

GLOSSAIRE

AAH : Allocation adulte handicapé
ACTP : Allocation compensatrice tierce personne
AFPE : Action de Formation préalable à l'embauche
ANPE : Agence nationale pour l'emploi
APA : Allocation personnalisée d'autonomie
ASSPA : Action sanitaire et sociale en faveur des personnes âgées
CAE : Contrat avenir emploi
CCAS : Centre communal d'action sociale
CEC : Contrat emploi consolidé
CESR : Conseil économique et social régional
CHAM : Centre hospitalier Auban Moët
CHSSR : Centre hospitalier de soins de suite et de rééducation
CIAS : Centre intercommunal d'action sociale
CLIC : Centre local d'information et de coordination
CNAM : Caisse nationale d'assurance maladie
COMAL : Comité marnais d'amélioration du logement
CORAL : Comité rémois d'amélioration du logement
CRAM : Caisse régionale d'assurance maladie
DDASS : Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DDTEFP : Direction départementale du travail de l'emploi et de la formation professionnelle
EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
FNG : Fondation Nationale de Gérontologie
GIHP : Groupement pour l'insertion des personnes handicapées physiques
GIR : Groupe Iso ressources
HAD : Hospitalisation à domicile
IDE : Infirmière diplômée d'Etat
MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées
MSA : Mutualité sociale agricole
PCH : Prestation de Compensation du Handicap
PGAD : Prestation de garde à domicile
SSIAD : Service de soins infirmiers à domicile
TPMR : Transport de personne à mobilité réduite
UNRPA : Union nationale des retraités et des personnes âgées

INTRODUCTION

L'année 2008 aura été marquée par plusieurs dominantes :

- L'activité globale du CLIC a de nouveau fortement progressé (une augmentation globale de 20 %), la demande allant toujours croissant, et la collaboration établie avec le CHAM et le C.H.S.S.R Sainte Marthe étant efficace ;
- A nouveau quelques mouvements dans le personnel avec le remplacement de deux travailleurs sociaux partis occuper d'autres fonctions ;
- La restitution du travail d'évaluation de la Fondation Nationale de Gérontologie, et la reprise de nouvelles instances de réflexion au travers de groupes de travail ;
- La fin d'un cycle « prévention » sur la thématique habitat, avant le déploiement d'ateliers sur de nouveaux thèmes ;
- La poursuite de notre collaboration avec la CRAM au travers des conventions dites d'évaluation globale ;
- Notre candidature à une labellisation M.A.I.A. qui n'a pas été retenue ;
- Et enfin, la participation du CLIC aux travaux du Pays d'Epernay, et en particulier aux réunions programmées par la Commission Insertion Solidarité sur le thème des CLIC, dont l'objectif était de promouvoir le développement de CLIC sur l'ensemble du territoire du Pays. Ces travaux, qui se poursuivent, ont conduit les communes de la Communauté de Communes d'Epernay Pays de Champagne, non couvertes par le CLIC, à solliciter leur rattachement. Celui-ci devrait être effectif au cours du premier semestre 2009 et aura inévitablement des incidences sur la vie du service.

Le rapport d'activité 2008 suivra la même trame que les années précédentes. Les éléments statistiques sont rassemblés par niveau de prise en charge pour une meilleure compréhension.

Nous n'avons pas, cette année encore, développé le chapitre du fonctionnement interne du service déjà très longuement explicité dans les précédents rapports.

CHAPITRE I :

PRESENTATION DU SERVICE

A/ L'ASSOCIATION

- Association loi 1901 ;
- L'Assemblée Générale s'est tenue le 10 juin 2008 ;
- Les nouveaux Membres du Conseil d'Administration et du bureau ont été élus en Conseil d'Administration le 25 juin 2008.
Dans sa composition, les membres du Conseil d'Administration sont les représentants actifs et divers du monde du social, médical, libéral ou hospitalier, des associations de retraités, des élus, des associations d'aide au domicile, etc.
Nos Conseils d'Administrations ne sont pas des chambres d'enregistrement : ils sont vivants, interactifs, ce sont pour nous des moments d'échanges chaleureux et très dynamisants ;
- Des personnes qualifiées, sans droit de vote, sont par ailleurs conviées aux réunions du Conseil d'Administration, afin d'y apporter leur éclairage et leurs réflexions ;
- Labellisation de niveau 3 accordée le 18 Décembre 2001 ;
- Composition du Conseil d'Administration (voir en annexe) ;
- Secteur d'intervention : cantons d'Epernay I, Epernay II, canton d'Aÿ, et communes de Plivot et de Oiry (voir liste des communes en annexe).

B/ LES MISSIONS DE LA COORDINATION

Conforme au cahier des charges national, les missions du CLIC sont identifiées dans ses statuts.

- **Faciliter l'accès à une information multiple et personnalisée** pour les personnes âgées et leurs familles ;
- **Favoriser la connaissance mutuelle des acteurs** professionnels et associatifs, élus....
- **Mettre en œuvre une organisation rapide, globale et personnalisée de la réponse** aux problèmes des personnes âgées vivant sur le territoire à travers la mise en place de plans d'accompagnement adaptés, et la recherche des moyens de leur solvabilisation ;
- **Favoriser la convergence des points de vue des différents acteurs** médico-sociaux et associatifs en les aidant à échanger et à partager autour de leurs missions et champs d'intervention respectifs ;
- **Assurer une veille permanente des besoins du territoire** et faciliter l'émergence de services nouveaux par l'implication et la coordination des partenaires de terrain.

C/ LE COLLECTIF

Réuni pour la première fois lors de la création du service de Coordination Gériatrique qui avait en 1996 d'ailleurs avalisé la naissance du service, le « collectif » regroupe l'ensemble des partenaires sociaux et médico-sociaux du territoire (élus, bénévoles, professionnels de santé, responsables de structures, clubs du 3^{ème} âge, etc.).

Le Collectif avait proposé de structurer ses temps de réflexion et de travail en instaurant des groupes de travail thématiques avec des temps de restitution collective.

Ces groupes de travail sont, pour certains toujours en activité, d'autres ont été suspendus après qu'un certain nombre d'objectifs ait été atteint (structures intermédiaires, SSIAD, aides à domicile) mais peuvent se réactiver à tout moment.

La restitution de l'évaluation du CLIC par la Fondation Nationale de Gériatrie a été l'occasion de relancer un certain nombre de nouveaux groupes de travail dès la rentrée de septembre 2008.

D/ LE PERSONNEL

Directrice Coordinatrice : Myriam ZMYSLONY

Conseillère en Economie Sociale et Familiale, temps plein, Contrat à Durée Indéterminée, elle a participé à la naissance de l'Association.

Madame ZMYSLONY est chargée de la direction de l'équipe de la coordination sous la responsabilité de la Présidente de l'Association.

Outre cette partie de sa fonction ses missions sont :

- l'information, l'orientation, des personnes âgées et/ou de leur famille ;
- l'évaluation des situations, la mise en place et le suivi des plans d'aide en concertation avec les partenaires ;
- la constitution des dossiers d'aide destinés à solvabiliser le plan d'aide proposé s'il y a lieu ;
- l'animation de groupes de travail mis en place dans le cadre du collectif ;
- l'implication, lorsqu'elle est sollicitée, dans les formations initiales ou continues des professionnels de santé, ou des aides à domicile ;
- des permanences à Sainte Marthe, destinées à préparer les retours au domicile des patients du secteur de la coordination lorsque nécessaire ;
- participer à la rédaction des écrits, ou rapports liés à l'activité globale de la coordination (rapport d'activité, conventions de partenariat...) ;
- collaborer au groupe de travail mis en place par le Centre Hospitalier Auban Moët autour de la création d'une filière gériatrique et son articulation avec le CLIC, et du projet de création d'un service d'HAD ;
- assurer les permanences à l'Hôpital d'Epernay, depuis septembre 2005, dans le cadre de l'antenne CLIC.

Coordinatrice : Séverine CHEF

Assistante de service social, à temps plein, Mademoiselle CHEF a intégré l'équipe le 14 mai 2007.

Elle est en Contrat à Durée Indéterminée.

Elle a remplacé sans presque aucun délai d'interruption Mademoiselle Cécile COLLOBERT, préalablement affectée sur ce poste et qui avait quitté ses fonctions au 30 avril, à la suite d'une démission pour suivre son conjoint muté dans un autre département éloigné de la Marne.

Ce poste avait été créé avec la mise en place de l'antenne CLIC à l'Hôpital Auban-Moët. Il nous fallait une coordinatrice susceptible de prendre en charge les situations des personnes aidées à leur domicile, sachant que l'antenne CLIC allait mobiliser un mi-temps de présence physique des coordinatrices déjà en poste, et bien évidemment générer une activité supplémentaire en terme de suivi.

Coordinatrice : Amandine GERARD

Conseillère en Economie Sociale et Familiale, à temps plein, Mademoiselle GERARD a intégré l'équipe le 18 février 2008.

Elle est en Contrat à Durée Indéterminée.

Recrutée dans le cadre du surcroît d'activité lié notamment aux évaluations globales effectuées dans le cadre d'une convention avec la CRAM, Mademoiselle GERARD est prioritairement, mais non exclusivement affectée à cette mission.

Il est à souligner qu'Amandine a été primée pour son mémoire de fin d'étude sur le thème du surendettement chez les personnes âgées, prix décerné par l'Observatoire des Retraités (article de presse ci-joint).

Coordinatrice : Cécilia VION

Assistante de service social, à temps plein, Mademoiselle VION a intégré l'équipe le 18 août 2008, en remplacement de Madame PERREIN Anne-Sophie, démissionnaire, partie occuper un autre poste sur un autre territoire.

Mademoiselle VION a pu faire le lien pendant deux semaines avec Madame PERREIN et prendre le relais des situations suivies, sans heurt pour les personnes aidées.

Secrétariat – Accueil – Comptabilité : Sylvie PERRIN

Secrétaire à temps plein en Contrat à Durée Déterminée depuis le 24 septembre 2007, Mademoiselle PERRIN a été recrutée en remplacement de Madame LEFEVRE Elisa, qui a fait l'objet d'un licenciement pour inaptitude définitive à son poste de travail au 31 juillet 2007.

Le contrat de Mademoiselle PERRIN a été converti en Contrat à Durée Indéterminée dès le 24 mars 2008.

Du 24 juillet 2007 au 23 septembre 2007, Mademoiselle PERRIN a découvert l'activité du CLIC à travers une AFPE signée avec l'ANPE et l'ASSEDIC, qui lui a permis d'être rapidement opérationnelle et efficace dès son entrée officielle en fonction.

Mademoiselle PERRIN assume :

- le secrétariat classique (courriers, frappe, classement...);
- l'enregistrement des données dans le Logiciel ;
- l'accueil physique et téléphonique des usagers, et des partenaires du service ;
- la tenue de la comptabilité de l'Association sous la Responsabilité du Trésorier (bénévole) et de la Présidente.

Secrétariat : Thérèse TOUSSAINT

Secrétaire à temps plein.

Madame TOUSSAINT a été recrutée dans le cadre d'un CAE le 23 juillet 2005, après 2 mois passés dans le service dans le cadre d'une convention AFPE, signée avec l'ANPE et l'ASSEDIC.

Madame TOUSSAINT a été recrutée dans l'objectif d'assumer le travail supplémentaire lié à la mise en place de l'antenne CLIC à l'hôpital et aux suivis des retours au domicile.

D'autre part, l'augmentation notable de l'activité liée aux sorties de la Maison de Convalescence Sainte Marthe nécessitait également du temps de secrétariat.

Le personnel ayant quitté la structure dans l'année

Anne-Sophie PERREIN :

Conseillère en Economie Sociale et Familiale, à temps plein, en poste depuis le 01 juin 2000, Madame PERREIN était une « ancienne ».

Elle est partie travailler sur un autre territoire, et pour une autre fonction au 01 septembre 2008.

Compétente et efficace, son départ fut un moment difficile pour la structure, et pour ses collègues.

Lucille DOC : du 25 septembre 2006 au 18 janvier 2008

Assistante de service social à plein temps, en Contrat à Durée Déterminée.

Mademoiselle DOC a quitté le service pour occuper une autre fonction.

Elle avait été recrutée en Contrat à Durée Déterminée dans le cadre de la convention CRAM au titre des évaluations globales.

E/ LE FINANCEMENT

Nous ne cesserons jamais de rappeler, en traitant du financement de notre association, du soutien dont nous avons bénéficié, dès la création de la Coordination Gérontologique, avant même qu'il ne soit question de CLIC, du Conseil Général de la Marne, des CCAS d'Epernay et d'Aÿ et de nombreux partenaires privés : merci donc à l'AG2R, au Cabinet Yves Renard, à la Fondation Vivendi, au CESR Champagne-Ardenne, à la Fondation Caisse d'Epargne, et à l'ORGANIC.

1/ Subvention du C.C.A.S. d'Epernay :

25 000 €

Une convention a été signée entre le CCAS d'Epernay et l'Association prévoyant la contribution au coût de fonctionnement du CLIC, sans seuil, mais avec comme référence de départ, la subvention allouée au CEP Agéen en 2002, lorsque cette Association portait encore le service.

Cette convention prévoit parallèlement :

- un regard tout à fait légitime sur les choix en terme de gestion (notamment embauche de personnel) qui pourraient générer une augmentation importante et inhabituelle de la subvention demandée ;
- un partenariat entre les services du CCAS d'Epernay et ceux de la coordination, et une méthodologie de travail définie par ailleurs, après concertation avec l'équipe du CCAS.

Cette convention a été travaillée à nouveau au cours de l'année 2008 avec nos partenaires sparnaciens car la convention, en cours d'exercice, devait prendre fin au 31 décembre 2008. La nouvelle convention applicable au 01 janvier 2009 a été validée par le Conseil d'Administration de l'Association en décembre 2008, et acceptée par le Conseil d'Administration du CCAS d'Epernay.

Elle est entrée en application au 01 janvier 2009.

2/ Subvention de la Ville d'Aÿ :

15 760 €

La commune met à disposition du service un bâtiment dont elle assure l'entretien, les frais de chauffage et d'électricité, et l'assurance des murs.

Depuis 2005, nous bénéficions de l'usage de la totalité des locaux au 25 rue Jules Blondeau.

L'Association conserve à sa charge les factures d'eau et l'assurance.

3/ Subvention du CIAS de la Grande Vallée de la Marne :

3 000 €

Depuis 2005, la Communauté de Communes de la Grande Vallée de la Marne a pris dans ses nouvelles attributions, la compétence sociale, et l'a confiée, en gestion, au CIAS dont elle a décidé la création.

Le CIAS nous a reconduit en 2008 une subvention de fonctionnement.

4/ Subvention du Conseil Général :

104 250 €

Nous avons signé, dès l'année 1999, une convention avec le Conseil Général de la Marne qui, dans le cadre du schéma Gérontologique Départemental qu'il venait d'adopter, avait prévu d'inciter à la création et au développement des Coordinations Gérontologiques.

Le Conseil Général a accompagné financièrement la progression de notre activité en modifiant, dès 2003 son plafond de subvention. En 2005, le Conseil Général récupérant la compétence exclusive sur le dossier des CLIC, décidait d'un financement au poste sur la base d'un coût global (salaires, charges et frais de fonctionnement) de 30 000 €.

A compter de l'année 2006, et sur sollicitations des CLIC de la Marne, le coût forfaitaire par poste a été majoré de 10 % au titre des frais de fonctionnement, ce qui représentait déjà une avancée estimable.

Néanmoins, nous avons continué à attirer l'attention du Conseil Général sur l'absence totale de référence à la masse d'activité et au nombre de personnes prises en charge, au travers une règle de financement forfaitaire au poste.

Soucieux d'entendre nos préoccupations, le Conseil Général a invité les CLIC de la Marne à participer à des réunions de travail permettant d'affiner progressivement des propositions d'autres modalités de financements.

En sa session de mai 2008, le Conseil Général a finalement décidé d'instaurer d'autres modalités de subventionnement des CLIC intégrant notamment :

- la masse de leur activité (nombre de dossiers suivis)
- la pluralité des services proposés (notamment convention avec les centres hospitaliers pour préparation des sorties).

5/ Subvention de la CRAM Nord-Est :

10 000 €

La subvention accordée à notre service au titre de l'année 2008, a été attribuée en référence à une nouvelle convention qui s'est substituée à celle que nous avons signée en 1999.

Cette convention prévoit l'accompagnement financier du CLIC, en référence au cahier des charges national, sur la base d'un niveau de label.

Néanmoins ne disposant d'aucun élément sur les règles d'attribution de la subvention de fonctionnement, il nous est difficile de l'anticiper sur le budget prévisionnel. Toutefois, pour l'année 2008, nous avons sollicité une subvention de fonctionnement de 10000 € qui vient de nous être attribuée, par une notification du 02 mars 2009. Cette subvention apparaîtra donc dans le compte de résultat 2009.

6/ CRAM Nord-Est Evaluations globales :

31 860 € + 5 057 € (fonctionnement)

Dans le cadre de la convention relative aux évaluations globales, la CRAM prévoit un financement aux prestataires retenus à raison de :

- 100 € par dossier pour des personnes relevant d'un GIR 5 ou 6 du champ de compétence CRAM ;
- 60 € par dossier pour des personnes aboutissant à un classement en GIR 4 passant sous la compétence du Conseil Général

Parallèlement, les administrateurs de la CRAM ont souhaité compléter, depuis 2006, ce financement au dossier, qui n'intègre que du temps du personnel évaluateur mais ignore les frais connexes (secrétariat, téléphone, frais postaux, frais de réunion, temps de formation du personnel évaluateur, etc.)

Une subvention de fonctionnement s'est donc ajoutée, à ce titre, aux règlements forfaitaires au dossier, depuis 2006 et a été reconduite depuis.

Ignorant cependant quelles en sont les règles de calcul exactes, ni même si cette subvention exceptionnelle pourra être reconduite chaque année, il nous est difficile de l'anticiper dans le cadre d'un budget prévisionnel.

7/ **Subvention des communes*** :

3 707 €

Outre les financements accordés par les communes d'Épernay, d'Aÿ et de la Communauté de Communes de la Grande Vallée de la Marne, les petites communes rurales se sont de plus en plus impliquées à la mesure de leurs moyens, dans le financement de la Coordination, et nous leur en savons gré.

Pour certaines il s'agit d'un effort financier tout à fait conséquent au regard de leurs moyens, et nous apprécions sincèrement leur implication et leur encouragement.

Ont donc participé en 2008, les communes de :

- Ambonnay
- Avenay Val d'Or
- Bisseuil
- Dizy
- Fontaine sur Aÿ
- Hautvillers
- Magenta
- Mardeuil
- Oiry
- Pierry
- Saint-Imoges
- Tauxières Mutry

Ce sont donc aujourd'hui **38,71 %** des communes bénéficiaires des services de la Coordination (hors Aÿ et Épernay) qui acceptent de participer au financement du service, directement et/ou par l'intermédiaire de l'intercommunalité.

**le total des subventions ne fait pas apparaître les aides accordées par 3 de ces communes qui ne seront versées qu'au cours du premier semestre 2009 rétroactivement.*

8/ Convention avec le Centre Hospitalier de Soins de Suite et de Réadaptation Sainte Marthe :

Cette convention prévoit une participation financière par l'Établissement, aux permanences hebdomadaires de la coordinatrice du CLIC destinées à préparer les retours au domicile des patients séjournants dans la structure.

En 2006, nous avons modifié la convention avec l'établissement, afin d'étendre de façon officielle la durée des permanences, initialement fixée à 2 heures par semaine, et la passer à 4 heures hebdomadaires, compte tenu des besoins et de la demande.

Le coût de la vacation a été fixé en référence à la grille indiciaire de la Fonction Publique Hospitalière (vacations de psychologue).

Montant des vacations facturées en 2008 =

4 817,24 €

9/ Convention avec le Centre Hospitalier Auban Moët :

19 260 € (vacations)

La convention signée avec l'Hôpital, dans le cadre de la mise en œuvre de l'antenne CLIC prévoyait à la fois des charges en matière d'équipement et de fonctionnement.

Depuis 2007, le Directeur du Centre Hospitalier Auban Moët nous avait permis de disposer d'un bureau attribué spécifiquement au CLIC, nous permettant d'accueillir le public dans de très bonnes conditions, et dont nous avons procédé à l'inauguration le 10 octobre 2007.

En 2008, ce bureau a été déplacé, et intégré dans l'aile dédiée au nouveau service HAD afin de faciliter la communication et les liens entre nos services.

Le bureau, mis à notre disposition, et équipé de mobilier neuf, est tout à fait adapté et le CLIC est accueilli dans de très bonnes conditions.

L'Hôpital prend à sa charge cet « hébergement », avait fait l'acquisition d'un ordinateur portable, règle les communications téléphoniques passées pour préparer les retours d'hospitalisation, et nous a mis, depuis 2007, un photocopieur à disposition.

En terme de fonctionnement, l'Hôpital prend à sa charge, sous la forme de règlement des factures émises par le CLIC, le mi-temps de travailleur social affecté à cette fonction.

10/ Fonds de revitalisation

2 000 €

Le fonds de revitalisation a été alimenté par des fonds versés par la PTPM, entreprise agéenne qui a malheureusement été dans l'obligation de procéder à une vague de licenciements en 2008.

Le fonds créé en cette circonstance pouvait être sollicité pour aider à recréer des emplois sur le territoire victime de ces licenciements.

Ainsi, avons-nous sollicité le soutien de ce fonds lors de la création du poste de Mademoiselle PERRIN dans l'Association.

11/ Autres financements

- **Partenariat privé**

Nous avons eu la chance, en 2006, d'être soutenus par le Rotary Club International, et par le Garage Automotor Renault d'Épernay, qui s'étaient unis pour offrir généreusement au CLIC un véhicule neuf (de Type Modus).

Destiné aux déplacements des coordinatrices, dans l'exercice de leur fonction, ce véhicule était indispensable au bon fonctionnement du service. Rappelons que nous avions, avant cette acquisition, seulement deux véhicules pour les quatre coordinatrices, dont un à bout de souffle, acheté d'occasion en 1997.

L'absence de financement d'investissement par nos tutelles depuis la création de la coordination, nous a toujours amenés à rechercher des sponsors privés pour faire l'acquisition du matériel indispensable au fonctionnement du service (véhicules, ordinateurs, mobilier de bureau, etc.)

Au fil des années, cet exercice est devenu de plus en plus difficile, les CLIC devenant des établissements médico-sociaux « banalisés » sortant du champ de « l'innovation », levier de sollicitations de nos soutiens financiers privés.

Un très grand merci donc à tous nos sponsors privés qui se sont mobilisés depuis la création de notre association.

Il nous appartiendra en 2009 de repartir à la "conquête" de nouveaux subsides pour permettre l'acquisition d'un nouveau véhicule, si l'extension du périmètre d'intervention du CLIC à de nouvelles communes rurales se confirme.

- **Adhésions -subventions**

De manière très marginale nous encaissons les cotisations d'adhésions principalement des membres du Conseil d'Administration, puisque aucune adhésion n'est obligatoire pour les usagers bénéficiaires de nos services.

Certaines personnes, nous octroient parfois, cependant généreusement, quelques menus dons, souhaitant nous remercier des services rendus et encourager notre action.

CHAPITRE II : STATISTIQUES DE L'ACTIVITÉ

En préambule à ce chapitre, précisons que les mises à jour régulières du Logiclic impactent la fonction statistique (des données se perdent, des chiffres se modifient...).

Cela complexifie, de manière récurrente, s'il en était besoin, l'analyse de l'activité statistique annuelle, déjà bien ardue.

D'autre part, le terme de « dossiers de demande » demeure complexe à utiliser lorsque nous souhaiterions privilégier les termes :

- nombre de personnes aidées par niveau de label,
- nombre d'interventions par personne aidée,
- nombre de personnes aidées en « file active ».

Nous composons donc avec, mais, nous jugeons cette méthode de comptabilisation très insatisfaisante.

A/ LES MISSIONS DU SERVICE

Après 12 ans d'existence, nous ne pouvons que nous féliciter de l'efficacité d'un travail en réseau qui encore cette année a permis de répondre à 2273 **demandes*** et de prendre en charge **1385 personnes âgées** différentes (soit 1,30 demandes par personne), dont **441 nouvelles personnes âgées** au cours de l'année, soit une progression globale de l'activité de :

- 26,35 % en terme de demandes,
- 12,42 % en terme de personnes aidées.

Toutefois avant de communiquer les chiffres statistiques de l'année, il nous a semblé nécessaire comme l'an passé de rappeler très concrètement les 3 niveaux d'intervention du CLIC, et la façon dont nous les gérons dans notre pratique.

** (par demande il faut entendre nouvelle prise en charge. Une personne X prise en charge, puis hospitalisée, puis reprise en charge dans le cadre d'un retour au domicile avec un plan d'aide modifié sera comptabilisée comme 2 demandes pour 1 personne)*

B/ RAPPEL DES NIVEAUX D'INTERVENTION

La demande d'aide est généralement liée à un fait précis et repérable, telle la chute ou la maladie.

Cet événement va provoquer à la personne âgée et à son entourage un choc psychique qui va révéler tout ce qui a évolué à bas bruit (vieillesse progressive, fatigue de la personne âgée et de l'aidant principal, déstabilisation familiale, etc.) sans être exprimé.

L'intervention des coordinatrices va avant tout débiter par **un travail d'écoute** :

- d'une part, de la demande d'aide de la personne en perte d'autonomie et de son angoisse générée par la perception de son état de vieillissement ;
- d'autre part, du désarroi et notamment dans les situations d'urgences de l'aidant angoissé qui estime bien souvent qu'il n'y a plus rien à faire.

Au prémices de son action, l'équipe du CLIC va **évaluer la ou les demande(s) et transmettre l'ensemble des informations nécessaires soit au travers d'un échange téléphonique ou d'une rencontre avec orientation si nécessaire vers les services compétents, et envoi de documentation** (modalités d'utilisation du chèque emploi service, brochures diverses, etc.).

⇒ Il s'agit du niveau 1.

En 2008, **136 personnes** ont été aidées par le CLIC sur ce niveau de label

Précisons ici qu'une personne aidée dans l'année d'abord sur un niveau 1, puis sur un niveau 2 ou 3 apparaîtra au final sur le dernier niveau de prise en charge enregistré.

Parfois, au terme de la rencontre, les coordinatrices assureront les relais nécessaires vers les services compétents (appareil téléassistance, portage de repas à domicile, etc.) en leur apportant l'ensemble des informations qui leur seront nécessaires pour intervenir.

Il y a alors évaluation et mise en place d'un plan d'accompagnement sans nécessairement de suivi ultérieur. Il appartient aux services intervenants de signaler, si nécessaire, par la suite, au C.L.I.C. tout changement de situation ou de l'état de santé de la personne aidée afin qu'une nouvelle prise en charge soit proposée.

⇒ Il s'agit du niveau 2.

129 personnes ont été aidées par le CLIC sur ce niveau de label

La Coordination Gérontologique, du fait de sa proximité, a pour mission de répondre rapidement parfois à des situations d'urgence (sortie d'hospitalisation, défaillance soudaine de l'aidant principal...) vécues par certaines personnes âgées. Par l'articulation des moyens humains, matériels et financiers, et en lien avec l'ensemble des partenaires médico-sociaux, associatifs et élus, elle va mettre en place l'accompagnement de ces personnes dans leur projet de vie, et dans la durée.

Une prise en charge de qualité doit évidemment tendre à être proposée le plus précocement possible afin d'éviter les parcours « catastrophe ». La prise en charge débute par une rencontre avec la personne âgée et sa famille (lorsqu'il y en a) afin de faire l'évaluation de la demande, des besoins, et de la perte d'autonomie en lien avec le médecin généraliste et les professionnels déjà intervenants, le cas échéant.

Cette rencontre, dans la grande majorité des cas donne lieu à la proposition d'un plan d'accompagnement au domicile établi avec la personne aidée et sa famille. Son objectif est de venir compenser la perte d'autonomie physique et/ou psychique par l'intervention de professionnels et/ou de services, d'atténuer rapidement l'angoisse que génère la perte d'autonomie, et de contribuer à son bien être.

Le but final sera bien entendu, de retrouver l'autonomie ou tout au moins d'éviter ou de retarder l'aggravation de l'état général, autant que cela est possible.

La connaissance par le CLIC de professionnels et services, ainsi que de leurs modalités de fonctionnement, permet d'entrer en contact rapidement avec les services préconisés et géographiquement compétents, en vue de leur décrire la situation globale de la personne âgée, le contexte social et familial, de transmettre, pour certains, les éléments sur son autonomie au travers de la grille AGGIR. Son rôle est d'articuler leurs interventions dans les plus brefs délais, en respect avec le rythme de vie de la personne âgée.

La mise en place de ce plan d'accompagnement présume une évaluation du c t d'intervention des services, bien souvent la recherche des aides financières auxquelles la personne âgée peut prétendre, évitant ainsi le risque de mettre en échec les interventions proposées et de ne pas soutenir la personne à la mesure de ses besoins. Dans la majorité des situations, la nécessité de prévoir les aides humaines et techniques auprès des personnes âgées, est liée à l'obligation d'en prévoir le financement.

Bien sûr, les coordinatrices sont amenées à constituer au profit des personnes âgées les demandes APA, mais parallèlement, compte tenu du délai d'instruction de 2 mois avant validation du plan d'aide APA établi par l'équipe médico-sociale, il y a souvent nécessité de solliciter d'autres prestations « d'attente », en relais (mutuelle, P.G.D., prise en charge caisse de retraite etc.), afin de débiter la prise en charge à domicile au plus tôt. Les situations de perte d'autonomie ne sont pas toujours compatibles avec des délais administratifs.

La réactivité est souvent le garant d'une réussite de l'aide apportée.

Le plan d'accompagnement une fois mis en place, des visites de suivi seront régulièrement organisées dans les 15 jours suivants, puis tous les 3 mois au moins selon la gravité ou la précarité de la situation. Il en est de même pour les personnes prises en charge dans le cadre des retours d'hospitalisation et rencontrées dans le cadre de l'antenne CLIC au CHAM.

Les coordinatrices se déplacent au domicile pour apprécier, avec la personne âgée les difficultés rencontrées.

D'autre part autant que cela soit possible, des rencontres entre professionnels de différents services sont organisées autour de la personne aidée et sa famille, en vue d'échanger sur le suivi individuel, sur le plan d'aide mis en place, et sur son éventuelle adaptation (en respect avec le projet de vie de la personne).

⇒ Il s'agit du niveau 3

1120 personnes ont été prises en charge par le CLIC sur ce niveau de label

Nous souhaitons rappeler avant d'aller plus en avant dans la partie statistiques de notre activité, combien peut s'avérer lourd et complexe l'accompagnement médico-social d'une personne âgée.

Nous ne pouvons ignorer lors de nos évaluations tout ce qui concourt à la vie sociale, familiale et à l'environnement de la personne. Ce n'est qu'au carrefour de l'ensemble de ces éléments et de ces informations que peut se greffer utilement un plan d'accompagnement quel qu'il soit.

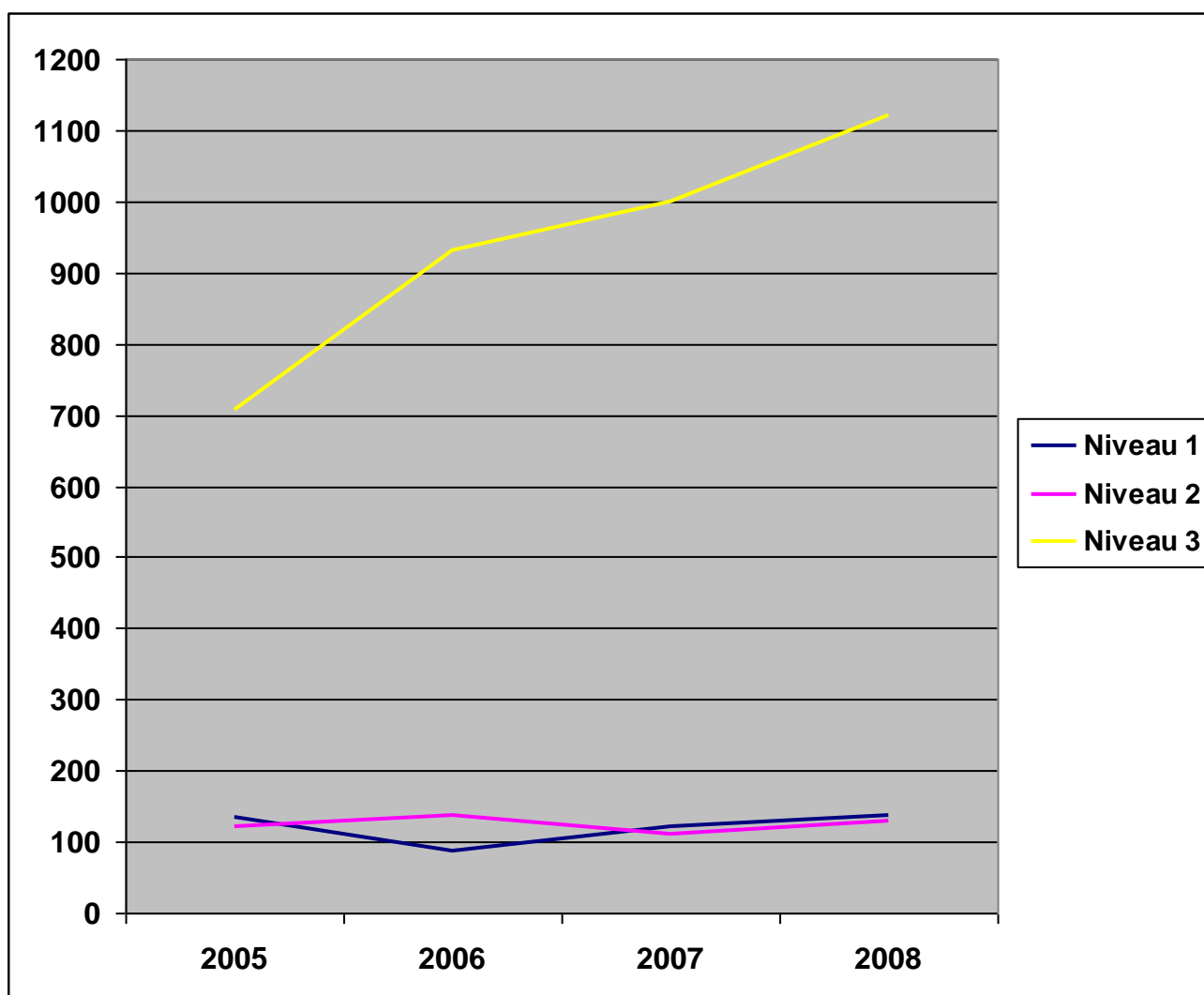
C'est la raison pour laquelle, dans les situations lourdes et complexes, nous pouvons être amenés à traiter tout un ensemble de difficultés inhérentes à la situation et qui ne sauraient être ignorées. Cela va des démarches administratives d'accès aux droits, aux accompagnements beaucoup plus lourds autour de la maltraitance, de la nécessité d'une mise sous protection...

Jamais il n'est question de se substituer alors aux autres interlocuteurs que peuvent être la famille, les services spécialisés. Mais force nous est de constater que dans notre réalité quotidienne, nous sommes de plus en plus souvent confrontés à la prise en charge de situations complexes, de grand isolement, de précarité, de maltraitance que nous ne pouvons pas isoler de notre travail de coordination. C'est d'ailleurs bien le socle même de l'ensemble de l'accompagnement tel que défini dans le référentiel rappelant les missions confiées aux CLIC, et que nous avons pris désormais l'habitude de dénommer CLIC de niveau 4.

C/ STATISTIQUES DE L'ACTIVITE

1/ Nombre de personnes différentes aidées dans l'année par niveau de prise en charge

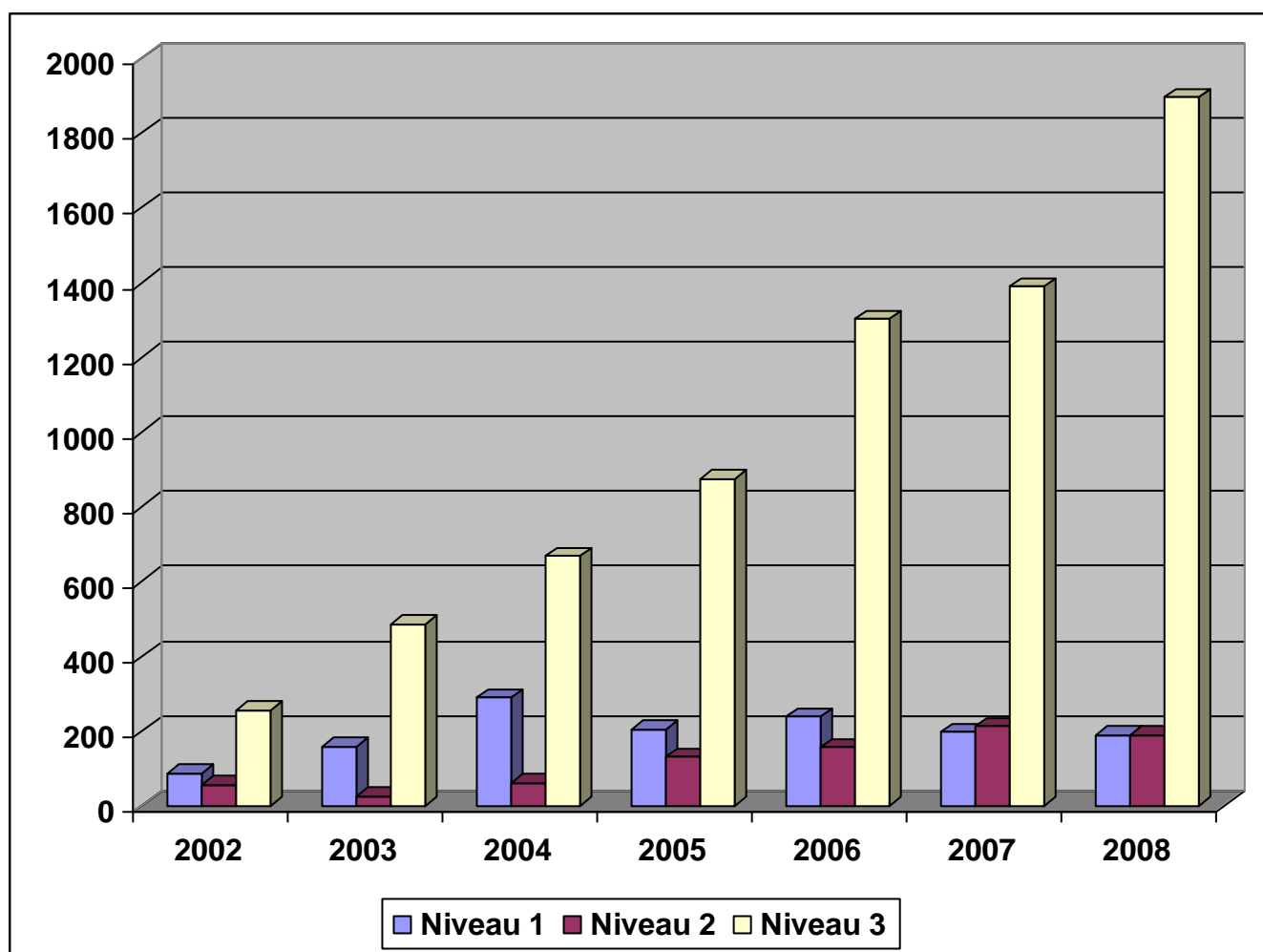
Année	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
2008	136	129	1120
2007	122	111	999
2006	86	138	930
2005	134	122	708



2/ Nombre de dossiers de demandes dans l'année

2275 dossiers de demandes dans l'année pour 1385 personnes âgées, dont 60,88 % d'entre elles bénéficiaient de plusieurs dossiers de demandes avec ou non un niveau de prise en charge différent.

Année	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Total
2008	190	191	1894	2275
2007	197	213	1389	1799
2006	238	156	1302	1696
2005	205	131	875	1211
2004	289	61	667	1017
2003	159	25	486	670
2002	88	58	258	404



L'augmentation importante constatée des demandes dans l'année (notamment sur un niveau 3 de prise en charge) tient, outre l'accroissement de la demande elle-même, à :

- la poursuite de l'activité réalisée au titre de la convention signée avec la CRAM nous confiant les évaluations globales des besoins à effectuer auprès des personnes âgées ;
- l'activité de l'antenne CLIC au sein du Centre Hospitalier Auban Moët qui, sur une année pleine d'exercice, a permis d'intervenir auprès de 362 personnes dont 99 nouvelles personnes aidées.
- l'efficacité du réseau qui sollicite très régulièrement le CLIC.

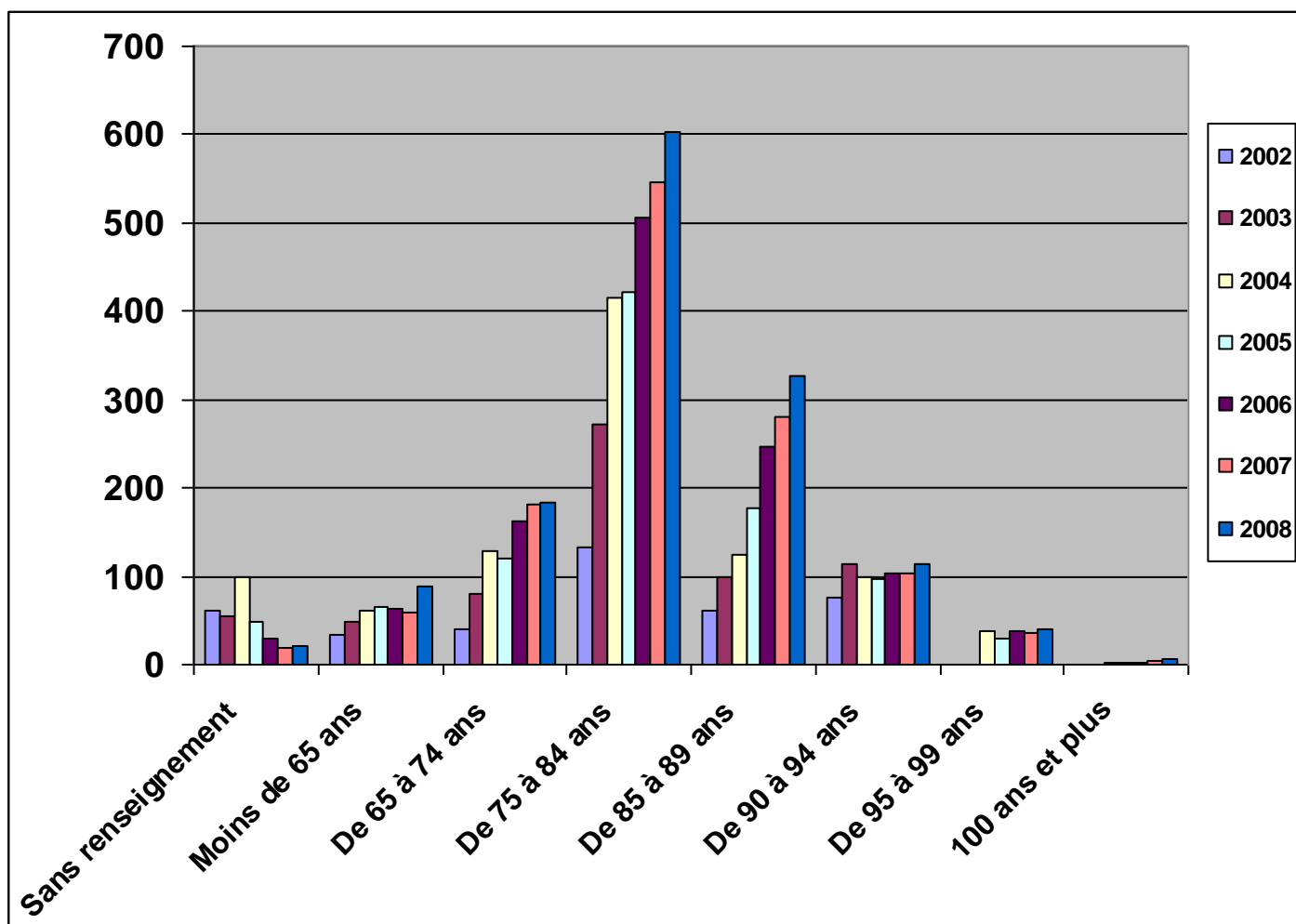
Constatons à ce propos que le nombre de demandes traitées dans l'année a tout simplement doublé en 4 ans.

Jusqu'où pourrons-nous progresser ainsi ?

3/ Répartition par tranche d'âge des personnes aidées dans l'année

Libellé	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
SANS RENSEIGNEMENT*	62	55	99	49	30	20	22
MOINS DE 65 ANS	33	48	62	66	64	59	88
DE 65 A 74 ANS	40	81	129	121	162	182	183
DE 75 A 84 ANS	132	272	415	421	506	546	604
DE 85 A 89 ANS	62	100	125	178	246	281	327
DE 90 A 94 ANS	75	114	99	97	104	103	114
DE 95 A 99 ANS	-	-	39	30	39	36	41
100 ANS ET PLUS	-	-	2	2	3	5	6
TOTAL	404	670	970	964	1154	1232	1385

* Les « sans renseignement » correspondent aux situations CLIC 1, pour lesquels nous ne disposons pas toujours de l'information.



On dénombre au total 1092 personnes aidées, âgées de plus de 75 ans, (dont **11,62 %** ont plus de 90 ans), soit près de **79 %** de la totalité des personnes prises en charge dont nous avons identifié l'âge, ce qui laisse augurer de la charge de travail pour un public majoritairement en perte d'autonomie.

Notons par ailleurs que près de **6,35 %** (soit **23** personnes) de nos interventions ont été destinées à aider des personnes de moins de 60 ans. Ces personnes sont amenées pour la plupart à nous contacter en dernier recours, du fait de l'absence de tout autre service local adapté, afin d'obtenir des informations sur les aides humaines, techniques et financières dont elles peuvent bénéficier au regard de leur handicap.

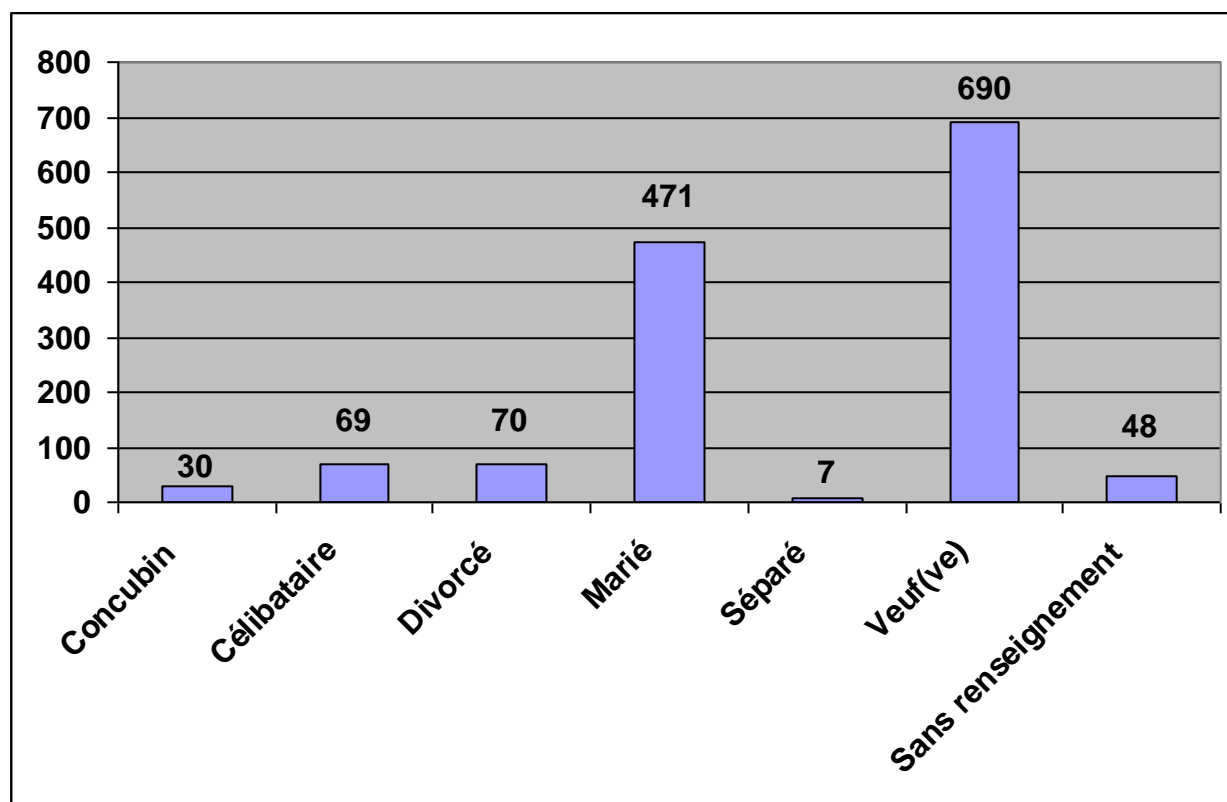
Il est à noter que pour le suivi de niveau 2, les plans d'accompagnement mis en œuvre par les coordinatrices n'ont pas fait l'objet d'un suivi permanent dans **13,79 %** des situations, compte tenu de la présence d'aidants familiaux très présents et de l'accompagnement en relais d'un service spécialisé compétent (SNCF, CRAM, MSA, etc.) susceptible d'alerter le CLIC à tout moment.

4/ Situation Familiale des personnes aidées dans l'année

Situation familiale	Nombre de personnes aidées
Concubin (e)	30
Célibataire	69
Divorcé (e)	70
Marié (e)	471
Séparé (e)	7
Veuf (ve)	690
Sans renseignement*	48
TOTAL	1385

Majoritairement les personnes prises en charge dans le cadre d'un plan d'accompagnement et d'un suivi par le CLIC sont veufs (veuves) à **51,00 %** et vivent seules à **65,25 %** (pourcentage des situations renseignées).

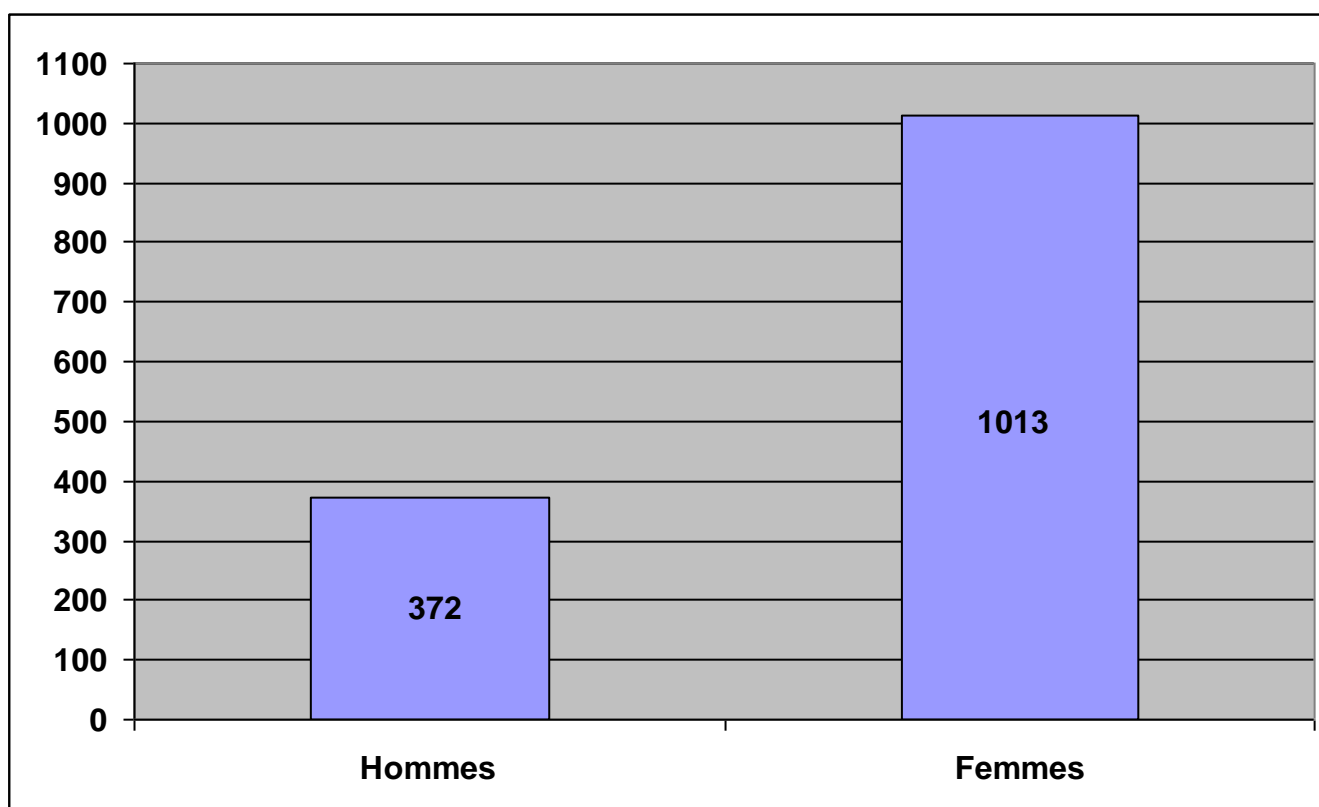
Ces éléments, on le comprendra assez aisément, évoluent peu d'une année à l'autre. Seul le « nombre » de personnes aidées augmente, mais les caractéristiques sociologiques restent assez semblables.



* Les « sans renseignement » correspondent à des prises en charge de niveau 1, où les personnes n'ont pas forcément nécessité à nous communiquer leur situation familiale.

5/ Répartition par sexe des personnes aidées dans l'année

Sexe	Nombre de personnes aidées
HOMMES	372
FEMMES	1013
TOTAL	1385



Sans surprise la forte majorité des personnes aidées sont des femmes. Le nombre de femmes veuves est beaucoup plus élevé que celui des hommes veufs, l'espérance de vie, pour cette génération en tout cas, demeurant plus longue que celle des hommes.

6/ Répartition par conditions de vie

Conditions de vie	Nombre de personnes aidées
Avec des personnes d'autres générations ou avec un membre de sa famille	101
Avec le conjoint seul	467
En collectivité, seul ou avec le conjoint, ou en famille d'accueil	7
Seul	768
Sans renseignement*	47
TOTAL	1390

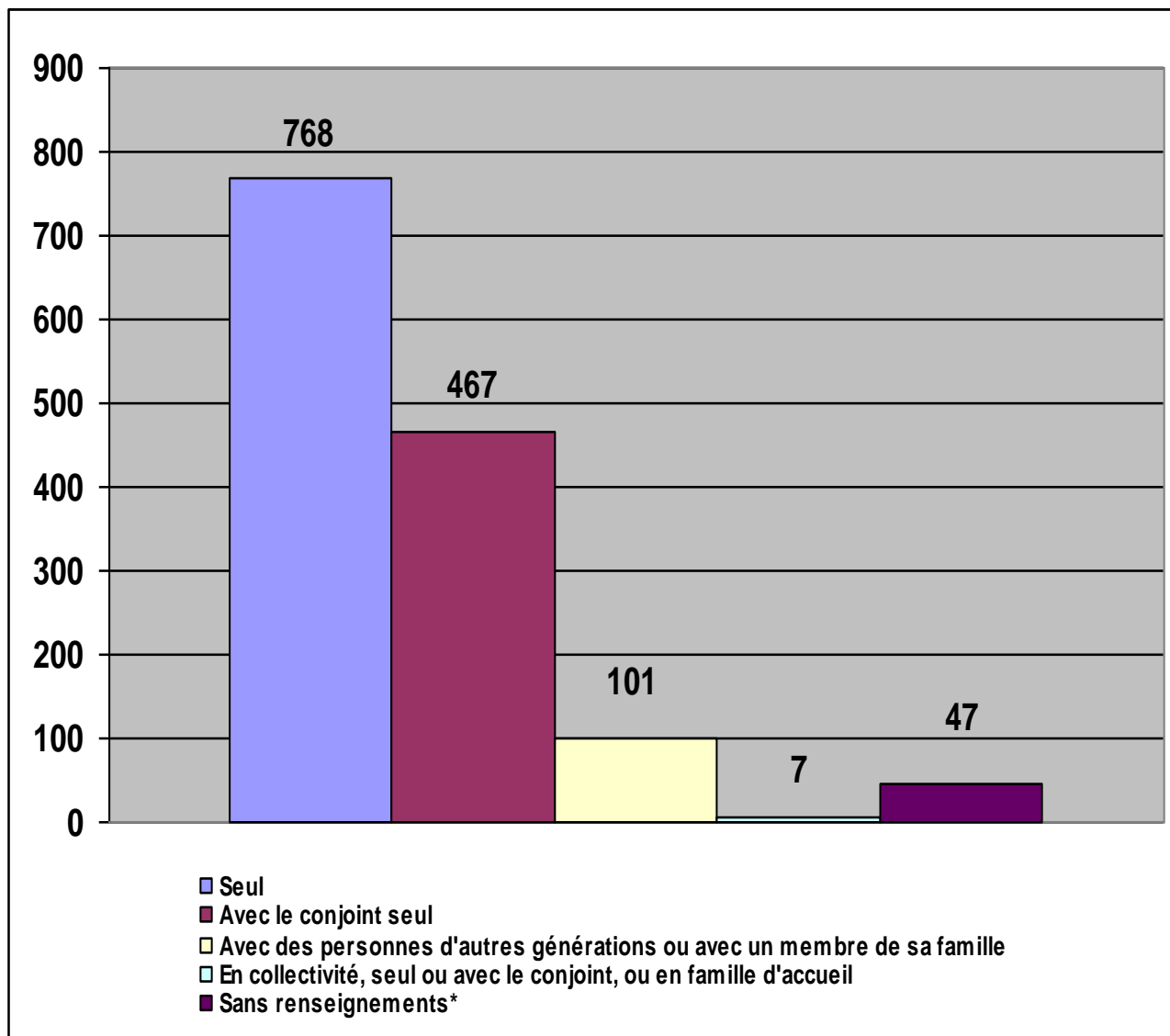
** Les « sans renseignement » correspondent toujours aux personnes comptabilisées sur le niveau 1 de prise en charge, et pour lesquelles nous ne disposons pas toujours des informations.*

Notons par ailleurs que le Logiclic « cumule » les situations lorsqu'elles sont amenées à se modifier. C'est la raison pour laquelle nous totalisons 1390 situations pour 1385 personnes aidées. Il faut en déduire que dans 5 situations, les conditions de vie ont évolué dans l'année (ex : après le décès d'un conjoint).

Ce nombre infime au regard du total n'a donc pas d'impact sur la configuration générale des situations des personnes aidées.

Néanmoins, il serait pertinent que le Logiclic permette d'identifier d'une part, la configuration exacte des situations au 31 Décembre de l'année considérée, et d'autre part, d'extraire le nombre de personnes pour lesquelles la situation, au regard des conditions de vie, a évolué en cours d'année.

Nous l'avons déjà préconisé à plusieurs reprises pour une meilleure lisibilité de notre activité.

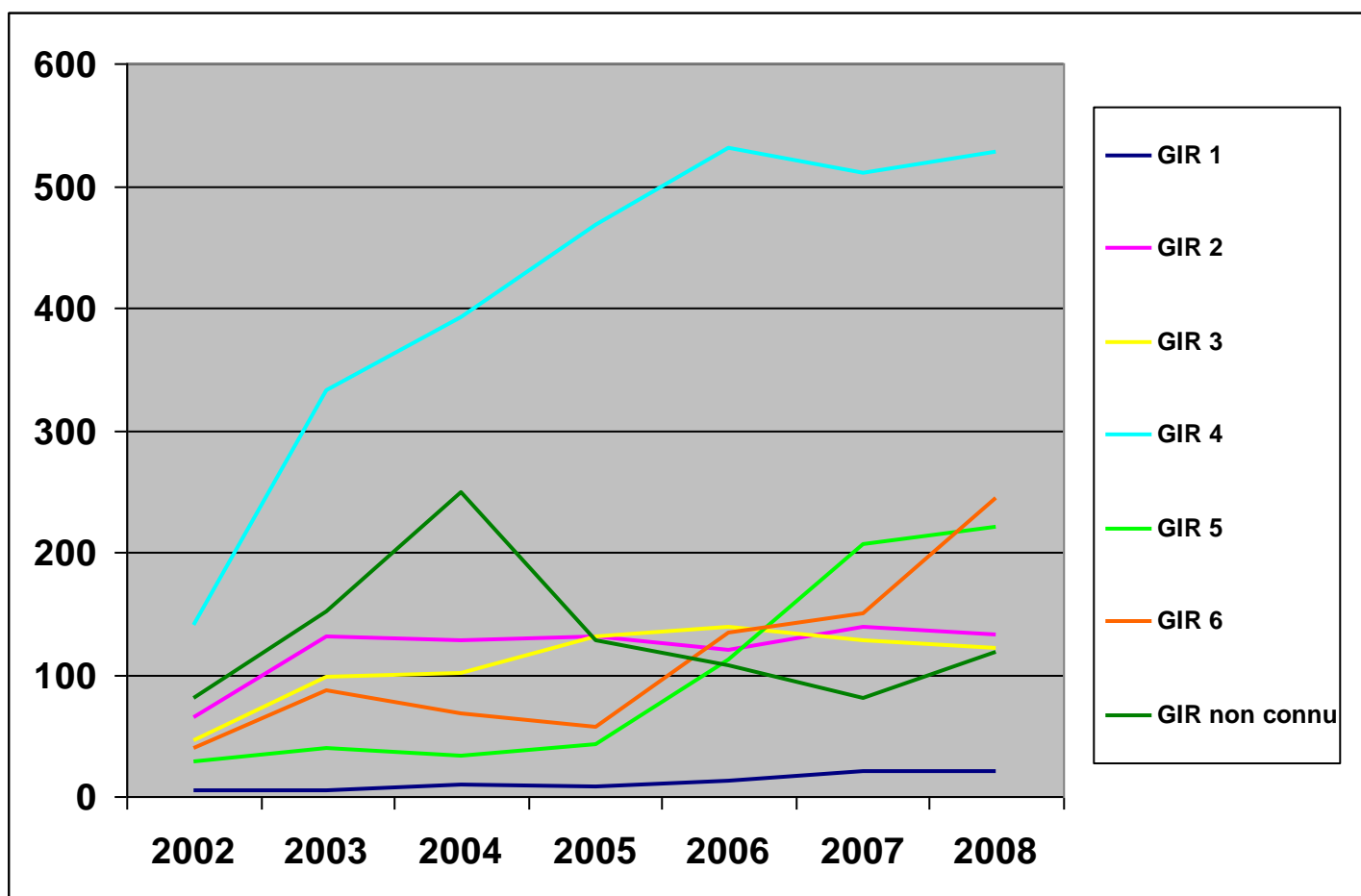


7/ Répartition par groupe ISO-RESSOURCES

Tableau comparatif des GIR

GIR	Année 2002	Année 2003	Année 2004	Année 2005	Année 2006	Année 2007	Année 2008
1	5	4	9	8	12	20	21
2	65	130	127	131	119	138	132
3	45	98	101	131	139	128	122
4	140	332	392	467	531	510	528
5	28	39	33	42	112	206	220
6	40	87	67	57	134	149	244
Non connu*	81	151	249	128	107	81	118

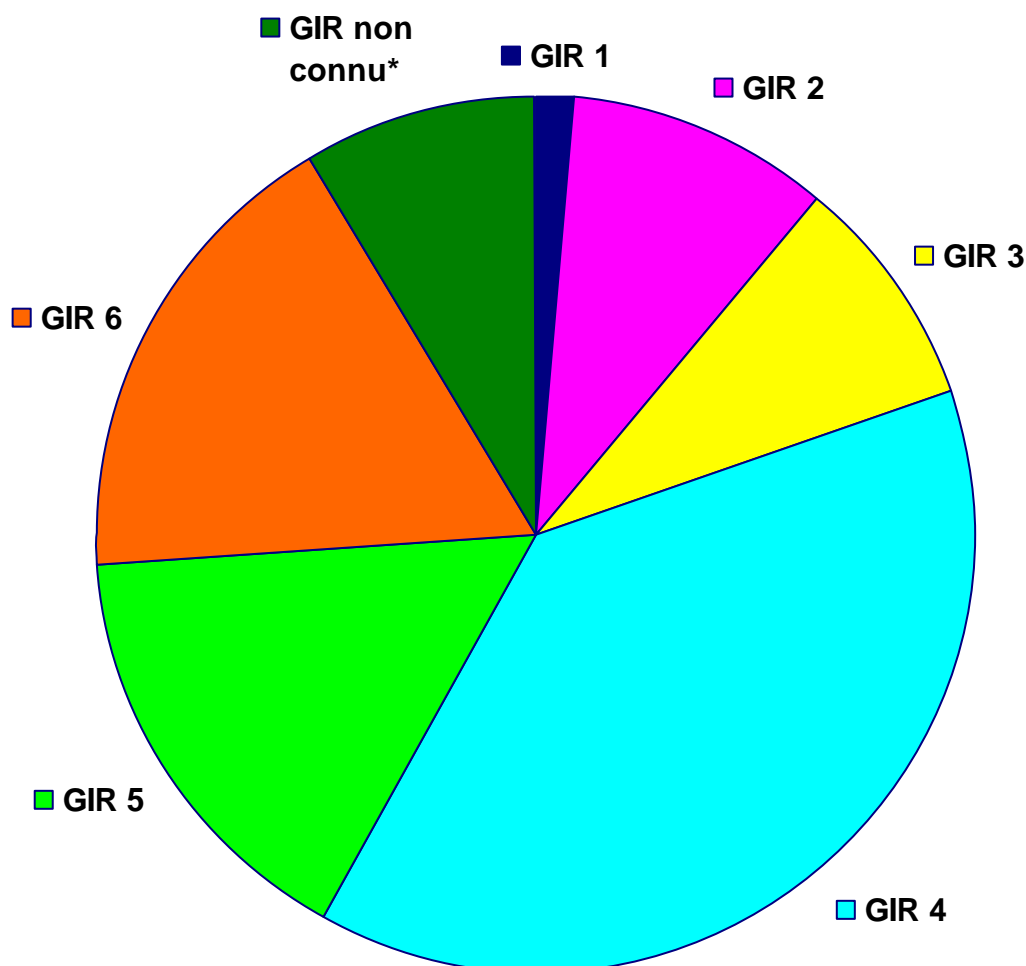
* Les GIR non connus correspondent aux personnes aidées sur un niveau 1 pour lesquelles nous ne disposons pas nécessairement de cette information.



On observe que sur l'ensemble des personnes âgées suivies dans le cadre d'un plan d'aide, la proportion en augmentation des personnes valides voir semi valides, correspondant au groupe iso ressources 5 et 6 est de **33,50 %**. Elle s'explique par la prise en charge depuis le 1^{er} Avril 2006 des personnes bénéficiaires des évaluations globales au titre de la CRAM.

Mais, nous notons à l'inverse une proportion assez significative du nombre de personnes relevant des GIR 1 et 2 de plus forte dépendance, nécessitant un accompagnement plus intense, et une articulation des dispositifs d'aide beaucoup plus complexe.

Répartition par GIR des personnes aidées au cours de l'année 2008

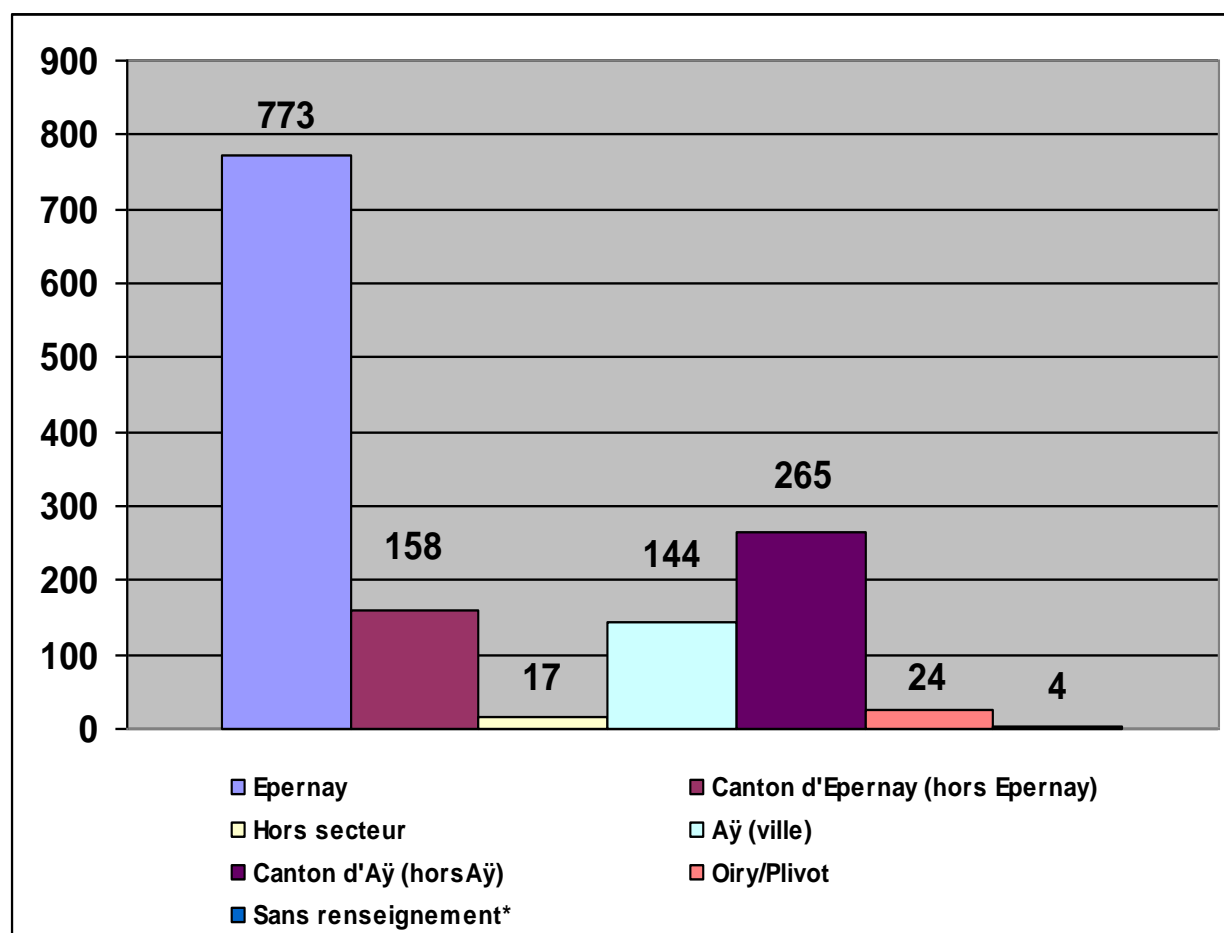


* CLIC niveau 1 : les informations ne nous sont pas nécessairement connues

8/ Répartition géographique

Lieu de résidence	Nombre de personnes aidées	En pourcentage
Epernay (ville)	773	55,81 %
Canton d'Epernay (hors Epernay)	158	11,41 %
Aÿ (ville)	144	10,40 %
Canton d'Aÿ (hors Aÿ)	265	19,13 %
Oiry/Plivot	24	1,73 %
Hors secteur	17	1,23 %
Sans renseignement*	4	0,29 %
TOTAL	1385	100 %

* Les « sans renseignement » correspondent aux situations CLIC 1, pour lesquels nous n'avons pas toujours l'information.



Nous notons cette année encore un pourcentage, même s'il est nécessairement faible mais qui reste constant, de personnes domiciliées sur des territoires non pourvus par un CLIC, et demandeuses d'un soutien.

9/ Répartition par type d'habitat

Sur l'ensemble des personnes aidées dans l'année, il apparaît que majoritairement le logement occupé est adapté (ou peut l'être) à la perte d'autonomie (**près de 69 % des 1306 personnes vivant à leur domicile, ou celui de leur famille, et dont les conditions de vie nous sont connues**). Bien entendu, il s'agit d'une évaluation à un instant donné, tenant compte de la situation de la personne et de ses conditions de vie au moment de sa prise en charge.

Il est évident qu'une évolution de l'état de santé d'une personne ou la survenue d'un déficit inattendu sont susceptibles de corriger à un instant T+1 cette statistique.

C'est pourquoi, il est essentiel que les coordinatrices puissent avoir toujours ce regard en projection d'une évolution possible de l'état de santé de la personne aidée, et des incidences qu'il y aurait en terme d'adaptation de l'habitat.

L'évaluation des coordinatrices porte donc bien entendu sur les conditions d'habitat, et le plan d'accompagnement doit intégrer cette dimension. A cet effet, nous sommes en lien avec le COMAL PACT 51, avec lesquels nous avons signé des conventions de partenariat, et avec la Mission Relais de la CRAM.

Dans le cadre de nos actions de prévention sur l'adaptation de l'habitat, nous avons d'ailleurs choisi d'aborder ce thème en incitant les personnes à réfléchir en amont à l'adaptation de leur logement, avant même que ne survienne la perte d'autonomie et, bien entendu, dans l'objectif de prévenir les chutes. Nous avons intitulé cette campagne de prévention « Un habitat facile à vivre aujourd'hui comme demain ».

Répartition par type d'habitat de l'ensemble des 1385 personnes aidées au cours de l'année 2008

Type d'habitat	Nombre de personnes aidées	En pourcentage
Accueil par des particuliers à titre onéreux	3	0,22 %
Domicile personnel ordinaire confortable et adapté	822	59,35 %
Domicile personnel ordinaire confortable non adapté	388	28,01 %
Domicile personnel ordinaire non confortable	17	1,23 %
Foyer logement	68	4,91 %
Hébergement dans la famille confortable et adapté	7	0,51 %
Hébergement dans la famille confortable non adapté	4	0,29 %
Etablissement hébergement temporaire	1	0,07 %
Sans renseignement	75	5,41 %
TOTAL	1385	100 %

Répartition par type d'habitat des personnes aidées (1147) sur un niveau 3 au cours de l'année 2008

Type d'habitat	Nombre de personnes aidées	En pourcentage
Accueil par des particuliers à titre onéreux	3	0,26 %
Domicile personnel ordinaire confortable et adapté	718	62,60 %
Domicile personnel ordinaire confortable non adapté	344	29,99 %
Domicile personnel ordinaire non confortable	14	1,22 %
Foyer logement	60	5,23 %
Hébergement dans la famille confortable et adapté	5	0,44 %
Hébergement dans la famille confortable non adapté	3	0,26 %
TOTAL	1147*	100 %

** On remarque sur ce tableau la même anomalie que pour d'autres statistiques liées au logiclic. Dans 27 cas, la condition d'habitat s'est « cumulée » pour 27 personnes recensées sur les différents habitats occupés dans l'année.*

10/ Nouvelles entrées dans l'année

Sur l'ensemble de l'année, nous avons comptabilisé **441** nouvelles personnes aidées dans l'année et avons enregistré **1517** nouveaux dossiers de demandes les concernant (soit 3,45 dossiers par nouvelle personne aidée), dont **1165** relevaient d'une prise en charge de niveau 3.

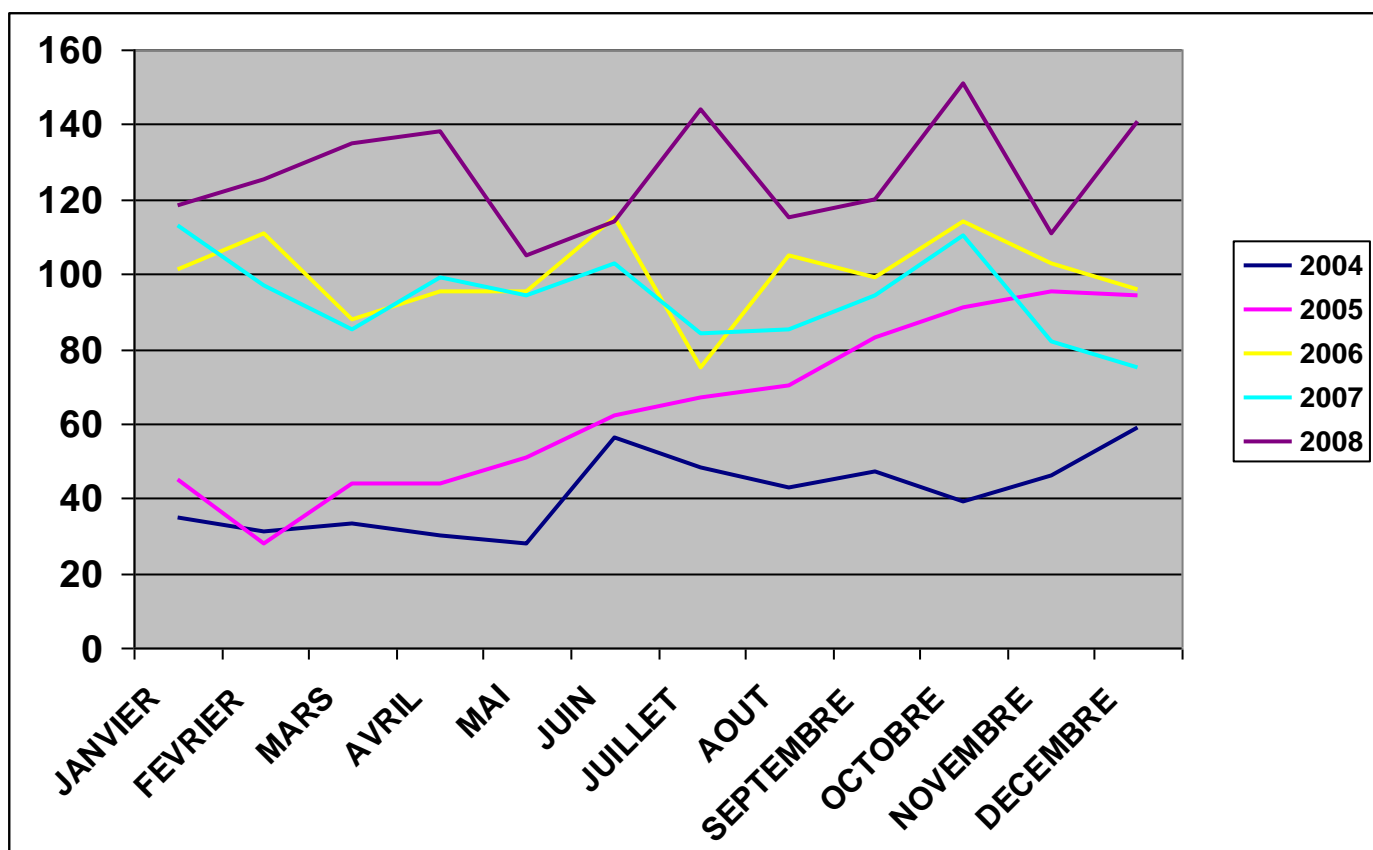
Les **756** autres dossiers de demandes traités dans l'année concernaient donc des personnes déjà prises en charge et suivies par le CLIC avant le 1er Janvier 2008.

Répartition mensuelle des dossiers de demandes concernant les nouvelles personnes aidées dans l'année

Mois	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Janvier	25	32	35	45	101	113	118
Février	25	29	31	28	111	97	125
Mars	19	40	33	44	88	85	135
Avril	15	35	30	44	95	99	138
Mai	19	26	28	51	95	94	105
Juin	17	51	56	62	115	103	114
Juillet	19	38	48	67	75	84	144
Août	15	20	43	70	105	85	115
Septembre	22	28	47	83	99	94	120
Octobre	22	54	39	91	114	110	151
Novembre	26	35	46	95	103	82	111
Décembre	15	47	59	94	96	75	141
TOTAL	239	435	495	774	1197	1121	1517

La prise en charge de nouvelles personnes progresse chaque année de manière constante et linéaire.

Cependant, il semble que les situations soient plus complexes et nécessitent une prise en charge plus lourde, car le nombre de dossiers de demandes les concernant est en forte augmentation présumant que nombre de démarches soient nécessaires pour assurer une prise en charge globale de qualité (3,45 dossiers de demandes par nouvelle personne prise en charge en 2008, contre 2,48 en 2007).



Répartition mensuelle des nouvelles personnes aidées pour l'année 2008

Mois	Nombre de personnes aidées	En %
Janvier	40	9,07 %
Février	46	10,43 %
Mars	45	10,20 %
Avril	39	8,84 %
Mai	32	7,26 %
Juin	23	5,22 %
Juillet	41	9,30 %
Août	33	7,48 %
Septembre	37	8,39 %
Octobre	37	8,39 %
Novembre	25	5,67 %
Décembre	43	9,75 %
TOTAL	441	100 %

➤ Soit en moyenne **37** personnes aidées en plus chaque mois

Origine des nouveaux dossiers de demandes pour l'année 2008

Origine de la demande	Nombre de dossiers	En %
L'entourage	39	2,57 %
La famille	361	23,80 %
La personne concernée	162	10,68 %
Un professionnel	955	62,95 %
TOTAL	1517	100 %

Le tableau descriptif ci-dessus permet d'évaluer la provenance du signalement des nouveaux dossiers de demandes recensés sur l'année.

Il est intéressant de noter le très bon niveau d'activation du réseau des professionnels en terme d'orientation vers le CLIC puisque, près de **63 % des nouveaux dossiers de demandes** ont été déclenchés suite au signalement de l'un d'eux.

Notons également l'implication des familles, puisque dans près de **24 %** des situations, elles ont elles-mêmes sollicitées le soutien du CLIC pour leur proche âgé.

Nous observons une augmentation sensible des orientations par les familles et l'entourage qui ont été préalablement orientés par un partenaire que nous n'avons pas préalablement identifié. Ceci explique donc la petite diminution des orientations directes par les professionnels.

Enfin, il est intéressant de noter que dans près de **11 %** des situations, c'est la personne aidée elle-même qui est à l'origine du signalement. Ceci s'explique par le fait qu'elle identifie la coordination comme étant l'interlocuteur unique et qu'elle reste en capacité de gérer seule, parfois par anticipation, son maintien à domicile.

11/ Détail de l'origine des nouveaux dossiers de demandes

Professionnels à l'origine des 1517 nouveaux dossiers de demandes pour l'année 2008

Professionnels	Nombre de dossiers	En %
Médecin	12	0,79 %
CCAS	13	0,86 %
Hôpital	135	8,90 %
IDE Libérale	5	0,33 %
Service de soins de suite	255	16,81 %
Maison de retraite	5	0,33 %
Téléalarme	1	0,07 %
Service Administratif (Mairie)	4	0,26 %
Service d'Auxiliaire de vie sociale	366	24,13 %
Service social	84	5,54 %
SSIAD	40	2,64 %
Foyer Logement	17	1,12 %
Service de Tutelle	1	0,07 %
Clinique	7	0,46 %
Service de portage de repas	3	0,20 %
Bénévoles	3	0,20 %
Secteur psychiatrique	2	0,13 %
TOTAL	955	62,95 %
Par la personne âgée elle-même, son entourage ou sa famille	562	37,05 %
TOTAL	1517	100 %

Rappelons que sur ces 1517 nouveaux dossiers de demandes traités dans l'année, au profit des 441 nouvelles personnes aidées en 2008, 1165 ont concerné une prise en charge de niveau 3 (c'est-à-dire évaluation, mise en œuvre du plan d'accompagnement, suivi et adaptation si besoin de ce plan d'accompagnement).

Nous évaluons dans le tableau suivant l'origine de ces 1165 dossiers de demandes, sur une prise en charge de niveau 3, à titre comparatif, avec l'ensemble des nouveaux dossiers de demandes.

Origine des demandes	Nombre de dossiers	En %
Entourage	28	2,40 %
Famille	278	23,86 %
Personne concernée	138	11,85 %
Professionnel	721	61,89 %
TOTAL	1165	100 %

Détail de l'origine des 1165 nouveaux dossiers de demandes pour l'année 2008 sur un niveau 3 de prise en charge

(Il s'agit uniquement des dossiers de demandes de prise en charge de niveau 3)

Origine	Nombre de dossiers	En %
Médecin	10	0,86 %
CCAS	10	0,86 %
Hôpital Auban Moët	101	8,67 %
IDE Libérale	5	0,43 %
Service de soins de suite Sainte Marthe	127	10,90 %
Maison de retraite	2	0,17 %
Service Administratif (Mairie)	2	0,17 %
Service d'Auxiliaire de vie sociale	332	28,50 %
Service social	75	6,44 %
SSIAD	34	2,92 %
Par la personne âgée ou la famille	445	38,20 %
Foyer logement	11	0,94 %
Clinique	4	0,34 %
Service portage de repas	2	0,17 %
Secteur psychiatrique	2	0,17 %
Service bénévole	2	0,17 %
Service tutelle	1	0,09 %
TOTAL	1165	100 %

Nous avons ensuite dressé un tableau comparatif afin d'évaluer les nouveaux dossiers de demandes, qui ont fait l'objet d'une prise en charge immédiate de niveau 3 quelle que soit l'origine du signalement.

Détail comparatif de l'origine des nouveaux dossiers de demandes

Professionnels à l'origine du signalement	Nouveaux dossiers de demandes	Dont dossiers ayant fait l'objet d'une prise en charge de niveau 3
Médecin	12	10
CCAS	13	10
Hôpital	135	101
Clinique	7	4
Secteur psychiatrique	2	2
IDE Libérale	5	5
Service de soins de suite	255	127
Maison de retraite	5	2
Service Administratif (Mairie)	4	2
Service d'Auxiliaire de vie sociale	366	332
Service social	84	75
SSIAD	40	34
Foyer logement	17	11
Par la personne âgée ou la famille	562	444
Service de tutelle	1	1
Service de portage de repas	3	2
Service bénévole	3	2
Service télé-alarme	1	0
Sans renseignement	2	1
TOTAL	1517	1165

Le tableau précédent nous permet d'évaluer que **75 % des nouvelles situations** signalées par l'hôpital ou la clinique font l'objet d'une prise en charge immédiate de niveau 3, tandis que **50 % des nouveaux dossiers** de demandes ouverts pour des personnes séjournant à Sainte Marthe feraient l'objet d'une prise en charge de ce niveau.

Nous émettons l'hypothèse que les signalements émanant des équipes hospitalières concernent principalement des personnes dont l'état de santé est déjà fort dégradé, nécessitant une prise en charge conséquente et immédiate au domicile.

Concernant le Centre Hospitalier de Soins de Suite et de Réadaptation, on peut à l'inverse imaginer qu'il nous est possible d'informer en amont les personnes et leur famille puisqu'une proportion moindre des signalements aboutit à une prise en charge de niveau 3.

Par ailleurs, nous constatons, la forte proportion des signalements émanant des auxiliaires de vie, des médecins, des SSIAD et IDE aboutissant à une prise en charge de niveau 3 (plus de 88 %). Leur proximité dans le quotidien des personnes âgées aidées leur permet d'évaluer rapidement la nécessité d'intervenir au profit de la personne et/ou de modifier la ou les aides déjà en place.

12/ Suivis et plans d'accompagnement des personnes âgées aidées dans l'année

Nous avons choisi de conserver sciemment la terminologie plan d'accompagnement, afin qu'il n'y ait pas confusion avec les plans d'aide validés par l'équipe E.M.S. du Conseil Général dans le cadre des dossiers APA (toutefois dans ses graphiques, le Logiclic parle lui de plan d'aide).

L'un et l'autre se superposent la plupart du temps, mais un plan d'accompagnement inclura des actions et interventions spécifiques, n'engendrant d'ailleurs pas nécessairement un coût particulier (ex : participation à un groupe mémoire, proposition de visite régulière d'un bénévole pour entretenir un lien social...) où dont le coût spécifique ne fait pas l'objet d'une prise en charge dans le cadre de l'APA.

Pour l'ensemble des **1385 personnes âgées aidées** au cours de l'année 2008 (comprenant **441 nouvelles entrées**), le CLIC a répondu à **2273 dossiers de demandes** (dont **1517 nouveaux dossiers de demandes**). Pour y répondre, **1287 plans d'accompagnement** ont été élaborés. A noter que dans la majorité des situations, le plan d'accompagnement n'a pas été modifié mais a fait l'objet d'un suivi.

Catégorie de professionnels intervenus dans les plans d'accompagnement* (pour les 1287 plans en cours sur l'année 2008)

Professionnels	Nombre de plans d'accompagnement	En %
CCAS	23	0,99 %
Clinique	5	0,22 %
Foyer Logement	13	0,56 %
Hôpital	39	1,68 %
IDE Libérale	170	7,34 %
Kinésithérapeute	69	2,98 %
Maison de convalescence	14	0,60 %
Maison de retraite	19	0,82 %
Professionnel en Matériel Ergonomique	94	4,06 %
Médecin	6	0,26 %
Orthophoniste	1	0,04 %
Portage de repas	158	6,82 %
Pédicurie	8	0,35 %
Secteur psychiatrique	10	0,43 %
Service administratif	16	0,69 %
Service d'auxiliaire de vie sociale	1323	57,13 %
Service social	47	2,03 %
SSIAD	131	5,66 %
Transport	25	1,08 %
Téléalarme	120	5,18 %
Service de tutelle	13	0,56 %
Accueil de jour	12	0,52 %
TOTAL	2316	100 %

* Ces plans d'accompagnement prévoient dans près de **57,13 %** des situations, au moins l'intervention d'une auxiliaire de vie sociale. Ces accompagnements ont nécessité par ailleurs **6047** interventions, allant de la constitution d'un dossier d'aide financière (APA ; PGAD ; aide exceptionnelle...) à la mise en place d'un soutien psychologique, ce qui représente en moyenne près de **4,37** démarches ou prestations concomitantes à l'articulation du plan d'accompagnement.

Au regard des chiffres ci-dessous, contrairement à l'année dernière, on observe que la totalité des catégories d'aide n'ont malheureusement pas été enregistrées dans le Logiclic par manque de temps, la prise en charge des personnes ayant toujours été privilégiée au détriment de l'aspect administratif.

Aussi le détail des plans d'aide présenté ci-dessous, est bien en deçà des chiffres réels, même si les informations prioritaires y figurent. L'enregistrement des données dans le logiclic est terriblement chronophage, et devient difficilement compatible, à personnel constant, avec la progression globale de l'activité, en dépit de la très grande disponibilité de toute l'équipe qui ne compte pas son temps.

Catégorie des informations et aides retenues pour la totalité des dossiers de demandes traités dans l'année 2008.

Libellé	Résultat	En pourcentage
Aide aux aidants	143	2,52 %
Aide financière	774	13,63 %
Aide juridique	35	0,62 %
Aide médicale	535	9,42 %
Aide sociale	1016	17,89 %
Aide à domicile	2786	49,06 %
Hospitalisation à domicile	2	0,03 %
Hébergement permanent	12	0,21 %
Hébergement temporaire	13	0,23 %
Information	143	2,52 %
Logement	34	0,61 %
Loisirs	13	0,23 %
Maltraitance	4	0,07 %
Prestation ponctuelle	23	0,41 %
Prévention	3	0,05 %
Soutien psychologique	88	1,55 %
Transport	54	0,95 %
TOTAL	5678	100 %

Par ailleurs, il faut noter que ces suivis ont nécessité : **6415 entretiens** (voir détail ci-dessous) dont près de **33,83 %** au contact direct de la personne qu'elle soit à son domicile, à l'hôpital, en établissement... et ce, majoritairement pour des personnes suivies dans le cadre d'un accompagnement de niveau 3 (5710 entretiens), et 705 entretiens, dans les deux autres niveaux de prise en charge.

**Répartition des 6496 entretiens par type pour l'année 2008
(en comparaison avec les prises en charge de niveau 3)**

Type d'entretien	Nombre d'entretien	Dont Niveau 3 exclusivement	En %
Au service	329	298	5,20 %
Chez l'entourage	6	4	0,07 %
Fax	83	65	1,13 %
Maison de retraite	14	12	0,21 %
Par courrier	728	705	12,30 %
Par e-mail	13	8	0,14 %
Sainte Marthe	459	292	5,09 %
Téléphonique	3456	3081	53,73 %
A domicile	1027	966	16,85 %
Hôpital	381	303	5,28 %
TOTAL	6496	5734	100 %

Il en résulte une moyenne de près de 5,12 entretiens dans l'année dans le cadre d'un suivi de niveau 3, et 2,88 entretiens pour un niveau de prise en charge 1 ou 2.

Certains suivis ont nécessité de nombreux entretiens démontrant la nécessité d'un suivi pas à pas, d'une présence nécessaire sur le terrain, d'une réactivité indispensable permettant d'accompagner l'évolution de l'état de santé, ou de la situation des personnes âgées aidées.

**Nature des aides retenues dans le cadre de la mise en place des 1273 plans
d'accompagnement des personnes prises en charge sur un niveau 3 ou niveau 2.**

Aide	Nombre de dossiers	En %
Accompagnement fin de vie	22	0,34 %
Accompagnement social	239	3,71 %
Accompagnement vie culturelle	9	0,14 %
Accueil de jour	19	0,29 %
Accueil permanent	20	0,31 %
Accueil temporaire	23	0,36 %
Adaptation du logement	61	0,95 %
Aide accès au droit	40	0,62 %
Aide au départ en vacances	3	0,05 %
Aide au ménage	1129	17,51 %
Aide au relogement	1	0,02 %
Aide au repas	275	4,26 %
Aide aux courses	268	4,16 %
Aide aux démarches administratives	83	1,29 %
Aide aux démarches juridiques	28	0,43 %
Aide pour l'entretien du linge	314	4,87 %
Aide relais aux aidants	151	2,34 %
Aide solvabilisation plan d'aide	805	12,48 %
Aide à la marche	106	1,64 %
Aide à la prise des médicaments	148	2,30 %
Aide à la toilette	541	8,39 %
Atelier mémoire	3	0,05 %
Carte d'invalidité	7	0,11 %
Coiffeur	1	0,02 %
Dossier de suivi gériatrique	13	0,20 %
Garde de nuit	5	0,08 %
Hospitalisation à domicile	3	0,05 %
Jardinage	7	0,11 %
Kinésithérapie	88	1,36 %
Matériel ergonomique	119	1,85 %
Orthophoniste	2	0,03 %
Portage de repas	153	2,37 %
Pédicure	68	1,05 %
Rénovation du logement	1	0,02 %
Réponses au problème de maltraitance	5	0,08 %
Soins infirmiers	191	2,96 %
Soutien psycho-gériatrique	19	0,29 %
Soutien psychologique aux aidants	86	1,33 %
Transport	60	0,93 %
Téléalarme	159	2,47 %
Evaluation gérontologique et dépendance	900	13,96 %
Matériel hygiène	102	1,58 %
Aide au coucher	63	0,98 %
Aide au lever	64	0,99 %
Blanchisserie	1	0,02 %
Chèque emploi service	38	0,59 %
Loisirs	3	0,05 %
Bricolage	2	0,03 %
TOTAL	6448	100 %

13/ Durée des suivis

Le tableau récapitulatif ci-dessous des **1273 plans d'accompagnement** établis dans l'année est à relativiser, en terme de durée, de suivi, puisque évidemment des personnes tardivement prises en charge dans l'année, peuvent n'apparaître que sur des suivis de quelques mois, alors même que le travail se poursuit toujours à ce jour.

Nous avons, cette année encore, été sollicités dans des contextes de crise (hospitalisation, épuisement de l'aidant principal...) occasionnant très souvent une grande dépendance et entraînant malheureusement des hospitalisations. Il demeure donc toujours indispensable de continuer à sensibiliser notamment les médecins généralistes, mais aussi les professionnels de l'aide à domicile sur la nécessité d'une démarche préventive auprès des personnes âgées fragiles et de leurs aidants.

Durée des 1228 plans d'accompagnement en cours pour l'année 2008 (dont 1171 au titre de suivis de niveau 3)

Durée	Nombre de plans	En %	Dont Niveau 3	En %
< 1 MOIS	18	1,47 %	16	1,37 %
DE 1 A 2 MOIS	17	1,38 %	15	1,28 %
DE 2 A 3 MOIS	22	1,79 %	20	2,71 %
DE 3 A 4 MOIS	54	4,40 %	53	4,53 %
DE 4 A 5 MOIS	35	2,85 %	35	2,99 %
DE 5 A 6 MOIS	37	3,01 %	36	2,07 %
DE 6 MOIS A 1 AN	166	13,52 %	158	13,49 %
DE 1 AN A 2 ANS	312	25,41 %	306	26,13 %
PLUS DE 2 ANS	567	46,17 %	532	45,43 %
TOTAL	1228*	100 %	1171	100 %

* *Compte tenu d'un souci informatique avec le logiciel, nous avons recensé 59 dossiers de plus qui n'apparaissent pas dans le tableau ci-dessus*

Il est donc à noter que, parmi l'ensemble des personnes prises en charge dans le cadre d'un suivi au cours de l'année, **917 personnes âgées** faisaient toujours l'objet d'un plan d'accompagnement au-delà du 1^{er} janvier 2009.

14/ Financement des services

Majoritairement, le financement des services intervenant dans le cadre du maintien au domicile passe par la constitution d'un dossier APA (**44,91 % des situations** concernées en 2008). Dans **30,03 %** des cas, ce sont les personnes âgées qui solvabilisent leur plan d'aide à domicile.

A noter qu'une partie de ces dernières sont amenées à solvabiliser entièrement leur plan d'aide en attendant l'aboutissement du dossier d'aide financière instruit (APA notamment).

En 2007, **622** plans d'accompagnement ont été financés au titre de l'APA. Le CLIC a instruit cette année **241 nouveaux dossiers d'APA** et formulé **170 demandes de révision** au regard de l'évolution de la situation médico-sociale de la personne âgée.

Notons par ailleurs que **98 personnes aidées ont bénéficié d'une prestation de garde à domicile** par les caisses de retraite, majoritairement à la suite d'une sortie d'hospitalisation.

Enfin, **79** nouvelles **personnes aidées ont été rencontrées dans le cadre de l'évaluation globale** au titre de la CRAM et **468** personnes âgées bénéficient d'une prise en charge au titre de l'aide à domicile.

Il est important d'insister sur le fait, que faute d'une garantie de soutien financier, un bon nombre de personnes ne peuvent s'autoriser à accepter l'intervention de services à leur domicile, ne pouvant en assurer elles-mêmes le financement. Or, différer ces interventions pourrait être préjudiciable à l'évolution de leur état de santé, et parfois, engendrer des hospitalisations ou des placements non désirés, par impossibilité de mettre en place l'aide nécessaire.

Nous sommes à cet égard particulièrement soucieux d'optimiser, dans le cadre de notre antenne CLIC à l'hôpital d'Epernay, nos liens avec les équipes des différents services.

Il est donc primordial d'anticiper véritablement les sorties d'hospitalisation et de constituer les éventuels dossiers avant le retour de la personne âgée à son domicile.

A cet égard, nous déplorons véritablement l'arrêt du financement par la CRAM des aides dites de prestation de garde à domicile, qui permettaient de répondre à l'urgence des besoins des personnes en sortie d'hospitalisation, là où il est souvent plus que jamais indispensable d'être immédiatement réactif si l'on veut favoriser une évolution favorable de l'état de santé des personnes.

Type d'aides financières activées pour les personnes prises en charge par le CLIC pour l'année 2008

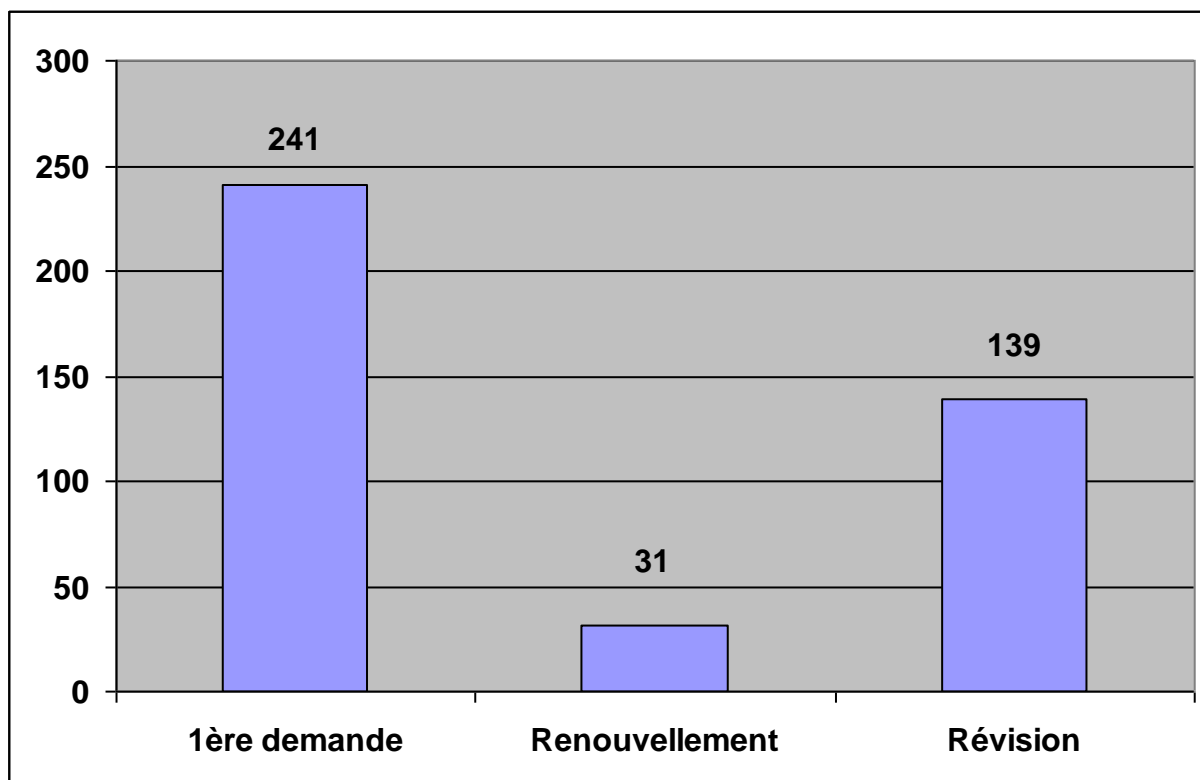
Type d'aide activée	Pour les 1385 personnes aidées	En % pour les 1385 personnes aidées	Pour les personnes aidées dans le cadre d'un suivi de niveau 3 (1120 personnes)	En % du total des aides activées pour les 999 personnes
Sans renseignement (niveau 1) ou en attente de décision	127	7,07 %	1	0,06 %
AAH	2	0,11 %	2	0,13 %
ACTP (reconduction)	3	0,17 %	3	0,19 %
Aide du Conseil Général	6	0,33 %	5	0,32 %
Aide exceptionnelle	16	0,89 %	14	0,91 %
Aide exceptionnelle Caisse de retraite	7	0,39 %	6	0,39 %
Prestation de compensation du handicap	2	0,11 %	2	0,13 %
Allocation logement	3	0,17 %	3	0,19 %
APA	622	34,63 %	604	39,07 %
Assistance retour à domicile	20	1,11 %	20	1,29 %
Majoration tierce personne	4	0,22 %	4	0,26 %
PGD	98	5,46 %	94	6,08 %
Prise en charge caisse aide à domicile	468	26,06 %	457	29,56 %
ONAC aide ponctuelle	2	0,11 %	2	0,13 %
Aucune	416	23,16 %	329	21,28 %
TOTAL	1796	100 %	1546	100 %

Une même personne peut avoir bénéficié de plusieurs financements dans l'année. A contrario, le logiclic ne comptabilise pas ici toutes les demandes d'aides financières constituées pour des soutiens ponctuels, dans le cadre de l'aide apportée à la personne âgée, mais non nécessairement liées au financement du plan d'accompagnement stricto-sensu.

Pour autant, ces aides, dès lors qu'elles ont été nécessaires dans le parcours de prise en charge de la personne, contribuent nécessairement à favoriser leur maintien au domicile.

A noter qu'au cours de l'année, les coordinatrices ont instruit 411 dossiers APA auprès du Conseil Général de la Marne, dont 59 % concernaient une première ouverture de droit.

Dossiers APA construits par le CLIC
Année 2008



15/ Fins de suivis

Sur les **2275 dossiers de demandes** traités dans l'année, **918** faisaient toujours l'objet d'un suivi au 31 Décembre 2008.

Les **153 dossiers** « traités » sont principalement des personnes ayant sollicité le service pour une information, un renseignement, une orientation, de la documentation, une mise en relation ponctuelle, etc : tout ce qui relève donc du niveau 1 de la compétence du CLIC, voire du niveau 2 s'il n'y a pas d'accompagnement particulier. Cependant le Logiclic intègre en « fin de suivi », des dossiers dont la prise en charge a simplement été modifiée.

Les motifs de fin de suivi des 2275 dossiers de demandes pour l'année 2008

Motifs	Nombre de dossiers	En %
Dossier traité	153	6,73 %
Décès	110	4,84 %
Déménagement	6	0,26 %
En cours de suivi	947	41,63 %
Hospitalisation *	456	20,04 %
Hébergement en institution	114	5,01 %
Hébergement temporaire	17	0,75 %
Maintien a domicile satisfaisant	40	1,76 %
Refus du plan d'aide par la personne âgée ou par l'entourage	42	1,85 %
Rejet par le partenaire	3	0,13 %
Hébergement dans la famille	3	0,13 %
Retour à l'autonomie	10	0,44 %
Retour à domicile	374	16,44 %
TOTAL	2275	100 %

** une hospitalisation prolongée, nécessitant au retour à domicile une modification du plan d'aide, est enregistrée par le Logiclic comme une fin de suivi, même si la personne aidée est toujours prise en charge dans le cadre d'un nouveau plan d'aide par le CLIC.*

Sur l'ensemble des **1273 plans d'accompagnement** en cours au profit de personnes suivies dans le cadre d'un niveau 3, **917** faisaient toujours l'objet d'un suivi au domicile au 31 Décembre 2008.

Notons enfin que sont enregistrées en « maintien à domicile satisfaisant » des personnes âgées prises en charge dans le cadre d'un niveau 2. En principe ces personnes ne font pas l'objet d'un suivi, mais leur dossier peut être réactivé dans l'année, notamment pour des raisons de santé, ce qui nous conduit à reprendre un suivi.

CHAPITRE III : LE FONCTIONNEMENT DU SERVICE

A) LE FONCTIONNEMENT EN INTERNE

Le Fonctionnement interne reste semblable à ce qui a été décrit dans les précédents rapports, à savoir :

Un point hebdomadaire entre les coordinatrices de manière à :

- avoir une vision globale de l'ensemble des situations suivies ;
- être prêts à assumer la continuité du service en cas d'absence exceptionnelle d'une coordinatrice ;
- avoir un soutien mutuel sur les situations les plus complexes ;
- se répartir les nouvelles demandes.

Un point mensuel avec le Président et La Vice-Présidente afin de :

- évoquer les situations les plus difficiles ;
- identifier les problèmes particuliers rencontrés dans le cadre de l'activité ;
- chercher à y trouver des solutions.

Rappelons que les coordinatrices s'appuient par ailleurs sur le secrétariat pour recueillir le maximum d'informations lors des nouvelles demandes, transmettre certaines informations aux personnes âgées et aux partenaires, et assumer une première information et/ou orientation des personnes âgées et des familles.

Notons toutefois que la mise en place de l'antenne CLIC au sein de l'hôpital, nous a conduit à une réorganisation du travail en interne. Nous avons fait le choix de partager les temps de permanence à l'hôpital entre une coordinatrice, la plus ancienne, et la Directrice, afin de faciliter l'identification du CLIC par les services, et de faciliter les liens et la bonne connaissance mutuelle des acteurs.

B) LE FONCTIONNEMENT EN COORDINATION

Le CLIC est évidemment amené à travailler en concertation et en coordination avec tous les partenaires du maintien à domicile, les professionnels de santé, les établissements, les élus...

Ces concertations s'organisent :

- soit au gré des situations prises en charge : téléphone, mail, fax, courriers, réunions de synthèse, etc. ;
- soit (et les deux ne sont pas incompatibles) par des rencontres régulières formalisées destinées à faire le point de situations suivies en commun. C'est notamment le cas avec :
 - le service d'aide à domicile de la Ville d'Epernay, et le SSIAD Croix Rouge,
 - le service Champ'Âge vie,
 - les associations locales d'aides à domicile (Familles Rurales, ADMR)
 - l'Equipe Médico-Sociale du Conseil Général.
 - l'Etablissement de Soins de Suite et de Réadaptation Sainte Marthe,
 - les différents services de l'Hôpital d'Epernay :
 - les équipes médicales des services de courts séjours de l'Hôpital d'Epernay
 - depuis septembre 2008 avec l'équipe hospitalisation à domicile de l'Hôpital d'Epernay

1/ Avec le service de la Ville d'Epernay

Tous les mois une rencontre est organisée avec les deux collègues Conseillères en Economie Sociale et Familiale, en vue de faire le point sur les situations communes et sur les relais réciproquement passés et les réponses apportées. Une organisation de travail spécifique a été déterminée entre le CLIC et le service d'aide à domicile :

- 1^{ère} demande : il s'agit d'une intervention simple de services ménagers, les conseillères du CCAS font l'évaluation de la situation et constituent le dossier de prise en charge auprès des caisses de retraites, exception faite des dossiers CRAM. Elles alertent le CLIC si ultérieurement, l'état de santé de la personne aidée se dégrade et nécessite la mise en place d'un plan d'aide plus complexe ;
- plan d'aide mis en œuvre par le CLIC : s'il présume l'intervention d'une aide à domicile du CCAS d'Epernay, les conseillères prendront alors le relais du suivi. Le CLIC programmera des visites régulières d'évaluation en partenariat avec les conseillères dans la mesure du possible et pourra intervenir plus tôt sur le signalement de ces dernières si nécessaire ;

- sorties d'hospitalisation : si le service d'aide à domicile intervenait avant l'entrée à l'hôpital et si l'intervention reste identique les conseillères remettent en place l'intervention. Si l'état de santé de la personne âgée s'est dégradé et nécessite un plan d'aide plus complexe, elles alertent le CLIC (si l'hôpital ne l'a pas déjà fait) qui procède à une réévaluation de la situation et met en place si nécessaire de nouvelles aides.

Parallèlement, le CLIC ayant été retenu comme évaluateur CRAM depuis le 1^{er} Avril 2006 pour effectuer au domicile des personnes âgées de plus de 60 ans, l'évaluation globale de leurs besoins, une organisation de travail a également été mise en place avec les conseillères du CCAS d'Epernay.

Les évaluations (ou renouvellement pour les personnes qui étaient déjà aidées) sont faites conjointement avec une coordinatrice du CLIC et une conseillère du CCAS, favorisant ainsi la mise en place des interventions qui s'en suivent au domicile des personnes âgées.

Notons par ailleurs, que les demandes d'intervention formulées par le CLIC, auprès du CCAS d'Epernay, font l'objet de sollicitations écrites, transmises par fax pour des raisons évidentes de rapidité. Ainsi le service peut-il, en retour, notifier au CLIC ses possibilités d'intervention, ou non, au domicile des personnes.

2/ Avec le service Champ'Âge vie

Une rencontre mensuelle est organisée entre le CLIC et le service Champ'Âge vie.

Un point est fait sur les situations en cours de suivi commun, notamment :

- les situations nouvellement prises en charge afin d'évaluer la cohérence de l'aide mise en place ;
- les situations susceptibles de poser problème et nécessitant une modification de l'aide apportée, une difficulté identifiée par les assistantes de vie et remontée au service, etc.

Des visites à domicile pour le suivi des aides mises en place sont régulièrement programmées. Des fiches de liaison (demandes d'intervention, retours des interventions mises en place) sont instituées.

L'organisation du travail ainsi mise en œuvre avec ces services permet une réactivité réciproque indispensable à la qualité de la prise en charge des personnes âgées.

3/ Avec les autres services d'aide à domicile

Les rencontres avec les services d'aide à domicile du « milieu rural » sont liées aux prises en charge elles-mêmes, liens par téléphone, par fax, visites à domicile en commun lorsque cela est possible.

Nous avons proposé aux responsables locaux en lien avec leurs Fédérations d'organiser des rencontres trimestrielles afin d'optimiser le suivi des personnes aidées à domicile (notamment pour les prises en charge difficiles), de renforcer les échanges d'information et promouvoir la coordination afin de ne pas attendre qu'une situation se dégrade pour proposer les aides nécessaires, et d'évaluer les limites de certaines interventions. Ces réunions de travail ont donc débuté avec les associations locales Familles Rurales d'une part et avec les associations locales ADMR d'autre part en présence des conseillères techniques de chaque fédération, apportant soutien et conseils aux administrateurs bénévoles.

Ces réunions de travail se sont poursuivies en 2008, avec un vrai souci de collaboration des services dans l'intérêt des personnes, à l'exception d'une des associations ADMR du territoire, qui semble-t-il demeure réfractaire à toute collaboration avec le CLIC dont elle déclare ne pas en voir l'intérêt, "ses services étant capables de prendre seuls en charge les personnes aidées". La position de cette Présidente n'est pas partagée par ses homologues des autres associations.

4/ Avec les travailleurs sociaux

La coordination avec les travailleurs sociaux est quotidienne. La complémentarité de nos missions garantit l'efficacité des prises en charge. Les travailleurs sociaux des C.S.D. sont plus principalement sur l'orientation des situations des personnes âgées dont ils ont connaissance, vers le CLIC.

Les collègues des services spécialisés (SNCF, CRAM, etc.) assurent un suivi conjoint avec le CLIC, et peuvent être amenés à constituer des dossiers spécifiques liés au régime d'appartenance des personnes aidées.

L'assistante sociale du Centre Hospitalier oriente les familles vers le CLIC lorsqu'il s'agit de préparer un retour au domicile d'une personne âgée demeurant sur le secteur du CLIC, et prend en charge pour sa part les orientations en établissement des personnes hospitalisées et les préparations de retour au domicile des personnes âgées hors secteur du CLIC Champ'Âge d'or.

5/ Avec l'Equipe Médico-Sociale du Conseil Général

Un suivi des dossiers APA s'effectue tous les mois avec Mesdames Catherine LEMAIRE et Caroline BROCHOT rattachées à l'équipe médico-sociale du Conseil Général. Ces rencontres sont réciproquement fortement appréciées, permettant ainsi d'échanger sur la situation globale des personnes et de leur projet de vie, de se concerter sur les évaluations, de décrire les plans d'accompagnement déjà existants et les résultats des premières évaluations menées par l'équipe du CLIC.

Y sont bien sûr évoqués les plans d'aide en cours et ceux qui ont bénéficié d'une modification.

Les dossiers urgents (perte d'autonomie aggravée, soins palliatifs ou faibles ressources risquant de mettre en échec le plan d'aide), sont aussitôt pointés et permettent ainsi de rassurer très vite la personne aidée et sa famille, puisque Mesdames LEMAIRE et BROCHOT, nous informent des évaluations programmées, et nous font part des propositions de plan d'aide qu'elles viennent de valider et qui seront proposées en commission.

Les signalements et les échanges d'informations s'opèrent ainsi dans les deux sens dans l'unique intérêt des personnes âgées.

Cette collaboration est précieuse et efficace.

6/ Avec le SSIAD et les IDE

Dans le cadre de l'évaluation et de la mise en place du plan d'aide, les SSIAD au même titre que les infirmiers libéraux et le centre de soins, sont les premiers partenaires contactés en vue de pouvoir répondre aux besoins de la personne aidée, pour une aide à la toilette d'hygiène et/ou médicalisée associée ou non à des soins infirmiers.

La réponse à mettre en place ressemble parfois, pour les patients et pour le CLIC, à un parcours du combattant, compte tenu du nombre de lits toujours en deçà des besoins. Outre cette réalité, les coordinatrices se trouvent confrontées à des tracés territoriaux, parfois handicapants en matière de prise en charge.

Il subsiste bien évidemment encore des difficultés, liées notamment aux délais d'attente parfois très longs avant une prise en charge, obligeant les familles à recourir à des assistantes de vie qualifiées (sans la même prise en charge financière bien entendu, et pas le même seuil de compétences bien sûr), et pouvant ensuite complexifier le passage du « relais ».

En effet même si nous nous efforçons d'être le plus « pédagogues » possible en expliquant aux familles qu'il est parfois nécessaire de trouver des solutions alternatives, lorsque les services compétents n'ont pas la disponibilité immédiate pour intervenir, il n'est pas toujours aisé de faire accepter ensuite aux familles ces changements d'intervenants.

A ce titre, et dans un souci de suivi des plans d'accompagnement à domicile, nous avons, en lien avec les conseillères du CCAS d'Epernay, associé à nos rencontres mensuelles, l'infirmière coordinatrice et sa collègue de la Croix Rouge. Ces rencontres permettent d'échanger sur la prise en charge des personnes très dépendantes ou sur des maintiens à domicile dits « précaires » du fait de l'environnement social, familial, etc.

Ces rencontres nous permettent d'aborder globalement la prise en charge à domicile en tenant compte des transmissions, à la fois des aides à domicile et des soignants. Elles permettent autant que de possible, de trouver une complémentarité dans leurs missions en vue de maximiser la prise en charge de la personne aidée.

Sur le plan social, ces rencontres nous permettent d'informer l'infirmière sur nos limites à la fois dans les moyens de solvabilisation du plan d'aide (qui parfois va compromettre le maintien à domicile et conduit à l'épuisement des aidants) et à la fois en terme de respect des choix de vie de la personne aidée.

Enfin, ces rencontres restent essentielles pour un partage de nos pratiques et pour détecter les situations de crises (épuisement des aidants, maltraitance, aggravation de l'état de santé...).

A noter, par ailleurs, que ce partenariat s'est naturellement concrétisé avec l'infirmière coordinatrice du SSIAD d'Aÿ et ce depuis sa création. Nous ne pouvons que nous féliciter de ce partenariat qui ne peut qu'optimiser la qualité de prise en charge de la personne âgée et de sa famille.

7/ Avec les professionnels de santé

Dès que la situation à domicile le nécessite, les coordinatrices contactent le médecin généraliste. La grande majorité d'entre eux est à l'écoute. Il transmet les informations utiles pour appréhender des situations à domicile complexes, ce qui permet par la suite de valider avec la personne âgée et son entourage, un plan d'accompagnement à domicile qui lui soit adapté.

Dans le cas où la personne âgée met en échec les aides proposées, le médecin réinterpelle la coordinatrice, et réciproquement, en fonction de l'évolution de la situation, tout en respectant le choix du patient, ainsi que son projet de vie, et des propositions concertées sont formulées.

Par contre, quand l'état de santé physique et/ou psychique remet en cause le maintien à domicile ou nécessite de renforcer les aides au quotidien, le médecin, autant que possible, participe aux synthèses organisées avec les professionnels intervenants et/ou intervient pour parfois prendre des décisions en urgence (hospitalisation, accueil temporaire...).

La grande majorité de ces échanges est riche et permet d'accompagner dans les meilleures conditions le maintien à domicile des personnes. Cette coordination est primordiale.

8/ Avec le Centre Hospitalier Auban Moët

Depuis le 19 septembre 2005, une antenne CLIC est mise en place au sein du CHAM dans l'objectif de préparer en amont, avec les équipes médicales, les retours au domicile des personnes âgées domiciliées sur le territoire d'intervention du CLIC. La permanence y est assurée du lundi au vendredi de 14h00 à 17h30.

Sa mise en place s'était réalisée avec l'appui et le soutien du Docteur Annie PARENT du Pôle d'Evaluation Gériatrique, et en lien avec le service social de l'hôpital.

Des réunions de travail ont été organisées en vue :

- de définir la place du CLIC au sein de l'hôpital,
- de travailler sur une fiche sociale s'intégrant dans le dossier médical de la personne âgée et ayant pour objectif de renforcer les liens avec les services et de définir plus clairement le projet de sortie du patient,
- de définir une méthodologie d'approche et de communication auprès des différents services de l'hôpital.

a) Place du CLIC au sein du CHAM

Notons qu'au cours de l'année 2008, quelques changements ont été opérés concernant l'organisation de l'antenne CLIC au sein du CHAM.

Il est tout d'abord à noter que le bureau a été transféré au 3^{ème} étage du bâtiment médecine, à proximité des bureaux du service HAD.

Par ailleurs, comme nous l'avons énoncé avant, il a été décidé que deux personnes uniquement seraient les interlocuteurs principaux sur ce site ; ce qui facilite l'identification du service social par le personnel hospitalier.

Ainsi, Mme ZMYSLONY a effectué les permanences du lundi et un vendredi sur deux et Séverine CHEF les après-midi du mardi au vendredi.

• Préparation des retours au domicile :

En accord avec Madame Catherine MAIER, assistante sociale du Centre Hospitalier, une répartition des missions s'est « opérée » avec le CLIC.

Le CLIC intervient auprès des patients âgés de plus de 60 ans résidants sur son secteur géographique, et émettant le souhait d'un retour à domicile.

L'intervention du CLIC est déclenchée soit à la demande du service hospitalier soit par l'intermédiaire d'un partenaire extérieur intervenant dans la prise en charge à domicile, mais avec l'accord préalable du chef de service où a été admis la personne.

De son côté, Madame MAIER intervient pour l'ensemble des patients hospitalisés quelque soit leur lieu de résidence, dès lors qu'une demande d'entrée en établissement d'hébergement est retenue. Par ailleurs, Madame MAIER organise les retours au domicile des personnes résidants hors du territoire couvert par le CLIC.

• Collaboration avec le nouveau service HAD :

Au cours du 4^{ème} trimestre 2009, l'Hôpital d'Epernay a mis en place un service d'HAD habilité à intervenir sur un périmètre d'intervention de 50 kilomètres autour d'Epernay.

Le CLIC avait été associé à l'élaboration de ce projet et a participé très activement à l'audit sur le service social mené par l'hôpital au cours du premier semestre 2009, avec pour objectif de définir notamment la répartition des tâches entre tous les temps "sociaux" existants et à venir dans l'établissement.

L'assistante sociale recrutée dans le cadre de l'HAD, à temps partiel, Madame DEVIE, a pris ses fonctions au premier novembre 2008.

Afin d'articuler nos missions respectives CLIC / HAD, nous avons commencé à ébaucher des propositions de collaboration et de répartition des missions avec l'équipe HAD, et sommes maintenant en attente d'une prochaine réunion de travail avec l'équipe de Direction de l'Hôpital qui permettra d'avaliser (ou de corriger) ces propositions.

b) Analyse de l'activité

Au cours de l'année 2008, l'antenne CLIC a été sollicitée pour **362 personnes** qui lui ont été orientées par différents partenaires :

Partenaires	Nombre de personnes
Services hospitaliers	111
CCAS d'Epernay	51
Champ âge vie	97
Familles Rurales	2
ADMR	5
SSIAD	9
Familles	64
Autre (foyers logements...)	22
TOTAL	362

Parmi ces patients, 99 nouvelles personnes nous ont été orientées cette année. On constate une hausse de 34% par rapport à l'année dernière, des nouvelles demandes sur le CHAM.

Cette hausse peut notamment s'expliquer par le fait que le service social du CLIC est reconnu par les différents services ainsi que par le personnel hospitalier (les appels deviennent systématiques lorsqu'il y a un besoin identifié, points réguliers avec les cadres de santé).

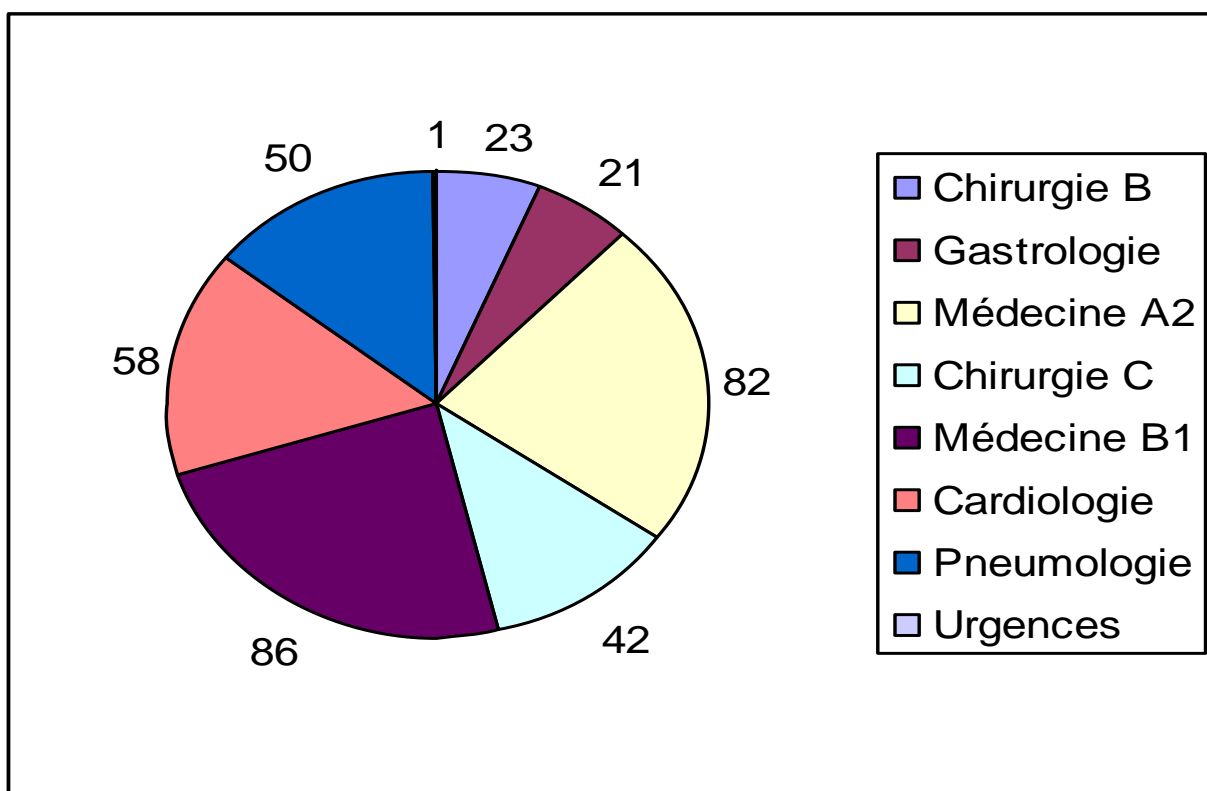
Le CLIC est également mieux identifié par les familles sur le CHAM ; ainsi, les familles n'hésitent pas à venir nous rencontrer directement au bureau.

- Orientation des services hospitaliers :

L'orientation des patients effectuée par les services hospitaliers s'est répartie de la façon suivante :

SERVICES	PERSONNES
Chirurgie B	7
Gastrologie	5
Médecine A2	26
Chirurgie C	16
Médecine B1	31
Cardiologie	11
Pneumologie	15

Répartition des personnes suivies par le CLIC dans les différents services hospitaliers



A la demande du chef de service, en lien avec le cadre de santé et l'équipe soignante, le CLIC a rencontré la majorité de ces personnes hospitalisées afin de cibler les besoins et d'adapter un plan d'aide à leur retour au domicile.

Lorsque le CLIC est informé d'une hospitalisation par un partenaire extérieur, il a été proposé d'utiliser la fiche d'environnement social intégré dans le dossier de suivi gériatrique. Cette fiche apporte à l'équipe médicale le détail des aides existantes à domicile avant l'hospitalisation ainsi que des notions sur la qualité de ces dernières.

Cette fiche a été déposée dans les services dans 90% des situations préalablement connues par le CLIC et signalées par un partenaire extérieur. Elle est reconnue par le personnel hospitalier qui a pu en retour, avec l'accord du chef de service, solliciter la coordinatrice du CLIC afin de réajuster le plan d'aide.

L'utilisation de cette fiche a contribué à renforcer les liens avec les équipes soignantes. Malheureusement, il subsiste encore un certain nombre de sorties non préparées (environ 30%), où le CLIC n'ayant pas eu l'information, n'a pas été en mesure de prévenir et d'activer les intervenants à domicile.

Comme convenu avec la Direction de l'Hôpital, le CLIC a régulièrement sollicité directement les cadres de santé afin de préparer au mieux les retours à domicile. Nous avons ainsi pu constater que tous se rendent disponibles pour favoriser ces échanges. Tout en respectant le secret médical, chacun a pu donner ses préconisations pour adapter un plan d'aide aux diverses pathologies et dépendances.

Ainsi, les différentes orientations après l'hospitalisation ont été les suivantes :

➤ **Retour à domicile : 225 personnes**

Parmi ces personnes :

- 55 ont bénéficié de la **mise en place** d'un plan d'aide
- 72 ont vu ce plan d'aide **augmenté**
- 86 ont **maintenu** les aides déjà mises en place avant l'hospitalisation
- 12 ont **refusé** la proposition d'aides

➤ **Décès : 30 personnes sont décédées au cours de leur hospitalisation**

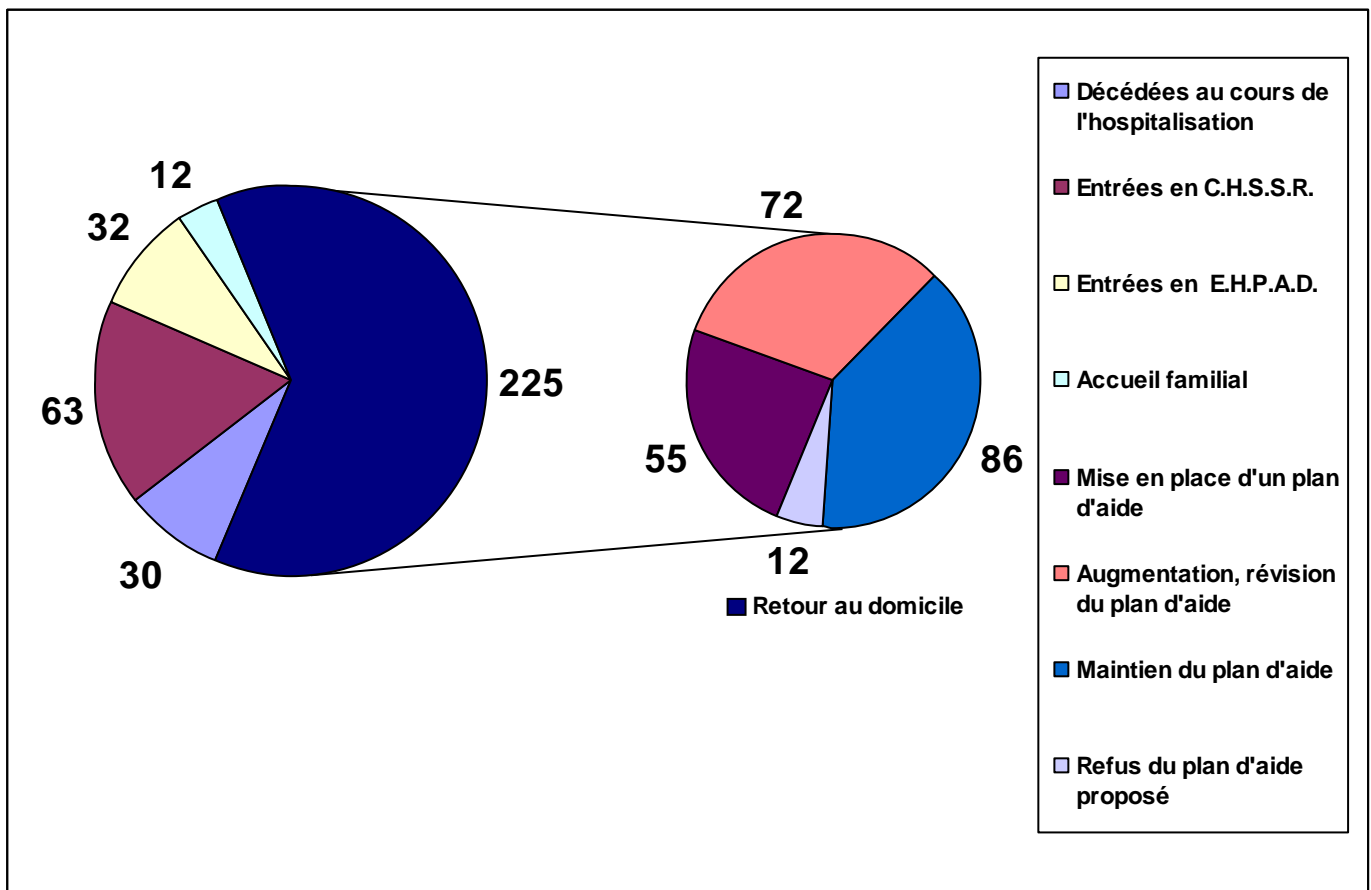
➤ **Entrées en CHSSR : 63 personnes**

➤ **Entrées en EHPAD : 32 personnes**

La plupart de ces personnes ont été orientées vers Mme MAIER afin d'effectuer les démarches relatives à ces orientations. Ainsi, nous avons pu échanger sur les démarches administratives déjà effectuées par le CLIC durant le maintien au domicile antérieur de la personne.

➤ **Autre (accueil familial...) : 12 personnes**

Orientations après hospitalisation



Lors des retours à domicile, le CLIC continue de suivre les personnes qui le souhaitent et qui en ont besoin. Ce suivi permet de réajuster le plan d'aide en fonction du logement et de l'évolution de l'état de santé de la personne.

En effet, il n'est pas évident pour la personne hospitalisée et / ou pour l'entourage de se projeter sur ses besoins futurs. Bien souvent, les familles que nous rencontrons minimisent les conséquences d'un retour à domicile non préparé au risque de privilégier, voire d'aggraver, l'épuisement de l'aidant principal.

En conclusion, les modalités d'échanges et de communication avec les équipes hospitalières et les équipes soignantes se sont aujourd'hui pleinement harmonisées. Elles nous permettent de plus en plus d'introduire une dimension sociale dans l'accueil du patient.

Cependant, la réglementation du secteur sanitaire, les impératifs liés au secret médical, les contraintes inhérentes à la tarification des soins, et les obligations liées aux durées de séjour demeurent encore souvent des freins à une organisation adaptée au retour à domicile.

Ce qui peut être lourd de conséquences pour le patient et son entourage : réhospitalisation, absence de prise en charge à domicile, altération de l'état de santé, chutes, épuisement des aidants familiaux, entrée en établissement.

Le travail réalisé au cours de cette année nous apparaît satisfaisant, en espérant que cette perception soit partagée par les équipes hospitalières, et nous incite à poursuivre et à tenter d'optimiser encore la prise en charge de nos aînés.

9/ Avec le Centre de Soins de Suite et de Réadaptation de Sainte Marthe

Une permanence hebdomadaire à la Maison de Convalescence permet de préparer les retours à domicile des personnes âgées accueillies en soins dans cette structure.

Après cinq ans de recul, nous pouvons révéler l'intérêt de mettre en synergie l'évaluation médico-sociale du patient hospitalisé en vue de définir avec lui et son entourage, un projet de vie adapté à son autonomie en tenant compte de ses choix, de ses conditions de vie et de ce qu'il est prêt à accepter. Chaque semaine, le Docteur VIGNON (Médecin coordinateur) en lien, Madame BARTHELEMY (cadre de santé) et Madame GUILLEMINOT (secrétaire médicale), échangent avec la coordinatrice sur les nouvelles entrées des patients résidant sur le secteur du CLIC, et qui expriment le projet d'un retour à domicile.

Au regard du motif d'hospitalisation, une première évaluation de l'état de santé physique et psychique est réalisée par l'équipe médicale avec une pré-définition d'un plan d'accompagnement à domicile qui va être proposé à la personne âgée. La coordinatrice va de son côté finaliser le projet de sortie qui va passer par un travail d'écoute, d'information et d'orientation vers les différents professionnels susceptibles d'intervenir, tout en cherchant l'ensemble des solutions de solvabilisation du plan d'aide.

La richesse de ce partenariat repose sur une volonté commune de travailler dans ce sens dans l'intérêt du patient. Dans certaines situations, le médecin propose à la famille et/ou à la personne âgée, une rencontre simultanée avec la coordinatrice ce qui permet d'entendre ses inquiétudes, sa souffrance, sa culpabilité, de lui faire part des solutions éventuelles tout en leur proposant de les accompagner dans les démarches. Ces rencontres permettent de rassurer les familles et de tenir un discours commun constructif et rassurant pour la personne âgée et son entourage.

Chaque sortie est ainsi personnalisée, réadaptée dans le temps en fonction de la phase de rééducation en lien avec le kinésithérapeute, ce qui permet de définir les aides techniques et humaines à prévoir à la sortie. Ces dernières seront par la suite réévaluées au domicile dans le cadre du suivi par la coordinatrice en lien avec les professionnels intervenants.

Pour les personnes âgées déjà suivies par le CLIC, la prise en charge reste simplifiée dans la mesure où, bien souvent, un plan d'aide est déjà existant (même s'il est provisoirement suspendu) et accompagné de son financement. La coordinatrice va informer les médecins sur la « qualité » du maintien à domicile et vérifier si au regard du « contexte médical », ce dernier semble à nouveau possible à réorganiser, avec ou non une réadaptation du plan d'aide en cours.

Dans certaines situations, la coordinatrice va s'autoriser à faire part de ses inquiétudes face à un retour à domicile qui antérieurement restait inadapté et précaire pour diverses raisons médico-sociales. Pour ces patients, la coordinatrice se repose essentiellement sur l'évaluation réalisée par les médecins. Le choix du patient demeure cependant toujours privilégié sous réserve que ce dernier possède l'ensemble de ses facultés mentales.

Enfin, ce partenariat a pour objectif, autant que possible, de réduire le temps de séjour, tout en privilégiant un retour au domicile adapté et de limiter les risques de rechutes ou de réhospitalisation.

La difficulté majeure demeure auprès de l'entourage familial qui parfois reste lui-même fragilisé, restreint, géographiquement éloigné, voire inexistant.

Au cours de l'année 2008, la coordinatrice a répondu à :

- **340 demandes** de personnes âgées hospitalisées à Sainte Marthe dont **255 nouvelles demandes**.

- **459 entretiens** ont été menés auprès de **220 personnes** prises en charges majoritairement sur un niveau 3 et 2.

Contrairement à l'année précédente, il y a eu moins de personnes âgées hospitalisées à Sainte Marthe demeurant sur le secteur d'intervention du CLIC.

10/ Avec les établissements d'hébergement

Au-delà de l'accompagnement de la personne aidée et de sa famille vers un accueil permanent, le partenariat existant avec les différentes structures a permis de répondre à des accueils temporaires parfois en urgence, en vue de pallier l'absence ou l'épuisement de l'aidant principal, ou une défaillance momentanée des services de maintien à domicile.

Ces prises en charge se sont réalisées en lien direct avec les médecins coordonnateurs et gériatres, qui ont accompagné le référent CLIC à domicile et/ou en milieu hospitalier en vue de faire l'évaluation et de préparer l'admission dans les meilleures conditions.

Autre solution proposée aux personnes aidées, l'accueil de jour ayant pour objectif de familiariser la personne âgée avec l'institution tout en permettant à l'aidant principal de «souffler», ou à la personne âgée isolée de rompre la solitude et l'isolement. Les différentes expériences montrent l'intérêt d'une telle prise en charge à condition que celle-ci soit proposée avant que la dépendance ne soit trop accentuée, et à un stade précoce pour les personnes présentant des troubles psychiques de type démentiel. Toutefois, ce type d'accueil, pour se développer, doit se faire largement connaître du « public » et des professionnels.

Il a cependant été favorisé grâce à la mise en service du TPMR, depuis septembre 2004, sous la responsabilité de la Communauté de Communes d'Epernay et du GIHP de Reims, qui a permis de résoudre le problème du transport, qui demeure un obstacle majeur à la mise en place d'un accueil de jour, pour une partie du moins du territoire du CLIC.

Il reste à espérer que progressivement une extension de ce service puisse voir le jour sur l'ensemble du territoire, voire même au-delà afin d'être en mesure de recourir aux services d'établissements non implantés sur le secteur mais offrant des prestations intéressantes pour les personnes âgées.

11/ Avec JALMALV

L'antenne locale Ay et Epernay au cours de l'année 2008 est restée en « sommeil » compte tenu de l'absence de la bénévoles locale pour des raisons familiales.

Néanmoins, le CLIC à la demande de Mademoiselle GARNIER Claudine Présidente de l'association JALMALV SPAM s'est associé à l'organisation d'une conférence sur le thème

« Quel accompagnement en fin de vie »

animée par Madame RAIMOND Geneviève, Cadre de Santé du service Hospitalisation à Domicile au sein du Centre hospitalier Auban Moët d'Epernay, par Monsieur LESAFFRE Patrick bénévole accompagnant et Madame ZMYSLONY Myriam en qualité de membre de l'association JALMALV SPAM.

Cette dernière s'est organisée le 20 Novembre dernier sur la commune de Oiry, et a réuni près d'une trentaine de participants.

Pour l'année à venir, Mademoiselle GARNIER souhaite reprendre contact avec l'ensemble des Médecins et Cadres des Services Hospitalier de courts séjours et de Gériatrie de l'Hôpital d'Epernay ainsi que les Etablissements de retraite du secteur afin de les informer :

- de l'accompagnement et du soutien que les bénévoles formés peuvent apporter auprès des personnes atteintes de maladie grave, des personnes en fin de vie et de leurs proches ;
- de leur mission de sensibilisation du public aux questions relatives à la fin de vie, à la souffrance, à la mort au travers de conférences, débats, réunions d'information, etc...

Le CLIC reste bien entendu à la disposition de l'association pour les aider si besoin au développement de leur antenne locale.

Une rencontre avec le Docteur BETBEZE cadre de santé en service de pneumologie du CHAM et Madame RAYMOND nous a permis de définir la place de JALMALV auprès du patient dans son cadre de vie (au moment de son retour à domicile) et le plus précocement possible.

Nous saluons la poursuite de cette collaboration.

CHAPITRE IV : LES EVALUATIONS GLOBALES CRAM

A la demande de la CRAM du Nord-Est, nous avons accepté d'effectuer depuis le 1^{er} Avril 2006, à titre expérimental, pour un an, les évaluations globales des besoins pour toutes les personnes âgées de 55 ans et plus, socialement fragilisées, vivant à domicile ou dans un logement-foyer et relevant d'un droit propre majoritaire au régime général.

Cette demande correspondait aux orientations nationales de la CNAV et avait vocation à être généralisée sur l'ensemble du territoire national. La CRAM du Nord-Est se donnait comme objectif de mailler, dès 2006, le territoire Marnais, en passant convention avec différents prestataires, dont en priorité, les CLIC de Niveau 3.

L'évaluation globale repose sur l'analyse des conditions de vie d'environnement de la personne âgée, ainsi que de son degré d'autonomie. A l'issue de l'évaluation, un plan d'action personnalisé est proposé et validé par la personne âgée permettant une prise en charge globale et une diversification des réponses apportées dans le but de favoriser son maintien à domicile.

Depuis 2008, une nouvelle convention portant sur l'évaluation des besoins des retraités, l'élaboration, la valorisation et le suivi du Plan d'Actions Personnalisé (PAP) a été signée. Elle a pour objet de fixer les conditions dans lesquelles la CRAM du Nord-Est confie au CLIC la mission d'évaluer à leur domicile les besoins des retraités, d'élaborer un PAP, de le chiffrer en euros et de contribuer à son suivi.

A/ METHODOLOGIE

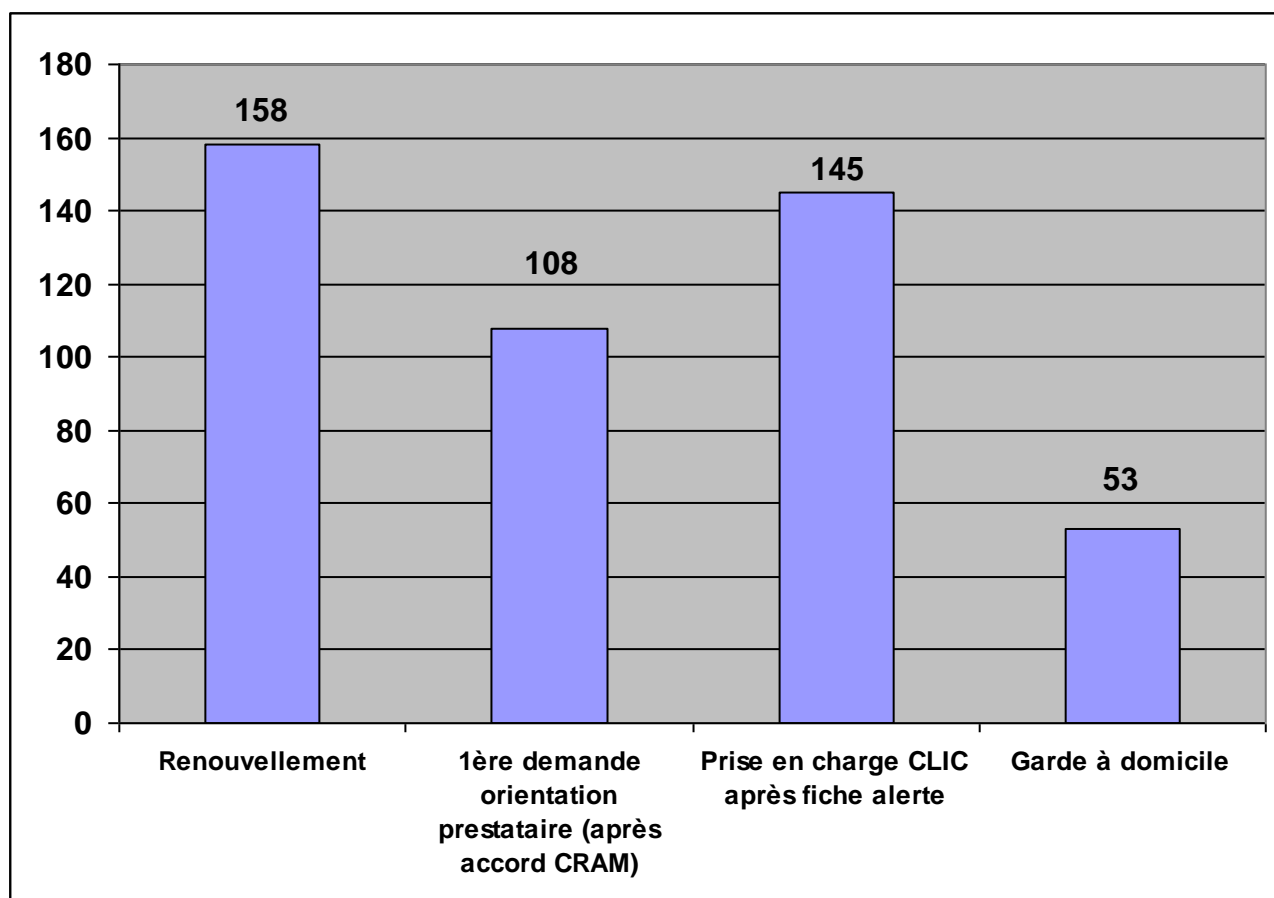
Les coordinatrices peuvent intervenir dans trois situations :

- à la demande de la CRAM du Nord-Est, pour toutes nouvelles personnes prises en charge par le CLIC directement, pour lesquelles un dossier administratif a été constitué au préalable ;
- à la demande des services d'aide à domicile qui ont la possibilité de nous solliciter pour toute nouvelle demande de prise en charge, sous réserve alors d'obtenir l'accord préalable de la CRAM du Nord-Est d'effectuer l'évaluation et / ou dans le but de procéder à une nouvelle évaluation, en cas d'hospitalisation, d'aggravation de l'état de santé ou de changement de l'environnement familial ;
- à la demande de la CRAM du Nord-Est qui, chaque mois, nous adresse la liste des bénéficiaires en vue d'un renouvellement de leur prise en charge.

Dans les deux derniers cas, la coordinatrice va préalablement contacter le service d'aide à domicile qui intervient afin de lui proposer, s'il le souhaite, de participer à la visite à domicile. Cette démarche a été favorablement accueillie par les partenaires qui se sont toujours investis dans leurs missions. Enfin, pour les personnes âgées et leur famille, cela a permis de distinguer la complémentarité des missions du CLIC et de celles du service prestataire d'aide à domicile.

Ces rencontres ont aussi, dans certains cas, permis aux partenaires de découvrir la démarche globale d'évaluation et les différentes solutions pouvant être proposées.

B/ ANALYSE DE L'ACTIVITE



Au cours de l'année 2008, les coordinatrices ont constitué **312 dossiers** (soit 43 dossiers de moins qu'en 2007) et rencontré **290 personnes âgées** dont :

- 204 sur la ville d'Épernay,
- 26 sur le Canton d'Épernay (y compris Oiry et Plivot),
- 22 sur la ville d'Aÿ,
- 58 sur le Canton d'Aÿ,
- 02 sur le Canton d'Avize.

Pour **158 personnes**, le CLIC est intervenu à la demande du service ASSPA de Nancy, en vue de procéder au renouvellement de leur prise en charge d'aide à domicile.

Par ailleurs, **79 personnes** ont fait l'objet d'une première demande au titre d'un PAP, et 53 au titre d'une prestation de garde à domicile (dont 225 personnes étaient déjà connues du service).

Concernant l'ensemble des personnes âgées rencontrées :

- **108 d'entre-elles** orientées par l'intermédiaire des professionnels (19 par le CCAS d'Épernay, 7 par l'ADMR, 8 par Familles Rurales 4 par le Conseil Général, 2 par l'Association du CEP Agéen, 19 par le service social de la CRAM et/ou ASSPA, 1 par un médecin, 45 dans le cadre d'une hospitalisation et 3 autres partenaires),
- **53 demandes** de garde à domicile ont été formulées, ayant conduit à 1 rejet de la part de la CRAM. Les personnes étaient sur une perte d'autonomie de GIR 4, relevant donc de la compétence du Conseil Général,
- **145 demandes** directement instruites par le CLIC après accord CRAM dans l'objectif de mettre en place un plan d'aide personnalisé. Pour 24 d'entre elles, c'est la personne elle-même ou son entourage qui a sollicité le CLIC directement.

Sur l'ensemble des **290** personnes âgées, **18 d'entre-elles** ont fait l'objet d'une prise en charge au titre de l'APA, principalement au terme de leur droit à une prestation de garde à domicile.

Contrairement à l'année dernière, on observe une proportion de personnes aidées équivalente pour lesquelles majoritairement leurs besoins à domicile n'ont pas évolué. Nous présumons donc que le plan d'accompagnement personnalisé mis en place et articulé par la coordinatrice du CLIC en lien avec les différents partenaires était adapté.

Depuis juin 2007, la CNAV au travers de la circulaire du 02 février 2007 a défini les conditions de mise en œuvre du dispositif d'évaluation des besoins des retraités et des plans d'aide personnalisé (PAP). Elle a introduit de nouveaux supports et outils au service de l'adaptation et de la qualité de l'aide au maintien à domicile, de façon à contribuer au mieux à la satisfaction des besoins des « retraités ».

Comme pour l'ensemble des situations que nous sommes amenés à prendre en charge, nous procédons donc à l'évaluation de la situation des personnes en prenant en compte un ensemble de besoins et d'éléments : les conditions de vie, l'environnement social et familial de la personne âgée, ainsi que sur l'évaluation de son autonomie.

Par ailleurs, parmi les nouveaux outils, notons que la grille AGGIR est devenue l'outil de "girage" commun au Conseil Général. Nous utilisons donc aujourd'hui les mêmes critères d'évaluation de l'autonomie et nous évitons ainsi les « allers retours » entre les institutions dans l'intérêt de la personne aidée comme nous l'avons souligné lors de notre rapport d'activité 2006.

La mise en place d'un plan d'accompagnement personnalisé est soumise à une procédure d'évaluation stricte pour laquelle la CRAM a édité un guide de l'évaluation regroupant un ensemble de recommandations afin de s'assurer que les structures évaluatrices exécutent leurs missions dans le cadre des engagements formalisés par la convention spécifique conclue avec la caisse régionale.

La convention et le cahier des charges rattachés à ce guide décrivent les règles qu'il appartient à la structure d'évaluation de suivre. La CRAM, par ailleurs, souligne l'importance de deux principes :

- Les préconisations de l'agent évaluateur doivent tenir compte à la fois de l'offre existante de services et des souhaits exprimés par le retraité quant au choix de mode de prise en charge de ses besoins;
- Le coût total de ces préconisations ne doit pas dépasser le montant plafond (actuellement de 3000 euros par an et par personne) fixé par la circulaire CNAV 2007-16 du 2 février 2007 .

C/ LA PROCEDURE

♦ L'instruction des dossiers de demande et d'évaluation des besoins :

Depuis juin 2007, le CLIC n'est plus en mesure de procéder à une évaluation des besoins sans accord de la Caisse Régionale. Toute nouvelle demande de prise en charge doit donc faire l'objet d'une instruction d'une demande administrative préalable par la personne âgée (qui peut se faire accompagner par un professionnel ou un membre de sa famille). Dès réception du dossier complet, et dans un délai plus ou moins long (au minimum deux mois si la situation n'a pas de caractère d'urgence), la CRAM va mandater le CLIC pour procéder à l'évaluation à domicile. Elle informe par ailleurs la personne par courrier que la structure évaluatrice va la contacter pour convenir d'un rendez vous.

A noter, que dans le cas où le dossier est incomplet la CRAM notifie à la personne les pièces complémentaires à fournir (sans en informer le CLIC), ce qui peut retarder d'autant plus les délais de prise en charge.

Dès réception du fax, le CLIC doit obligatoirement proposer un rendez vous à la personne par téléphone et le lui confirmer par courrier. La visite à domicile doit se faire impérativement dans les 15 jours qui suivent le « mandat ».

♦ L'évaluation des besoins :

Le guide pratique mentionne que l'évaluateur doit "*se munir de son attestation d'évaluation*" et doit "*formuler de façon simple et claire l'objet de sa visite*". Dans une durée d'évaluation "*raisonnable et adaptée*" il est demandé impérativement à l'évaluateur de constater l'adaptation du logement. Pour cela, chaque pièce de vie doit être visitée (avec l'accord du retraité et dans le respect de sa vie privée) de manière, précise la CRAM, à ne pas se reposer sur les déclarations de la personne âgée qui peuvent ne pas être suffisantes.

♦ La mise en place du PAP

Ce dernier regroupe un certain nombre de services qui peuvent répondre aux besoins de la personne âgée et garantir son maintien à domicile en contribuant au maintien de son autonomie et à rompre le lien social.

Le rôle du CLIC après évaluation de l'autonomie et de l'environnement social et familial de la personne doit proposer à celle-ci un certain nombre de solutions et doit l'informer sur l'ensemble des services existants sur leur fonctionnement et sur leur coût. Il doit ensuite définir le plan d'accompagnement personnalisé en calculant sur l'année le coût d'intervention de chaque intervenant et le montant de participation de la personne.

Après envoi du dossier d'évaluation des besoins du retraité et d'élaboration du PAP, la CRAM du Nord-Est va établir le PAP définitif et ce, dans des délais plus ou moins définis. Cependant, nous sommes confrontés au fait que nous ne réceptionnons pas les accords régulièrement et que parfois ces derniers sont différents de ceux adressés aux bénéficiaires et / ou aux services d'aide à domicile.

Le CLIC s'engage à reprendre contact avec le retraité auprès de qui l'évaluation a été effectuée ou le service d'aide à domicile qui intervient, après la réception de la notification dans le cadre du suivi du PAP (sous réserve de sa réception).

Un réexamen de la situation et des besoins du retraité intervient au bout d'un an, dans le cadre du renouvellement de son PAP, à l'initiative du service ASSPA de Nancy.

Enfin, en cas de changement de situation du retraité au cours de la prise en charge (hospitalisation...) de nature à constituer une rupture dans ses conditions de vie, la CRAM du Nord-Est, si elle le juge nécessaire, a la possibilité de procéder à un ajustement du PAP en cours ou le CLIC peut constituer un dossier de Garde à Domicile (aide financière ponctuelle destinée à financer un service d'aide à domicile) dans le but de favoriser le retour à domicile de la personne ou pallier à l'absence momentanée de l'entourage.

D/ CONSTATS ET ANALYSE

Notre premier constat sur la procédure que nous venons de décrire et la lourdeur administrative du dispositif (saisine CLIC → fiche alerte CRAM → mandatement → téléphone → courrier → visite → instruction administrative), qui génère à la fois des délais importants avant toute prise en charge, en plus de la complexité du fonctionnement.

Notre rencontre avec la personne âgée, outre le fait qu'elle va aboutir à une proposition de plan d'aide, doit être avant tout orientée autour de l'écoute des besoins et du soutien.

Pour pallier aux dysfonctionnements que nous avons identifiés dans la procédure (délais dans la saisine de l'évaluation par la CRAM, pièces complémentaires demandées en parallèle aux usagers sans information à l'évaluateur, délais parfois longs dans l'obtention des accords, PAP parfois divergents entre les notifications au CLIC et les notifications aux bénéficiaires, etc...), nous avons été amenés à plusieurs reprises à activer d'autres aides sociales ponctuelles (CPAM, Office nationale des anciens combattants, etc...) dans la mesure du possible, pour ne pas retarder les interventions des services nécessaires.

Dans certaines situations, les personnes ont suspendu les interventions au détriment de leurs besoins, ou bien ont maintenu, faute de ne pas avoir d'autres alternatives, dans des conditions financières parfois difficiles.

Ces difficultés prennent d'autant plus d'ampleur lorsque nous sommes amenés à prendre en charge des situations de crises à domicile ou dans le cadre de sorties d'hospitalisation non préparées.

En effet, des situations difficiles demeurent. Pour exemple, que faire lorsqu'une personne âgée est temporairement handicapée à cause de crises « articulaires », qui, avec un traitement médicamenteux, lui permettrait un retour à l'autonomie initiale, sous réserve toutefois d'être aidée durant cette période de crise ?

L'évaluation globale de cette personne va faire apparaître un "girage" GIR 4, qui ne permettra pas une prise en charge CRAM, ni au titre de l'aide ménagère, ni au titre de la garde à domicile s'il n'y a pas d'hospitalisation préalable. La constitution d'une demande d'APA suivie de son instruction va nécessiter au minimum un délai de 2 mois avant une évaluation à domicile qui aura de forte chance d'aboutir à un GIR 5, et générera un rejet nécessitant une réorientation vers la CRAM.

Comment raisonnablement expliquer aux personnes âgées une telle complexité de fonctionnement, tandis que leur préoccupation, bien légitime, est d'être soutenues et aidées, sur le fond, bien souvent, d'une angoisse liée à leurs difficultés de santé, à leur âge ou à leur isolement ?

Elaboration des plans d'aide au domicile des personnes :

Nous avons vu que le guide méthodologique de l'évaluateur nous invite à élaborer le plan d'aide proposé à la personne âgée, dès la visite d'évaluation ainsi qu'à en estimer le coût sur l'année, le reste à charge...

Outre la complexité administrative que l'on peut imaginer d'élaborer d'emblée un plan d'aide et de le chiffrer (ce qui donne à notre visite d'évaluation une dimension plus administrative que sociale), la démarche est souvent difficile.

Les personnes ne se projettent pas si aisément que cela dans les douze mois à venir, et elles peuvent avoir beaucoup de difficultés à valider d'emblée une aide dont on peut en avoir présumé la nécessité, mais qu'elles ne sont pas nécessairement prêtes à valider de prime abord.

De plus, il nous est demandé de nous en tenir à l'enveloppe prévue de 3000 € par personne et par an, quel que soit bien entendu les besoins réels de la personne. Cette enveloppe peut s'avérer parfois insuffisante à priori, et il demeure difficile de donner une priorité au financement d'un service plutôt qu'à un autre, si tous correspondent à un besoin.

Cet impératif est antinomique avec la nécessité d'évaluer les besoins et de les transcrire.

Par ailleurs, nous n'avons jamais de certitude lorsque nous sommes au domicile des personnes que les services nécessaires seront en capacité d'intervenir, et il nous est impossible, sans cette garantie d'évaluer un coût réel. Or, notre préoccupation est bien de nous assurer de la faisabilité de la mise en place du plan d'aide autour de la personne tout en privilégiant les relations avec les partenaires et plus particulièrement les services prestataires d'aide à domicile.

En résumé, il est très souvent difficile d'établir le PAP définitif au domicile. Il nous semble préférable de finaliser la prise en charge par l'articulation concrète du PAP dès son acceptation et rester dans une relation d'écoute et d'empathie avec la personne aidée qui cerne avec beaucoup de difficulté le dispositif.

De plus, en 2008, pour tenir compte de l'incidence financière des différentes mesures, la CNAV a augmenté rétroactivement le montant de sa participation horaire au paiement des heures des aides ménagères à domicile. Le barème de ressources et de participation applicable en 2009 aux retraités a été revalorisé de 1,9 %. De ce fait, au maximum, la CRAM n'accorde plus que 13 heures par mois d'aide à domicile (pour rester dans l'enveloppe des 3000 € annuel maximum).

A cela, s'ajoute la suppression de la prestation de garde à domicile depuis le 12 décembre dernier. Par conséquent, aujourd'hui, faute de signature de la convention PRDH (Prestation de Retour à Domicile après Hospitalisation) avec les établissements hospitaliers sur le territoire du CLIC, nous nous trouvons totalement démunis pour répondre à toutes les situations de crise et d'urgence telles que les sorties d'hospitalisation.

A ce jour, il est trop tôt pour mesurer les conséquences de ces nouvelles directives et l'absence de prestations d'urgences adaptées. Mais, il est à prévoir qu'un grand nombre de nos personnes aidées seront dans l'incapacité de financer seules le plan d'aide d'urgence (en attendant une éventuelle ouverture de droit APA au minimum dans les 2 mois ou un "PAP classique"). En découleront certainement, soit une mise en échec des solutions proposées au risque d'aggraver le contexte de fragilité dans lequel se trouve la personne âgée, voire d'induire une (ré)-hospitalisation, soit un épuisement plus conséquent des aidants naturels.

CHAPITRE V : BILAN 2008

PRINCIPALES REALISATIONS DE L'ANNEE

La masse croissante d'activité auprès des personnes âgées, en 2008 ne nous a pas laissé beaucoup de disponibilités pour mener de front de multiples actions collectives ou de prévention.

Toutefois, nous avons poursuivi nos travaux au travers de :

- la poursuite des ateliers de prévention, délocalisés sur les communes ;
- l'aide aux aidants ;
- la reprise des groupes de travail, à l'issue de la restitution de l'évaluation du CLIC par la Fondation Nationale de Gérontologie.

A/ ATELIERS D' ACTIONS DE PREVENTION

Les actions d'information et de prévention menées depuis plusieurs années à l'initiative du groupe de travail « Prévention » ont été relancées depuis 2007 sur une nouvelle thématique : "l'adaptation du logement".

Force est de constater que, trop souvent, dans les prises en charge individuelles, lorsque le logement est devenu inadapté aux personnes âgées, du fait de leur perte d'autonomie, d'une chute ou d'un accident de la vie, il est souvent un peu tard pour imaginer de transformer le cadre de vie ou de réaliser certains travaux.

Des adaptations bien sûr sont toujours proposées, tant que de nécessaire avec notamment le soutien des ergothérapeutes de la Mission Relais, et/ou des techniciens du COMAL PACT 51. Mais les personnes âgées opposent davantage de résistance à bouleverser leur intimité, leur intérieur, lorsqu'elles sont déjà fragilisées par une perte d'autonomie ou une santé précaire.

Le groupe de prévention s'est donc attaché à imaginer des conférences pouvant intéresser les seniors, tout aussi bien que les plus âgés. Toutefois, pour aborder le sujet, il nous a semblé pertinent de travailler d'emblée sur une approche plus psychologique du sujet :

- Pourquoi n'anticipe-t-on pas l'adaptation de son logement ?
- Pourquoi n'imagine-t-on pas, lorsque l'on est autonome, un logement qui puisse demeurer facile à vivre plus tard ?
- Pourquoi tant de difficultés à projeter son propre vieillissement et ses conséquences possibles sur sa vie quotidienne ?

Le postulat du groupe reposait sur le fait qu'il est impossible de faire passer correctement un message dès lors que de nombreux freins psychologiques freinent la perméabilité de l'écoute.

Les ateliers, nommés :

« Un habitat facile à vivre aujourd'hui comme demain »

ont pris donc en compte cette dimension, et abordaient tout à la fois l'aspect du vieillissement, les difficultés à l'anticiper, mais aussi les différentes adaptations possibles, à la fois de l'habitat, mais aussi des gestes quotidiens, avec en particulier l'apport de l'ergothérapie.

Le postulat essentiel étant de laisser la personne âgée demeurer acteur de ses choix, de ses décisions.

Ainsi, avons-nous choisi une professionnelle de la relation et lui avons laissé le soin de débiter ces ateliers par la notion de perception du vieillissement, les représentations que chacun peut en avoir, les « dangers » qui guettent les retraités, qui peu à peu coupent les liens avec « la société » notamment lorsque cesse la vie active, risquant de perdre aussi leur pouvoir de décision, et de ne plus être acteurs de leurs choix.

Il nous paraissait essentiel de faire passer ce message afin que le public présent sur ces ateliers prenne conscience de l'importance de demeurer actif dans ses décisions pour continuer à s'approprier son propre projet de vie.

Intervenait ensuite une ergothérapeute qui présentait sur écran informatique, la visite d'une maison dans laquelle on peut petit à petit se mettre en sécurité, avec les adaptations ou les aménagements orientés selon les déficits repérés.

Elle présentait également un panel d'aides techniques pouvant améliorer les tâches de la vie quotidienne (enfile-bas à varices, couverts adaptés, siège de bain...) laissant entrevoir que l'adaptation du quotidien passe aussi par de petits équipements, ne bousculant pas le cadre quotidien et familial, et ne stigmatisant pas le handicap généré par une perte d'autonomie.

Enfin, l'intervention de l'ergothérapeute était complétée par celle de la conseillère du COMAL PACT qui allait développer les aménagements plus conséquents d'un logement, leur réalisation technique, leurs financements, et tous les conseils indispensables avant de réaliser des travaux d'aménagement.

La Coordinatrice du C.L.I.C concluait chacun de ces ateliers délocalisés, rappelant l'existence du service et sa mission auprès des personnes âgées, notamment sur cet aspect d'aménagement du domicile et d'adaptation du quotidien.

Les intervenantes repérées pour ces ateliers exerçaient en partie en libéral, et le soutien financier sollicité auprès de la CNSA était destiné à financer leurs prestations.

En revanche, nous avons toujours été accueillis gracieusement par chacune des communes où nous nous sommes rendus. Toutes ont mis à notre disposition, un local adapté (Foyer Rural, Salle des Fêtes) et nous ont offert systématiquement le petit goûter convivial qui venait achever ces ateliers, et permettait de poursuivre les échanges avec les différents intervenants, en abordant des questions plus personnelles.

Notons enfin que plusieurs supports diaporama ont été créés cette fois encore par les intervenantes. Ils ont été modifiés, complétés, et améliorés au fil des ateliers, selon les questions posées, et les demandes formulées. Ils sont devenus au terme de ce nouveau cycle de mini-conférences un nouvel outil pédagogique pouvant être le support à des actions de prévention similaires sur d'autres territoires.

❖ Bilan de l'action

Au total, 17 ateliers ont été réalisés, dont un, le dernier, l'a été dans le cadre d'une après midi thématique, réunissant de nombreux partenaires au cours de la semaine bleue 2008 à Epernay.

Ces ateliers se sont égrenés sur les communes de :

PIERRY
MOUSSY
CHAMPILLON
CUMIERES
EPERNAY
AMBONNAY
MARDEUIL
BISSEUIL
TAUXIERES
AY
MAGENTA
EPERNAY
OIRY
DIZY
SAINT IMOGES
SAINT MARTIN D'ABLOIS
PALAIS DES FETES EPERNAY

et ont réuni au total 470 personnes.

Il est plus difficile, en revanche, de quantifier le nombre de personnes qui ont pris contact avec le CLIC pour des informations, ou des renseignements uniquement après avoir lu les articles de presse sur ces ateliers, voire celles qui ont pris contact directement avec le COMAL-PACT.

Les partenaires sur le terrain ont été très impliqués en relayant l'information auprès de leurs usagers (services d'aide à domicile, clubs du 3^{ème} âge...) ou de leurs habitants (Mairies, Adjointes aux affaires sociales...).

Plusieurs articles ont été publiés dans les journaux locaux, municipaux, spécialisés (bulletins des caisses de retraite par exemple), etc.

A l'issue des ateliers, une communication était presque systématiquement réalisée dans la presse.

Enfin, à l'occasion de la dernière séance, qui a été organisée **le jeudi 23 octobre** à Epernay, dans le cadre de la Semaine Bleue, de nombreux partenaires sont venus tenir des stands pour présenter leurs services (Conseil Général de la Marne, Service Social de la CRAM, Service Social AG2R, Service Social MSA, Service Social SNCF, Service 3^{ème} âge du CCAS d'Epernay, Service de Consultation Mémoire du Centre Hospitalier d'Epernay, Matériel médical, CODES 51, etc...).

Le médecin gériatre, responsable de la Consultation Mémoire du Centre Hospitalier est venu enrichir l'après midi par une intervention ciblée autour du vieillissement organique, des précautions à prendre et de la nécessité d'anticiper l'aménagement de son domicile pour éviter chutes, fractures, inaccessibilité...

Nous avons réalisé un « press-book » de tous les articles parus à l'occasion de cette campagne d'information et de prévention.

Au-delà de la sensibilisation des personnes âgées, de leurs familles, des seniors, le partenariat tissé avec l'ensemble des services d'aide à domicile, clubs du 3^{ème} âge, associations de personnes retraitées... a permis de diffuser l'information très largement, et de sensibiliser de façon beaucoup plus systématique tous ces acteurs aux contraintes et aux nécessités d'adaptation du logement des personnes âgées, mais aussi et surtout à l'intérêt de savoir l'anticiper.

Ces ateliers prévention habitat ont sans aucun doute contribué à la bonne information des acteurs professionnels et bénévoles, des aidants, à une sensibilisation des seniors qui y ont participé et ont eu un impact sur le public participant.

Il est évident que modifier son cadre de vie, accepter des aménagements du fait de son âge ou de sa perte d'autonomie, et même pouvoir anticiper son propre vieillissement sont autant d'étapes difficiles à franchir.

Ces actions préventives avaient l'ambition de baliser un peu le chemin pour y parvenir.

B/ L'AIDE AUX AIDANTS

A l'initiative des services d'Action Sociale de la CRAM et de la MSA le CLIC a été associé à la mise en place d'un programme d'information et de sensibilisation destiné aux aidants familiaux d'un proche âgé en situation de dépendance.

Le démarrage de cette action s'appuyait sur les constats partagés au sein de l'équipe des travailleurs sociaux de la CRAM, de la MSA et du CLIC quant à la charge des aidants familiaux.

Ce partenariat a porté sur le signalement des situations, sur la prise de contact individuelle afin d'analyser la situation, identifier les besoins spécifiques des personnes signalées, adapter l'action aux besoins recensés, organiser la sensibilisation, évaluer l'action, assurer un soutien individuel spécifique si nécessaire.

En vue de vérifier les constats de départ, une démarche de détection des aidants s'est instaurée à l'issue de laquelle, au-delà de l'accompagnement individualisé, deux types de rencontres ont été organisés :

- dans un premier temps, un module thématique permettant de réunir les participants autour d'un professionnel (médecin gériatre, kinésithérapeute, psychologue...) afin de répondre à leurs préoccupations pratiques.
- Dans un deuxième temps, un groupe de parole destiné à apporter un soutien moral grâce à l'appui du groupe.

Les objectifs de cette action étaient à la fois :

- d'accompagner les aidants familiaux et /ou naturels auprès des personnes âgées dépendantes en leur apportant un soutien individuel et de groupe ;
- de permettre aux aidants de prendre conscience de l'importance de leur rôle d'aidants, mais aussi de la nécessité d'accepter leurs propres limites afin de les convaincre de faire appel à l'ensemble des dispositifs et aides existantes, et d'apprendre à se ménager.

Le bilan de cette action est très positif car il a permis de réunir 94 participants avec une moyenne de 19 personnes par séances.

Tout au long de l'action, les partenaires ont exprimé leur satisfaction de participer à ces rencontres pour les raisons suivantes :

- apport d'une meilleure compréhension de vieillissement du matériel ergonomique et des critères de choix ;
- prise de conscience des gestes à effectuer ou à éviter ;
- autre approche de leur rôle d'aidant avec une prise de conscience de la nécessité à la fois de prendre du temps pour participer à ces modules et à la fois de s'accorder du temps pour soi ;
- s'autoriser à verbaliser leur ressenti librement, leurs souffrances, leurs expériences en dehors du contexte familial, "vider son sac, ça soulage" ;

- échanger leurs expériences avec d'autres personnes qui se trouvent dans la même situation. Tout au long des séances, des liens d'amitié se sont créés, ce qui a permis d'induire un mieux être dans leur fonction d'aidant.

Enfin, il est important de souligner que les aidants sont massivement satisfaits des services qui interviennent à leur domicile (aides humaines et aides techniques).

Néanmoins, leur souffrance psychologique n'en est pas pour autant diminuée.

Au regard de cette première expérience et étant convaincus de la nécessité et de l'importance d'accompagner les aidants, la CRAM et la MSA en partenariat avec le CLIC ont souhaité reconduire cette action sur l'année 2009.

C/ REPRISE DES GROUPES DE TRAVAIL

En sa séance du 25 juin, le Conseil d'Administration de la Coordination Gériatrique Champ'Âge d'Or, s'appuyant sur les préconisations formulées par la Fondation Nationale de Gériatrie, dans le cadre de l'évaluation du CLIC, a décidé de relancer QUATRE GROUPES DE TRAVAIL portant sur des thèmes qu'il a estimés prioritaires pour son action des prochaines années. Le choix de ces thèmes fait donc référence tant à la réflexion et à l'analyse faite par ses membres des besoins émanant "du terrain" qu'aux préconisations émises par la Fondation Nationale de Gériatrie.

Ces groupes sont les suivants :

1 – LE HANDICAP

C'est une nouvelle mission qui paraît devoir être confiée aux CLIC. Quelle prise en charge pourrions-nous en assurer ? Quelles sont nos compétences, nos capacités d'agir, nos limites pour de telles prises en charges ? Quels acteurs interviennent déjà sur le terrain et quelle coordination pouvons-nous envisager avec eux ? De quelles formations les professionnels auront-ils besoin ? Quels rapports aurons-nous à entretenir avec la MDPH, structure de coordination départementale du handicap ? ...

2 – COORDINATION DES SERVICES ET INFORMATION PARTAGEE

Le besoin est nettement ressenti et exprimé d'améliorer encore la coordination entre les différents services concernés par les missions du CLIC et de mieux partager l'information. Des progrès ont déjà été réalisés ces dernières années, qu'il conviendrait de consigner ; mais il reste toujours beaucoup de chemin à parcourir sur cette voie pour être encore plus opérants dans nos prises en charge, et il serait tellement mieux d'être plus nombreux à coordonner ainsi nos efforts !

3 – PRISE EN CHARGE DE LA MALADIE D'ALZHEIMER

C'est une préoccupation largement partagée par l'ensemble des administrateurs, qui interroge les conditions du maintien à domicile, ses moyens et ses limites, mais aussi les nouveaux modes de prise en charge que peuvent être les accueils de jour ou les accueils temporaires en établissements, le besoin d'unités spécifiques dites "Unités Alzheimer" dans les structures d'hébergement, qui nous renvoie aussi à la souffrance et à l'épuisement des aidants familiaux, qui exige des formations adaptées pour les professionnels placés auprès de ces personnes ... Quelle part de ces prises en charge pouvons-nous assurer, avec quels moyens ? Que seront les MAÏA, futures structures de coordination départementales de prise en charge de cette pathologie, et comment serons-nous concernés par celles-ci ?

4 – LA PREVENTION

Il s'agit là de poursuivre et de prolonger l'excellent travail déjà engagé avec de nombreux partenaires sur des thèmes aussi essentiels que l'alimentation de la personne âgée, l'équilibre et la prévention des chutes, l'amélioration de l'habitat... Bien d'autres thèmes mériteraient sans doute d'être retenus et de faire l'objet de plans d'action comme ceux qui ont déjà été conduits. Ces actions sont très fédératrices des différents acteurs intervenant sur le terrain, elles sont aujourd'hui reconnues et saluées par de nombreux élus des communes sur lesquelles elles se sont déployées. Elles concourent très efficacement au maintien à domicile et au bien-être des personnes âgées qui ont pu en bénéficier. Il conviendra demain de s'interroger sur les besoins – en partie similaires et pour une autre part différents ? – des personnes handicapées que nous pourrions avoir à prendre en charge.

Ces quatre groupes ont entamé leur travail en septembre 2008.

Les animateurs ont été identifiés, chacun chargé de l'animation et de la restitution des travaux.

Un premier bilan pourrait être effectué lors de l'Assemblée Générale du CLIC en 2009 après quelques mois de travail.

INTITULE DU GROUPE	ANIMATEUR	"ADJOINT" A L' ANIMATEUR
HANDICAP	Yves BOURY	Hélène PLAQUIN
COORDINATION DES SERVICES ET INFORMATION PARTAGEE	Jean-Luc ROBERT	Myriam ZMYSLONY
PRISE EN CHARGE DE LA MALADIE D'ALZHEIMER	Marcel BAUDART	Eric BECK
PREVENTION	Marie-Christine BRESSION	Philippe BETBEZE

D/ CANDIDATURE MAIA

Informé de la future mise en place à titre expérimental de “maisons d’accueil et d’information pour les malades d’Alzheimer”, prévu dans le cadre du plan Alzheimer lancé par Le Président SARKOZY au printemps 2008, le Conseil d’Administration du CLIC a souhaité que notre structure soit candidate à la labellisation.

Aussi, avons-nous travaillé à l’élaboration du dossier, déposé en octobre 2008 auprès de la CNSA, après avoir préalablement soumis notre projet au Conseil Général et à la DRDASS pour consultation et avis, et avec le soutien du Docteur QUIGNARD et du Professeur BLANCHARD.

Nous avons notamment mis l’accent sur l’accompagnement individualisé, et la coordination des dispositifs autour de la personne malade et de son entourage, insistant sur la globalité de la prise en charge et sur la complémentarité des intervenants dans l’évaluation (ergothérapeute, psychologue, assistante sociale du CLIC) afin d’identifier l’ensemble des difficultés en lien avec la maladie.

Nous avons beaucoup travaillé sur ce dossier, et n’avons malheureusement pas été retenu. Il semble qu’il y ait eu 117 dossiers déposés au niveau national. Seuls 17 étaient prévus budgétairement pour cette première phase d’expérimentation.

Nous nous sommes néanmoins inscrits, ainsi que l’a proposée la CNSA, au “club des volontaires” qui pourrait être à la fois informé et associé au suivi des sites expérimentaux retenus, et aux travaux préparatoires à l’extension possible du dispositif.

Au-delà du temps passé à la candidature et à l’élaboration de ce dossier, c’est davantage le fait de ne pas pouvoir au final obtenir les moyens dont pourtant toute l’équipe s’était plu à “rêver”, qui auraient pu nous être accordés dont nous avons été le plus frustrés. Le fait de pouvoir bénéficier des compétences et du regard d’un(e) ergothérapeute et d’un(e) psychologue dans l’accompagnement des situations les plus complexes, où souvent la maladie et la souffrance psychique rendent difficile l’accompagnement, nous était apparu comme une évidence, et l’impossibilité d’y recourir devient un manque.

Aussi, et même si nous n’avons pas été labellisés MAIA, notre projection dans ce travail nous a permis de révéler de nouveaux besoins en termes de compétences au sein même de nos équipes.

CHAPITRE VI : PROJETS ET PERSPECTIVES 2009

L'année 2009 verra bien évidemment se poursuivre toutes les actions entreprises, qu'elles soient d'ordre individuel ou collectif.

Mais, la charge croissante de travail, l'obligation formelle pour notre équipe de préserver une qualité de travail auprès des personnes aidées, ne sauraient nous permettre bien entendu, à moyens humains (et matériels) constants, d'envisager le développement d'actions nouvelles.

En effet, nous avons mené de front depuis plusieurs années de nombreux projets, contribués au développement de différents services, formalisés des partenariats à travers des conventions, des outils, des permanences, etc., et il nous importe aujourd'hui de garantir la pérennité de ce service au public, en préservant nos moyens d'intervention et la qualité de notre service.

De l'individuel au collectif, nous travaillerons en 2009 sur :

- notre partenariat avec le Conseil Général devenu notre principal financeur ;
- notre partenariat avec la C.R.A.M. autour de l'évaluation globale, l'évolution de notre milieu dans ce cadre ;
- la poursuite de la convention Hôpital, et l'évaluation de notre collaboration et de notre fonctionnement ;
- notre travail partenarial avec le Centre de Soins de Suite et de Réadaptation Sainte Marthe ;
- la poursuite de nos actions de prévention sur une nouvelle thématique

Cependant, et presque a contrario, devrions nous dire, l'année 2009 sera aussi pour le CLIC une année de changements avec :

- une extension envisagée de son périmètre d'intervention ;
- un changement de domicile ;
- peut-être une nouvelle dénomination ;
- une réorganisation du travail.

A/ LE PARTENARIAT AVEC LE CONSEIL GENERAL

Le Conseil Général a toujours été notre principal partenaire.

Mieux, concomitamment à la réflexion sur le schéma gérontologique départemental, ce sont, son Président Albert VECTEN et son Directeur Général Guy CARRIEU qui nous ont conseillés, encouragés à développer et à étendre les prémices de notre coordination gérontologique bien avant même qu'il ne soit question des CLIC.

La Loi du 13 août 2004, sur les Responsabilités Locales a confié aux seuls Conseils Généraux la responsabilité des CLIC depuis le 1^{er} janvier 2005.

L'Assemblée Départementale a très vite affiché sa volonté de poursuivre le maillage territorial des CLIC et de soutenir toujours les plus anciens, et en 2008, l'Assemblée Départementale décidait de modifier ses critères de subventionnement des CLIC, en intégrant notamment des données en terme de charge d'activité (nombre de dossiers pris en charge), et de services développés (développement d'antennes CLIC dans les centres hospitaliers).

Par ailleurs, le Conseil Général nous a soutenu en 2008 dans le dépôt de notre candidature à la labellisation MAIA, encourageant notre initiative.

Mais, nous l'avons lu au précédent chapitre, nous avons si bien anticipé la perspective de moyens supplémentaires, notamment au travers le soutien de nouveaux professionnels (ergothérapeute et psychologue) dans le cadre des évaluations et des accompagnements réalisés, qu'il nous est apparu évident que leur soutien dans certaines situations nous seraient indispensables, et nous aimerions soumettre cette réflexion au Conseil Général, afin que peut-être, soit imaginé au niveau départemental des réponses qui puissent concerner l'ensemble des CLIC sans aucun doute soumis aux mêmes situations difficiles et à l'absence de soutien pluridisciplinaire.

Enfin, les CLIC pourraient voir s'étendre une partie de leurs missions au profit des personnes handicapées. Sous réserve de moyens humains, de formations adaptées, et d'une concertation préalable forte avec la Maison Départementale des Personnes Handicapées, il semble difficile à notre CLIC de refuser de travailler sur cette éventualité, avec toutes les réserves qu'il conviendra de mentionner.

B/ LE PARTENARIAT AVEC LA CRAM

La CRAM Nord-Est, et en particulier la Responsable du Service d'Action Sociale, a sollicité le CLIC pour faire procéder aux évaluations globales des besoins des personnes âgées de sa compétence (GIR 5 et 6) par des services « neutres », par le biais d'une convention signée en Mars 2006, pour une première étape de 12 mois. Par ailleurs, dans le cadre d'un nouveau dispositif dit « Prestation de retour à domicile après hospitalisation » destiné, à terme, à se substituer à la Prestation de Garde, la CRAM nous avait proposé d'être également signataire d'une convention tripartite CRAM/CHAM/CLIC en 2007, et nous étions en attente depuis d'une suite à cette proposition.

1/ Evaluation globale

La démarche d'évaluation, à fortiori parce qu'elle porte, au travers de cette convention, sur l'ensemble des besoins des personnes âgées, nous semble tout à fait en conformité avec les missions d'un CLIC, et nous la poursuivrons, tant que la CRAM souhaitera nous accorder sa confiance.

2/ Préparation du retour au domicile

Il nous avait également été proposé de signer une convention Prestation de Retour au Domicile après hospitalisation (PRDH).

A ce titre, le CLIC s'engageait à une réactivité, en préparant dès l'hôpital et sur signalement de l'équipe médicale, le retour à leur domicile de patients hospitalisés pour lesquels un pronostic de récupération probable est dressé.

Le CLIC interviendrait alors dans l'urgence, avant la sortie d'hospitalisation, pour lancer un dossier de demande de prise en charge d'heures d'aide à domicile, immédiatement le jour du retour de la personne à son domicile, et reverrait cette dernière dans les trois jours qui suivent la sortie, afin d'étoffer, autant que de nécessaire, l'aide ou les aides nécessaires, et constituer les dossiers de prises en charge.

Le Directeur de l'Hôpital d'Epernay, avait bien rencontré sur ce thème la CRAM, mais il semblait que cette proposition ne recueillait pas, alors, l'approbation des chefs de service hospitaliers, notamment compte tenu des contingences administratives supplémentaires que cela aurait généré, incompatibles avec une charge de travail déjà lourde.

En l'absence d'une signature de convention PRDH, nous avons poursuivi la constitution des dossiers de demande de prestation de garde à domicile. Cependant, cette dernière prestation étant désormais abolie, il conviendra sans doute de relancer, en lien avec le Directeur de l'Hôpital, ce dossier auprès de la CRAM, afin de disposer d'un nouvel "outil" d'aide à l'aménagement des sorties d'hospitalisation.

C/ LA POURSUITE DES ACTIONS DE PREVENTION

L'année 2009 sera celle de la transition entre l'achèvement du cycle thématique sur l'adaptation de l'habitat que nous avons longuement développé la prochaine thématique qui sera retenue par le groupe prévention.

Dores et déjà, deux thèmes majeurs semblent avoir été identifiés :

- l'accès aux droits et l'accès aux soins des personnes âgées, en "basculant" à l'âge de la retraite,
- l'accès aux nouvelles technologies, comme facteur de maintien d'une vie sociale et facteur de lien social.

Le groupe prévention est déjà en plein travail. Un premier temps fort pourrait être réalisé lors du Forum Santé-Séniors organisé par la CRAM, en partenariat avec la ville d'Epernay en juin 2009 à Epernay.

D/ EXTENSION DU PERIMETRE D'INTERVENTION DU CLIC

Membre du Bureau du Conseil de développement du Pays d'Epernay, le CLIC s'est engagé depuis plusieurs années dans une démarche de "promotion" des CLIC auprès des élus et des acteurs territoriaux du Pays, ne bénéficiant pas encore des services d'un CLIC.

L'objectif était de sensibiliser élus, acteurs médico-sociaux et bénévoles à la "plus value" de l'existence d'un CLIC dans l'accompagnement et l'intervention cohérente et coordonnée des services auprès des personnes âgées.

S'agissant de l'une des orientations du Conseil Général que de voir mailler à terme l'ensemble du territoire Marnais par des CLIC, il nous semblait important de contribuer au développement de cette orientation.

Or, dans le cadre de ces réunions de travail, les communes, non couvertes par le CLIC, mais faisant partie de la Communauté de Communes d'Epernay que nous couvrons partiellement, ont manifesté leur souhait d'être "annexées" au territoire d'intervention du CLIC, au nom d'une triple cohérence politique, géographique et sociale.

Une réunion spécifique a permis d'affiner cette demande et le Conseil d'Administration du CLIC en a validé le principe.

Aussi, la demande a-t-elle été transmise au Conseil Général de la Marne, et une décision devrait être prise au cours du premier semestre 2009, sachant que le Président, Monsieur SAVARY, a déjà donné un accord de principe par courrier, mais qu'il convient maintenant d'en affiner la mise en place avec ses services.

E/ CHANGEMENT DE LOCAUX

Avec ou sans la possible extension du territoire d'intervention du CLIC, à l'aube de 2009, les locaux aujourd'hui occupés par le CLIC sont devenus très insuffisants par l'espace, la configuration, l'emplacement, les difficultés de stationnement...

Nous avons attiré l'attention de nombreux élus à ce sujet, espérant qu'une solution pourrait nous être proposée dans les mêmes conditions qu'aujourd'hui (mise à disposition à titre gracieux et valorisation comptable).

Et puis enfin, en fin d'année 2008, la Communauté de Communes de la Grande Vallée de la Marne a proposé de nous mettre provisoirement à disposition une maison (conciergerie), attenante à un bâtiment venant d'être acheté par la collectivité, dans le cadre d'un projet particulier. Ce projet n'étant pas de réalisation immédiate, la maison nous est proposée pour quelques années peut-être, dans les mêmes conditions qu'actuellement.

Les locaux seront toujours sur la commune d'Aÿ.

Beaucoup plus spacieux, ils offriront des conditions d'accueil du public et des conditions de travail totalement différentes, et adaptées aux besoins du service.

Le stationnement ne posera plus de problème, de même que l'accessibilité au public.

Sorte de cadeau de Noël, l'information nous ayant été donnée en décembre, cette perspective est pour l'équipe un vrai grand projet.

F/ CHANGEMENT DE DENOMINATION

L'une des préconisations formulée par La Fondation Nationale de Gérontologie dans le cadre de son rapport d'évaluation du CLIC, fut de nous suggérer de donner au CLIC une nouvelle dénomination : Champ'âge d'Or étant encore trop souvent confondu avec un service du CEP AGEEN, Champ'âge Vie, bien que différent et sans plus de lien aujourd'hui.

Mais il y a l'histoire !

Parfois, se plonger dans l'histoire, c'est s'enrichir d'un patrimoine personnel qui a forgé notre identité, mais c'est parfois un prétexte délétère pour certains d'entretenir une sorte de suspicion exprimée ou non d'ailleurs, sur l'objectivité de notre action.

Notre première réaction bien sûr, fut de nous attacher à notre "histoire". Mais, il devient évident aujourd'hui que pour une meilleure visibilité auprès de tous : usagers, partenaires, familles... se doter d'une nouvelle appellation est devenue souhaitable.

Notre Conseil d'Administration devra donc se pencher sur cet aspect, et, le cas échéant, l'année 2009 sera celle du changement de nom, dans le cadre d'une Assemblée Générale Extraordinaire.

G/ REORGANISATION

Changement de locaux, extension de territoire, changement de nom, accroissement de l'activité, diversité des missions... tout ceci va nécessiter une réorganisation des tâches au sein de l'équipe.

Le CLIC est porté par l'Association, et depuis toujours, ce sont les administrateurs qui se sont chargés de la presque totalité des tâches de gestion et d'animation de l'Association.

Or, cette charge de travail devient lourde pour les administrateurs concernés, sachant qu'ils assument là en grande partie des tâches qui devraient incomber à la Directrice de la structure, si elle-même n'était pas totalement absorbée par l'encadrement technique de l'équipe, et son travail de coordinatrice sur le terrain au même titre que ses collègues.

Le moment semble aujourd'hui venu, compte tenu de l'ampleur de l'activité du service, de donner réellement un temps à la Directrice pour occuper ses fonctions de Direction et la délester d'une partie au moins de ses missions de coordinatrice.

Il importe qu'elle reprenne la gestion d'un certain nombre de dossiers administratifs, financiers, techniques... et que les administrateurs ne soient plus en charge totale de ces missions.

Il faudrait pouvoir envisager un mi-temps de Direction effectif, sachant qu'en contrepartie, il conviendrait que le travail de terrain que la Directrice ne pourrait plus assumer puisse être pris par un autre travailleur social.

Nouvel enjeu donc pour 2009.

CONCLUSION

L'activité de l'année 2008, riche et dense, contribue à démontrer toute la nécessité d'un service qui, au travers de sa mission de coordination, d'activation d'un réseau, répond à une demande prégnante des personnes fragilisées par l'âge, la maladie, la perte d'autonomie.

En dépit d'une charge de travail de plus en plus lourde, de la complexité et du nombre de situations prises en charge, des contraintes liées à l'utilisation d'un logiciel exigeant un temps de saisie de données disproportionné, du respect de nos permanences extérieures à l'Hôpital et à Sainte Marthe, nous avons, nous semble-t-il, aussi honoré nos missions de veille territoriale, de prévention, et d'information au public.

Le soutien du Conseil Général dans la refonte de ses modalités de financements a été un encouragement et une reconnaissance de notre travail.
D'autres projets nous attendent encore.

La mise en place effective d'une antenne au sein de l'Hôpital et son développement représentent une demande essentielle dans une volonté de coordonner les champs du sanitaire et du social dans une démarche partagée, orientée autour de la personne âgée.

La démarche d'évaluation globale, dans le même temps, au profit des personnes plus autonomes, dans un souci d'être le plus en amont possible à l'écoute de leurs besoins, complète à l'autre bout de « l'échelle » notre prise en charge du public âgé.

Des seniors aux plus âgés, le CLIC s'efforce donc d'offrir une palette de services, soucieux d'être à la fois à l'écoute des besoins individuels et au carrefour des préoccupations collectives, en partenariat.

Les projets pour l'année 2009 sont autant de perspectives qui vont animer et fédérer l'équipe du CLIC et tous ses partenaires.

La coordination des acteurs, l'évaluation partagée, la mise en place d'outils communs sont à notre sens des vecteurs essentiels d'une prise en charge de qualité, respectueuse de la personne âgée, et garante à terme d'une réponse efficace au présent et à l'avenir.

Merci à tous les partenaires : Présidents d'Association, Responsables d'Etablissements, Professionnels de santé, et para-médicaux, élus, bénévoles, de faire vivre au quotidien cette coordination, merci de leur engagement et de leur confiance.

Tous ensemble, nous partageons le souci d'apporter aux plus fragiles, un service de qualité, au travers de la complémentarité des savoir-faire, des compétences et d'une volonté partagée.

Fait à Aÿ, le 31 Mars 2009.

Myriam ZMYSLONY
Directrice du CLIC
Champ'Âge d'Or.

Marie-Christine BRESSION
Vice-Présidente du CLIC
Champ'Âge d'Or.

Marcel BAUDART
Président du CLIC
Champ'Âge d'Or.