais plus près du terrain.

Tout est en faveur des premiers : PMSI, T2A, aura, représentativité aux instances, etc..., sauf la résultante du pourquoi ils sont faits : le plan d'aide et la qualité de vie qui en découle.

L'utilisateur, qui est au centre du débat et le vrai Maître d'ouvrage, ne peut se passer de l'étroit rapprochement entre trois types de prestations, aussi vitales l'une que l'autre :

- L'expertise médicale
- Le choix du bon plan d'aide
- Le suivi, l'évaluation et l'adaptation du plan d'aide

Conclusion

La réactualisation du schéma départemental du département de la Creuse acte des avancées certaines dans le domaine de la prise en charge des personnes dépendantes.

A la suite des travaux menés par la Conférence de santé, ou dans le cadre des Etats généraux de la santé, ou encore dans les ateliers mis en place par l'assemblée départementale, il est apparu que la prise en charge des personnes âgées redonnait au mot « dépendance » son véritable sens, qui est d'entretenir avec les autres des liens de l'ordre de la nécessité.

Entretenir ou raviver ce lien social suppose que l'ensemble des acteurs concernés soit capable de se fédérer pour répondre de façon globale et solidaire, ce qui implique d'avoir des choses en commun : un idéal, ou une culture, ou une technique ou plus prosaïquement des intérêts partagés.

Regrouper autour d'un projet départemental la communauté gérontologique constitue une réponse à l'évolution du mode de vie qui a, depuis quelques décennies, distancié les classes d'âge sur le plan géographique, économique, familial, culturel et conceptuel, alors même que la progression exponentielle des moyens de communication aurait pu laisser supposer le contraire.

La multiplication des intervenants, la mise en place d'intermédiaires de différents horizons, le recours à des normes aseptisées, conduisent souvent à une réponse qui est d'avantage « socialement correcte » qu' « individuellement satisfaisante », d'autant plus que la cause des personnes très âgées est ingrate, incertaine et peu investie au plan économique.

Mettre en oeuvre, autour des « octo-nonantes » souvent affligés par un état de grande dépendance, une prise en charge très globale faisant intervenir l'environnement familial et convivial, les services de l'état, les collectivités territoriales, les caisses d'assurances sociales, les professionnels etc., revient à recréer un écosystème gérontologique « désaliénant » .

Le fond du problème est sans doute d'imaginer une cohérence dans les pratiques, alors même qu'elles émanent de cultures différentes, et qu'elles représentent des motivations et des intérêts divergents.

Il ne faudrait pas que les collectivités territoriales et les services de l'Etat fassent valoir leurs différences par sanitaire et médico-social interposés.

- Les personnes dépendantes y perdraient en qualité de prestations.
- Les acteurs de la prise en charge y perdraient en intérêt professionnel.
- Les établissements de proximité y perdraient en chance de survie, eux qui sentent déjà le vent de la T2A, alors qu'ils constituent un excellent moyen de canaliser et rationaliser les besoins des personnes âgées, en prenant la place qui leur revient au sein des réseaux de soins et médico-sociaux... et en soutien des cabinets médicaux qui ont bien du mal à se renouveler.

Il y a tout lieu de croire qu'une coordination hospitalo-médicosociale, tout en servant des prestations de qualité et mieux adaptées, pluridisciplinaires et hors les murs, pourrait à la fois porter un véritable projet social et contribuer à réduire les coûts.

On est en droit d'espérer qu'il y ait là un ferment capable de mettre en œuvre des solidarités délaissées - ce qui n'est pas le moindre des objectifs secondaires dévolus aux réseaux - que des situations humaines extrêmes, comme la grande dépendance ou la fin de vie, sont peut-être capables de faire émerger.

L'état de finalisation du modèle proposé par la Creuse servira aussi à évaluer la motivation des décideurs, voire, ce qui est un problème de société parfois soulevé, la citoyenneté des institutions.

Liste des abréviations

- A.A.H. Allocation adulte handicapé
A.C.T.P. Allocation compensatrice tierce personne
A.F.S.A.D. Association Fédérative des Services de Soins A Domicile de la Creuse
A.G.G.I.R. Autonomie gérontologique groupes iso ressources
A.M.D. Aide ménagère à domicile
A.P.A. Allocation personnalisée d'autonomie
A.R.H. Agence régionale de l'hospitalisation
A.V.S. Auxiliaire de vie sociale
C.A.F. Caisse d'allocations familiales
C. G. Conseil Général
C.H.R.U Centre hospitalier régional et universitaire
C.H.S. Centre hospitalier spécialisé (hôpital psychiatrique)
C.H.U. Centre hospitalier universitaire
C.L.I.C. Centre local d'information et de coordination
C.R.A.M. Caisse régionale de l'assurance maladie
C.R.A.M.C.O. Caisse régionale de l'assurance maladie du Centre Ouest
C.A.L.C. Centre pour l'Amélioration du Logement de la Creuse
C.A.T. Centre d'apprentissage par le travail
C.C.A.S. Centre Communal d'Action Sociale
C.D.C.P.H. Conseil départemental consultatif des personnes handicapées
C.D.E.S. commissions d'éducation spéciale
C.D.I.C. Centre départemental d'information et de coordination
C.I.C.A.T. Centre d'Informations et de Conseils en Aides Techniques
C.N.A.V. Caisse Nationale d'assurance Vieillesse
C.N.A.V.T.S. Caisse Nationale d'assurance Vieillesse des travailleurs salariés
C.N.S.A. Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
C.O.D.E.R.P.A Comité départemental des retraités et personnes âgées
C.O.T.O.R.E.P Commissions techniques d'orientation et de reclassement
professionnel
C.R.E.A.I. Centre régional pour l'enfance et l'adolescence inadaptée
C.R.O.S.M.S. Comité Régional d'Organisation Sanitaire et Médico-sociale
CROSS : Comité Régional d'Organisation Sanitaire et Sociale
C.R.P.S. Comité Régional des Politiques de santé
C.R.S. Conférence régionale de Santé
C.T.N.E.R.H.I Centre Technique national d'études et de recherches sur les handicaps
et les inadaptations
D.A.S. Direction de l'action sociale
D.D.E. Direction départementale de l'équipement

D.A.S.S. Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale
 D.G.S : Direction Générale de la Santé
 D.H. Direction des hôpitaux
 D.R.A.S.S. Direction Régionale de l'Action Sanitaire et Sociale
 E.H.P.A.D. Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes
 E.T.E.L. Equipe technique d'évaluation labellisée
 F.A.M. Foyer d'accueil médicalisé
 F.F.A.P.A. Fond de financement de l'APA
 G.R.E.T.A. Groupement d'Etablissements (Organisme de formation des adultes de l'Education Nationale)
 G.I.R. Groupe Iso Ressources
 H.A.D. Hospitalisation à Domicile
 I.D.E. Infirmier Diplômé d'Etat
 I.M.E. Institut médico éducatif
 I.M.P. Institut médico professionnel
 I.N.S.E.R.M. Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
 I.R. impôt sur le revenu
 L.P.P. Liste des produits et prestations
 M.A.S. Maison d'accueil spécialisée
 M.S.A. Mutualité Sociale Agricole
 M.R.I.I.C.E. mission régionale et interdépartementale d'inspection et de contrôle ()
 O.M.S. Organisation mondiale de la santé
 O.N.D.A.M. Objectif national des dépenses d'assurance maladie
 P.A.C.T. A.R.I.M. Protection, Amélioration, Conservation, Transformation -
 Association de Restauration Immobilière
 P.H. Praticien hospitalier
 P.M.S.I. Programme de médicalisation des systèmes d'information
 P.R.S. Programme Régional de Santé
 S.E.S.S.A.D. Service d'éducation spécialisé et de soins à domicile
 S.I.V.A. Site pour la vie autonome
 S.R.O.S.S. Schéma Régional d'organisation Sanitaire et Sociale
 S.S.I.A.D. Service de Soins Infirmiers à Domicile
 S.S.R. Service de Suite et de Réadaptation
 T.2.A. Tarification à l'activité
 U.M.S.P. Unité mobile de soins palliatifs
 U.R.C.A.M. Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie
 U.R.M.L. Union Régionale des Médecins Libéraux
 U.S.L.D. Unité de soins de longue durée
 U.T.A.S Unité territoriale d'action sociale
 φ Physique
 ψ Psychique

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] AGENCE REGIONALE DE L'HOSPITALISATION. Schéma régional d'organisation sanitaire et sociale. Limousin 1999-2004, Arrêté - Annexe, novembre 1999, p. 120-123
- [2] BURONFOSSE D. Coordination d'un réseau gérontologique : l'expérience Lorentaise : aspects pratiques. La Revue de Gériatrie, 1995, 20, n°7, p. 429-432
- [3] BRIET R., JAMET P. Mission de préfiguration de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. Document d'étape, avril 2004
- [4] CHARTE DES PROFESSIONNELS EN GERONTOLOGIE, 2003. [en ligne]. In : Institut de gérontologie du Limousin. Site disponible sur : <http://www.i-geronto-limousin.fr/> (page consultée le 13/05/2003)
- [5] CIRCULAIRE DAS-RV 2 N°2000-310 DU 6 JUIN 2000 RELATIVE AUX CENTRES LOCAUX D'INFORMATION ET DE COORDINATION (CLIC). EXPERIMENTATION EN 2000 et PROGRAMMATION PLURIANNUELLE 2001-2005. [en ligne]. Site disponible sur : <http://www.abcgerontologie.com/documents/redaction/clic.html> (page consultée le 01/02/2004)
- [6] CONSEIL GENERAL DE LA CREUSE. Compte rendu de la journée de réflexion du 15 octobre 2003 : vieillesse et solidarité
- [7] CONSEIL GENERAL DE LA CREUSE. Réactualisation du schéma départemental en faveur des personnes en perte d'autonomie du département de la Creuse. Juin 2004, 57 p.
- [8] CONSEIL GENERAL DE LA CREUSE. Schéma départemental des personnes dépendantes de la Creuse, novembre 2000, 55 p.
- [9] CONSEIL GENERAL DE LA HAUTE VIENNE. Plan gérontologique départemental : schéma départemental des établissements et services sociaux et médico-sociaux, 1991, 476 p.
- [10] Décret n°92-1101 du 2.10.92 relatif aux structures de soins alternatives à l'hospitalisation mentionnées à l'article L 712-2 du Code de la Santé Publique J.O du 8.10.92, p.13990-13991

- [11] DIRECTION REGIONALE DES AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES DU LIMOUSIN. Conférence régionale de santé du Limousin. Actes [de 1997 à 2000]
- [12] DIRECTION REGIONALE DES AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES DU LIMOUSIN. Conférence régionale de santé 2002. [interventions]
- [13] DIRECTION REGIONALE DES AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES DU LIMOUSIN SERVICE STATISTIQUE. Atlas santé [CD-ROM].1998
- [14] DUBUISSON F, FABERGAS B. et al. Les réseaux gérontologiques. Soins gérontologiques, janvier février 2001, 27, p. 4-17
- [15] ETATS GENERAUX DE LA SANTE. (1999, Gueret) : [actes]
- [16] FOURTANE PH. De la coordination au réseau gérontologique : une expérience d'accompagnement de l'avancée en âge en milieu rural. Retraite et société, 1994, 8, p. 39-51
- [17] GUINCHARD KUNSTLER P. Vieillir en France : rapport pour Monsieur le Premier ministre, juin 1999, 101 p.
- [18] GUISSSET MJ., PUIJALON.B La coordination gérontologique. Retraite et société, 1994, 8, p. 30-38
- [19] INSEE Limousin. Limousin : Horizon 2030 : projections de population, 2002, 39 p.
- [20] INSERM Unité 500. Rapports d'évaluation de 25 sites pilotes C.L.I.C. [comités locaux d'information et de coordination] : étude réalisée pour la direction générale de l'action sociale, Ministère des affaires sociales du travail et de la solidarité. [en ligne]. In : Ministère de l'emploi du travail et de la cohésion sociale. Site disponible sur : <http://www.social.gouv.fr/htm/dossiers/clic/index.htm> (page consultée le 10/11/2003)
- [21] JEANDEL C., BONNEL M. Livre blanc de la gériatrie française. Paris : SEPEG Internationale, 2004, p.186-189
- [22] JOËL M.-E. La protection sociale des personnes âgées en France, Paris : PUF, 2000, 127 p. (Que sais-je ? ; 3577)
- [23] LEROY J. Les réseaux gérontologiques : support pédagogique de formation pour réseaux. 243 p.

[24] MARQUET M. Vieillir en Limousin à l'aube du troisième millénaire : région Limousin. Conseil Economique et Social . Rapport n°93-03-1993, 18 octobre, 122 p.

[25] QUEL HORIZON POUR LES CLIC ?. DECIDEURS, janvier-février 2001, 36, p. 18-26

Annexes

Annexe 1 : La séquence de Wood

Annexe 2 : Vieillesse et solidarités (extraits)

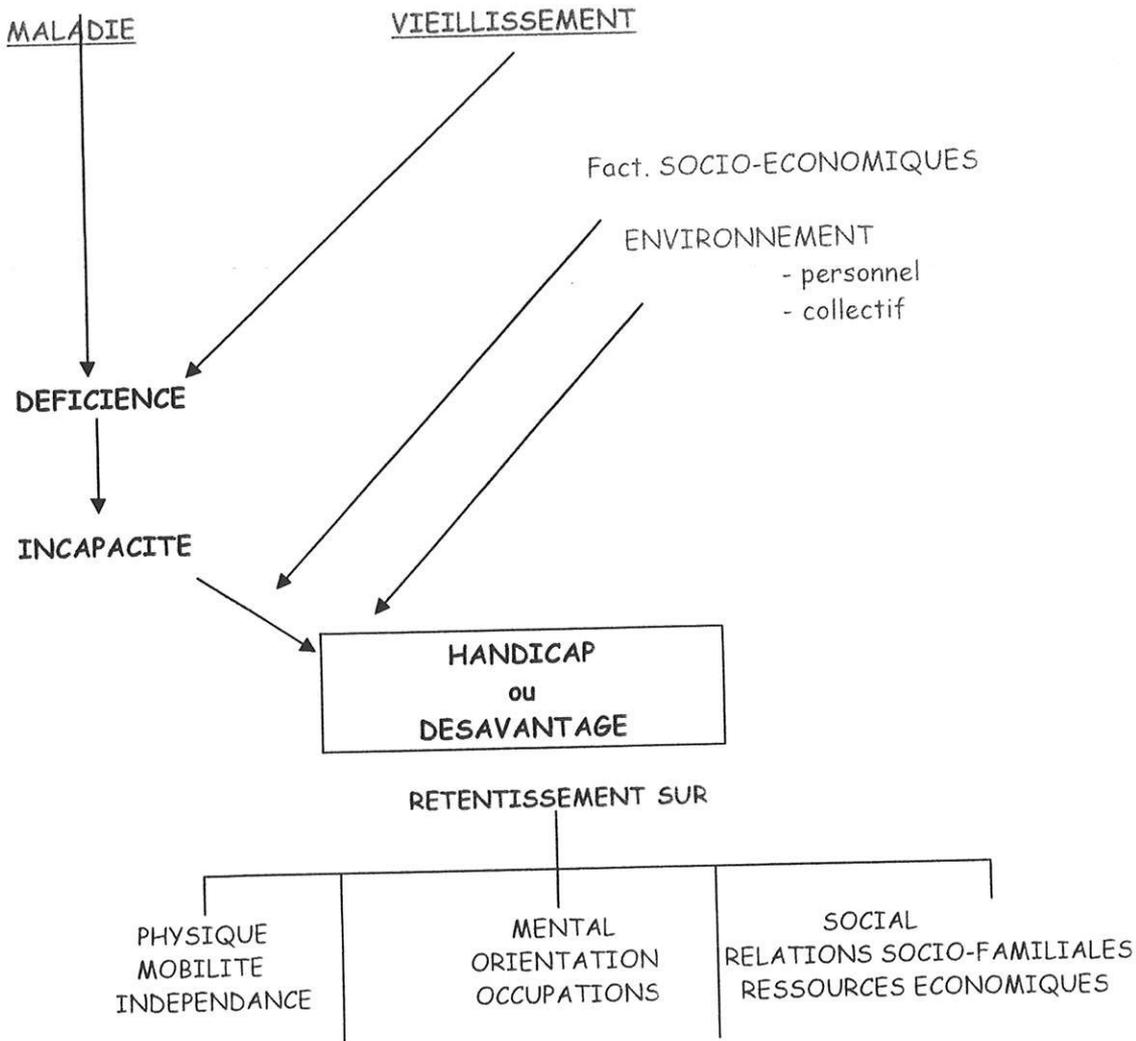
Annexe 3 : Mission de préfiguration de la Caisse nationale de solidarité

Annexe 4 : Réactualisation du schéma de la Creuse (extraits)

Annexe 5 : Charte des professionnels en gérontologie

La séquence de WOOD

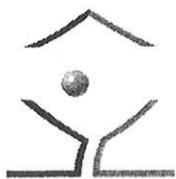
La **gérontologie**, contrairement à la gériatrie qui est une spécificité médicale, est affaire de pluridisciplinarité. Cependant, ces deux aspects de la prise en charge du vieillissement sont étroitement liés comme le définit la très connue séquence de WOOD :



Plusieurs types d'action sont possibles, selon le niveau d'intervention.

Aussi, vieillir dans de bonnes conditions tout en respectant le choix des personnes âgées de demeurer jusqu'au bout à leur domicile¹¹, nécessite la mise en place d'actions très diverses, issues d'une vision globale, et reliées entre elles au d'une **coordination de type médico-social**.

¹¹ On sait que seulement 30 % des sujets âgés meurent à domicile, alors que 70% souhaitent en avoir la possibilité



Annexe 2 :

CONSEIL GENERAL DE LA CREUSE

Compte-Rendu de la Journée de Réflexion
du 15 Octobre 2003

VIEILLESSE et SOLIDARITÉS

(Extraits, l'ensemble du document étant disponible auprès du Conseil Général de la Creuse)

INTRODUCTION

Evolution de la population âgée

Population

Par référence à la projection Omphale de l'INSEE établie dans le cadre du « Limousin Horizon 2002 » nous constatons que la population creusoise des plus de 60 ans est appelée à connaître une évolution différente selon les tranches d'âge.

Tranche d'âge 60-74 ans

Après une baisse régulière de 1995 à 2005, cette tranche d'âge se stabilise à 21 000 personnes entre 2005 et 2010 pour connaître un fort accroissement à partir de cette date.

Il s'agit ici des conséquences du baby-boom de l'après guerre.

Tranche d'âge 75-85 ans

Après une forte augmentation entre 1995 et 2005, cette tranche d'âge s'engage dans un mouvement de baisse progressive.

C'est le reflet de la baisse de la population active dans l'entre deux guerres.

Tranche d'âge 85 ans et plus

Après une baisse connue entre 2000 et 2005 pour cause de guerre 1914-1918, la population de cette tranche d'âge est appelée à augmenter de façon substantielle. Le niveau 2010 sera alors supérieur à celui de 2000 (+ 300 personnes) et l'augmentation sera encore plus manifeste entre 2010 et 2015 pour cause d'allongement de la durée de vie.

Cette tranche d'âge est la plus concernée par l'hébergement en établissement d'où la nécessité de créer des places supplémentaires en EHPAD.

Il faut prendre en compte également l'allongement de la durée de vie donc une durée d'hébergement plus longue.

Le taux d'occupation est important actuellement dans les EHPAD. Le constat des éléments objectifs démontre le manque de places à venir en établissement. Ce constat peut être éventuellement majoré par des éléments tels que : évolution des mentalités, réforme des retraites par une durée de travail plus longue nuisant au soutien familial.

Il faut également envisager l'accueil des handicapés vieillissants.

LES ETABLISSEMENTS

Actuellement le département de la Creuse compte 33 établissements pour personnes âgées soit au total 2 406 lits.

Les établissements ont connu une évolution positive grâce aux signatures des conventions tripartites : 24 conventions créant 219 emplois.

Ceci a permis une nette amélioration de la prise en charge de la personne âgée notamment en personnel soignant qui représente l'essentiel des créations de postes (Aide Soignante, Aide Médico Psychologique, Infirmière Diplômée d'Etat).

a) Quantitatif

Actuellement 33 établissements. L'analyse de la localisation des établissements pour personnes âgées en Creuse montre une couverture relativement homogène à l'exception (par ordre de priorité compte tenu de la répartition de la population creusoise) :

- Nord : Châtelus Malvaleix
- Centre : St Sulpice Les Champs, Pontarion, Ahun
- Sud : La Courtine, Gentioux, Crocq,

Il est nécessaire de créer des structures pour répondre aux besoins de proximité qui pourraient être éventuellement rattachés à des entités existantes (150 lits).

b) Qualitatif

Les locaux :

L'adaptation des locaux à l'augmentation des degrés de dépendance est une nécessité reconnue.

Les travaux représenteraient 60 à 90 millions d'euros. Compte tenu de l'enjeu financier il est difficile de concevoir que le financement soit intégralement imputé sur le tarif hébergement à la charge du résident.

Il y a lieu de rechercher des financements complémentaires.

Le Conseil Général travaille avec la CRAMCO au profit de la CNAV qui souhaite revoir sa politique immobilière avec, comme objectif, de déroger à la disposition qui veut que l'établissement apporte 25 % de fonds propre pour bénéficier d'un prêt sans intérêt.

Au vu du constat fait au plan national il est souhaité que l'Etat apporte des contributions à ces financements.

Le personnel, les pistes à suivre :

Qualification des personnels en rapport avec la qualification des postes.

Recommandation d'avoir du temps de cadre santé.

Nécessité de coopérer sur les postes qui ne nécessitent pas un temps plein sur chaque structure afin de le rendre attractif (cadre santé, médecin coordonnateur, kiné, diététicien, etc ...).

Les établissements ont des statuts juridiques différents mais cela ne doit pas être un frein à la coopération dans le cadre d'un bassin gérontologique.

Spécificité :

Pour les handicapés vieillissants, sectorisation au sein des structures avec projet spécifique. Ces personnes ont besoin d'une prise en charge différente en rapport avec leur handicap.

Sectorisation pour les personnes âgées atteintes de pathologies spécifiques (alzheimer ou apparenté).

La sectorisation ne doit pas occulter que l'établissement reste un lieu de vie, d'échanges (places de village).

En conclusion, il ressort la nécessité de déterminer les services et prestations devant être proposés par un bassin gérontologique.

Il se détermine par :

- posséder un établissement ayant un service de suite et de réadaptation
- avoir une structure de coordination
- un ou plusieurs Service de Soins Infirmiers A Domicile
- un ou plusieurs Service d'Aide à Domicile
- des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
- des capacités d'Hébergement temporaire
- des capacités d'Accueil de jour en particulier pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées
- avoir une Convention avec le secteur psychiatrique
- un réseau local de Familles d'accueil
- avoir une Convention pour l'intervention de l'unité de soin palliatif avec une coordination départementale des différents bassins pour une harmonisation des pratiques et optimisation des moyens

L'AIDE AUX AIDANTS

I – Qui est aidé ?

institution.
La personne en perte d'autonomie avec ou sans pathologie, à domicile, en famille d'accueil ou en

II – Qu' est-ce qu'un aidant ?

Personne qui soutient, supplée ou compense la perte d'autonomie par une aide de proximité

- de nursing, technique
- psychique
- physique
- administrative
- financière

III – Qui sont les aidants ?

- les aidants familiaux
- les aidants bénévoles
- les aidants professionnels
- les institutions
- les tuteurs

IV – Qualités indispensables de l'aidant

Pour les aidants familiaux et les proches

- écoute
- disponibilité
- bon sens
- connaissance de la personne
- dévouement
- patience, calme

Pour les professionnels

- professionnalisme, éthique
- connaissance relais
- « savoir faire » et travailler en équipe
- gestion émotion/stress
- appliquer la charte de gérontologie

V – Constats des difficultés

1) aidants naturels à domicile

- . perturbation de la dynamique familiale liée à la régression de son proche
- . risque d'épuisement, de conflits, voire de maltraitance
- . vieillissement et maladie de l'aidant (relais à trouver)
- . difficulté à repérer le besoin d'un proche

2) aidants professionnels à domicile

- émotion/usure
- conditions environnementales parfois pénalisantes (locaux anciens)
- conflits de valeurs
- maltraitance des professionnels par les familles ou les personnes aidées

3) famille d'accueil

- besoin de formation
- besoin de relais
- besoin remplacement
- besoin groupes paroles
- besoin reconnaissance statutaire

4) Les aidants qui ont le plus besoin d'aide

Constat : plus la personne est proche (physiquement) de la personne aidée, et moins elle est formée, et plus elle a besoin d'aide.

5) Professionnel

- nécessité de formation
- bonne connaissance des réseaux
- soutien psychologique par mise en place de groupes de parole

6) Problème des mandataires ou des intervenants de gré à gré

- pas de formation (système de financement à simplifier)
- pas de remplacements sur périodes congés
- nombre d'heures plus élevé en mandataire qu'en prestataire sur les plans d'aide APA ce qui implique une moindre qualité de l'intervention pour les cas les plus lourds

7) Problème des Services de Soins Infirmiers à Domicile

- fonctionnement par prix de journée
- manque de lits
- absence de définition des tâches entre infirmières, service de Soins Infirmiers à Domicile et service d'aide à domicile
- nécessité de faire évoluer les pratiques professionnelles pour s'adapter à la demande

Propositions :

1°) Les Services de Soins Infirmiers à Domicile

- augmenter le nombre de lits de service de soins infirmiers à domicile
 - prévoir la possibilité d'inscrire plusieurs personnes sur une même place
- ou
- ne plus fonctionner en prix de journée

2°) Les Centres Locaux d'Information et de Coordination

Couvrir le département en C.L.I.C.

- les CLIC doivent veiller à la diffusion d'une véritable information
- avoir un numéro d'écoute
- mettre le public en relation avec association concernée par la pathologie ou avec le Centre d'Information et de Conseils en Aide Technique

L'hôpital doit aussi jouer un rôle d'information au moment des sorties.

Proposition de pages repérées dans l'annuaire (ex : pages bleues) qui recensent tous les services et associations d'aide à la personne (gros caractères).

3°) Aidants Familiaux

- adaptabilité des logements
- nécessité de simplification des procédures pour raccourcir les délais et trouver les financements nécessaires

4) Accueil Familial

- élaborer la Charte qualité
- procéder la formation et l'information avant l'agrément
- envisager les remplacements
- revoir les statuts pour une meilleure reconnaissance du service rendu

5°) Accueil de Jour

- inciter les établissements à s'intéresser à l'accueil de jour en interne avec ouverture sur l'extérieur très demandé pour les cas de dépendance lourde.

Chaque établissement devrait demander quelques places d'hébergement temporaire et intégrer la possibilité d'avoir 1 ou 2 places pour les urgences.

6°) Tutelles/Curatelles

Proposition : Créer un service départemental des tutelles ou aider des associations à élaborer des projets de service.

LA SECURITE EN ETABLISSEMENT ET A DOMICILE

I – Information des citoyens et formation des professionnels

Afin d'éviter de se retrouver en situation d'urgence : apprentissage des réactions face à la chaleur :

- repérage de l'hydrométrie dans les bâtiments
- contrôle de l'air

II – Etablissements

distinction des urgences « classiques » des urgences « gériatriques » : nécessité d'avoir des lits disponibles + gestion du personnel pour pouvoir répondre à des situations d'urgence

équipement à prévoir dans le cadre des projets de restructuration des EHPAD : pièce climatisée (gérer l'utilisation, assimilée à une salle de soins), groupes électrogènes.

Projets architecturaux en phase avec les données thermiques : froid, chaud

ratios d'encadrement de nuit trop faible

III – Lutte contre l'isolement

- tenter de recenser à l'avance de façon exhaustive les personnes isolées à domicile
- développer des relations étroites avec les élus municipaux
- développer les relations citoyennes, de voisinage
- importance du rôle des Centres Locaux d'Information et de Coordination

IV – Habitat

déterminer le danger à domicile : à partir de quel moment la personne est en danger ?

importance de l'interaction entre la personne considérée dans sa situation médico-sociale et son lieu d'habitation. Prévention, évaluation

. réhabilitation de bâtiments ou constructions à proximité des bourgs : permet de rompre l'isolement, peut être une solution alternative à l'accueil en EHPAD dans le respect de la réglementation imposée par la loi du 2 Janvier 2002.

. sensibilisation des offices HLM

V – Sécurité alimentaire

- normes draconiennes en établissement à respecter
- domicile : importance de l'information, de l'éducation des bénéficiaires
- importance de l'intégration de la dimension culturelle

Une partie des bénéficiaires se nourrit mal avec les repas à domicile : Ils n'ont pas l'envie car ils n'ont pas participé à l'élaboration du repas, difficultés pour réchauffer ...

élaboration d'un cahier des charges définissant les critères d'intervention et d'évaluation des services de portage de repas à domicile

- liaison froide / liaison chaude :
liaison froide plus simple et plus sécurisée mais plus onéreuse
liaison chaude plus appréciée mais plus risquée

VI – Formation des aides à domicile

- idée de formation interprofessionnelle
- ouverture de l'hôpital pour des formations aux professionnels du domicile

PROFESSIONNALISATION DES AGENTS A DOMICILE ET EN ETABLISSEMENTS

- Aide à domicile :

Aide individuelle, agent livré à lui-même, relation duelle.

- Travail en établissement :

Contexte collectif, plus structuré.

La professionnalisation repose sur certains mots clefs, déclinés différemment selon le contexte domicile ou établissement. L'aide à domicile commence juste à se professionnaliser.

La professionnalisation des agents passe aussi par celle de la structure.

Disparité énorme entre les établissements ou les différents services à domicile : il vient du problème financier, budgétaire, et de la non reconnaissance de la personne âgée, et du personnel qui s'en occupe. Que veut-on pour la personne âgée (qualité des soins, qualité de vie, dignité de la personne). La qualité de la prise en charge passe donc par l'aspect budgétaire, la professionnalisation est un moyen parmi d'autres.

Le contexte creusois actuel amène à noter que l'aide aux personnes âgées représente un potentiel d'emploi à prendre en considération.

MOTS CLEFS

Revalorisation : travail sur la motivation, sur le statut et la carrière. Changer l'image du métier et valoriser la filière gérontologique au niveau scolaire et universitaire. Evolution de la carrière, vers quelle fonction différente peut ensuite se diriger un agent. La reconnaissance des métiers nouveaux et leurs perspectives d'évolution rendent ces métiers plus attractifs. Travailler sur la communication, l'information.

Utiliser le réseau gérontologique de façon plus enrichissante et en faire un facteur d'intégration et d'évolution des agents, qu'ils soient en établissement ou à domicile.

ENCADREMENT

Nécessité d'un encadrement adapté, d'une supervision des agents, d'un aide psychologique, de groupes de parole.

La fonction ressources humaines doit évoluer, car le traitement de masse demande un processus plus élaboré. Il serait intéressant d'instaurer des échanges de personnels entre les établissements ou les services à domicile, et du travail en commun.

VALIDATION : la validation des acquis d'expérience est primordiale.

L'accès aux concours est trop sélectif, ou les préparations sont peu accessibles pour des personnes ayant rompu avec le scolaire et menant une vie professionnelle et familiale. Les exigences scolaires sont trop importantes par rapport à l'expérience professionnelle. Les préparations ne peuvent pas compenser les lacunes et mettent en situation d'échec des candidats qui pourraient valoriser des acquis de terrain.

Tenir compte du glissement des tâches au sein des établissements.

La convention collective de l'aide à domicile (01.07.03) reconnaît le titre d'assistante de vie, ce qui est déjà un progrès. En outre, cette qualification permet de valider certains modules nécessaires à l'obtention du Diplôme d'Etat d'Auxiliaire de Vie Sociale.

Enfin, notons que l'accès aux concours est inégalitaire selon que l'agent vient du public ou du privé, et qu'il y a des distorsions territoriales.

FORMATION : elle peut être de base, qualifiante ou continue. La formation ne doit pas être une contrainte pour l'agent et son employeur. C'est un enrichissement pour les deux parties. Voir le financement et prévoir du personnel de remplacement (il faut pouvoir fonctionner en permanence en toute sécurité).

Le contenu des diplômes ne correspond plus vraiment à la réalité actuelle (revoir les pré-requis, le contenu des concours et de la formation). Ouvrir aussi sur différents modes d'acquisition des diplômes et sur des systèmes de passerelles.

Ces professions sont très encadrées et relèvent d'un schéma rigide. Il faudrait assouplir le système et le rendre plus cohérent. A titre d'exemple, 3 organismes dépendant de l'Etat (relevant de 3 ministères différents) sont sous traitant d'un organisme privé auquel la DRASS a délégué ses prérogatives en matière de formation !

- Problème de la mobilité des agents. Intérêt de formations en intra sur la Creuse – Mutualisation des plans de formation.
- Problématique des CES-CEC : la formation pourrait être mieux exploitée (2 x 400 heures), d'autant plus que l'obtention d'un contrat aidé sera désormais liée à un engagement de pérennisation. Négocier la stratégie de pérennisation (construction sur 3 ans) la Direction du Travail est prête à engager une réflexion dans ce sens avec les établissements, associations d'aide à domicile, la DDASS et le Conseil Général.
- Problème de la formation pour les personnes employées en mandataire ou sous chèque emploi-service : accès quasi nul pour cette catégorie d'agents. En outre, les exigences de l'organisme financeur de la formation sont totalement irréalistes. 200 à 300 personnes sont donc sans contrôle, sans formation, sans soutien. Précarisation de ce public.

REPONSE ADAPTEE ET IMMEDIATE à des situations limites : fin de vie, pathologies spécifiques ou handicap, catastrophe naturelle. Formations spécifiques adaptées et création d'un réseau ressource, d'une « cellule de crise » ! Mutualisation des moyens. Création d'un numéro vert ?

TRANSVERSALITE : il faudrait varier les parcours professionnels, éviter l'usure, diminuer les différences dans les spécialisations (regroupement sous une même filière professionnelle, tronc commun ?). Envisager des formations communes (établissements entre eux, établissements + services à domicile ...).

L'OBSERVATION SOCIALE

LIEN AVEC LE JUDICIAIRE

Meilleure connaissance des dispositifs juridiques existants. Amélioration des délais, de la prestation des tuteurs en nombre et qualité.

PREVENTION

Anticipation du vieillissement (communication de sensibilisation) Médias.....

LES MANQUES EN SERVICE

Manque de services très rapidement disponibles.
Observatoire doit permettre de visualiser les manques de services de soins.
SSIAD

IDE

CAT
Etablissements de soins aigus
Foyers d'accueil médicalisés.

URGENCES : actuellement seule réponse. Manque des structures adaptées en amont et aval.

Manque de services spécifiques qui seraient à créer :

- service de veille la nuit....
- SSR psychiatrique pour exemple.

Faire un état des lieux des initiatives de proximité

NUTRITION

Réflexion sur la malnutrition à domicile :

- Actions de sensibilisation à développer,
- Enquête de satisfaction des personnes,
- Actions de formation.

ECHELON LOCAL

Faire cohabiter le sanitaire et le social dans un cadre de proximité, lieu d'évaluation des situations à risque.

Valoriser les services de suite.

Points d'appui de la proximité et couverture du territoire (ex : les CLIC ne couvrent pas toute la Creuse).

Dépistage précoce des troubles psychologiques démentiels.

STRUCTURE DEPARTEMENTALE ANIMATION

Regrouper des services d'informations, de documentations, conseils techniques,

- Centre de ressources à créer.
- Animateur départemental aux services des associations et clubs du 3^{ème} âge qui pourrait intervenir à la demande.

HABITAT

Meilleures connaissances des besoins en matière d'amélioration et d'adaptation de l'habitat.

Moyens financiers qui devraient être mobilisés dans des délais très courts pour répondre aux besoins.

ACCUEIL DES PERSONNES HANDICAPÉES VIEILLISSANTES

La notion de dépendance se définit à partir de la cotation GIR qui semble adaptée à l'aspect de la déficience motrice mais insuffisamment adoptée à déficience psychique.

La population accueillie en établissements est hétérogène :

- personnes valides mais dépendantes psychiquement
- personnes handicapées sans trouble de comportement majeur
- personnes valides mais présentant des pathologies psychiatriques

population qui demande des compétences variées et particulières qui n'existent pas forcément actuellement dans les établissements.

De plus même si le nombre de postes a été amélioré, il existe des difficultés importantes de recrutement.

Postes non pourvus.

Le brassage de population est en revanche riche même s'il faut être vigilant sur le juste équilibre entre le nombre de personnes handicapées ou seulement vieillissantes.

Cette hétérogénéité nécessite une adaptation des structures existantes :

- en termes architecturaux
- en termes de compétences professionnelles

Les foyers logement pavillonnaires ne sont pas adaptés à l'accueil de personnes lourdement dépendantes (Chénérailles par exemple) et ne peuvent envisager d'effectuer des travaux. Le gestionnaire doit avoir la maîtrise du foncier.

Les Etablissements pour Personnes Agées Dépendantes accueillent des personnes pour lesquelles les projets de vie différents doivent être conçus et doivent rencontrer celui de la personne. La dénomination « hébergement » ne recouvre pas la réalité des besoins en terme de soins.

problème spécifique des personnes handicapées travaillant en Centres d'Aide par le Travail, ces personnes ont besoin d'une présence rapprochée même s'ils ne présentent pas de déficience physique.

Est soulevée la question de leur prise en charge car se posent des problèmes de cohabitation et d'habitudes d'accompagnement dans les actes de la vie quotidienne. Le passage en maison de retraite peut donc être difficile.

les établissements se heurtent également à d'autres difficultés :

- problème du déficit de l'encadrement médical
- problème de la difficulté à assurer la protection du bien des personnes, manque de tuteurs + éloignement et lenteur des procédures
- problème des liens avec le secteur sanitaire
- consensus sur le manque en terme de médecins psychiatres et médecins spécialistes en déficit sensoriel.

PROPOSITIONS :

réflexion à avoir sur les limites des capacités de prise en charge des Etablissements pour Personnes Agées Dépendantes qui ne pourront assumer (cf accompagnement de fin de vie, personnes nécessitant des soins très lourds – problème psychiatriques).

nécessité d'avoir une connaissance mutuelle enrichie des possibilités des autres établissements afin d'apporter des réponses variées aux besoins des personnes. Décloisonnement nécessaire en amont et en aval.

Travail en réseau à mettre en place.

nécessité de renforcer le taux d'encadrement, de travailler avec des équipes pluridisciplinaires si l'on considère que les besoins des personnes accueillies sont variés tant en terme de vie sociale que de prise en charge des soins spécifiques.

possibilité de mettre en place des pré-accueils pour les personnes lourdement dépendantes vivant à domicile, accueil de jour, hébergement temporaire renforcement des visites à domiciles, se poser le problème des limites de la prise en charge à domicile – même si la prise en charge est soutenue, les contraintes sont telles que l'aidant a besoin d'une écoute spécifique, et d'un relais.

les dispositifs type C.L.I.C. et Site à la Vie Autonome doivent se coordonner, la dépendance liée au handicap ou au vieillissement demande des réponses similaires.

Annexe 3 :

*Mission de préfiguration de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
conduite par MM. Raoul BRIET et Pierre JAMET*

DOCUMENT D'ETAPE SOUMIS A LA CONCERTATION

Remarques liminaires

La mission intègre dans ses réflexions la loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, votée en première lecture au Sénat le 2 mars 2004, ainsi que le projet de loi relatif au dispositif de solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées en cours d'examen à l'Assemblée Nationale. Au plan institutionnel, ces textes constituent toutefois simplement de premiers jalons. Aussi les orientations qui suivent, et qui visent à proposer un dispositif d'ensemble à l'horizon 2005, s'en écartent-elles sur de nombreux points, même si elles reprennent certaines dispositions clés.

Les politiques d'aide aux personnes affectées par la perte d'autonomie recouvrent, à l'instar du sujet qu'elle se proposent de traiter, de multiples dimensions : aides financières, aides techniques, aides humaines, services et établissements. S'ils ne sont pas premiers, les aspects sanitaires n'en sont pas moins présents, et un certain nombre de prestations spécifiques, dédiées aux personnes âgées et aux personnes handicapées se sont développées au fil du temps dans le cadre de l'assurance maladie. La mission se devait, comme pour les autres aspects, de les intégrer dans sa réflexion. Pour autant – et aucune ambiguïté ne saurait exister sur ce sujet – la prise en charge des soins de droit commun relève et doit continuer à relever pour toutes les catégories d'assurés sociaux, quels que soient leur âge ou leurs déficiences, d'un seul et même cadre de solidarité, celui qu'assurent les régimes d'assurance maladie. Si la CNSA a naturellement vocation à s'intéresser aux prestations spécifiques, le plus souvent forfaitaires, liées à la dépendance et au handicap, elle ne saurait en aucune manière servir au bénéfice des seules personnes âgées ou handicapées, les prestations de soins auxquelles peuvent accéder l'ensemble des assurés sociaux.

En ces domaines, plus encore que dans d'autres, les questions institutionnelles ne sont pas une fin en soi. Elles n'ont de sens que mises au service des politiques à mener au bénéfice des personnes concernées. L'objectif est de parvenir à créer les conditions d'une réponse collective cohérente et ambitieuse, à la mesure du défi que représente aujourd'hui dans notre société la perte d'autonomie. Et c'est à l'aune de ce seul objectif que les questions institutionnelles doivent être jugées.

L'objectif poursuivi aujourd'hui dans les politiques de prise en charge des personnes en perte d'autonomie est de parvenir à une compensation individualisée des besoins. Sa réalisation exige de passer d'une logique structurée autour de l'attribution de prestations à une logique partant de la personne ; évaluation pluridisciplinaire de ses besoins appréciés dans son environnement même, élaboration conjointe d'un projet individualisé de compensation englobant l'ensemble des réponses (aides humaines, aides techniques, financières, etc.), quels qu'en soient la nature et les acteurs qui doivent y participer, suivi de la mise en œuvre effective de ce plan et son adaptation régulière si cela s'avère nécessaire. Une telle logique qui vise à traiter, selon une approche horizontale, les situations individuelles, et non à gérer selon une logique verticale des prestations spécifiques, implique en elle-même une gestion de proximité renforcée afin de pouvoir prendre en compte au plus près la diversité des besoins des personnes appréciés de façon concrète dans leur environnement. Cette logique est identique quelle que soit l'origine de la perte d'autonomie et fonde le rapprochement entre personnes âgées et personnes handicapées. Elle conduit également à simplifier l'architecture institutionnelle en mettant fin, chaque fois que possible, aux dispositifs de cofinancements et de responsabilités conjointes ou juxtaposées, fruits d'une construction historique caractérisée par l'empirisme. Ils sont aujourd'hui source de complexité, de délais et de perte d'efficacité. Une gestion de proximité efficace et responsable suppose en effet la désignation d'un pilote clairement identifié, ayant une responsabilité politique globale et ayant pour cela en main, sinon la totalité, du moins la plupart des leviers de décision (prestations, financement des services d'aide à domicile et des établissements, etc.), et étant capable d'en garantir l'effectivité ou à tout le moins de prévoir des mesures transitoires : c'est une condition nécessaire à la mise en œuvre de politiques plus cohérentes et plus efficaces en direction des personnes concernées.

Il apparaît dès lors que si l'on veut tendre vers un dispositif intégré de gestion au plan local des personnes, la solution institutionnelle consistant à choisir une collectivité territoriale s'impose. La gestion par un organisme de sécurité sociale correspond en effet dans la plupart des cas à celle de prestations uniformes, servies selon des

barèmes nationaux à la suite d'un examen sur dossier des conditions juridiques et financières d'ouverture des droits. Elle est le fait d'entités le plus souvent spécialisées verticalement sur un risque, organisées sur une base socioprofessionnelle, tant pour la branche maladie que pour la vieillesse, et dépourvues, dans la plupart des cas, d'un réseau local de proximité dense : des caractéristiques adaptées aux missions historiques et fondamentales de la sécurité sociale et pour lesquelles ce type de gestion est - et restera - indispensable, mais des caractéristiques inadaptées aux exigences d'une logique de compensation individualisée des « besoins de vie » qui ne peuvent être traités que par des acteurs présents sur le terrain, ayant une vocation horizontale et en charge de façon générale du cadre de vie quotidienne de leur concitoyens.

Le département a une vocation naturelle à assurer la charge d'assumer cette responsabilité compte tenu de sa vocation générale et du couple qu'il constitue avec les communes et leurs regroupements, lequel garantit à la fois la cohérence des services de proximité et l'aide à l'accessibilité. Plaide également dans ce sens l'expérience qu'il a acquise dans le traitement individualisé des personnes dans les domaines de l'enfance en danger (1983), de la protection maternelle et infantile (1983) et, plus récemment, des personnes âgées avec la gestion de l'aide personnalisée à l'autonomie (2001).

Confirmant des orientations déjà prises, l'affirmation explicite de ce choix, à l'occasion de la structuration de la prise en charge de la perte d'autonomie voulue par les pouvoirs publics via la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, ainsi qu'à l'occasion de la loi portant réforme de la loi de 1975 sur le handicap, ne saurait toutefois signifier que ces politiques ne relèvent pas d'un cadre d'ensemble ni que les droits ouverts aux personnes doivent obéir à la logique d'assistance qui a historiquement caractérisé les politiques d'aide sociale menées par les départements. L'ensemble des personnes concernées et de leurs représentants insistent à juste titre pour que des leviers d'action puissants soient conservés au plan national afin de tendre à un traitement le plus homogène et équitable possible des situations sur l'ensemble du territoire et que les droits des personnes mis en œuvre dans les départements soient des droits objectifs, ouverts à tous, se situant clairement dans le cadre de dispositifs de protection sociale moderne, ce qui n'exclut pas, par principe (comme c'est d'ailleurs le cas s'agissant des prestations servies par les organismes de sécurité sociale), une modulation des droits en fonction de la situation financière de la personne ou du ménage concernés.

L'orientation structurant les propositions de la mission est toute entière dans cet équilibre :

- transférer un ensemble significatif de responsabilités afin de faire émerger un gestionnaire local de proximité doté des moyens nécessaires ;
- accompagner cette organisation des responsabilités au plan local de la mise en place au niveau national d'une institution forte, c'est à dire dotée de la légitimité et des moyens nécessaires pour satisfaire à l'exigence d'un traitement équitable sur l'ensemble du territoire et garantir la cohérence des politiques menées.

Ces propositions - dont il importe de souligner le caractère strictement indissociable - ont été construites selon un cheminement partant du parcours que doit accomplir un usager d'abord pour faire reconnaître son handicap puis pour obtenir des réponses à l'ensemble des difficultés liées à sa perte d'autonomie. Cette démarche conduit à définir avec précision le champ des compétences qui devraient être exercées au plan départemental et aboutit, dans un deuxième temps, au périmètre qu'il est souhaitable de donner, au niveau national, à la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. C'est ce cheminement qui assure la mise en place, au sein de notre système de protection sociale, d'un ensemble structuré d'acteurs, de moyens financiers et de politiques clairement et exclusivement dédiés à la compensation de la perte d'autonomie.

L'approche retenue par la mission est délibérément pragmatique - créer, en partant de la base, les conditions d'une réponse collective plus efficace aux besoins des personnes âgées et handicapées - et non systématique - définir *in abstracto* une branche de protection sociale en y affectant l'ensemble des prestations dont on peut considérer aujourd'hui qu'elles concourent, selon des modalités diverses et plus ou moins directement, à la prise en charge des diverses formes de handicap ou d'incapacité.

La mission ne prétend pas que ses propositions couvrent la totalité des instruments susceptibles d'être utilisés dans les politiques relevant de la perte d'autonomie (pensions d'invalidité, majorations pour tierce personne, etc.). Elle a bien conscience également que les frontières tenant à l'âge et qui structurent historiquement les politiques respectives destinées aux personnes âgées d'une part, et aux personnes handicapées, de l'autre, les législations comme les acteurs, ne seront pas par elles-mêmes abolies par la mise en place d'un gestionnaire local et d'une autorité nationale uniques. Mais il ne fait guère de doute à ses yeux que l'approche pragmatique retenue est la seule susceptible de faire émerger réellement au sein de notre système de protection sociale un bloc homogène dédié au risque de perte d'autonomie et que, s'agissant tant du périmètre couvert que des législations applicables, à partir du socle institué, des évolutions sont possibles voire s'avèreront à l'expérience nécessaires.

En conclusion de ces observations préliminaires, la mission souhaite rappeler que, se plaçant du point de vue de l'utilisateur, elle a conduit sa réflexion en ayant toujours à l'esprit quelques mots-clefs, qui, au-delà du vocabulaire, renvoient à des principes d'organisation sous-tendant l'ensemble de ses orientations :

- simplification
- cohérence
- équité
- effectivité
- transparence
- responsabilité

I - le dispositif local

Le schéma institutionnel proposé au niveau local traite essentiellement de la prise en charge des personnes handicapées¹² sachant que, pour les personnes âgées, les modifications de compétences pourront s'effectuer à organisation institutionnelle constante, laquelle résulte pour l'essentiel des dispositions relatives à l'APA et que complète la loi relative aux libertés et responsabilités locales en cours d'examen au parlement.

1. Les maisons départementales des personnes handicapées

1.1 Organisation et pilotage

Les maisons départementales du handicap prévues dans le projet de loi relatif à l'égalité des chances des personnes handicapées devront répondre à une exigence de proximité, d'accueil et d'information afin de faciliter les démarches des personnes handicapées. Il s'agit de garantir l'existence d'un véritable guichet unique non seulement à l'entrée dans le dispositif mais aussi à la sortie, c'est à dire d'assurer à la personne handicapée de disposer d'un ensemble de décisions adapté, cohérent et effectif, validé et notifié simultanément par la commission des droits et de l'autonomie.

- Pour ce faire, il apparaît nécessaire que la maison départementale des personnes handicapées soit placée sous la responsabilité d'un seul acteur, dans un champ pour l'instant caractérisé largement par des modalités de cogestion. Le département est, à ce titre, l'acteur de proximité le mieux placé pour assurer ce pilotage unique. Il lui reviendrait donc d'assurer la mise en place et la gestion, dans tous ses aspects (organisation, financement), de la maison départementale, qui doit s'entendre d'une fonction à assumer et non d'une institution à créer.
- Dans cette optique, il convient de laisser une certaine souplesse quant à la manière, pour le département, d'organiser l'exercice de ses compétences (gestion directe, délégation, intégration ou association d'équipes préexistantes, etc). Aucune architecture institutionnelle ne garantit, par elle-même, ni un fonctionnement harmonieux entre les partenaires, ni une transparence de la décision. Il semble dès lors inopportun et contradictoire avec les objectifs recherchés de vouloir imposer la création d'une structure supplémentaire quelle qu'en soit la forme (groupement d'intérêt public ou autre).
- La maison départementale ne doit pas être un lieu unique, situé au chef lieu de département mais, dans une perspective de proximité, elle devra s'appuyer sur les circonscriptions d'action sociale du département, quel qu'en soit le périmètre.
- Il va de soi enfin que la maison départementale des personnes handicapées abritera la commission des droits et de l'autonomie qui remplacera les actuelles commissions techniques d'orientation et de reclassement professionnel (COTOREP) et les commissions d'éducation spéciale (CDES).

1.2 La commission des droits et de l'autonomie et les équipes d'évaluation

Dans le cadre de cette maison départementale des personnes handicapées, l'évaluation individuelle de la personne handicapée sera assurée par une équipe pluridisciplinaire composée selon les circonstances et les besoins, de personnels administratifs, sociaux et médicaux venant tant des départements que d'autres organismes y compris des ministères de l'éducation nationale et du travail, ainsi que des organismes de sécurité sociale, etc.

¹² La réflexion de la mission s'est appuyée sur les rapports récents qui ont traité de la prise en charge institutionnelle du handicap avec notamment le rapport du sénateur Paul BLANC (2000), le rapport de M. PIVETEAU (2003) relatif à une agence nationale des handicaps et le rapport de M. GIRARD (2003) sur les maisons départementales des personnes handicapées.

- L'équipe d'évaluation devra être en mesure de s'appuyer sur un référentiel national qui devrait, à terme, pour une partie au moins, être commun à l'évaluation des personnes âgées et des personnes handicapées ;
- Sur la base de cette évaluation, qui devra comporter au moins une visite au domicile de la personne pour disposer d'une véritable appréciation des besoins de celle-ci, et du plan d'aide qui en résultera, la décision sera prise par la commission des droits et de l'autonomie composée de deux sections selon qu'il s'agit d'un enfant ou d'un adulte handicapé.
- La commission des droits et de l'autonomie sera composée, pour les deux sections, de représentants de l'Etat (DDASS), du département, des organismes de sécurité sociale (CRAM et CAF), de représentants des usagers, de représentants de la région et de représentants des communes. S'ajouteront à ce socle, pour la section adultes, le directeur départemental du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle et, pour la section enfants et adolescents, l'Inspecteur d'académie. La désignation nominative des membres de la commission sera effectuée par le président du conseil général dans le cadre fixé par les textes.
- La présidence de la commission sera assurée par le président du conseil général ou son représentant, qui notifiera, à l'intéressé ou à son représentant légal ou à sa famille, la décision de la commission. Le champ des décisions qui seront prises par la commission concernera aussi bien la reconnaissance d'un taux d'invalidité, la qualité de travailleur handicapé, que l'attribution de droits et de prestations (AAH, AES, prestation de compensation du handicap, attribution de la carte de stationnement et de la carte d'invalidité), l'orientation vers le milieu ordinaire de travail ou le milieu de travail protégé (CAT), ou encore l'orientation vers un type d'établissement et/ou de services médico-sociaux ;
- Au sein de cet ensemble de décisions, celles relatives à l'accueil et à l'orientation des enfants handicapés doivent faire l'objet d'un traitement particulier. En effet, les décisions d'orientation des enfants vers les classes ordinaires ou vers des classes adaptées (CLIS, SEGPA, etc.) ou encore vers des établissements médico-sociaux (IME, IR, etc.) comportent une part d'appréciation sur le niveau scolaire de l'enfant et sa faculté d'intégration scolaire. Elles relèvent de la mission propre de l'Education nationale et ne peuvent être prises indépendamment de celle-ci, si bien que les décisions de l'espèce devront recueillir l'avis conforme, au sein de la commission des droits et de l'autonomie, du représentant de l'Education nationale.

1.3 Partenariat

La maison départementale des personnes handicapées, pour assurer un véritable guichet unique et apporter une réponse à la fois homogène et effective aux personnes, devra constituer une tête de réseau local et s'insérer dans un maillage partenarial fort.

Celui-ci devra être construit notamment avec le service public de l'emploi local, les organismes de formation, le réseau cap emploi, les organismes de protection sociale, les services de l'éducation nationale pour la continuité de la prise en charge éducative, ainsi qu'avec les organismes d'information spécialisés sur les aides techniques (centres d'information et de conseil sur les aides techniques, CICAT).

Enfin, ce partenariat devra s'étendre aux dispositifs d'observation (CREAI), qui, tout en conservant une indépendance indispensable, seront en mesure de fournir à la fois au département, aux associations et aux partenaires locaux, l'information adaptée.

2. les compétences nouvelles des départements

Afin de pouvoir devenir effectivement le pilote unique des dispositifs de prise en charge des personnes en perte d'autonomie, le département devrait se voir attribuer les compétences de tarification, de financement et de tutelle sur les établissements et services du champ médico-social tels que définis dans l'article L. 312-1 du CASF, à savoir les établissements et services pour personnes âgées (EHPAD, SSIAD), établissements et services pour personnes handicapées adultes (FAM et MAS), une partie des établissements et services d'enseignement et d'éducation spéciale pour mineurs et jeunes adultes handicapés ou présentant des difficultés d'adaptation (IME, IR, SESSAD), les centres d'aide par le travail (y compris le paiement de la garantie de ressources due aux personnes handicapées qui travaillent).

Aussi bien pour les établissements et services pour les personnes âgées que pour les personnes handicapées, ces transferts de compétences supposent que le département devienne l'autorité de tutelle et exerce à ce titre, l'ensemble des compétences qui y sont attachées notamment celle relative à la tarification, quelles que soient les modalités de détermination de celle-ci et notamment la distinction éventuelle entre hébergement, dépendance et soins liés à la perte d'autonomie. S'agissant des dépenses de l'espèce actuellement à la charge de l'Assurance maladie, deux options sont théoriquement envisageables :

- La première consiste à déléguer au Président du conseil général, l'exercice d'une compétence de l'Etat en lieu et place en lieu et place des DDASS et directeurs d'ARH, lesquels gèrent

aujourd'hui ces crédits au niveau déconcentré. Les crédits dont ils disposeraient pour ce faire proviendraient d'un transfert de crédits de l'Assurance maladie à la CNSA qui les mettraient à la disposition des départements. Cette hypothèse a pour inconvénient de faire du Président du conseil général un simple ordonnateur de crédits de sécurité sociale dont le montant est arrêté par l'Etat, ce qui n'est pas conforme au principe d'autonomie des collectivités territoriales. Il s'agirait alors d'une simple modification des dispositions de gestion des crédits d'assurance maladie et en rien d'une nouvelle organisation des responsabilités comme la mission le propose par ailleurs ;

- La seconde consiste à transférer juridiquement aux départements l'entière compétence de tarification et de financement des établissements y compris pour la partie soins. Dans cette hypothèse, les dépenses sont de la responsabilité des départements. Pour y faire face, ils disposent de dotations financières venant de la CNSA qui contribuent à la couverture de cette charge nouvelle. S'agissant des crédits dont la CNSA dispose à cet effet, deux hypothèses sont possibles :
 - La CNSA bénéficie à l'occasion du transfert de compétence de l'affectation d'une recette fiscale, dont le produit est affecté aujourd'hui à l'assurance maladie, et qui correspond à la charge transférée.
 - La CNSA bénéficie, chaque année, d'une dotation globale de crédits mise à la charge des régimes d'assurance maladie, votée dans le cadre des lois de financement de la sécurité sociale, dotation qui ne saurait être inférieure à la charge transférée ;

Seule la deuxième option est en cohérence avec les orientations de ce rapport. S'agissant des modalités d'application, l'hypothèse d'une affectation de ressources à la CNSA a le mérite de la clarté et ne peut être écartée à terme. Toutefois, l'hypothèse d'une dotation globale, en dépit d'une certaine complexité, a le mérite d'assurer la transition liée aux transferts de compétences et de maintenir, grâce à l'examen annuel des lois de financement de la sécurité sociale, un lien plus étroit entre l'ONDAM (pour l'essentiel sanitaire) et les dépenses (pour l'essentiel médico-sociales) dont la charge serait transférée aux départements.

La mise en œuvre de cette option suppose naturellement que des dispositions légales assurent le strict maintien des droits du triple point de vue du champ des bénéficiaires, de la nature de la prestation (droit objectif et non modulable en fonction des ressources) et de son étendue (définition des soins couverts par ces financements).

Le passage à une autorité tarificatrice unique ne doit conduire ni à abandonner les trois éléments de la tarification applicable en EHPAD, qui conserve un aspect positif ne serait-ce que par la comptabilité analytique qu'elle a incité à mettre en œuvre, ni la démarche qualité. La différenciation des financeurs (soins spécifiques liés à la dépendance par le département et soins de droit commun par l'assurance maladie) qui serait introduite doit cependant conduire à assurer de façon plus vigilante l'interface avec les prestations de droit commun et en particulier les soins de ville. A ce titre, il serait souhaitable de parvenir à une mobilisation de l'assurance maladie par le biais notamment d'un recueil et d'un traitement adaptés des informations utiles et d'un suivi conjoint par le département et l'assurance maladie (URCAM ou CRAM) qui pourra associer en tant que de besoin les établissements, afin d'éviter les pratiques abusives et de chercher à organiser de façon optimale, tant au plan sanitaire que financier, la prise en charge sanitaire des personnes accueillies dans ces établissements. L'implication des médecins-conseils du contrôle médical de la sécurité sociale contribuerait utilement à cet objectif.

3. Les instances de concertation et de régulation locale

Les départements, dans la configuration proposée, disposeront de la responsabilité des décisions et des dispositifs concernant la prise en charge, en établissement ou à domicile, des personnes en perte d'autonomie. En parallèle, il importe de prévoir, au niveau local, des modalités régulières d'analyse et d'évaluation de la mise en œuvre de cette politique afin d'assurer de façon transparente, une régulation de proximité qui ne saurait reposer uniquement sur le recours contentieux individuel.

- Cette régulation pourrait être assurée, en premier lieu, par une instance (qui pourrait s'intituler commission départementale de solidarité pour l'autonomie) se substituant aux actuels comité départemental des retraités et personnes âgées (CODERPA) et conseil départemental consultatif des personnes handicapées (CDCPH). Cette instance unique regroupant des représentants des personnes atteintes de perte d'autonomie, quel que soit leur âge, serait en effet de nature à créer une synergie entre ces acteurs au niveau local, en phase avec la constitution d'une structure au niveau national chargée de la prise en charge des personnes en perte d'autonomie, qu'il s'agisse de personnes âgées ou handicapées ;
- Chaque année, le département devrait joindre à son budget un document annexe récapitulant l'ensemble des crédits alloués par la CNSA, et ceux relevant de ses ressources propres, ainsi que l'affectation de ces crédits aux services et établissements à destination des personnes en perte d'autonomie. Ce document

précisera le montant des crédits consommés au cours de l'exercice budgétaire et l'état des reports de crédits avec, si nécessaire, le motif de leur non consommation ;

- Outre cette annexe à caractère financier, le département devra rendre compte régulièrement de sa politique à l'égard des personnes en perte d'autonomie et soumettre à la commission départementale de solidarité pour l'autonomie, au moins une fois par an, un document d'ensemble rendant compte précisément des politiques menées et fixant les orientations pour l'avenir. Il appartiendra à cette commission d'en débattre, et d'alerter, en cas de dysfonctionnement grave, les services de l'Etat et la CNSA en lui transmettant, le cas échéant, tous les éléments utiles ;
- Par ailleurs, au titre de leur mission générale, les services de l'Etat et en particulier la mission régionale et interdépartementale d'inspection et de contrôle (MRIICE), continueront à mener des inspections et des contrôles, le plus souvent de façon conjointe avec les services des départements dans les établissements et services concourant à la prise en charge des personnes en perte d'autonomie. Cette possibilité qui existe d'ores et déjà à l'heure actuelle y compris pour les établissements sous la tutelle du département, devra être plus largement exercée.

II - le dispositif national : la CNSA

A titre liminaire, il convient de préciser que le périmètre de la CNSA, tel qu'il est envisagé par la mission, intègre, dans l'ensemble, les missions qu'il avait été prévu de confier à une agence nationale des handicaps à savoir l'appui aux acteurs par la fourniture des outils d'évaluation, des référentiels, le conseil et la mise à disposition d'une information fiable, et enfin la garantie de la qualité du service rendu. Le schéma proposé par la mission est donc de faire jouer à la CNSA ce rôle essentiel, et de ne pas créer d'agence nationale du handicap afin de ne pas multiplier les structures administratives.

Cet élément, combiné à l'association fréquente du mot « caisse » à des dispositifs procédant de l'organisation des régimes de sécurité sociale, pourrait conduire - afin d'éviter toute ambiguïté - à préférer à l'appellation de Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, celle d'Agence nationale de solidarité pour l'autonomie (ANSA).

La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, dont le périmètre exact d'intervention a été conçu en miroir des compétences locales relatives à la prise en charge de perte d'autonomie (II-1), devrait exercer d'une part, une fonction essentielle d'aide aux acteurs, d'évaluation et de mise en cohérence des politiques locales (II-2) et, d'autre part, une fonction financière de répartition des moyens entre les départements combinant des paramètres objectifs et des enveloppes ciblées définies sur une base contractuelle (II-3). A un directoire et un conseil de surveillance, pourraient être ajoutés un conseil scientifique et un conseil de tutelle pour assurer la gouvernance de la Caisse (II-4).

1 - Périmètre d'intervention de la CNSA

Afin de lui conférer une véritable identité et d'écarter les risques d'une structure « fourre-tout », il est essentiel de centrer son périmètre d'intervention sur les politiques de compensation de la perte d'autonomie en direction tant des personnes âgées que des personnes handicapées. Il importe en outre, pour qu'elle assume au mieux sa fonction de garant national des politiques mises en œuvre au niveau local par les départements, que ce périmètre recouvre le champ des compétences exercées par ceux-ci en ce domaine.

Le champ d'intervention de la caisse dans le secteur de la prise en charge des personnes âgées

- La contribution au financement de l'Allocation personnalisée d'autonomie pour la part Etat grâce au remboursement du prêt du FFAPA et la reprise des fonctions de celui-ci pour ce qui concerne la répartition d'enveloppes de crédits calibrées en fonction de critères de péréquation entre les départements (la CNSA se substitue ici purement et simplement au FFAPA) ;
- La médicalisation et les forfaits soins des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), la tarification de ceux-ci étant confiée au plan local au département ;
- Les services concourant au maintien à domicile y compris les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), à l'exception de l'aide ménagère prise en charge par la CNAVTS (ceci est au demeurant cohérent avec le projet de loi relatif aux libertés et responsabilités locales qui confie au département la coordination de l'ensemble des mesures de maintien des personnes à domicile) ;
- Les centres locaux d'information et de coordination (CLIC) dont la gestion et le financement seront assumés au plan local par les départements.

Le champ d'intervention de la caisse dans le secteur de la prise en charge des personnes handicapées

La caisse nationale de solidarité pour l'autonomie couvre le secteur de la compensation du handicap sous les aspects d'une part des prestations individuelles et du financement des établissements et services de l'autre. En revanche, celui-ci n'inclut ni l'Allocation adulte handicapé¹³ qui n'est pas une allocation visant à la compensation du handicap mais un revenu d'existence, dont la raison d'être est d'ailleurs confortée par la création d'une prestation de compensation, ni l'Allocation d'éducation spéciale qui a le caractère d'une prestation familiale.

Le périmètre de responsabilités inclurait donc :

- La prestation de compensation, soit, plus précisément :
 - Aides humaines : la prestation de compensation remplace et développe l'ACTP dans la mesure où elle donnera droit à un volume d'heures de tierce personne supérieur. Cette prestation est subsidiaire par rapport à d'autres aides ouvertes par ailleurs au titre d'un régime de sécurité sociale ;
 - Aide technique : la réalité est aujourd'hui complexe car les aides techniques sont financées pour partie par la sécurité sociale et pour partie par le secteur associatif ou des fonds d'assistance d'organismes divers dont les départements. Avec la CNSA, ce qui est aujourd'hui financé par l'assurance maladie (LPP) le demeurera, mais l'écart de remboursement à la charge de la personne handicapée pourra être financé par la prestation de compensation ;
 - Aide à l'aménagement du logement : devrait remplacer le complément d'AAH, qui est à l'heure actuelle l'aide au logement des personnes handicapées qui souhaitent rester à domicile ;
 - Aide spécifique ou exceptionnelle : aide animalière, acquisition ou entretien de produits liés au handicap ;
- Les établissements pour adultes handicapés qui étaient financés en tout ou partie par l'assurance maladie, à savoir les foyers d'accueil médicalisé et les maisons d'accueil spécialisées.;
- Les établissements pour enfants inadaptés, à savoir notamment les instituts médico-pédagogiques, médico-éducatifs et les instituts de rééducation, le département devenant le tarificateur unique. Dans ce cas, le département assure la tutelle de l'établissement et son fonctionnement hormis pour ce qui concerne le personnel enseignant mis à disposition par l'éducation nationale, selon un schéma proche de celui des collèges ;
- Les services d'auxiliaires de vie scolaire, les dispositifs pour personnes lourdement handicapées et différents services existants dont les sites pour la vie autonome ;
- Les centres d'aide par le travail et la garantie de ressources sous la forme d'une aide au poste telle qu'elle est prévue par le projet de loi « handicap ».

- Mission de régulation de la CNSA

La Caisse nationale exerce une mission de régulation des politiques en faveur des personnes en perte d'autonomie et veille au respect des principes et des règles générales de fonctionnement définis par les pouvoirs publics.

2.1 Veiller et contribuer à garantir l'égalité de traitement sur l'ensemble du territoire

La caisse nationale aura comme mission centrale de veiller à la cohérence des politiques menées et de garantir une mise en œuvre homogène sur l'ensemble du territoire. Cette mission comportera, outre les aspects financiers traités en point 3, trois dimensions principales :

1/ Aide aux responsables locaux :

- la définition d'outils méthodologiques à vocation nationale qui constitueront les référentiels utilisés par les équipes d'évaluation et les commissions départementales ce qui inclut des grilles d'évaluation, tant pour les personnes âgées (grille AGGIR) que pour les personnes handicapées, avec la perspective du remplacement des critères de taux d'incapacité fondés sur le guide barème de 1993. A ce titre, la CNSA pourrait être chargée de proposer à l'approbation de l'Etat la grille d'évaluation de la prestation de

¹³ Il serait toutefois logique, à un horizon rapproché, de transférer les crédits AAH aux départements (la gestion pouvant continuer à être exercée par les CAF), dans une optique de bloc de compétence homogène et de rapprochement avec le RMI qui vient d'être décentralisé. Les bénéficiaires de ces deux prestations étant par ailleurs susceptibles de se recouper.

compensation prévue dans la loi relative à l'égalité des chances des personnes handicapées, sur la base de travaux scientifiques coordonnés par le comité scientifique ;

- La diffusion d'une information fiable sur les aides techniques existantes, quelle que soit la nature du handicap ;
- La promotion d'actions de modernisation visant la qualité des prestations et la diversification de l'offre.

2/ Suivi et évaluation des politiques menées au niveau local

- La mise en place d'un système d'information performant, dont le niveau national soit le pivot. Ce système d'information sera alimenté par les données standardisées et fiables, fournies par les départements ;
- L'analyse des pratiques, la mise en évidence et la diffusion des « bonnes pratiques » ;
- L'utilisation et la synthèse, département par département, des données fournies par les départements et les commissions départementales de solidarité pour l'autonomie ainsi que, le cas échéant, du contentieux, des rapports d'inspection des services de l'Etat, etc. A ce titre, en cas d'interrogation sur la conformité de la politique menée au regard des règles définies nationalement, la CNSA devra être en mesure de demander au ministère de saisir l'Inspection Générale des affaires sociales ;
- Enfin, la publication d'un rapport annuel établissant au plan national et département par département, un bilan précis de la politique menée en direction des personnes âgées et des personnes handicapées et de ses résultats, et formulant toute proposition sur les corrections ou inflexions souhaitables s'agissant tant du cadre général que des conditions de mise en œuvre concrètes.

3/ Structuration des actions de recherche et d'étude

S'il n'apparaît aucunement souhaitable de faire de la CNSA un organisme d'études et de recherche, il importe en revanche qu'elle soit capable en ces domaines de jouer un rôle structurant en orientant les travaux menés et en diffusant de façon la plus large possible les résultats.

Cette activité, qui suppose le développement de liens conventionnels avec les organismes existants (CTNERHI, CREAI, Fondation Nationale de Gérontologie, etc.), pourrait également s'étendre à des réflexions de nature prospective sur les politiques à mener pour assurer sur le long terme des réponses adaptées aux problèmes soulevés par la perte d'autonomie. Cette fonction inclura aussi le recueil et la capitalisation des politiques et des expériences menées à l'étranger.

2.2 Contribuer à la planification médico-sociale

Les compétences de planification¹⁴ et d'autorisation des établissements et services devraient revenir au département auquel on confie la totalité du pilotage de ce secteur. Ainsi, doté de l'ensemble de la responsabilité de la tarification, de l'autorisation, et de la tutelle des établissements et services, le département serait en mesure d'organiser une répartition adéquate de l'offre de service sur le territoire départemental. Il apparaît cependant à la mission que des mécanismes devront être développés pour tout à la fois maintenir et renforcer les liens entre la planification sanitaire et la planification médico-sociale, et établir des dispositifs correcteurs au niveau régional et national.

- Les disparités géographiques en termes d'équipement et de services destinés tant aux personnes handicapées qu'aux personnes âgées sont aujourd'hui considérables et doivent être progressivement corrigés. A ce titre, la CNSA doit pouvoir conclure avec les départements des contrats d'objectifs à caractère pluriannuel permettant à partir d'un constat de l'existant de déterminer le rythme minimal de modernisation, de renouvellement et de création des services et établissements destinés à l'accueil de personnes en situation de perte d'autonomie ;
- Les départements constituant souvent une entité à la taille trop restreinte pour pouvoir accueillir en leur sein des établissements destinés au traitement de handicaps rares et nouvellement reconnus, la CNSA doit être en mesure d'élaborer des propositions d'un cadre national de programmation de ces équipements ;
- Qu'il s'agisse de personnes âgées ou de certaines formes de handicap (psychique notamment), la planification sanitaire et la planification médico-sociale doivent être conçues globalement et de façon cohérente. Aussi apparaît-il indispensable que les autorités en charge de la planification sanitaire soient tenues informées de l'élaboration des schémas d'organisation sociale et médico-sociale qui seront de la seule responsabilité des départements. De même, il y a lieu de prévoir pour les établissements et services

¹⁴ Ceci concorde d'ailleurs avec le projet de loi relatif aux libertés et responsabilités locales qui prévoit que les schémas d'organisation sociale et médico-sociale seront de la seule compétence du département et ne relèveront plus d'une compétence conjointe.

pour lesquels la mission propose qu'ils soient autorisés par le département, le maintien d'un avis préalable obligatoire du CROSMS dans le cadre de la procédure mise en place par la loi du 2 janvier 2002.

2.3 Garantir l'utilisation au seul profit des personnes dépendantes des ressources dégagées

La caisse nationale a vocation à rassembler, dans un cadre juridique et comptable transparent, l'ensemble des ressources affectées à la compensation de la perte d'autonomie, quelles qu'en soient l'origine et la nature (Etat, Assurance maladie, CNAVTS, recettes fiscales nouvelles affectées). Afin de pouvoir identifier les crédits pour les personnes âgées et personnes handicapées et d'en garantir l'utilisation à leur seul profit, son budget sera, sauf exception, décomposé en deux sections étanches.

Au niveau local, l'annexe budgétaire mentionnée au point I-3, qui devra faire apparaître distinctement les efforts consentis en faveur des personnes âgées d'une part, et des personnes handicapées, d'autre part, garantira cette même transparence.

3 - La mission financière

La CNSA, dans le schéma institutionnel proposé, ne saurait avoir pour mission d'assumer financièrement la charge des politiques menées. Elle ne saurait que contribuer à leur financement. Il doit être clair en effet - et le qualificatif d'agence plutôt que de caisse contribuerait à dissiper cette ambiguïté - que les compétences exercées par les départements en ces matières le seront sous leur responsabilité, y compris financière, comme c'est le cas aujourd'hui pour l'ensemble des compétences qu'ils exercent. Concevoir qu'il en serait autrement au cas d'espèce reviendrait à faire des départements de simples guichets, exécutant les politiques définies par l'Etat au plan national et financées par lui via la CNSA. Un tel schéma n'est conforme ni au souci de responsabilisation des gestionnaires ni surtout au principe de libre administration des collectivités territoriales posé par la constitution. Pour autant, le rôle de la CNSA sera loin d'être négligeable en matière financière. Il devrait comprendre quatre volets :

- Exercer à l'identique les fonctions dévolues par les textes au FFAPA s'agissant du financement de cette prestation ;
- Développer une fonction similaire à la précédente dans son principe - à savoir la répartition selon des critères à définir d'une enveloppe fermée - s'agissant de la contribution de la caisse au financement de la prestation de compensation du handicap, qui comme l'APA, va se construire à partir de l'ACTP actuellement à la charge des départements. Cette contribution sera financée par une partie des ressources additionnelles prélevées à l'occasion de la suppression du jour férié ;
- Rassembler et transférer chaque année aux départements les ressources correspondant aux compétences nouvelles qui leur seront transférées. Ce transfert devra s'opérer sur la base des dépenses effectives constatées lors de l'année qui précède le transfert de compétences avec un coefficient d'actualisation de ces bases « historiques » déterminé par la loi qui pourrait être l'indice des prix. Un tel choix dégagerait, toutes choses étant égales par ailleurs, des marges de manœuvre financières supplémentaires pour corriger les disparités géographiques entre les départements. La CNSA, en ce domaine contribuera à la mise en œuvre du principe constitutionnel posé à l'article 72-2¹⁵. Le périmètre des crédits tant d'assurance maladie que relevant du budget de l'Etat à l'heure actuelle pourrait, en première analyse, avoisiner les 11,2 milliards d'euros¹⁶ ;
- Répartir, sur la base de critères objectifs, les ressources additionnelles provenant de l'effort demandé à la collectivité nationale à travers la suppression d'un jour férié. La contribution de 0,3% créée à cette occasion devrait, dans la maquette arrêtée actuellement par les pouvoirs publics, dégager une marge annuelle de 850 millions d'euros pour chacun des secteurs concernés (personnes âgées et personnes handicapées). L'utilisation de cette marge disponible après contribution au financement de la prestation de compensation du handicap, et en particulier sa répartition entre départements devraient permettre un effort de correction des disparités historiques constatées en termes d'équipements et de services. Elle pourrait revêtir deux formes complémentaires : pour une part une répartition mécanique liée à l'application de paramètres objectifs, prévus par les textes, et, pour une autre part, une répartition liée à

¹⁵ Le quatrième alinéa de l'article 72-2 de la constitution dispose : " Tout transfert de compétences entre l'Etat et les collectivités territoriales s'accompagne de l'attribution de ressources équivalentes à celles qui étaient consacrées à leur exercice. Toute création ou extension de compétences ayant pour conséquence d'augmenter les dépenses des collectivités territoriales est accompagnée de ressources déterminées par la loi .»

¹⁶ Seraient concernés (en Millions d'euros) 1/ du côté de l'ONDAM, les SSIAD (471), les Etablissements pour enfance inadaptée (3445), les SESSAD (277), les Etablissements pour adultes handicapés (1215), les Forfaits soins en EHPAD (2200), les USLD (1400) ; 2/ du côté du budget de l'Etat, les Centres d'aide par le travail et la GRTH (2100), les Sites pour la vie autonome (30), les auxiliaires de vie et auxiliaires d'intégration scolaire (60).

une démarche de caractère contractuel entre les départements et la CNSA permettant à cette dernière d'allouer des financements en fonction d'engagements précis des départements portant sur des actions nationales jugées prioritaires (cf. point 2.2).

4 - Gouvernance

La CNSA, qui doit être une structure d'Etat-major et non de gestion directe, capable de mobiliser l'expertise et les compétences, sera créée sous la forme d'un établissement public administratif, placé sous la tutelle de l'Etat, lequel pourrait conclure avec la Caisse un contrat d'objectifs pluriannuel.

Compte tenu de ses missions, la CNSA ne peut pas être assimilée à un simple fonds de financement dont le conseil d'administration serait composé de représentants de l'Etat. Compte tenu de sa nature, elle ne peut pas non plus être assimilée à un organisme de sécurité sociale, faisant l'objet d'une gestion à caractère paritaire. Il importe donc de concevoir pour cette CNSA un mode d'organisation et de gouvernance original. Dans l'esprit de la mission, cette organisation doit répondre à quatre exigences :

- dissocier clairement la fonction exécutive (le directoire) de la fonction d'orientation stratégique et de contrôle (conseil de surveillance) ;
- assurer la représentation des responsables politiques, associatifs et sociaux dans cette fonction d'orientation stratégique et de contrôle, de manière à asseoir la légitimité de cette institution ;
- doter la caisse d'un conseil scientifique, de manière à assurer la crédibilité de ses travaux, de ses productions (en matière de référentiels, de statistiques ou d'évaluation) et des analyses prospectives ;
- organiser la tutelle sous la forme d'un conseil de tutelle assurant la représentation des différents départements ministériels concernés et désignant, en son sein, un chef de file.

L'organisation proposée aboutit ainsi à un conseil de surveillance chargé de la définition des orientations stratégiques de la CNSA, du contrôle de l'activité du directoire, de l'évaluation des politiques menées au travers notamment d'un rapport annuel. Sa composition devrait se limiter à une vingtaine de personnes, réparties en trois tiers, auxquelles s'ajouteraient trois personnalités qualifiées :

- 6 représentants des Elus (parlementaires et conseils généraux) ;
- 6 représentants des usagers (3 représentants des personnes âgées désignés par le CNRPA, 3 représentants des personnes handicapées désignés par le CNCPH) ;
- 6 représentants des organismes de protection sociale suivants : 2 par la CNAMTS, 2 par la CNAVTS, 1 par la CNAF, 1 par la CCMSA ;
- 3 personnalités qualifiées.

Le directoire devrait être composé de trois personnes nommées par le gouvernement après avis du conseil de surveillance, l'un des directeurs exerçant la fonction de président du directoire.

Le conseil de tutelle, représenté par son chef de file, participera aux travaux du conseil de surveillance.

Annexe 4 : Réactualisation du schéma départemental en faveur des personnes en perte d'autonomie du département de la Creuse (extraits)

Axe 1 : Territorialiser la prise en charge des personnes en perte d'autonomie dans le cadre d'une cohérence départementale

Action 1-1 : Définir les territoires d'action en faveur des personnes en perte d'autonomie (personnes âgées, personnes handicapées): Le principe est que chaque territoire d'action comprenne un ensemble d'équipements et de services apte à répondre aux différents besoins de la personne en perte d'autonomie, à savoir, *a minima*

- un EPHAD,
 - un service de soins de suite et de réadaptation généraliste (dépendance de l'ARH, lien à assurer avec le SROS III volet gériatrie)
 - un CLIC (cf. Action 1-3),
 - un SSIAD,
 - un service à domicile prestataire,
 - un service de portage de repas.
 - Un établissement ou service pour personnes handicapées.
- Des relations conventionnelles seront à rechercher avec le secteur psychiatrique en lien avec l'ARH et le SROSS volet psychiatrie.

Action 1-2 : Installer le Centre Départemental d'Information et de Coordination: Le Schéma Départemental en faveur des personnes dépendantes avait prévu en 2000 la mise en place d'un Centre Départemental d'Information et de Coordination des acteurs à l'échelle du département.

Il a pour mission

- d'informer le public pour ce qui relève du niveau départemental en lien avec les CLIC ;
- de favoriser la mutualisation de certains moyens humains ou techniques ;
- de proposer des outils visant à la mise en place d'un observatoire de la maltraitance ;
- de favoriser l'échange d'expériences et de pratiques en constituant des groupes de travail ;
- d'analyser les besoins des personnes en perte d'autonomie et leur évolution à l'échelle du département et proposer des solutions ;
- de coordonner les démarches d'évaluation des CLIC en proposant des outils d'évaluation cohérents au niveau du département ;
- d'apporter son appui aux acteurs locaux par sa mission de lieu-ressources.

Il est présidé par le Président du Conseil Général et s'appuie sur les services du pôle Jeunesse et Solidarités.

Action 1-3 : Intégrer les CLIC dans le dispositif d'action gérontologique

En application de la circulaire du 18 mai 2001 ayant fixé le cadre de leur création et par conventionnement avec le Conseil Général, les Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC) ont pour mission de

- informer le public ;
- repérer les besoins et rechercher des solutions ;
- mettre en relation les différents acteurs locaux autour de la construction et du suivi du projet individuel de la personne en perte d'autonomie.

Pour respecter une unité d'intervention sur l'ensemble du département, les CLIC auront à répondre à un cahier des charges spécifique.

En complément, l'action des CLIC sera à rapprocher de l'action des équipes techniques d'évaluation et de labellisation afin d'assurer une meilleure cohérence et une meilleure rationalisation des interventions.

Leur organisation devra assurer la couverture intégrale du département.

Axe 2 : Renforcer la politique de soutien à domicile

Action 2-1: Structurer l'offre de services à domicile

Cette structuration passe par l'habilitation des institutions médico-sociales réalisant des interventions d'aide à domicile (aide à domicile, SSIAD, portage de repas...)

En effet, en application de la loi 2002.2 du 2 Janvier 2002, les services d'aide à domicile sont des institutions sociales et médico-sociales. Elles relèvent donc du décret 2003-1010 du 23 Octobre 2003 et doivent être habilitées et tarifées par le Président du Conseil Général.

L'habilitation sera délivrée avant le 31 Octobre 2005 à partir d'un cahier des charges à élaborer, et d'un avis du Comité Régional d'Organisation Sanitaire et Sociale au cours du premier semestre 2005.

La tarification des associations habilitées sera arrêtée par le Président du Conseil Général à compter du 1^{er} Janvier 2006.

La Charte des droits et liberté des personnes âgées dépendantes et la Charte des professionnels en gérontologie représentent également deux documents de référence de l'intervention auprès des personnes âgées à domicile.

Action 2-2 : Coordonner les intervenants autour de la personne âgée à domicile et développer les outils de formation

Pour garantir une qualité d'intervention auprès des personnes en perte d'autonomie, chaque service doit mettre en place des moyens adaptés (cf. Action 2.1.), mais également doit s'assurer de la coordination de ses interventions avec les autres intervenants.

Il s'agit donc

- d'élaborer un référentiel commun par type de prestation (auxiliaires de vie, soins, portage de repas...) précisant les fonctions assurées par chacun des services ;
- de définir et de mettre en place les moyens de liaison entre ces intervenants à domicile (cf. exemple du cahier de liaison).
- de définir, à travers une méthode précise d'observation et de questionnement, un plan d'aide rendu plus complexe par les nouvelles attributions territoriales. Pour mettre au point cet outil méthodologie, un cahier des charges, un groupe de travail et un calendrier doivent être mis en place afin de présenter, début 2005, un rapport d'étape avancé.

Action 2-6 : Mesures d'accompagnement

Le maintien à domicile nécessite, en dehors des actes professionnels, le développement d'actions d'accompagnement.

- au titre du volet prévention de la perte d'autonomie : prévention des chutes, nutrition, prévention du vieillissement cérébral etc.
- au titre de l'aide aux aidants, qu'ils soient familiaux, bénévoles ou professionnels. C'est en effet sur ces aidants que repose en grande partie l'efficacité et la qualité du maintien à domicile.

Axe 3 : Favoriser l'adaptation des établissements aux besoins émergents

Action 3-1: Adapter les établissements en nombre et qualité, développer les unités de vie spécifiques et améliorer la qualité architecturale des EHPA D

Au vu de l'augmentation du nombre de personnes de plus de 85 ans à compter de 2006, de la nécessaire prise en charge des personnes handicapées vieillissantes, de la répartition de la population sur le département, de l'architecture des établissements existants et des zones découvertes, il y a lieu de

- créer 150 nouvelles places pour l'après 2010 et 400 places pour l'après 2015,
- adapter les établissements existants à la prise en charge de personnes très dépendantes en application des textes réglementaires (décret de 99 modifié par le décret de 2001),
- veiller à la rénovation des équipements sanitaires, médicalisés, et domotiques.

Action 3-3 : Améliorer l'accueil des adultes handicapés

Les lieux d'accueil pour personnes handicapées auront à s'intégrer dans les dynamiques créées autour des bassins de vie tels qu'ils sont définis par l'axe 1.

Axe 4 : Développer les liens domicile-institution et les formules d'accueil intermédiaires

Action 4-1: Développer l'accueil de jour et l'hébergement temporaire

L'accueil de jour

La souplesse de l'organisation et la nécessaire proximité de ce type de service incitent à créer plusieurs sites d'accueil de jour répartis sur l'ensemble du département notamment pour mieux prendre en compte les personnes âgées démentes.

A ce titre, il est prévu 4 ou 5 sites dans le département, représentant une vingtaine de places.

Les ressources déjà existantes en matière de gestion et de locaux seront utilisées en priorité.

L'hébergement temporaire

Le principe est celui de réserver au sein de chaque EHPAD quelques lits affectés à l'hébergement temporaire, dans le cadre du décret du 17 mars 2004.

Ces lits pourront aussi être mobilisés en situation de crise pour réaliser des accueils d'urgence ne relevant pas du secteur sanitaire.

Ce dispositif nécessitera des conventionnements spécifiques entre les EHPAD, les services à domicile (notamment les aides à domicile susceptibles d'intervenir la nuit) et les CLIC.

Pour favoriser l'atteinte de cet objectif, l'accent sera mis sur la sensibilisation et l'implication des différents intervenants concernés : établissements, personnes âgées et leurs familles, services d'aide à domicile.

Action 4-2: Professionnaliser et organiser l'accueil familial

Pour garantir une qualité de service aux personnes en perte d'autonomie, deux objectifs sont poursuivis

- finaliser la mise en place de l'organisation générale de l'accueil familial : procédure d'agrément, procédure de suivi et de contrôle, formation des accueillants...
- mettre en oeuvre le cahier des charges qualité de l'accueil familial.

Axe 5 : Lutter contre la maltraitance et promouvoir la bientraitance

Action 5-1: Mettre en place un observatoire de la maltraitance

L'objectif est d'évaluer l'évolution de la nature et du nombre des situations de maltraitance auprès des personnes en perte d'autonomie dans le département, ceci afin de mieux repérer les éventuels dysfonctionnements et mieux prévenir

Pour cela, il convient

- dans un premier temps, de parvenir avec les acteurs à une définition commune de la maltraitance ;
- dans un second temps, d'élaborer un système d'information permettant de créer un observatoire, à partir de la procédure type de signalement.

Action 5-2: Sensibiliser le public à la bientraitance

Une des conditions de réussite de la prévention de la maltraitance est la sensibilisation du public : professionnels, aidants, familles, etc.

L'enjeu est de déterminer et de mettre en oeuvre les moyens les plus appropriés pour atteindre cet objectif : définition commune de la bientraitance, campagnes de sensibilisation, formation des professionnels...

Annexe 5 : Charte des professionnels en gérontologie

Elaborée par l'Institut de gérontologie du Limousin,
assisté par la Fondation nationale de Gérontologie
avec le soutien de la DRASS du Limousin et de la CRAM du Centre Ouest.

article 1

Le développement de la gérontologie demande que soient définis et actualisés ses métiers et ses fonctions et que soient précisés les profils de poste correspondants.

L'aide aux personnes âgées recouvre des actions diverses, relevant d'organismes nombreux et différents. Pour assurer cohérence et équité, les niveaux de compétence et les domaines d'intervention de tous les professionnels doivent être clairement définis, tout particulièrement pour l'aide à domicile. Il ne doit y avoir ni amalgame, ni redondance, ni concurrence, ni glissement de tâches ou de fonctions.

article 2

Les profils de poste doivent tenir compte de la formation initiale, de la qualification et de l'expérience, validées par des diplômes ou des reconnaissances statutaires.

Les métiers d'aide à la personne demandent des compétences, des capacités d'initiative et de responsabilité : cela s'apprend et doit être reconnu.

L'expérience de terrain donne une connaissance qui doit être prise en compte dans la qualification.

article 3

Il est indispensable d'harmoniser les statuts et les contrats, à fonctions, compétences et conditions d'exercice comparables.

Le respect de la codification des profils de poste et la limitation des contrats précaires doivent permettre de réduire les écarts.

article 4

Les déroulements de carrière doivent pouvoir s'appuyer sur un égal accès à une formation adaptée, évolutive et planifiée.

Quel que soit leur statut juridique, les employeurs doivent offrir aux personnels de niveaux comparables les mêmes accès à une formation de qualité débouchant sur les mêmes promotions professionnelles.

article 5

Les personnels d'encadrement, et ceux chargés d'une mission de tutorat, doivent être sensibilisés et formés à leur fonction pédagogique.

Pour être valablement préparés et encadrés, les nouveaux personnels doivent être pris en charge par des professionnels non seulement expérimentés, mais disposant aussi, grâce à une formation spécifique, des connaissances pédagogiques appropriées à cette mission d'accompagnement.

article 6

Une période d'adaptation accompagnée s'avère nécessaire pour les nouveaux personnels ; c'est une des responsabilités essentielles du tuteur.

La complexité des actes en gérontologie et la vulnérabilité des personnes aidées imposent que les nouveaux personnels soient accompagnés, en début de carrière, par des tuteurs motivés satisfaisant à des critères de formation spécifique.

article 7

La confrontation quotidienne à la chronicité, à la perte de l'élan vital, à l'approche de la mort..., confère au travail gérontologique une difficulté qui doit être reconnue, et une exigence spécifique qui mérite d'être valorisée.

Le soutien apporté aux personnes âgées, parfois gravement diminuées par la maladie ou par la perte d'autonomie physique et/ou psychique, requiert des compétences techniques, psychologiques et humaines.

L'acte professionnel ne doit pas être banalisé et uniquement assimilé à un acte technique ou ménager, mais reconnu et valorisé.

article 8

Un soutien psychologique, pour faire face aux difficultés et au risque d'épuisement professionnel est à généraliser auprès de tous les personnels.

Des réunions régulières de supervision des pratiques sont à mettre en œuvre pour les personnels, qu'ils travaillent à domicile ou en institution. Elles ont pour but d'aider à analyser les difficultés d'ordre technique et relationnel soulevées par les professionnels.

Ces séances doivent être encadrées par un psychologue extérieur à l'équipe, spécifiquement formé à cette pratique. Celui-ci ne doit, en aucun cas, être confondu avec le psychologue responsable des personnes âgées accueillies par l'établissement ou le service.

article 9

Des méthodes validées d'évaluation de la charge de travail dans les structures gérontologiques doivent être utilisées afin de définir les effectifs nécessaires à un fonctionnement de qualité.

Le besoin d'aide étant par nature variable selon les personnes, les interventions des professionnels doivent être clairement identifiées et consignées. Une réévaluation périodique est nécessaire pour garantir, dans une dynamique qualitative, l'adéquation entre les objectifs et les moyens en personnel.

article 10

Le cadre de vie des personnes âgées, tout en répondant à leurs désirs, à leurs besoins et aux contraintes de la dépendance physique et intellectuelle, doit aussi permettre de faciliter l'intervention des professionnels.

Pour limiter les risques de prestations insuffisantes ou inadaptées, il est indispensable de tenir compte des conditions matérielles d'exercice des professionnels.

L'aménagement du lieu de vie, quand il est nécessaire, est négocié avec la personne aidée. Les professionnels doivent pouvoir donner des conseils sur des adaptations techniques.

article 11

L'application de la réglementation, notamment en matière architecturale, est une première étape pour sécuriser, moderniser et rendre évolutifs les établissements.

Il convient de citer plus particulièrement en référence l'arrêté du 26 avril 1999, fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle (Journal Officiel Numéro 98 du 27 Avril 1999)

article 12

Faciliter les échanges d'informations entre intervenants améliore la connaissance réciproque du champ d'intervention de chacun, ainsi que la reconnaissance mutuelle.

L'aide aux personnes âgées regroupe des professionnels de culture, de statut, de cadre d'exercice et de niveau décisionnel différents.

Cette diversité peut être source d'incompréhension entre les différents intervenants et nuire à un travail d'équipe coordonné.

En ce sens, le travail en commun et la circulation transversale de l'information sont indispensables pour que chacune des interventions trouve sa place dans le plan d'aide et/ou de soin.

article 13

La qualité du travail passe par un projet d'aide élaboré, connu et partagé par tous les intervenants professionnels, négocié avec la personne aidée et son entourage. Cette activité de coordination, garante de qualité, doit être reconnue et rémunérée comme un acte professionnel à part entière.

La cohérence d'un plan d'aide suppose l'implication de tous les intervenants, de la phase d'élaboration à la mise en place et au suivi.

Négocier la nature et le contenu de l'aide avec la personne âgée garantit le respect de ses choix. Ce projet doit s'articuler avec l'action des proches dans le respect des compétences de chacun.

article 14

Il ne peut y avoir de cohérence dans l'intervention complémentaire de professionnels différents sans la mise en place progressive d'outils partagés.

Une organisation efficace nécessite l'utilisation d'outils d'information, de transmission, de suivi et d'évaluation. Cela permet à chaque aidant de préparer et d'ajuster son intervention en relation avec les autres, et favorise la satisfaction professionnelle.

article 15

Il faut affirmer la prépondérance des valeurs humanistes, aussi bien dans la conception des métiers que dans leurs pratiques.

Quelle que soit la nature de l'intervention gérontologique, elle ne peut se limiter à des techniques. Elle a pour fondement une relation humaine qui impose des comportements, des attitudes et des pratiques de bientraitance.

La bientraitance des personnes aidées est entendue comme la considération au quotidien de leurs besoins physiologiques, psychologiques (sécurité, appartenance, estime de soi, réalisation...) et spirituels.

article 16 Les contraintes (horaires, pénibilité, astreintes...) inhérentes au travail gérontologique doivent être compensées par une organisation du travail optimale et concertée.

Il faut offrir des structures d'emploi plus attrayantes dans l'organisation des temps et des modes de travail, et mettre à disposition équipements et locaux adaptés.

article 17

Pour garantir la qualité et permettre son évolution, le secteur gérontologique doit recruter durablement des personnels compétents. Pour y parvenir, il doit offrir des perspectives professionnelles motivantes.

Les rémunérations et les évolutions de carrière doivent être attractives et tenir compte des compétences des professionnels et des contraintes particulières d'exercice de leurs fonctions.

article 18

La recherche – dans tous les domaines de la gérontologie (social, médical, psychique, sociologique...) – doit être communiquée aux acteurs et valorisée auprès des décideurs.

Les résultats de la recherche doivent être facilement accessibles aux professionnels (outils adaptés, accompagnement...). Ceux-ci doivent être incités à se les approprier, à les traduire dans leurs pratiques et à les faire reconnaître auprès des décideurs.

Cette convergence d'intérêt entre décideurs et professionnels de terrain garantit l'évolution du secteur.

article 19

Un effort particulier d'information du public sera poursuivi afin de mieux faire connaître les spécificités du travail gérontologique, aussi bien pour en améliorer l'image que pour susciter des candidatures et soutenir la motivation des professionnels.

Les aides et les soins à la personne âgée constituent un ensemble de tâches mal connues et souvent dépréciées, alors que la gérontologie est un domaine en pleine expansion. Un effort de valorisation se justifie de la part de tous : décideurs, acteurs et médias. La promotion des métiers de la gérontologie doit être une préoccupation de tous les organismes impliqués dans l'éducation, la formation et l'emploi.

Tous les supports d'information destinés au grand public et notamment ceux diffusés par les établissements et les services doivent contribuer à une meilleure connaissance des contenus de ces métiers.

article 20

Si les professionnels doivent impérativement bénéficier de moyens, de respect et de reconnaissance, ils doivent tout autant être garants de la qualité exigée par le travail auprès de personnes vulnérables.

La gérontologie s'adresse à des professionnels responsables, conscients de la portée de ce qu'ils font et pour qui ils le font. Il faut qu'ils développent leurs aptitudes à analyser, évaluer et faire évoluer leurs pratiques. Ils doivent aussi être particulièrement vigilants en terme de discrétion et de secret professionnel partagé.

TABLE DES MATIERES

Introduction	page	10
I - Le contexte démographique	page	12
II - La Conférence régionale de santé du Limousin	page	14
III - La Coordination Gériatrique du Centre Hospitalier de Bourgneuf	page	17
1. L'historique	page	17
2. La réflexion	page	17
2.1 Deux contraintes majeures	page	18
2.2 Trois impératifs de fonctionnement	page	18
3. La conception	page	18
3.1 Que la coordination gagnerait à être mise en œuvre de l'intérieur d'un établissement de santé	page	18
3.2 Que le coordinateur devrait être un praticien hospitalier diplômé, au minimum, de gériatrie et gériatrie	page	19
4. Les partenaires	page	20
5. Les stratégies mises en œuvre	page	21
5.1 La communication	page	21
5.2 La formation	page	22
6. La constitution du réseau	page	23
6.1 La mise en route	page	23
6.2 Le fonctionnement	page	24
6.2.1 L'équipe hospitalière	page	24
6.2.2 Le travail en réseau	page	25
6.2.3 La territorialité	page	26
IV - Proposition de mise en réseau départemental	page	27
1. L'axe horizontal	page	27
2. L'axe vertical	page	27
2.1 La cellule départementale de coordination	page	27
2.2 Le comité de pilotage	page	28
V - le travail en réseau : complémentarité et compétence	page	32
1. Les réseaux	page	32
2. Les CLIC	page	33
3. C.L.I.C. et coordinations gériatriques hospitalières	page	35
VI - Les acteurs du réseau gériatrique	page	36
1. Les C.L.I.C.	page	36
2. Les institutions	page	36
2.1 Les institutions médico-sociales	page	36
2.2 Les services hospitaliers	page	37
3. Les professionnels	page	38
3.1 Les médecins traitants	page	38
3.2 Les autres intervenants	page	39
4. Les bénéficiaires du réseau	page	40
VII - Journée de réflexion du 15 octobre 2003 : Vieillesse et solidarité	page	41

VIII - Evolution des pratiques et nouveaux textes	page	43
1. le dispositif local	page	44
1.1 Les maisons départementales	page	44
1.2 Nouvelles compétences aux départements	page	44
1.3 Instance de concertation et de régularisation locale	page	45
2. le dispositif national : la CNSA	page	45
2.1 En ce qui concerne les personnes âgées	page	45
2.2 En ce qui concerne les personnes handicapées	page	46
3. Synthèse	page	47
IX - Réactualisation du schéma départemental en faveur des personnes en perte d'autonomie du département de la Creuse.	page	50
X - Point de passage avec le projet du Programme régional de santé	page	54
1. La coordination	page	54
2. Le maintien à domicile de qualité dans l'urgence	page	54
3. La dépendance temporaire	page	55
4. La dépendance psychique et le vieillissement des malades et handicapés mentaux	page	55
5. Les aidants	page	55
6. La définition du rôle des professionnels	page	55
7. Le cloisonnement entre sanitaire et social	page	55
8. Le manque d'indicateurs, notamment dans la prédictibilité de la dépendance et dans sa réparation	page	57
9. La formation des professionnels	page	57
10. Le repérage de l'isolement et de la solitude	page	57
11. La prise en charge institutionnelle	page	57
12. L'intérêt de la surveillance sensorielle et nutritionnelle	page	58
XI - La place de l'Etat dans le dispositif	page	59
1. La planification concertée	page	60
2. Pratiques coordonnées	page	60
XII - Quelques exemples concrets	page	62
1. Les vignettes	page	62
2. Les commentaires	page	66
XIII - Conclusion	page	69
XIV - liste des abréviations	page	71
Références Bibliographiques	page	73
Annexes	page	76
1 La séquence de Wood	page	77
2 Vieillesse et solidarités (extraits)	page	78
3 Mission de préfiguration de la Caisse nationale de solidarité	page	89
4 Réactualisation du schéma de la Creuse (extraits)	page	99
5 Charte des professionnels en gérontologie	page	102
Table des matières	page	105

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans discrimination de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, solidaire moralement de mes confrères.
Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

RESUME :

Dans le contexte démographique actuel, où une personne sur trois aura 60 ans et plus en 2030, il nous a semblé intéressant d'étudier la prise en charge des personnes âgées et sa prochaine évolution, telles que les nouvelles orientations réglementaires le laissent prévoir.

La réactualisation du schéma départemental de la Creuse, qui s'inscrit dans les préconisations de la Conférence régionale de santé du Limousin et s'appuie sur l'expérience du pôle gérontologique de Bourgneuf, intervient à un moment clef de l'accroissement des compétences départementales.

La préoccupation devient, à l'évidence, de globaliser la prise en charge des personnes dépendantes à travers des réseaux médico-sociaux mieux structurés, dépendant d'une tutelle unique, territoriale, maître d'ouvrage en matière de maintien à domicile et d'hébergement.

Restent les problèmes sanitaires, à domicile ou en établissement, qui ne peuvent être écartés de la prise en charge globale des personnes dépendantes, et qui sont envisagés, ici, sous angle de la coopération et de la proximité.

DISCIPLINE : Médecine

MOTS CLES : personnes âgées réseau coordination Programme régional de santé schéma départemental centres locaux d'information et de coordination