

SOMMAIRE

INTRODUCTION

CHAPITRE I : PRESENTATION DU SERVICE

- A) L'association
- B) Les missions de la coordination
- C) Le collectif
- D) Le personnel
- E) Le financement

- 1/ Subvention du C.C.A.S. d'Epernay
- 2/ Subvention du CCAS de la Grande Vallée de la Marne
- 3/ Subvention du CIAS de la Grande Vallée de la Marne
- 4/ Subvention du Conseil Général
- 5/ Subvention de la CARSAT (ex CRAM)
- 6/ CARSAT : Evaluation Globale
- 7/ Subvention des communes
- 8/ Convention avec le Etablissement Hospitalier de Soins de Suite et de Réadaptation Sainte Marthe
- 9/ Convention avec le Centre Hospitalier Auban Moët
- 10/ Autres financements

CHAPITRE II : STATISTIQUES DE L'ACTIVITE

- A) Statistiques de l'activité globale
 - 1/ Nombre de personnes différentes aidées dans l'année par niveau d'intervention
 - 2/ Nombre de dossiers de demandes dans l'année
 - 3/ Répartition par tranche d'âge des personnes aidées dans l'année
 - 4/ Situation Familiale des personnes aidées dans l'année
 - 5/ Répartition par sexe des personnes aidées dans l'année
 - 6/ Répartition par conditions de vie
 - 7/ Répartition par groupe ISO-RESSOURCES
 - 8/ Répartition géographique
 - 9/ Répartition par type d'habitat

- B) Nouvelles entrées dans l'année
 - 1/ Statistique globale de ces nouvelles entrées
 - 2/ Répartition mensuelle des nouvelles personnes aidées en 2010
 - 3/ Origine des nouveaux dossiers de demandes pour l'année 2010

- C) Suivis et plans d'accompagnement des personnes aidées dans l'année

- 1/Catégorie de professionnels intervenus dans les plans d'accompagnement
- 2/Catégorie des aides retenues pour la totalité des dossiers de demandes traités dans l'année 2010
- 3/Catégorie des informations et aides revenues pour l'année 2010
- 4/ Répartition des entretiens par type pour l'année 2010

D) Durée des suivis

E) Solvabilisation des plans d'accompagnement

- 1/Types d'aides financières activées pour l'ensemble des personnes prises en charge par le CLIC dans l'année 2010
- 2/ Dossiers APA instruits par le CLIC

F) Les fins de suivis

- 1/ Les motifs de fin de suivi des dossiers de demandes

CHAPITRE III : LE FONCTIONNEMENT DU SERVICE

A) Le fonctionnement en interne

B) Le fonctionnement en coordination

- 1/ Avec le service de la Ville d'Eprenay
- 2/ Avec le service Champ'Âge vie
- 3/ Avec les autres services d'aide à domicile
- 4/ Avec les travailleurs sociaux
- 5/ Avec l'Equipe Médico-Sociale du Conseil Général
- 6/ Avec le SSIAD et les IDE
- 7/ Avec les professionnels de santé
- 8/ Avec les établissements hospitaliers
- 9/ Avec les établissements d'hébergement
- 10/ les autres services

CHAPITRE IV : ANTENNE CLIC au CENTRE HOSPITALIER AUBAN-MOËT D'EPERNAY

A) Place du CLIC au sein du Centre Hospitalier Auban-Moët d'Eprenay

B) Analyse de l'activité

CHAPITRE V : ANTENNE CLIC A SAINTE MARTHE

CHAPITRE VI : CONVENTION AVEC LA CARSAT

A) Méthodologie

B) Analyse de l'activité CARSAT

C) Convention de coopération CARSAT Nord-Est / Conseil Général de la Marne

CHAPITRE VII : LES REALISATIONS DE L'ANNEE 2010

A) Les actions de prévention

B) L'aide aux aidants

C) Partenariat Avec REGECA

D) Notre demande de candidature pour le projet M A Ï A

E) Petite Unité de Vie de Mardeuil

F) Notre travail avec la psychologue dans l'équipe

CHAPITRE VIII : PROJETS ET PERSPECTIVES 2011

A) Le partenariat avec le Conseil Général

B) Le partenariat avec la CARSAT

C) La poursuite de la convention Hôpital

D) La Collaboration avec l'Etablissement de SSR Sainte Marthe

E) La poursuite des actions de prévention

F) Nos autres engagements pour l'année 2011

G) Organisation du travail

H) Nomination d'un nouveau Commissaire aux comptes

CONCLUSION

GLOSSAIRE

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
ASP : Agence Sociale de Paiement
ASSPA : Action sanitaire et sociale en faveur des personnes âgées
CAE : Contrat Avenir Emploi
CCAS : Centre Communal d'Action Sociale
CIAS : Centre Intercommunal d'Action Sociale
CEC : Contrat Emploi Consolidé
CESR : Conseil Economique et Social Régional
EHSSR : Etablissement Hospitalier de Soins de Suite et de Réadaptation
CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination
CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie
COMAL : Comité Marnais d'Amélioration du Logement
CRAM : Caisse Régionale d'Assurance Maladie
CARSAT : Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail
CSD : Circonscription de la Solidarité Départementale
C S G : Court Séjour Gériatrique
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 Agées Dépendantes
FNG : Fondation Nationale de Gérontologie
GIHP : Groupement pour l'Insertion des Personnes Handicapées Physiques
GIR : Groupe Iso Ressources
HAD : Hospitalisation A Domicile
IDE : Infirmière Diplômée d'Etat
MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées
MSA : Mutualité Sociale Agricole
PCH : Prestation de Compensation du Handicap
PRDH : Prestation de Retour à Domicile après Hospitalisation
PAPU : Plan d'Actions Personnalisé d'Urgence
RQTH : Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé
SSIAD : Service de Soins Infirmiers à Domicile
TPMR : Transport de Personne à Mobilité Réduite
UNRPA : Union Nationale des Retraités et des Personnes Agées

INTRODUCTION

L'année 2010 aura été marquée par plusieurs dominantes :

- ⇒ Une activité globale du CLIC qui reste stable, y compris avec le nouveau mode de comptabilisation des personnes aidées et des demandes ;
- ⇒ Une nette progression de l'activité sur l'hôpital liée notamment à l'ouverture du service de Court Séjour Gériatrique et à la qualité du travail établi avec les médecins gériatres ;
- ⇒ De nouveaux mouvements dans l'équipe avec des arrivées et des départs ;
- ⇒ Une collaboration accrue avec l'Etablissement Hospitalier de Soins de Suite Sainte Marthe se caractérisant par la participation de la Coordinatrice à la « revue de dossier » hebdomadaire avec les médecins et une augmentation du temps des permanences ;
- ⇒ Une poursuite du travail avec le Conseil Général et l'ensemble des CLIC Marnais autour de l'harmonisation des pratiques d'utilisation du Logiclic ;
- ⇒ La poursuite de notre collaboration avec la CARSAT au travers des évaluations globales et des autres dispositifs ;
- ⇒ La participation du CLIC aux groupes de travail dans le cadre du projet d'ouverture d'une petite unité de vie à Mardeuil ;
- ⇒ La poursuite du groupe de prévention ;
- ⇒ La participation active aux actions et aux objets développés par le réseau REGECA (grille de fragilité, ...) ;
- ⇒ La mise en ligne de notre nouveau site internet ;
- ⇒ L'inscription au Club des Volontaires MAIA dans des perspectives possibles d'avenir.

Nous nous sommes efforcés par ailleurs d'alléger quelque peu la présentation de notre rapport afin de le rendre plus facilement lisible et attractif, tout en nous efforçant de rester exhaustifs.

CHAPITRE I : PRESENTATION DU SERVICE

A) L'ASSOCIATION

- Association loi 1901.
- L'Assemblée Générale s'est tenue le 10 juin 2010.
- Les nouveaux membres du Conseil d'Administration et du Bureau ont été élus en Conseil d'Administration le 30/06/2010.
- Dans sa composition, les membres du Conseil d'Administration sont les représentants actifs et divers du monde du social et du médical, libéral ou hospitalier, des associations de retraités, des élus, des associations d'aide au domicile, etc.
Nos Conseils d'Administration 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 ;
- Un secteur d'intervention qui s'étend sur **38 communes pour 58 097 habitants.**

Composition du Conseil d'Administration et secteur d'intervention du CLIC en annexe

B) LES MISSIONS DE LA COORDINATION

Conforme au cahier des charges national, les missions du CLIC sont identifiées dans ses statuts et respectent parfaitement le référentiel du schéma gérontologique départemental de la Marne.

- **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, et le suivi des situations ;
- **Favoriser la concertation 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,** faciliter si nécessaire l'émergence de services nouveaux par l'implication et la coordination des partenaires de terrain, et développer des actions de prévention.

C) LE COLLECTIF

Réuni pour la première fois lors de la création du service de Coordination Gérontologique 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 structure 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 en activité « permanente », d'autres ont été suspendus après qu'un certain nombre d'objectifs aient été atteints (structures intermédiaires, SSIAD, aides à domicile) et de nouveaux ont été mis en œuvre au fil du temps.

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 du Conseil d'Administration de l'Association.

A ce titre, Madame ZMYSLONY a suivi, en 2010, une formation en management d'équipe.

Par ailleurs, Madame ZMYSLONY est elle-même coordinatrice de terrain et à ce titre assure la prise en charge des personnes âgées et la permanence dans les établissements hospitaliers avec lesquels nous avons une convention.

Elle est l'interlocuteur technique des instances institutionnelles sur tous les groupes de travail auxquels le CLIC est associé (Conseil Général, Hôpital, Régéca ...)

Coordinatrice : Cécilia VION

Assistante de service social, à temps plein, Mademoiselle VION a intégré l'équipe le 18 août 2008. Depuis le 1^{er} Octobre 2010, elle est remplacée par Madame Elisabeth LAVOINE pour la durée de son congé maternité.

Coordinatrice : Elisabeth LAVOINE

Titulaire d'une Maîtrise de droit privé (Juriste), d'un DESS en Sciences Humaines, d'un D.U. en Sophrologie et diplômée de l'Institut de Formation à l'enseignement du Yoga de l'énergie, Madame LAVOINE assure le remplacement du congé de maternité de Mlle VION depuis le 1^{er} Octobre 2010 dans le cadre d'un CDD de 6 mois.

Coordinatrice : Aurélie DUMAS

Titulaire d'une licence professionnelle d'Intervenante Sociale et d'un DEUG en psychologie, Melle DUMAS a intégré l'équipe à temps plein en Contrat à Durée Indéterminée depuis le 1^{er} juin 2009 dans le cadre de l'extension du territoire d'intervention affecté au CLIC.

Melle DUMAS assure les permanences au sein de l'Hôpital Auban Moët et de l'établissement Sainte Marthe, en relais avec Madame ZMYSLONY et Madame PERNET.

Coordinatrice : Dominique BARTHELEMY

Infirmière D.E., préalablement cadre infirmier en établissement hospitalier, Madame BARTHELEMY est arrivée au sein de l'équipe le 1^{er} Mars 2010, à mi-temps, au titre d'un accroissement de l'activité.

Coordinatrice : Isabelle PERNET

Madame PERNET a intégré l'équipe le 1^{er} Octobre 2010 en Contrat à Durée Indéterminé à temps plein en remplacement de Madame BISSON Sophie, démissionnaire, partie occuper d'autres fonctions.

Madame PERNET assure les permanences au sein de l'établissement Sainte Marthe, en relais avec Madame ZMYSLONY et Mademoiselle DUMAS.

Psychologue : Jessika POCQUET

Psychologue clinicienne, Jessika POCQUET est arrivée dans l'équipe le 1^{er} décembre 2009 en Contrat à Durée Déterminée à raison de 3 heures hebdomadaires.

Elle vient en soutien aux coordinatrices et intervient, si nécessaire, dans les prises en charge au domicile des personnes âgées.

Secrétariat – Accueil – Comptabilité : Amandine DIDEZ

Secrétaire à temps plein en Contrat à Durée Déterminé, dans le cadre d'un C.A.E. Passerelle à compter du 08/03/2010, Melle DIDEZ a repris le poste de secrétariat quitté par Melle LE CARO, à savoir :

- le secrétariat classique (courriers, frappe, classement...);
- l'enregistrement des données dans le Logiclic ;
- 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 du Président.

Dans le cadre de son C.A.E. et conformément aux exigences liées à ce contrat, Melle DIDEZ a été amenée à effectuer deux périodes d'immersion dans deux structures différentes : le CREF, le CCAS d'Epernay que nous remercions ici pour leur collaboration.

Secrétariat – Accueil : Thérèse TOUSSAINT

Secrétaire à temps plein en Contrat à Durée Indéterminée. En poste au CLIC depuis le 23 juillet 2005, elle assure les fonctions suivantes :

- le secrétariat classique (courriers, frappe, classement...);
- l'enregistrement des données dans le Logiclic ;
- l'accueil physique et téléphonique des usagers, et des partenaires du service ;

Secrétariat : Annabella RENE, arrivée le 15 juin 2009

Secrétaire à mi-temps en Contrat à Durée Déterminée dans le cadre d'un C.I.E (R Q T H), Madame RENE s'est spécialisée sur l'utilisation du logiciel « LOGICLIC » avec l'enregistrement des informations relatives aux permanences assurées quotidiennement au sein de l'Hôpital d'Eprenay.

Elle assure également l'accueil physique et téléphonique des usagers et des partenaires du service.

Des problèmes de santé l'ont malheureusement contrainte à s'absenter en fin d'année 2010 pour une période longue qui a nécessité que son remplacement soit assuré depuis la mi-janvier 2011.

Le personnel ayant quitté la structure dans l'année

Coordinatrice : Sophie BISSON

Conseillère en économie sociale et familiale, Madame BISSON a quitté ses fonctions le 15 Septembre 2010, à la suite d'une démission pour occuper un autre poste.

Secrétariat – Accueil – Comptabilité : Patricia LE CARO

Secrétaire à temps plein en Contrat à Durée Indéterminée depuis le 1^{er} Juin 2009.

Mme LE CARO a quitté ses fonctions le 31 Janvier 2010 en raison des difficultés rencontrées dans l'exercice de ses fonctions, dans le cadre d'une rupture négociée.

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'Épernay et d'Ây 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'Épargne, et à l'ORGANIC, leur soutien fût un encouragement à notre action.

1/ Subvention du C.C.A.S. d'Épernay :

25 000 €

Une convention a été signée entre le CCAS d'Épernay et l'Association prévoyant la contribution au coût de fonctionnement du CLIC.

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'Épernay et ceux de la coordination, et une méthodologie de travail concertée.

La convention en cours est entrée en application au 1^{er} janvier 2009, pour une durée de 12 mois, renouvelable 2 fois par tacite reconduction jusqu'au 31/12/2011.

2/ Subvention de la Communauté de Communes de la Grande Vallée de la Marne :

16 455 €

Estimation CCGVM 2010 :

➔ Loyer	8 620 €
➔ Electricité	2 760 €
➔ Entretien	5 075 €

Ces locaux appartiennent à la Communauté de Communes de la GVM qui les a mis gracieusement à notre disposition et en assure les charges de chauffage, d'électricité... et prend en charge le coût du personnel d'entretien des locaux.

L'association avait pris à sa charge les frais de rénovation des locaux (peinture, papiers peints ...) lors de son entrée dans les lieux en 2009.

Nous remercions très sincèrement les collectivités locales pour leur soutien sans lequel notre association ne pourrait équilibrer son budget.

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

3 500 €

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.

A ce titre, le CIAS de la G.V.M. nous renouvelle chaque année son soutien financier.

4/ Subvention du Conseil Général :

115 000 €

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 de référence à la masse d'activité et au nombre de personnes prises en charge, au travers d'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 par 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 la préparation des sorties).

5/ Subvention de fonctionnement de la CARSAT Nord-Est :

0 €

Nous avons fait part de notre inquiétude l'an passé, de voir peut être, disparaître la subvention de fonctionnement aux CLIC que la CRAM, devenue CARSAT avait toujours versée depuis la création des CLIC.

Notre inquiétude s'est malheureusement confirmée, la CARSAT n'accompagne donc plus financièrement les CLIC que dans le cadre de « l'appel à projet de la branche retraite ». Cette disparition de financement se conjugue avec la baisse notable des financements liés aux évaluations globales commanditées par la CARSAT.

5 bis/ **Subvention CARSAT appel à projet** :

1480 €

La CARSAT a répondu favorablement à notre demande de financement dans le cadre de l'appel à projet que nous avons déposé pour l'action prévention sur la thématique de sensibilisation à l'informatique.

Toutefois, la subvention ne nous a été notifiée que le 08 Février 2011.

Pour ce projet, ont également été partenaires, de façon active, l'**AG2R** et l'**AGRICIA**.

6/ **CARSAT Nord-Est Evaluations globales** :

13 233 € + 4 271 € (fonctionnement)

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

- **104 €** par dossier pour des personnes relevant d'un GIR 5 ou 6 du champ de compétence CARSAT ;
- **63 €** par dossier pour des personnes aboutissant à un classement en GIR 4 passant sous la compétence du Conseil Général.

Parallèlement, les administrateurs de la CARSAT 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 se trouve reconduite depuis.

Ne sachant, toutefois quelles en sont les règles de calcul exactes, il nous est toujours difficile d'en anticiper le montant dans le cadre d'un budget prévisionnel.

7/ **Subvention des communes** :

8 771 €

Outre les financements accordés par les communes d'Epernay, 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 sommes 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 participé en 2010, les communes de :

- . Ambonnay
- . Avenay Val d'Or
- . Avize
- . Bisseuil
- . Cramant
- . Cuis
- . Dizy
- . Flavigny
- . Fleury la Rivière
- . Fontaine sur Aÿ
- . Hautvillers
- . Les Istres et Bury
- . Louvois
- . Magenta
- . Mardeuil (*)
- . Oiry
- . Pierry
- . Plivot
- . Saint-Imoges
- . Tauxières Mutry

Ce sont donc aujourd'hui **58 %** des communes bénéficiaires des services de la Coordination, compris Aÿ et Epernay, qui acceptent de participer au financement du service.

(*) subvention de la commune versée tous les deux ans : 2010 et 2011 seront versées en début d'année 2011.

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

Montant des vacations facturées en 2010 =

6 187,50 €

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

En 2010, la durée hebdomadaire des permanences s'est étendue à raison de 6 heures.

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

9/ Convention avec le Centre Hospitalier Auban Moët :

21 051 € (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 », a fait l'acquisition d'un ordinateur portable, règle les communications téléphoniques passées pour préparer les retours d'hospitalisation, et a mis à notre disposition un photocopieur.

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.

Toutefois, l'accroissement de l'activité nécessite aujourd'hui plus d'un mi-temps de présence au Centre Hospitalier Auban-Moët. La présence réelle de la Coordinatrice est aujourd'hui plus proche des 24 heures hebdomadaires, et il conviendra de réviser, sans aucun doute à court terme, cet aspect de notre convention initiale.

10/ Autres financements

- **Partenariats privés** :

Nous avons toujours eu la chance de bénéficier de soutiens de la part de partenaires amis.

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 auprès de nos partenaires privés.

- **Subvention CAISSE d'EPARGNE** :

2500 €

La Caisse d'Epargne Lorraine/Champagne-Ardenne a soutenu notre Association cette année, en nous accordant une subvention pour l'acquisition d'un serveur informatique. Notre équipement, encore très rudimentaire, était devenu obsolète et nos sauvegardes de données n'étaient plus correctement assurées. Cette subvention nous a donc permis de renouveler ce matériel. Nous en remercions sincèrement notre partenaire.

- **Région Champagne – Ardenne** :

Le 28 Septembre 2010, la Région Champagne-Ardenne nous a octroyé une subvention de 10 000 € dans le cadre du dispositif « HANDI INSERT » pour le recrutement de Madame Annabella RENE en Contrat à Durée Indéterminée.

➤ AG2R :

Nous remercions très sincèrement l'AG2R qui nous a accordé, le 21 Juin 2010, une subvention de 1028,56 € pour les conférences informatiques qui se sont déroulées au printemps 2010 à Avize dans le cadre de nos groupes prévention, en plus des mailing adressés à ses ressortissants.

➤ AGRICA :

Merci également à la commission d'Action Sociale de l'AGRICA qui a soutenu, elle aussi, l'action de prévention en prenant en charge un cycle complet de conférences en plus des mailing à ses ressortissants.

➤ MSA :

La MSA est un partenaire permanent à nos côtés dans nos actions quotidiennes. Elle a soutenu, notamment, l'action de prévention autour de l'informatique en prenant à sa charge les supports de communication (flyers – affiches – courriers ...) et nous a permis de recourir aux compétences de ses techniciens de la communication.

• 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.

Cependant, la reconnaissance par les services fiscaux, en 2010, de notre Association, en qualité de « service reconnu d'utilité publique » permet, aujourd'hui, à nos donateurs de bénéficier d'une réduction fiscale qu'ils soient partenaires ou entreprises. Nous devons diffuser cette information de façon élargie afin de faciliter notre accès à d'éventuels soutiens privés.

Un très grand merci donc à tous ceux qui se sont mobilisés depuis la création de notre association et continuent à nous soutenir dans notre action.

CHAPITRE II : STATISTIQUES DE L'ACTIVITÉ

En préambule à ce chapitre, il est nécessaire de rappeler qu'à l'initiative du Conseil Général de la Marne, un travail s'est engagé depuis 2009 avec l'ensemble des CLIC du territoire dont l'objectif est d'harmoniser les pratiques d'utilisation du « Logiclic ». Les règles qui seront retenues permettront, à terme, au Conseil Général d'exploiter l'activité de chaque structure au travers de Fusio-Clic et de déterminer ainsi les modalités de financement des CLIC.

Plusieurs rencontres du groupe de travail ont eu lieu à nouveau cette année, pour définir des notions précises et partagées par chacun, à mettre en œuvre dans les pratiques professionnelles.

A savoir :

1 – Définition des listes communes :

Dans la perspective d'exploiter le système Fusio-Clic et afin d'évaluer l'activité de chaque CLIC, il est nécessaire pour le Conseil Général de paramétrer des indicateurs communs à chaque structure concernant l'utilisation du logiciel. Certaines listes ont d'ores et déjà été retenues et la réflexion se poursuit en 2010 pour les listes restantes.

2 – Fermeture de tous les dossiers de demandes en 2010 :

L'objectif étant de pouvoir, au 1^{er} janvier de chaque année, remettre les « compteurs à zéro » pour chaque structure afin de déterminer leur activité réelle annuelle en tenant compte du nombre total de personnes aidées et en déterminant le niveau de prise en charge des dossiers de demandes.

3 – Définition des pratiques professionnelles :

Nos échanges ont mis en valeur des « spécificités locales » et des fonctionnements hétéroclites. Aussi, plusieurs règles communes ont été définies autour des notions suivantes :

⇒ définition du niveau de prise en charge selon ou non la mise en place d'un plan d'aide ;

⇒ règles d'ouverture et de fermeture d'un dossier de demande notamment en cas d'hospitalisation ;

⇒ optimisation de l'enregistrement des informations principales dans le logiciel afin de centraliser aux travers de quelques icônes les données essentielles, et éviter les saisines inutiles et « chronophages ».

Cette réflexion nous est apparue nécessaire et indispensable. Ces rencontres ont eu le mérite de nous permettre une prise de recul sur notre pratique et des échanges constructifs « inter-CLIC ».

Toutefois, en dehors de la mesure quantitative de l'activité révélée au travers de données statistiques, il nous semble toujours aussi essentiel de ne pas négliger l'aspect qualitatif de nos missions et de nos prises en charge. Il est en effet indispensable d'identifier également les différents critères qui vont déterminer les raisons pour lesquelles nous serions davantage sur un suivi global et permanent (niveau 3), que sur une évaluation sans prise en charge (niveau 2).

Nous le savons trop bien, le rôle d'un CLIC ne peut se limiter à la transmission d'informations, l'orientation, l'évaluation et l'articulation d'un plan d'aide sans être dans l'accompagnement social global des personnes aidées les plus fragilisées, et ce, en lien avec l'ensemble des services sociaux.

Ne mésestimons pas, par ailleurs, la complexité croissante des dispositifs qui fluctuent sans cesse et nécessitent pour les coordinatrices une spécialisation et une technicité de plus en plus pointue, et beaucoup de temps passé à chercher des solutions d'aide et des financements adaptés afin de garantir une prise en charge efficace des personnes âgées.

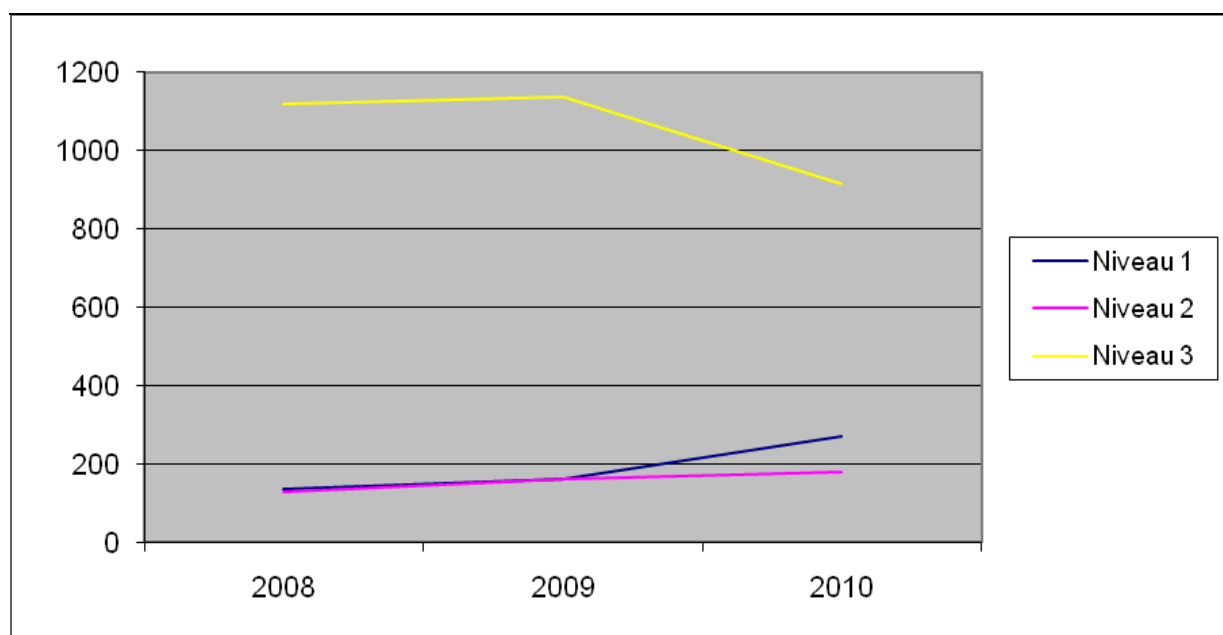
A) STATISTIQUES DE L'ACTIVITE GLOBALE

Après 14 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 **1909 demandes** et de prendre en charge **1366 personnes âgées** différentes (soit 1,40 demande par personne), dont **471 nouvelles personnes âgées** au cours de l'année. Nous observons par rapport à l'année précédente une petite progression des nouvelles personnes aidées et une baisse sensible du nombre global de personnes prises en charge. Ceci s'explique notamment par la mise en pratique des nouvelles règles d'utilisation du logiciel (modalité d'ouverture et fermeture des dossiers), et de l'activité relative à la CARSAT.

A 1) – Activité par niveau d'intervention :

- *Niveau 1* : Lieu d'accueil de proximité et d'écoute des personnes âgées et de leur entourage. (CLIC 1)
- *Niveau 2* : Clic 1 + lieu de coordination des dispositifs existants permettant l'élaboration d'un plan d'aide pour les personnes âgées sur la base d'une évaluation pluridisciplinaire (physique, psychologique, financière, sociale et environnementale) dans leur lieu de vie.
- *Niveau 3* : Clic 1 + 2 + mise en œuvre des aides et coordination des intervenants + suivi du plan d'aide et adaptation de la prise en charge en fonction de l'évolution des besoins.

Année	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
2010	270	180	916
2009	162	162	1138
2008	136	129	1120

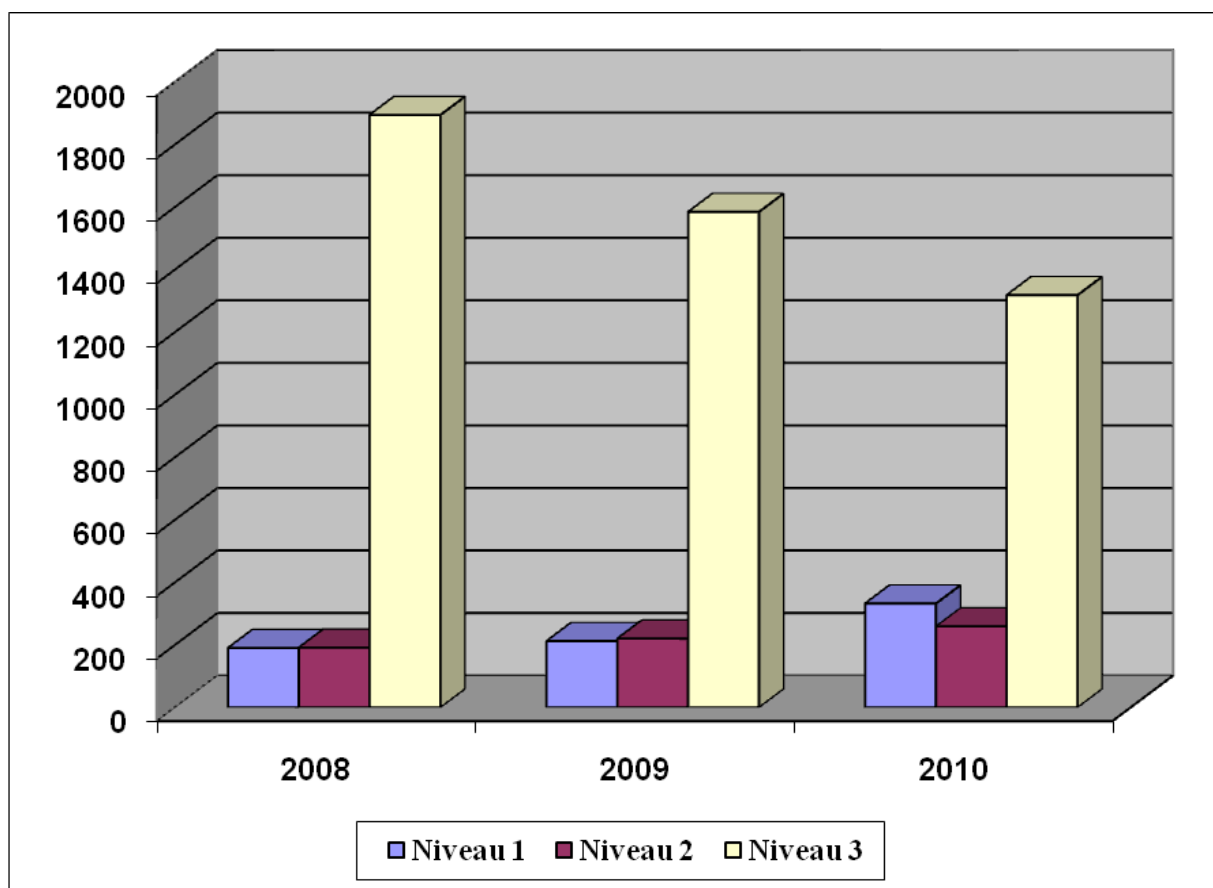


A 2) - Nombre de dossiers de demandes dans l'année :

1909 dossiers de demandes dans l'année pour **1366** personnes âgées, dont 55.63 % ont bénéficié de l'ouverture de plusieurs dossiers de demandes (avec ou non un niveau de prise en charge différent).

Année	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	TOTAL
2010	332	259	1318	1909
2009	212	220	1584	2016
2008	190	191	1894	2275

Toute proportion gardée, on constate que le nombre de dossiers de demande par personne âgée aidée de niveau 3 est, au final, en augmentation. On en déduit que ces situations sont plus difficiles et relèvent probablement d'une prise en charge complexe et multiple.



A noter que la répartition par niveau de prise en charge des dossiers de demande se comptabilise au 31 Décembre de l'année, en l'état où en sont les dossiers à cet instant. Ainsi est-il possible qu'un dossier de demande qui clôture l'année soit comptabilisé sur un niveau 1 de prise en charge, alors même que précédemment, la prise en charge pouvait être de niveau 3 (ce peut être vrai aussi pour le niveau de prise en charge d'ailleurs pour les personnes aidées).

De plus, il serait souhaitable que le logiciel logiclic puisse, pour chacune des personnes aidées :

- identifier le nombre de dossiers de demande dont elles font l'objet, au total, afin d'analyser par ailleurs les motifs de suivi et de fin de suivi.

- les classer sur leur niveau plus élevé de prise en charge dans l'année pour un reflet plus exact de l'activité

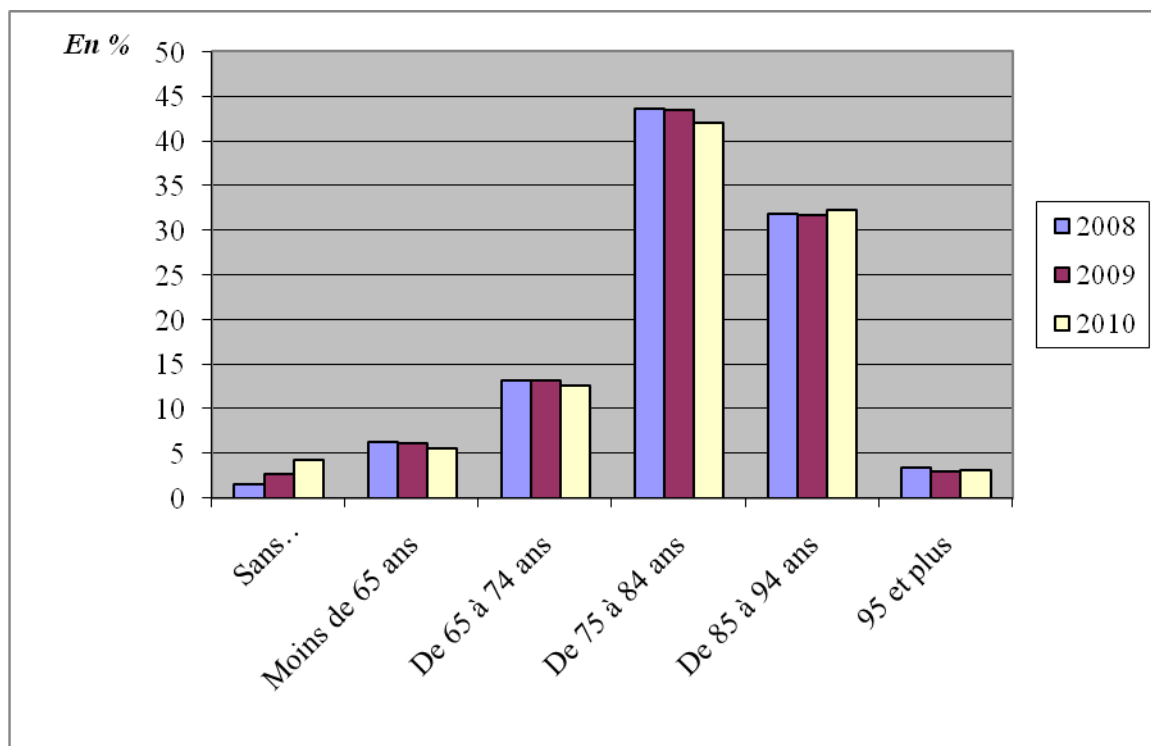
Bien que le nombre de dossiers de demandes enregistrées soit en légère diminution par rapport à 2009, compte tenu des nouvelles pratiques d'utilisation du logiciel « logiclic », il n'en demeure pas moins que l'activité du service reste toujours dense, à savoir :

- La progression du nombre de nouvelles personnes aidées globalement ;
- la poursuite de l'activité réalisée au titre de la convention signée avec la CARSAT pour les évaluations globales des besoins et notre participation au dispositif PRDH/PAP Urgence même si nous n'en sommes pas signataires, compte tenu de la convention signée entre les établissements hospitaliers d'Epernay et la CARSAT ;
- 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 628 personnes (soit une augmentation de 74.04%), dont 161 nouvelles personnes aidées (soit une augmentation de 60%) ;
- l'efficacité du réseau qui sollicite très régulièrement le CLIC.

A 3) - Répartition par tranche d'âge des personnes aidées dans l'année :

Libellé	2008	2009	2010
Sans renseignement *	22	40	59
Moins de 65 ans	88	89	77
De 65 à 74 ans	183	193	173
De 75 à 84 ans	604	634	574
De 85 à 89 ans	327	356	311
De 90 à 94 ans	114	106	129
De 95 à 99 ans	41	38	39
100 ans et plus	6	6	4
TOTAL	1385	1462	1366

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



On dénombre au total **1057** personnes aidées âgées de plus de 75 ans, (dont **12.58 %** ont plus de 90 ans), soit près de **77.32 %** 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.

Il est à noter que pour le suivi de niveau 2 (articulation d'un plan d'aide mais sans suivi, ni prise en charge) les plans d'accompagnement mis en œuvre par les coordinatrices n'ont pas fait l'objet d'un suivi ultérieur dans **13.18 %** des situations, compte tenu de la présence d'aidants familiaux très impliqués et de l'accompagnement en relais d'un service spécialisé compétent (SNCF, CRAM, MSA, etc.) susceptible d'alerter le CLIC à tout moment.

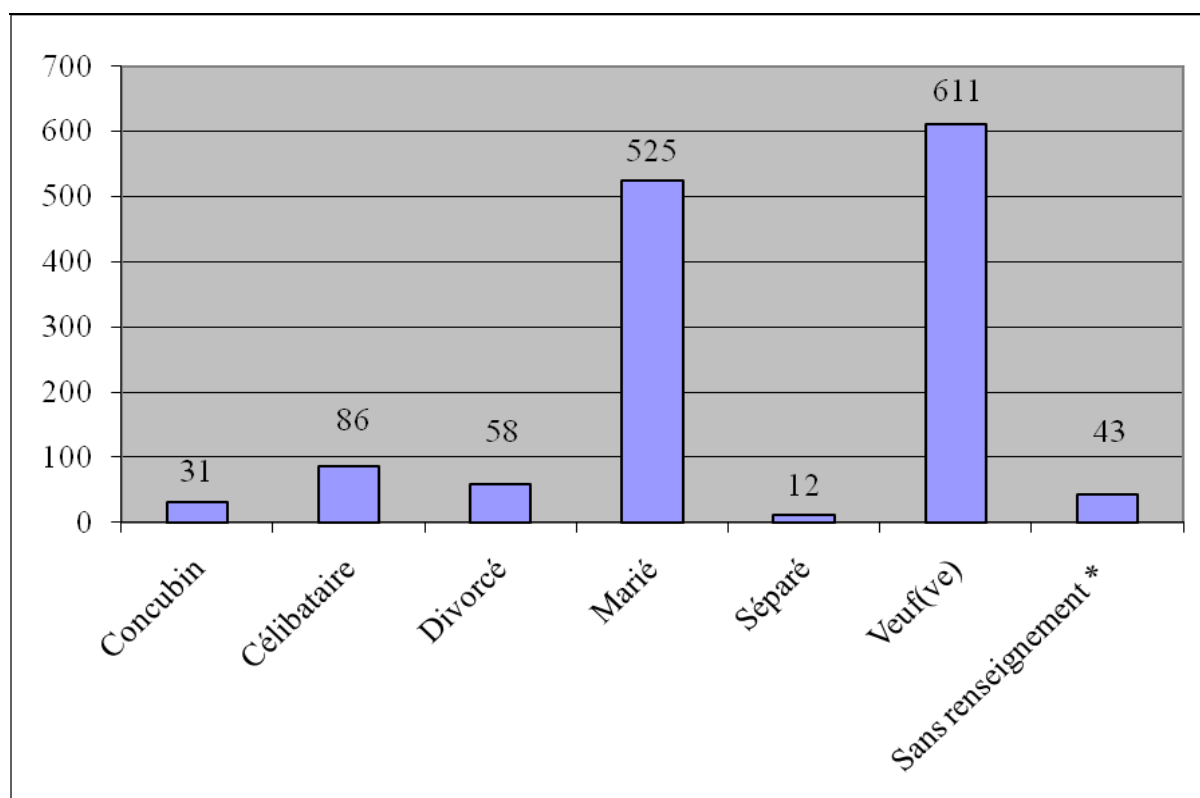
Notons par ailleurs que nous sommes toujours sollicités pour des prises en charge de personnes de – 60 ans. Même si cette proportion demeure infime au regard du chiffre global de l'activité, nous continuons à travailler en partenariat avec la M.D.P.H., à effectuer les orientations nécessaires et à constituer un certain nombre de dossiers.

A 4) - Situation Familiale des personnes aidées dans l'année :

Situation familiale	Nombre de personnes aidées
Concubin (e)	31
Célibataire	86
Divorcé (e)	58
Marié (e)	525
Séparé (e)	12
Veuf (ve)	611
Sans renseignement *	43
TOTAL	1366

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 **44.70 %** et vivent seules à **56.11 %** (*pourcentage des situations renseignées*).

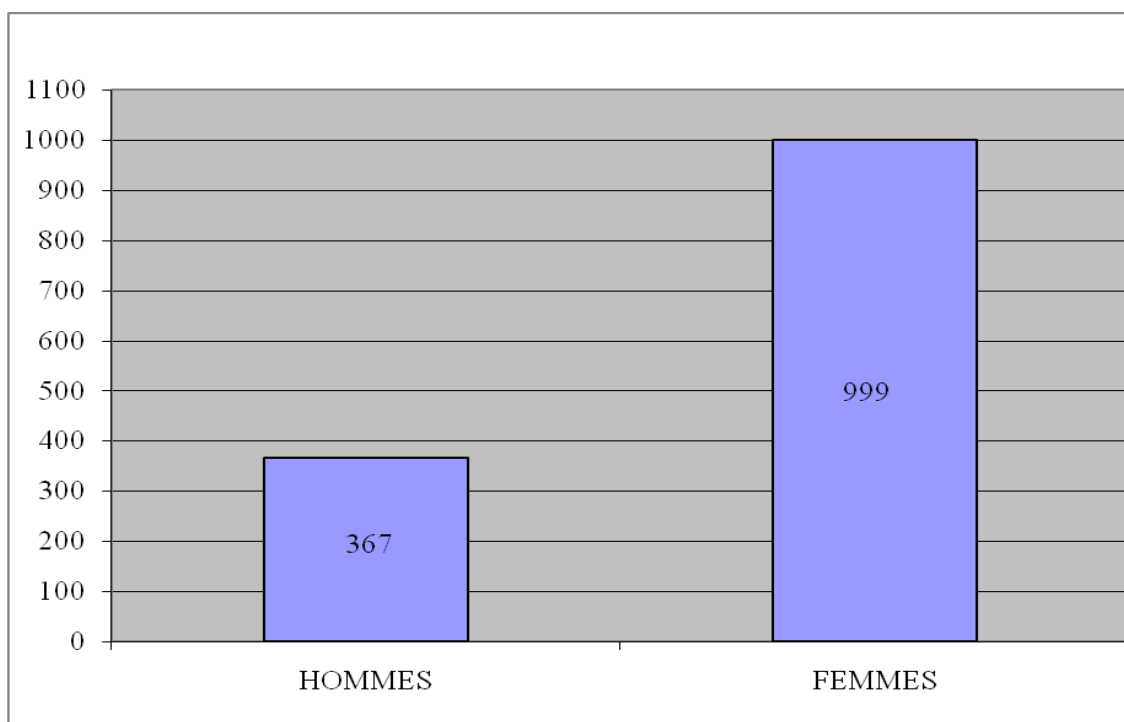
Ces éléments, on le comprendra assez aisément, évoluent peu d'une année à l'autre, la proportion de personnes en situation de veuvage étant évidemment à mettre en parallèle avec l'âge des personnes aidées.



* 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.

A 5) - Répartition par sexe des personnes aidées dans l'année :

Sexe	Nombre de personnes aidées
HOMMES	367
FEMMES	999
TOTAL	1366



Sans surprise la forte majorité des personnes aidées sont des femmes. Le nombre de femmes veuves est beaucoup plus élevé que celui des hommes.

L'espérance de vie, pour cette génération en tout cas, demeurant plus longue, pour les femmes que pour les hommes.

A 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	105
Avec le conjoint seul	516
En collectivité, seul ou avec le conjoint, ou en famille d'accueil	7
Seul	698
Sans renseignement *	63
TOTAL	1389

* 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.

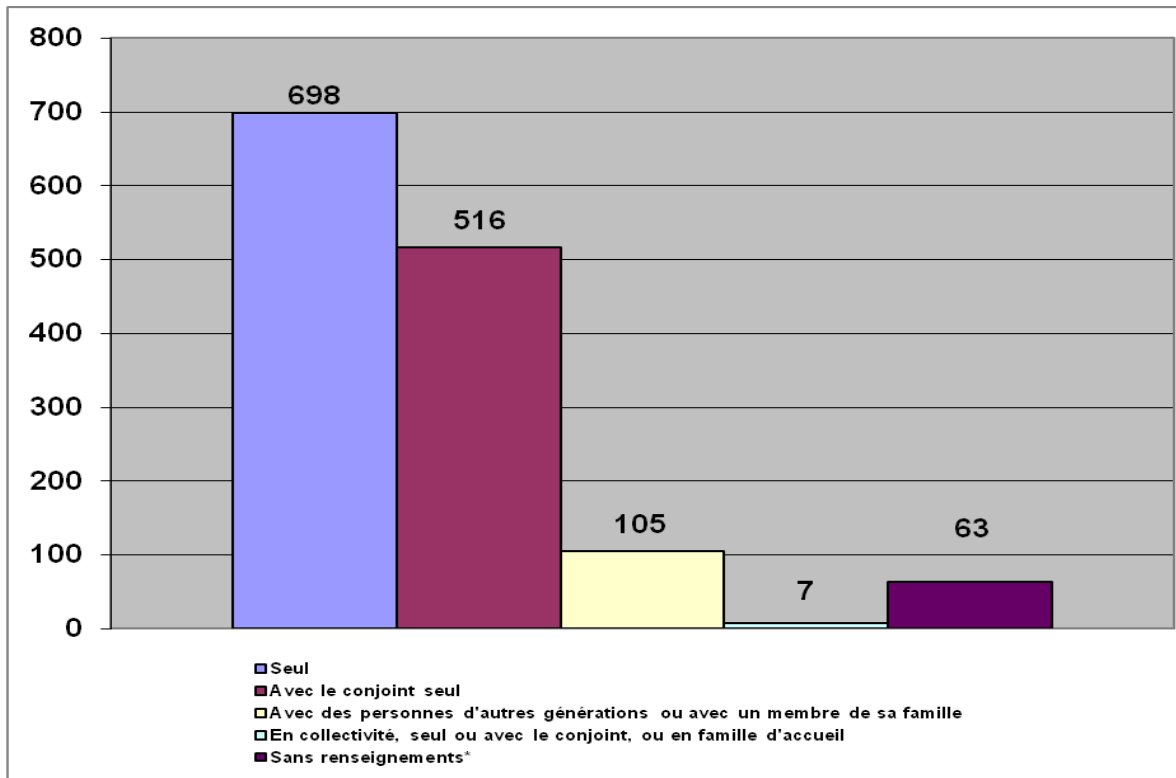
Notons par ailleurs que le Logiclic « cumule » les situations lorsqu'elles sont amenées à se modifier. C'est la raison pour laquelle nous totalisons 1389 situations pour 1366 personnes aidées. Il faut en déduire que dans 23 situations (soit 1,68%), les conditions de vie ont évolué dans l'année.

A l'instar de l'année précédente, nous notons une part assez importante des personnes vivant avec un membre de sa famille (12 % si on exclu les personnes vivant en couple). Les aidants familiaux sont beaucoup sollicités et mobilisés dans l'accueil, même temporaire, de leurs aînés, bien souvent à la suite d'une situation de crise telle qu'une sortie d'hospitalisation, une dégradation soudaine de l'état de santé, un épuisement de l'aidant principal ...

Par ailleurs, 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, pouvoir extraire le nombre de personnes pour lesquelles la situation, au regard des conditions de vie, a évolué en cours d'année (plus utile sans aucun doute que de cumuler les situations).

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

Répartition des personnes aidées par conditions de vie



A 7) - Répartition par groupe ISO-RESSOURCES :

Tableau comparatif des GIR

Année	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5	GIR 6	GIR non connu *
2010	12	123	115	440	277	270	129
2009	18	122	115	505	249	307	145
2008	21	132	122	528	220	244	118

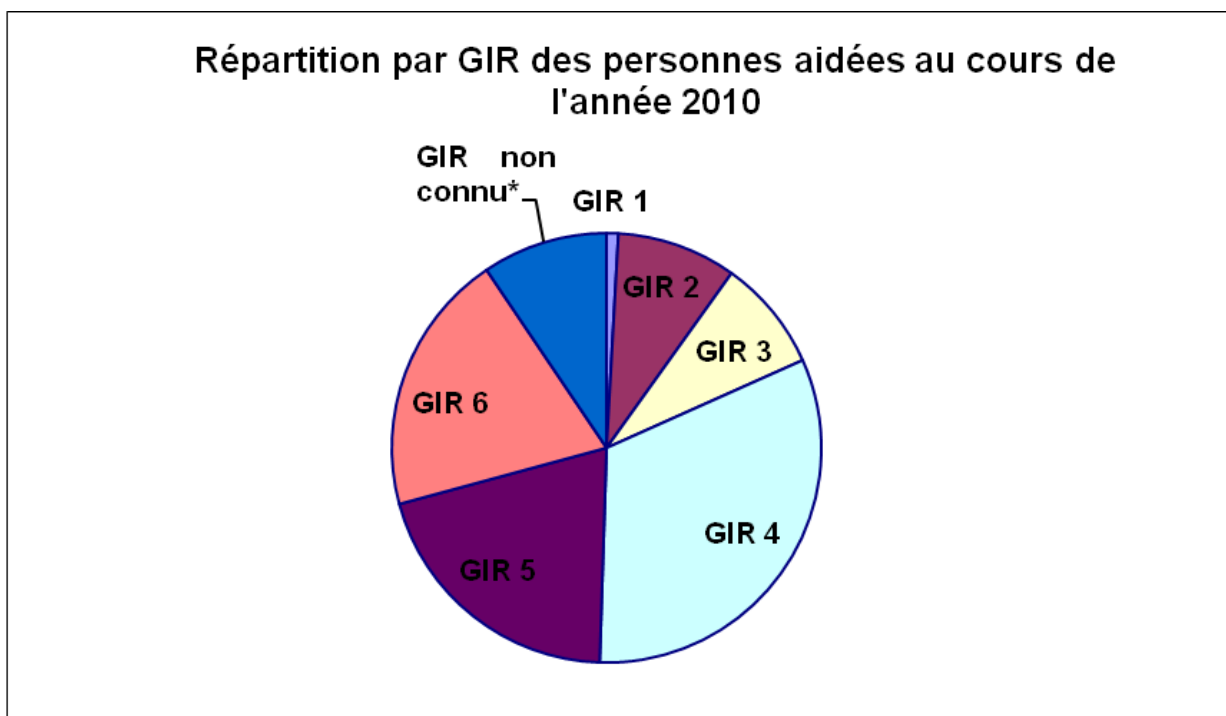
* Les GIR non connus correspondent aux personnes aidées sur un niveau 1 pour lesquelles nous ne disposons pas nécessairement de cette information.

Nous observons que 50.5 % des personnes aidées (-7.5% que l'année précédente), dont le GIR est identifié, relève d'un niveau 1 à 4, dont 9.88 % sont de GIR 1 ou 2 de plus forte dépendance, nécessitant un accompagnement plus intense, et une articulation des dispositifs d'aide beaucoup plus complexe.

A l'inverse, près de 52% des personnes aidées (parmi les GIR connus) sont valides ou semi valides. (soit 10% de plus que l'année précédente).

Nous devons voir là les effets de la convention CARSAT qui nous a amenés à prendre en charge plus en amont les personnes relevant de leur champ de compétence, mais sans doute également les effets d'une bonne information sur l'existence du CLIC, qui génèrent des sollicitations anticipées mieux que ce que nous connaissions dans les prémices de notre activité.

Nous sommes évidemment convaincus que, plus une prise en charge sera précoce, mieux l'autonomie des personnes pourra être préservée.



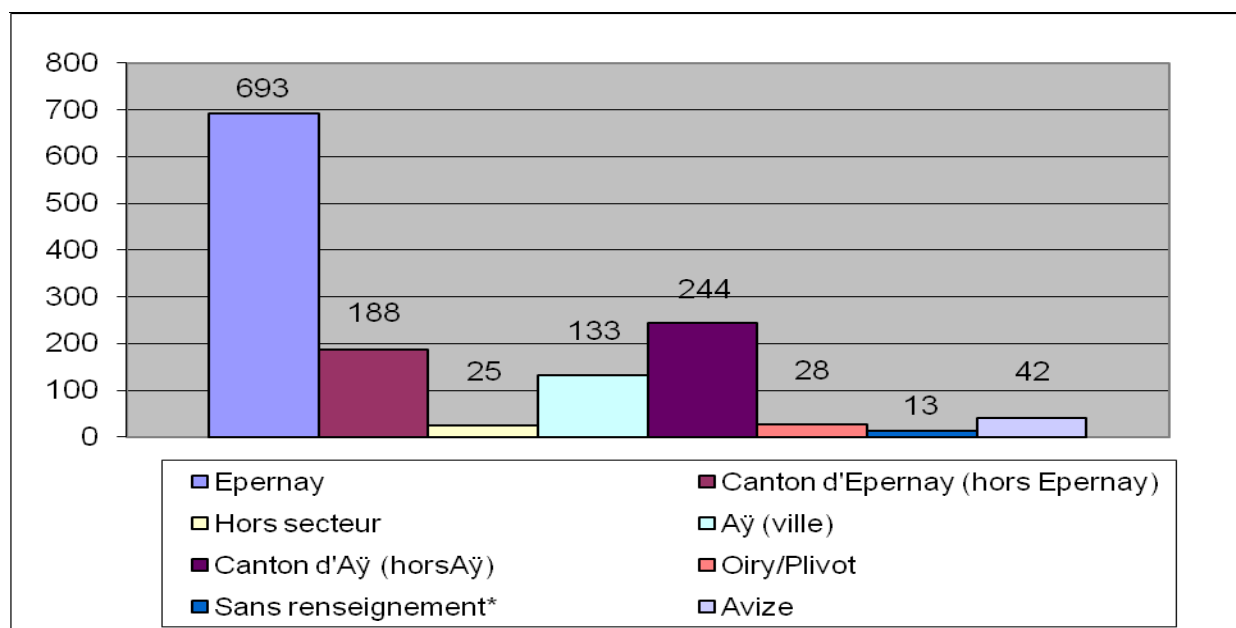
A 8) - Répartition géographique :

Lieu de résidence	Nombres de Personnes aidées	En pourcentage
Epernay	693	50.73 %
Canton d'Epernay (hors Epernay)	188	13.76 %
Aÿ	133	9.74 %
Canton d'Aÿ	244	17.87 %
Oiry/Plivot	28	2.05 %
Avize/Cramant/Cuis/Flavigny/Les Istres & Bury	42	3.07 %
Hors secteur (1)	25	1.83 %
Sans renseignement*	13	0.95 %
TOTAL	1366	100%

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

(1) Communes Hors secteur

- Athis : 1
- Gournay-en-Bray : 1
- Menil S/Oger : 2
- Nanteuil la F. : 1
- Pleurs : 1
- Thise : 1
- Chatillon S/Marne : 1
- Grauves : 1
- Monthelon : 2
- Oeuilly : 1
- Reims : 6
- Troissy : 1
- Dormans : 2
- Mancy : 1
- Montmort : 1
- Oger : 1
- Sézannes : 1
- Vertus : 1



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

Par ailleurs, Epernay Ville représente près de 51% de notre activité et environ 45% du nombre d'habitants de la totalité de notre territoire. On en déduit fort légitimement que la proportion de personnes âgées demeurant à Epernay est plus élevée que sur les autres communes du territoire.

A 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 (**63% des 1366 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 termes d'adaptation de l'habitat.

L'évaluation des coordinatrices porte bien entendu sur les conditions d'habitat, et le plan d'accompagnement doit intégrer cette dimension. Nous sommes à cet effet en lien avec le COMAL PACT 51, avec lesquels nous avons signé des conventions de partenariat, et avec la Mission Relais de la CARSAT. Toutefois, le regard complémentaire d'un ergothérapeute, dans certaines évaluations, serait vraiment précieux !

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 ». Pour autant, il convient de réitérer bien souvent ce message...

Répartition par type d'habitat des 1366 personnes aidées au cours de l'année 2010

Type d'habitat	Nombre de personnes aidées	En pourcentage
Foyer logement	49	3.58 %
Domicile personnel ordinaire confortable et adapté	866	63.30 %
Domicile personnel ordinaire confortable non adapté	339	24.78 %
Domicile personnel ordinaire non confortable	23	1.68 %
Hébergement dans la famille non adapté	1	0.07 %
Hébergement dans la famille confortable et adapté	3	0.22 %
Hébergement dans la famille confortable non adapté	1	0.07 %
Accueil par des particuliers à titre onéreux	1	0.07 %
Etablissement hébergement temporaire	2	0.15 %
Sans renseignement *	83	6.08 %
TOTAL	1368 **	100 %

*** On remarque sur ce tableau la même anomalie que pour d'autres statistiques liées au logiclic. Dans 2 cas, la condition d'habitat s'est « cumulée » pour 2 personnes recensées sur les différents habitats occupés dans l'année.*

** Les « sans renseignement » correspondent aux dossiers pris en charge sur un CLIC 1.*

Répartition par type d'habitat des personnes aidées (916) sur un niveau 3 au cours de l'année 2010

Type d'habitat	Nombre de personnes aidées	En pourcentage
Foyer logement	33	3.59 %
Domicile personnel ordinaire confortable et adapté	603	65.69 %
Domicile personnel ordinaire confortable non adapté	263	28.65 %
Domicile personnel ordinaire non confortable	15	1.63 %
Hébergement dans la famille non adapté	1	0.11 %
Hébergement dans la famille confortable et adapté	2	0.22 %
Hébergement dans la famille confortable non adapté	1	0.11 %
TOTAL	918 *	100 %

** On remarque sur ce tableau la même anomalie que pour d'autres statistiques liées au logiclic. Dans 2 cas, la condition d'habitat s'est « cumulée » pour 2 personnes recensées sur les différents habitats occupés dans l'année.*

B) NOUVELLES ENTREES DANS L'ANNEE

B 1) – Statistique globale de ces nouvelles entrées :

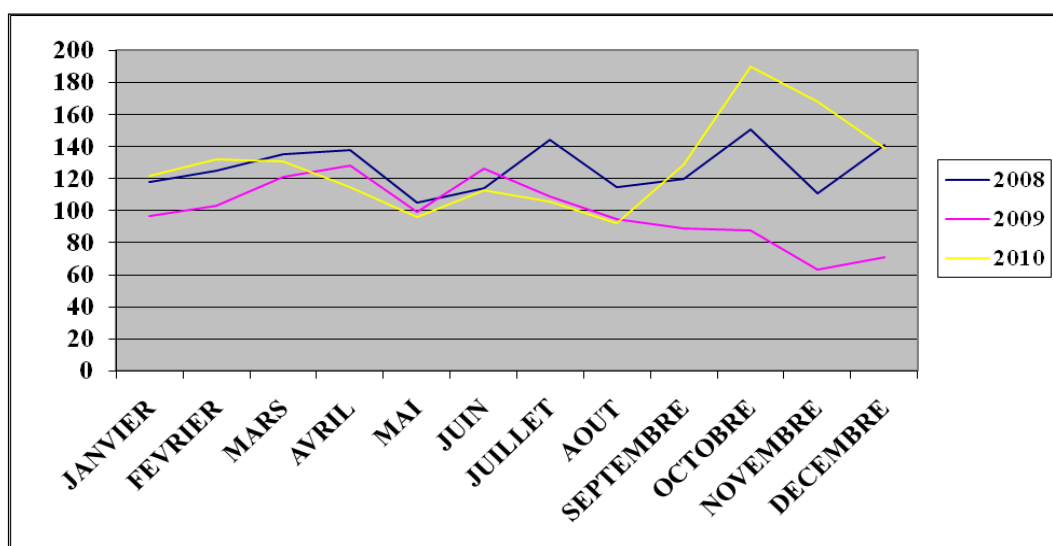
Sur l'ensemble de l'année, nous avons comptabilisé **471** nouvelles personnes aidées et avons enregistré **1533** nouveaux dossiers de demandes les concernant (soit 1.12 dossiers par personne aidée), dont **970** relevaient d'une prise en charge de niveau 3.

Les **376** 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 2010 et pour lesquelles nous avons donc réactivé le dossier.

Le maintien à domicile étant donc satisfaisant, pour les autres cela a généré une fin de suivi pour la majorité d'entre eux.

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

Mois	2008	2009	2010
Janvier	118	97	122
Février	125	103	132
Mars	135	121	131
Avril	138	128	115
Mai	105	99	96
Juin	114	126	113
Juillet	144	109	106
Août	115	95	92
Septembre	120	89	129
Octobre	151	88	190
Novembre	111	63	168
Décembre	141	71	139
TOTAL	1517	1189	1533



B 2) – Répartition mensuelle des nouvelles personnes aidées en 2010 :

Mois	Nombre de personnes aidées	En %
Janvier	34	7.22
Février	47	9.99
Mars	45	9.55
Avril	41	8.70
Mai	31	6.58
Juin	38	8.07
Juillet	31	6.58
Août	27	5.73
Septembre	43	9.13
Octobre	53	11.25
Novembre	43	9.13
Décembre	38	8.07
TOTAL	471	100 %

Soit une progression de 1.49 % par rapport à 2009.

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

Ainsi, bien que le nombre de dossiers de demandes soit en légère baisse par rapport aux nouvelles règles d'utilisation du logiciel souhaitées par le Conseil Général, il n'en demeure pas moins que les situations restent complexes et nécessitent une prise en charge plus soutenue et souvent compliquée.

B 3) – Origine des nouveaux dossiers de demandes pour l'année 2010 :

Origine de la demande	Nombre de dossiers	En %
L'entourage	32	2.09 %
La famille	226	14.73 %
La personne concernée	121	7.89 %
Un médecin	7	0.46%
Un professionnel	1147	74.83 %
TOTAL	1533	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 termes d'orientation vers le CLIC puisque près de **75.28 % des nouveaux dossiers de demandes** ont été déclenchés suite au signalement de l'un d'eux. Ce pourcentage est en constante augmentation.

Notons également l'implication des familles, puisque dans près de **16.82 %** des situations, elles ont elles-mêmes sollicité le soutien du CLIC pour leur proche âgé.

Enfin, il est intéressant de noter que dans près de **8 %** 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 pertinent et qu'elle reste en capacité de gérer seule, parfois par anticipation, son maintien à domicile.

B 3 – 1) Détail des Professionnels à l'origine des 1533 nouveaux dossiers de demandes pour l'année 2010

Professionnels	Nombre de dossiers	En %
Service d'Auxiliaire de vie sociale	384	33.28
Hôpital	307	26.60
Service social (*)	231	20.02
Service de soins de suite	144	12.48
SSIAD	38	3.29
Hospitalisation à domicile	14	1.20
Service Administratif (Mairie)	8	0.69
Médecin	7	0.60
IDE Libérale	7	0.60
Maison de retraite	4	0.35
Pôle évaluation gériatrique	2	0.17
Clinique	1	0.09
Service de portage de repas	1	0.09
Amélioration habitat	1	0.09
Pharmacie	1	0.09
Secteur psychiatrique	1	0.09
Foyer Logement	1	0.09
Service de Tutelle	1	0.09
Service téléalarme	1	0.09
TOTAL	1154	100 %

() Les orientations par « service social » correspondent essentiellement au lien avec la CARSAT du Nord-Est dans le cadre de notre convention de partenariat.*

B 3 – 2) Détail de l'origine des 970 nouveaux dossiers de demande sur une prise en charge niveau 3 :

Nous évaluons encore plus en détail, dans le tableau suivant, l'origine des **970** dossiers de demandes (sur les 1318 au total), qui ont concerné une prise en charge de niveau 3 (c'est-à-dire évaluation, mise en œuvre d'un plan d'accompagnement, suivi et adaptation de celui-ci si nécessaire).

Origine des demandes	Nombre de dossiers	En %
Médecin	3	0.31
Entourage	20	2.06
Famille	154	15.88
Personne concernée	69	7.11
Professionnel	724	74.64
TOTAL	970	100 %

Origine	Nombre de dossiers	En %
Par la personne âgée ou la famille	243	25.05
Service d'Auxiliaire de vie sociale	242	24.95
Hôpital Auban Moët	227	23.40
Service social	164	16.91
Service de soins de suite Sainte Marthe	53	5.47
SSIAD	22	2.27
IDE Libérale	4	0.41
Médecin	3	0.31
Hospitalisation à domicile	3	0.31
Pôle évaluation gériatrique	2	0.21
Maison de retraite	2	0.21
Clinique	1	0.10
Service portage de repas	1	0.10
Service Administratif (Mairie)	1	0.10
Secteur psychiatrique	1	0.10
Amélioration du logement	1	0.10
TOTAL	970	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	Soit environ...
Médecin	7	3	43%
Sans catégorie	1	/	
Hôpital	307	227	74%
Clinique	1	1	100%
IDE Libérale	7	4	57%
Service de soins de suite	144	53	37%
Maison de retraite	4	2	50%
Service Administratif (Mairie)	8	1	12.5%
Service d'Auxiliaire de vie sociale	384	242	63%
Service social	230	164	71%
SSIAD	38	22	58%
Foyer logement	1	/	
Par la personne âgée ou la famille	379	243	64%
Service de tutelle	1	/	
Service de portage de repas	1	1	100%
Téléalarme	1	/	
Pharmacie	1	/	
Pôle évaluation gériatrique	2	2	100%
Secteur psychiatrique	1	1	100%
Comité d'Amélioration du Logement	1	1	100%
Hospitalisation à domicile	14	3	21.5%
TOTAL	1533	970	

Nous observons que c'est la personne aidée qui est avant tout à l'origine de l'ouverture d'un nouveau dossier de demande.

Pour le reste, le tableau précédent nous permet d'évaluer que **74 % des nouvelles situations** signalées par l'hôpital (y compris le service HAD) ou la clinique font l'objet d'une prise en charge immédiate de niveau 3, tandis que « seulement » **37 % des nouveaux dossiers** de demandes ouverts pour des personnes séjournant à Sainte Marthe ont fait 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. A l'inverse des personnes au sortir d'un service de EHRSS ont, a priori, récupéré un potentiel d'autonomie suffisant pour que ce delta entre le signalement et le besoin soit différent.

Pour ces personnes, l'information en amont pour elles-mêmes et leur famille, peut s'avérer plus souvent suffisante.

Par ailleurs, nous constatons, la forte proportion des signalements émanant des auxiliaires de vie, des SSIAD, des IDE, des services des portages de repas, des médecins et des pharmacies aboutissant à une prise en charge de niveau 3 (**62 %**). 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.

C) SUIVIS ET PLANS D'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES AGEES AIDEES DANS L'ANNEE

Le plan d'accompagnement personnalisé va, d'une part, s'élaborer dès la prise en charge par le CLIC (pour les niveaux supérieurs au CLIC 1) et s'adapter au fur et à mesure de l'accompagnement social de la personne aidée pour répondre, autant que possible, à ses besoins en respect avec son projet de vie. Ce dernier, contrairement au dossier de demande, n'est pas systématiquement clôturé, excepté en cas d'entrée en établissement ou décès.

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 du plan d'aide APA.

Pour l'ensemble des **1366 personnes âgées aidées** au cours de l'année 2010 (comprenant les **471 nouvelles entrées**), le CLIC a répondu à **1909 dossiers de demandes** (dont **1533 nouveaux dossiers de demandes**). Pour y répondre, **1430 plans d'accompagnement** ont été élaborés.

Notons que dans une grande proportion des situations, le suivi exercé n'a pas révélé la nécessité de modifier le plan d'accompagnement mis en œuvre.

C 1) - Catégorie de professionnels intervenus dans les plans d'accompagnement *
(pour les 1430 plans en cours sur l'année 2010)

Professionnels	Nombre de plans d'accompagnement	En %
Hospitalisation à domicile	28	1.96
Clinique	5	0.35
Foyer Logement	3	0.21
Hôpital	29	2.03
IDE Libérale	217	15.17
Kinésithérapeute	59	4.13
Maison de convalescence	5	0.35
Maison de retraite	3	0.21
Professionnel en Matériel Ergonomique	52	3.64
Médecin	5	0.35
Pharmacie	5	0.35
Portage de repas	209	14.62
Pédicurie	53	3.71
Secteur psychiatrique	19	1.33
Service administratif	7	0.49
Service d'auxiliaire de vie sociale	1791	125.24 **
Service social	59	4.13
SSIAD	193	13.50
Transport	31	2.17
Téléalarme	158	11.05
Service de tutelle	7	0.49
Accueil de jour	11	0.77
Aidant familial	39	2.73
Pôle évaluation gériatrique	12	0.84
Psychologue	13	0.91
Service bénévole	4	0.28
Amélioration du logement	3	0.21

A noter que nous avons choisi en cours d'année d'inclure les aidants familiaux dans le détail des plans d'aide, l'objectif étant de souligner leur implication et leur rôle dans la prise en charge de leurs aînés. Cette information est fortement utile pour les équipes médicales lors d'une hospitalisation.

* Ces plans d'accompagnement prévoyaient dans près de **60 %** des situations, au moins l'intervention d'une auxiliaire de vie sociale. Ces accompagnements ont nécessité par ailleurs **5858** interventions, allant de la constitution d'un dossier d'aide financière (APA ; PRDH ; aide exceptionnelle...) à la mise en place d'un soutien psychologique, ce qui représente en moyenne près de **4,10** démarches ou prestations concomitantes dans l'articulation du plan d'accompagnement.

On constate, par ailleurs, que ces 1430 plans d'accompagnement ont été réalisés pour l'équivalent temps plein de 4 coordinatrices (si l'on considère que Mme ZMYSLONY dispose d'un mi-temps de Direction) ce qui équivaut à 357 plans d'accompagnement suivis par un travailleur social.

** Il apparaît très nettement ici qu'un même plan d'aide peut intégrer l'intervention de plusieurs services d'aide à domicile simultanément.

C 2) - Nature des aides retenues dans le cadre de la mise en place des 1430 plans d'accompagnement : (prises en charge de niveau 3 ou 2).

Aide	Nombre de dossiers	En %
Sans renseignement	202	14.13
Accompagnement social	166	11.61
Adaptation du logement	22	1.54
Aide au relogement	5	0.35
Aide aux démarches administratives	76	5.31
Aide solvabilisation plan d'aide	718	50.21
Bricolage	1	0.07
Carte d'invalidité	12	0.84
Dossier de suivi gériatrique	11	0.77
Jardinage	4	0.28
Evaluation gérontologique et dépendance	772	53.99
Aide accès au droit	33	2.31
Aide aux démarches juridiques	8	0.56
Protection juridique	14	0.98
Réponses au problème de maltraitance	5	0.35
Accompagnement vie culturelle	10	0.70
Atelier mémoire	2	0.14
Atelier nutrition	1	0.07
Loisirs	9	0.63
Aide à la prise des médicaments	143	10.00
Hospitalisation à domicile	7	0.49
Kinésithérapie	70	4.90
Matériel ergonomique	92	6.43
Matériel hygiène	80	5.59
Orthophoniste	2	0.14
Pédicure	76	5.31
Soins infirmiers	155	10.84
Accueil permanent	8	0.56
Accueil temporaire	8	0.56
Accompagnement fin de vie	6	0.42
Accueil de jour	16	1.12
Aide au coucher	76	5.31
Aide au lever	82	5.73
Aide au ménage	1007	70.42
Aide au repas	264	18.46
Aide aux courses	232	16.22
Aide pour l'entretien du linge	228	15.92
Aide relais aux aidants	83	5.80
Aide à la marche	87	6.08
Aide à la toilette	561	39.23
Blanchisserie	1	0.07
Chèque emploi service	39	2.73
Garde de nuit	7	0.49
Halte répit	1	0.07
Portage de repas	169	11.82
Soutien psycho gériatrique	14	0.98
Soutien psychologique aux aidants	31	2.17
Soutien psychologique personne âgée	8	0.56
Transport	56	3.92
Téléalarme	176	12.31

Au cours de l'année 2010, nous avons commencé à travailler, en équipe, sur la « structuration » de l'évaluation des besoins de la personne aidée destinée à compléter le plan d'aide enregistré dans le logiciel.

L'objectif pour nous étant de :

- réaliser une évaluation gériatrique globale dès l'ouverture d'un plan d'aide permettant en quelques lignes de décrire la situation dans laquelle se trouve la personne aidée (à un instant T) en y associant notamment les indicateurs de fragilité existants et repérés le cas échéant ;
- la transmettre aux partenaires mobilisés dans le plan d'aide ;
- transmettre également les informations essentielles et actualisées aux cadres de santé en cas d'hospitalisation ;
- permettre à chaque membre de l'équipe d'accéder rapidement aux informations essentielles et, le cas échéant, de renseigner ou d'intervenir en relais de la coordinatrice référente du suivi.

Cette réflexion nous a amenés à concevoir un outil synthétique, en lien avec Dicsit informatique que nous avons appelé fiche de liaison/hospitalisation qui permet, sur un même document, d'éditer :

- Les éléments administratifs principaux concernant la personne prise en charge ;
- Identification de la personne de confiance et / ou l'aidant principal désigné par la personne aidée ;
- Le GIR ;
- Le type de financement du plan d'aide ;
- L'évaluation gériatrique datée
- Le détail du plan d'aide mis en place.

Ce travail a le mérite de :

- Structurer notre action et de mettre en valeur nos compétences acquises dans le domaine de l'expertise gériatrique ;
- D'apporter du sens à notre travail sur le terrain ;
- D'optimiser l'utilisation du logiciel, tout en évitant de perdre du temps à rechercher les éléments informatiques que nous avons entrés tout au long des différents entretiens.

Enfin pour faire suite aux réflexions menées dans le cadre du groupe de travail piloté par le Conseil Général, nous avons fait le choix de détailler les plans d'aide au fur et à mesure de la prise en charge de la personne aidée. Pour cela, il nous a paru essentiel de paramétrer avec Dicsit informatique la rubrique :

1. « les aidants familiaux » dans le double objectif d'identifier leur rôle dans le plan d'aide et de mesurer leur implication dans la prise en charge à des fins également d'analyse ;
2. « les intervenants sociaux » mobilisés dans le cadre d'un accompagnement social renforcé nous permettant de révéler les acteurs mobilisés par la coordinatrice pour répondre aux différents critères de fragilité de la personne aidée et des besoins sociaux identifiés par la coordinatrice.

Il est à noter que la notion **d'accompagnement social renforcé** apparaît comme une donnée essentielle de nos interventions et nous permet de commencer à mettre en valeur les prises en charge nécessitant un accompagnement soutenu, en lien avec d'autres travailleurs sociaux, et en relation étroite avec les professionnels mobilisés dans le plan d'accompagnement à domicile.

Ainsi depuis le 3^{ème} trimestre 2010, nous avons commencé à identifier 116 situations nécessitant un accompagnement social renforcé correspondant à près de 15,26% de l'ensemble des 760 personnes âgées aidées en niveau 3 au cours de cette période.

Ces chiffres ne sont pas le reflet de la réalité, compte tenu que nous n'avons pas eu la possibilité de « répertorier » l'ensemble de nos prises en charge sur l'année en cours.

Nous souhaitons, pour l'année prochaine, identifier d'une part l'ensemble des raisons qui nécessitent ce niveau d'accompagnement et, d'autre part, le temps d'intervention qu'il suppose pour le travailleur social du CLIC qui est bien au-delà d'une moyenne de quatre heures par personne suivie (critère retenu par le Conseil Général pour le calcul de financement des CLIC). Pour y répondre, nous envisageons de systématiser, comme outil d'évaluation, la grille de fragilité qui est en cours d'utilisation par le réseau REGECA en complémentarité avec l'évaluation de la perte d'autonomie au travers de la grille NEW AGIRR.

Dans l'absolu, il serait souhaitable de définir les critères de fragilité sur une évaluation psycho sociale qui aurait le mérite d'élaborer un GIR social complémentaire au GIR médical répondant ensuite à un plan d'accompagnement global préconisé à la croisée de ces deux niveaux d'analyse..

Par ailleurs, il faut noter que l'ensemble de ces suivis a nécessité : **17180 entretiens** (voir détail ci-dessous) dont près de **26.64 %** 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 (**15110 entretiens soit près de 17 entretiens pour une situation**), et **2070 entretiens**, dans les deux autres niveaux de prise en charge.

C 3) - Catégorie des informations et aides retenues par le service pour les 1909 dossiers de demandes traités en 2010 :

Libellé	Résultat	%
Sans renseignements	40	0.32
Accès aux droits – Accompagne fin de vie	37	0.30
Accès aux droits – Action sociale caisse de retraite	98	0.79
Accès aux droits – Aide à la complémentaire santé	18	0.14
Accès aux droits – Aide administrative	591	4.74
Accès aux droits – Aide financière exceptionnelle	107	0.86
Accès aux droits – Aide sociale à domicile	264	2.12
Accès aux droits – Aide sociale du Conseil Général	20	0.16
Accès aux droits – Aide sociale hébergement	29	0.23
Accès aux droits – APA information	718	5.76
Accès aux droits - Blanchisserie	2	0.02
Accès aux droits – Information CLIC (*)	2009	16.12
Accès aux droits – Logement (allocation APL)	12	0.10
Accès aux droits – Logement (recherche, loyer, bail)	45	0.36
Accès aux droits – Mutuelle adhésion	9	0.07
Accès aux droits – Mutuelle prestations	228	1.83
Accès aux droits – PAPU (PRDH)	337	2.70
Accès aux droits – Prise en charge caisse de retraite	395	3.17
Accès aux droits – Retraite/pension	21	0.17
Accompagnement social – Accompagnement social renforcé (**)	116	0.93
Accompagnement social – APA orientation/constitution	126	1.01
Accompagnement social - Endettement	4	0.03
Accompagnement social – Evaluation des besoins	917	7.36
Accompagnement social – Evaluation globale CRAM	123	0.99
Accompagnement social – Mesure de protection juridique	144	1.16
Accompagnement social – Réunion de coordination	231	1.85
Actions collectives – Critères de fragilité	11	0.09
Actions collectives – Dossier de suivi gériatrique	33	0.26
Actions collectives – Prévention diverses	45	0.36
Actions collectives – Prévention équilibre	4	0.03
Actions collectives – Prévention habitat	10	0.08
Actions collectives – Prévention inter génération	1	0.01
Actions collectives – Prévention Mémoire	25	0.20
Actions collectives – Prévention Nutrition	2	0.02
Offre de soins - Consultation gériatrique/filière	48	0.39
Offre de soins – Consultation mémoire	15	0.12
Offre de soins – Convalescence/repos	245	1.97
Offre de soins – Ergothérapeute	1	0.01
Offre de soins – H A D	92	0.74
Offre de soins – Hospitalisation	137	1.10
Offre de soins – IDE/Centre de soins	46	0.37
Offre de soins – Kinésithérapeute	17	0.14
Offre de soins – Orthophoniste	1	0.01
Offre de soins – Pédicurie	23	0.18

Offre de soins – soins médicaux /psychiatrique	317	2.54
Offre de soins – SSIAD	69	0.55
Structure d'accueil pr personne AG – Famille d'accueil	4	0.03
Structure d'accueil pr personne AG – Foyer logement/Marpa	22	0.18
Structure d'accueil pr personne AG – Hébergement permanent	547	4.39
Structure d'accueil pr personne AG – Hébergement temporaire	169	1.36
Travailleur social – Fiche environnement social	173	1.39
Vie à domicile - Accueil de jour	54	0.43
Vie à domicile – Aide à domicile	2052	16.46
Vie à domicile – Bricolage/jardinage	3	0.02
Vie à domicile – CESU	82	0.66
Vie à domicile – Garde de nuit	22	0.18
Vie à domicile – Gardiennage d'animaux	1	0.01
Vie à domicile – Handicap/MDPH	140	1.12
Vie à domicile – Logement (adaptation)	181	1.45
Vie à domicile – Matériel d'hygiène	47	0.38
Vie à domicile – Matériel ergonomique	162	1.30
Vie à domicile – Personne se mettant en danger	8	0.06
Vie à domicile – Portage de repas	314	2.52
Vie à domicile – Service de transport adapté	81	0.65
Vie à domicile – Soutien à l'aidant	188	1.51
Vie à domicile – Soutien moral	172	1.38
Vie à domicile – téléalarme	261	2.09
TOTAL	12466	100 %

(*) *information CLIC : rôles et missions du CLIC – transmission orale et plaquette transmise.*

(**) *évalué sur 3 mois.*

Parallèlement, il est intéressant d'analyser le contenu des informations et aides retenues par les coordinatrices lors de la prise en charge des différents dossiers de demandes. Ces dernières se déclinent à l'issue des différents entretiens menés auprès de la personne aidée, de son entourage et des professionnels.

Elles reflètent la multitude des démarches entreprises par le service et nécessaires pour répondre aux besoins multiples de la personne âgée. Elles se déclinent en catégorie d'aides qui ont été validées par l'ensemble des CLIC dans le cadre du groupe de travail initié par le Conseil Général dans l'objectif d'harmoniser les pratiques d'utilisation du logiciel « Logiclic ».

Cette liste bien que toujours en cours de finalisation s'est appliquée dès le second semestre 2010.

Toutefois la totalité des informations n'est malheureusement pas enregistrée dans le logiciel par manque de temps. La prise en charge des personnes ayant toujours été privilégiée au détriment de l'aspect administratif, les chiffres présentés ci-dessus ne sont donc pas le reflet totalement exhaustif de notre activité réelle.

L'enregistrement des données dans le logiciel est terriblement chronophage et devient incompatible à personnel constant, avec la progression globale de l'activité, en dépit de la grande disponibilité d'une équipe qui ne compte pas son temps.

C 4) - Répartition des 17180 entretiens par type pour l'année 2010 :

(en comparaison avec les prises en charge de niveau 3)

Type d'entretien	Nombre d'entretien	Dont Niveau 3 exclusivement	En %
Au service	335	281	1.86
A l'extérieur	69	63	0.42
Courrier/Fax/Mail	4282	3808	25.20
Sainte Marthe	667	482	3.19
Téléphonique	8320	7407	49.02
A domicile	765	698	4.62
Hôpital	2742	2371	15.69
TOTAL	17180	15110	100 %

Il est à noter une hausse très significative du nombre global des entretiens au cours de l'année de près de **57 %**.

Il en résulte une moyenne de près de **16,50** entretiens dans l'année dans le cadre d'un suivi de niveau 3, et 4,6 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.

Cette hausse s'explique notamment par l'augmentation de l'activité au centre hospitalier Auban Moët et par la complexité des situations prises en charge. A l'inverse, nous constatons également une diminution des entretiens à domicile.

D) DUREE DES SUIVIS

Le tableau récapitulatif ci-dessous des **1430 plans d'accompagnement** établis dans l'année est à relativiser, en termes 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 1430 plans d'accompagnement en cours pour l'année 2010 (dont 1202 au titre de suivis de niveau 3)

Durée	Nombre de plans	En %	Dont Niveau 3	En %
< 1 MOIS	31	2.17	23	1.91
DE 1 A 2 MOIS	39	2.67	30	2.50
DE 2 A 3 MOIS	34	2.32	29	2.41
DE 3 A 4 MOIS	41	2.81	34	2.83
DE 4 A 5 MOIS	37	2.53	30	2.50
DE 5 A 6 MOIS	23	1.54	20	1.66
DE 6 MOIS A 1 AN	186	12.99	151	12.56
DE 1 AN A 2 ANS	304	21.35	255	21.21
PLUS DE 2 ANS	735	51.62	630	52.41
TOTAL	1430	100 %	1202	100 %

E) SOLVABILISATION DES PLANS D'ACCOMPAGNEMENT

Majoritairement, le financement des services intervenant dans le cadre du maintien au domicile passe par la constitution d'un dossier APA (**26 % des situations** concernées en 2010). Dans **42.67 %** 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 2010, **440** plans d'accompagnement ont été financés au titre de l'APA. Le CLIC a instruit cette année **359 nouveaux dossiers d'APA** et formulé **184 demandes de révision** au regard de l'évolution de la situation médico-sociale de la personne âgée.

Notons par ailleurs que **109 personnes aidées ont bénéficié d'une prestation retour à domicile ou PAP urgence par la CRAM/CARSAT faisant suite à une sortie d'hospitalisation** soit 150 % de plus qu'en 2009 !!

Enfin, **44** nouvelles **personnes aidées ont été rencontrées dans le cadre de l'évaluation globale** au titre de la CRAM et **308** 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 certain 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 peut être très 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.

E 1) - Type d'aides financières activées pour l'ensemble des personnes prises en charge par le CLIC dans l'année 2010

Type d'aide activée	Pour les 1366 personnes aidées	En % pour les 1366 personnes aidées	Pour les personnes aidées dans le cadre d'un suivi de niveau 3 : (916 personnes)	En % du total des aides activées pour les 1318 personnes
Sans renseignement (niveau 1) ou en attente de décision	41	3	/	/
AAH	2	0.15	0.22	0.17
ACTP (reconduction)	4	0.29	0.44	0.33
Aide du Conseil Général	4	0.29	0.44	0.33
Aide exceptionnelle	21	1.54	2.18	1.75
Aide exceptionnelle Caisse de retraite	13	0.95	1.09	0.83
Allocation logement	3	0.20	0.33	0.25
APA (*)	440	3.22	0.39	29.84
Assistance retour à domicile	14	1.02	1.20	0.91
Majoration tierce personne	4	0.29	0.22	0.17
PRDH/PAPU	112	8.20	10.26	7.81
Prise en charge caisse aide à domicile	308	22.55	26.42	20.12
Fonds de compensation du handicap	2	0.15	0.22	0.17
Prestation de compensation / MDPH	1	0.07	/	/
Aucune	722	52.86	49.02	37.32

(*) Nous constatons, par rapport à l'année précédente, une baisse assez significative des plans d'accompagnement financés au titre de l'APA alors que les coordinatrices ont constitué par ailleurs plus de dossiers que l'année précédente. Cela s'explique que n'étant pas destinataires d'une copie du plan d'aide validé par l'équipe médico-sociale, l'enregistrement dans le LOGICLIC ne s'effectue pas systématiquement. D'autre part, un certain nombre des demandes APA ont été instruites sans donner lieu à un suivi à partir du moment où notre intervention s'est arrêtée pour diverses raisons (entrée en institution, décès...). Ainsi y-a-t'il sans doute plus de plan d'aide financés au titre de l'APA que ce qui apparaît dans le tableau ci-dessus.

Une même personne peut avoir bénéficié de plusieurs financements dans l'année. A contrario, 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.

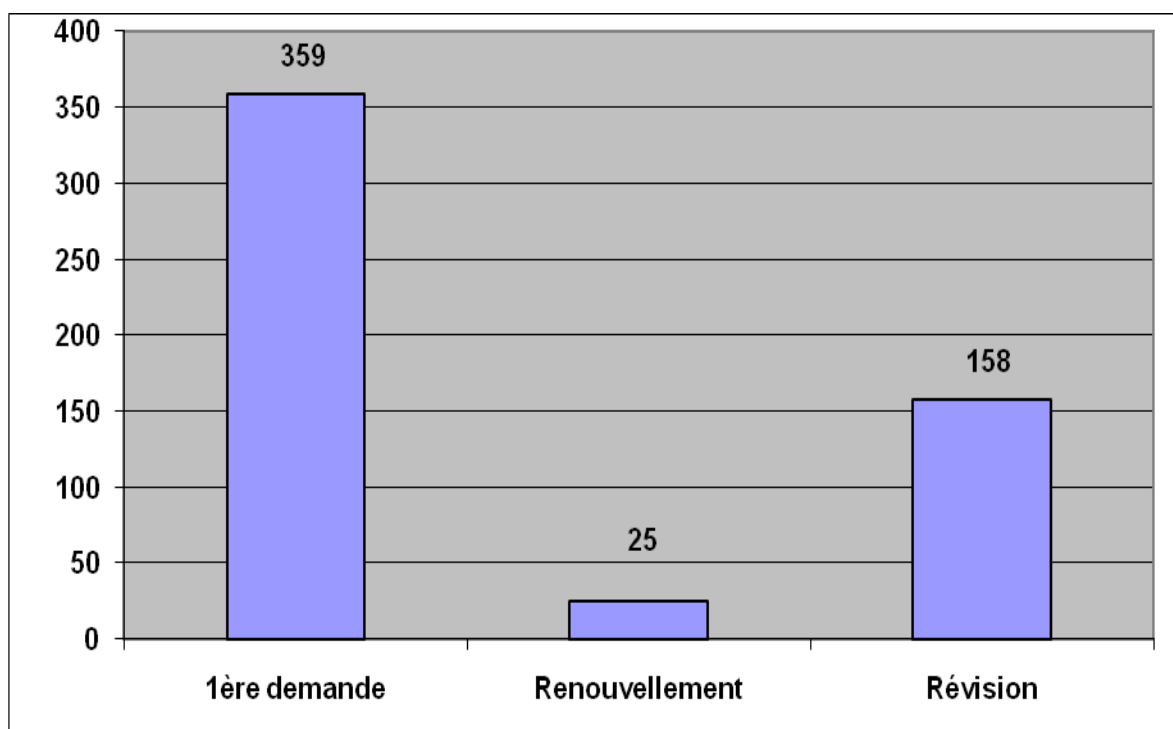
Nous observons une proportion assez conséquente du nombre de personnes ne bénéficiant d'aucune prise en charge pour l'ensemble des personnes aidées.

L'une des raisons cependant tient aux retards dans le traitement des dossiers de renouvellement PAP et au délai de traitement des premières demandes d'évaluation. Nous notons simultanément une diminution de près de 61% des plans d'aide financés au titre des caisses de retraite (dont 50% des plans d'aide pour des personnes aidées en CLIC 3).

Par ailleurs, nous avons souhaité continuer à distinguer les prises en charge PRDH spécifiques aux sorties d'hospitalisation qui sont en hausse de 39.29 % par rapport à l'année précédente.

Enfin, ce tableau ne répertorie pas l'ensemble des personnes aidées ayant bénéficié d'une aide ponctuelle de leur mutuelle dans le cadre d'une sortie d'hospitalisation. (mais l'on retrouve cette donnée dans le tableau précédent « accès aux droits » : prestations mutuelle).

E 2) - Dossiers APA instruits par le CLIC :



F) LES FINS DE SUIVIS

A la demande du Conseil Général, l'ensemble des dossiers ont été clôturés au 31/12/2010 pour le motif « dossiers traités ». Ce motif peut également correspondre aux personnes ayant sollicité le service pour une information, un renseignement, une orientation, de la documentation, une mise en relation ponctuelle, etc ... dont le dossier a pu être clôturé mais également des dossiers dont la prise en charge se poursuit au-delà du 1^{er} janvier.

Sur l'ensemble de 1071 dossiers traités, 480 faisaient toujours l'objet d'un suivi au 31/12/2010.

Ces derniers étaient ouverts au cours du premier trimestre de l'année 2011 à la demande des professionnels (pour 68.60% des cas) et le restant sur sollicitation directe des personnes aidées et de leur entourage.

Par ailleurs, nous notons 245 fins de suivi pour maintien à domicile satisfaisant.

F 1) - Les motifs de fin de suivi des dossiers de demandes :

Motifs	Nombre de plans d'aide	En %
Dossier traité	1071	56.10
Décès	123	6.44
Déménagement	7	0.37
Hospitalisation	291	15.23
Hébergement en institution	113	5.91
Maintien à domicile satisfaisant	235	12.30
Refus du plan d'aide par la personne âgée ou par l'entourage	65	3.40
Hébergement dans la famille	4	0.21
TOTAL	1909	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.*

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 de l'équipe étant semblable à ce qui a été décrit dans les précédents rapports : il ne nous est pas paru nécessaire de le réécrire à nouveau.

Cependant, il nous paraît essentiel de rappeler que nous accueillons dans l'équipe depuis septembre 2009, une psychologue clinicienne qui vient en soutien aux coordinatrices dans leur analyse des situations et dans la prise de recul nécessaire à une bonne objectivité.

Par ailleurs, elle accompagne les coordinatrices au domicile des personnes dont il paraît nécessaire qu'un soutien particulier leur soit proposé, soit ponctuellement, soit en perspective d'une orientation vers un professionnel ou un service spécialisé.

Nous y reviendrons plus loin ...

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 :
 - l'Equipe Médico-Sociale du Conseil Général.
 - 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 par l'intermédiaire des deux chargées de missions Familles Rurales représentant 15 associations locales et les bénévoles de l'Association ADMR des Trois Vallées.
 - 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 ;
 - le Pôle d'Evaluation Gériatrique rattaché à l'hôpital d'Epernay
 - depuis avril 2010 avec l'équipe du Court Séjour Gériatrique.

B 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, et semble satisfaire les équipes respectives.

- 1^{ère} demande : il s'agit d'une intervention simple de services ménagers, les Conseillères du CCAS réalisent l'évaluation de la situation et constituent le dossier de prise en charge auprès des caisses de retraites, pour lesquelles elles sont amenées à constituer le dossier administratif de demande d'évaluation (PAP) ;
- plan d'accompagnement proposé 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'Eprenay.

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'Eprenay, 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.

B 2) - Avec le service Champ'Âge vie

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

B 3) - Avec les autres services d'aide à domicile

Les rencontres avec les services d'aide à domicile du « milieu rural » et des services privés 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 en présence des Conseillères Techniques attachées à la Fédération d'une part, et avec les bénévoles de certaines associations locales ADMR d'autre part.

Ces réunions de travail se sont poursuivies en 2010, 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 cependant pas partagée par ses homologues des autres associations. Les réunions de travail se sont poursuivies seulement avec les bénévoles de l'ADMR des Trois Vallées d'Ambonnay.

B 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. orientent principalement vers le CLIC les personnes âgées lorsqu'il s'agit d'organiser leur maintien au domicile.

A l'inverse, les coordinatrices à la demande du Conseil Général de la Marne (dans le cadre de la réorganisation des CSD) orientent systématiquement les personnes aidées vers les travailleurs sociaux des circonscriptions, dès lors qu'une problématique sociale et /ou financière est repérée. Ces orientations peuvent se faire pour deux raisons :

- la première lorsque la coordinatrice dans le cadre de son suivi repère une problématique sociale nécessitant une intervention au titre d'un « accompagnement social renforcé ». Pour cela, bien souvent une visite commune à domicile se réalise afin d'évaluer l'ensemble des démarches à entreprendre conjointement.
- la seconde, l'orientation se réalise directement vers les travailleurs sociaux des Circonscriptions de la Solidarité Départementale dès lors que la demande initiale formulée ne concerne pas une prise en charge dans le cadre d'un maintien à domicile.

Reste que, quelque soit la demande, l'ensemble des orientations se réalisent par écrit au travers d'une fiche de liaison que nous avons réalisée en lien avec les collègues de la Circonscription de la Solidarité Départementale Bachelin.

Ces nouvelles règles d'accompagnement social auprès de la personne âgée entre nos différents services nécessitant cependant d'être mieux articulées concrètement sur le terrain car la pratique nous montre clairement qu'il y a un délai entre les préconisations et leur mise en œuvre réelle.

Les collègues des services spécialisés (SNCF, CARSAT, 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 DU PAYS CHAMPENOIS.

B 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, du moins le pensons-nous. Elles permettent d'échanger sur la situation globale des personnes, sur 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.

B 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), 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, les deux infirmiers coordinateurs 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 possible, de trouver une complémentarité dans leurs missions en vue d'optimiser 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...).

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.

B 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 ré interpelle 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, lorsque 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.

B 8) - Avec les Etablissements hospitaliers

Depuis 2003, pour l'E.H.R.S.S Sainte Marthe, et depuis 2005, pour le centre hospitalier Auban Moët, nous avons signé des conventions de collaboration prévoyant la mise en place d'antennes CLIC au sein de ces établissements, dans la perspective de préparer les retours au domicile.

Nous consacrons plus loin un chapitre spécifique pour chacun de ces établissements.

B 9) - 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, en lien avec le référent Clic 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 sa solitude et son 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'Épernay et du GIHP de Reims, et plus récemment avec la mise en service du service MOBULYS par le Conseil Général de la Marne. Ces services ont en grande partie permis de résoudre le problème du transport, qui demeurait souvent un obstacle majeur à la mise en place d'un accueil de jour.

A noter que depuis 2009, le CLIC utilise systématiquement le dossier unique d'admission en établissement élaboré par le réseau REGECA. Il a le mérite de soulager les familles ainsi que les professionnels et plus particulièrement les médecins. Toutefois les médecins généralistes se trouvent parfois en difficulté pour remplir la grille « PATHOS » et, également, depuis peu, pour compléter la grille « New Agirr » (également réclamée pour les demandes APA).

Par conséquent, dans le cadre de nos échanges avec eux et à partir du moment où les coordinatrices assurent l'accompagnement du maintien à domicile de leurs patients, nous leur proposons notre propre évaluation au titre de la grille New Agirr. Cette démarche récemment mise en place a été favorablement accueillie et contribue à renforcer nos échanges et donne un sens à nos missions en qualité de « service social gérontologique »

A noter également que depuis Septembre 2010, la Directrice de l'EHPAD Jean Collery d'Aÿ a associé directement le CLIC aux commissions d'admission.

B 10) - Les autres services

Nous sommes amenés à développer par ailleurs de nombreuses autres collaborations avec un certain nombre de partenaires dans le cadre de nos missions d'accompagnement, ou dans le cadre de nos actions de prévention (élus, bénévoles, Club du 3^{ème} âge, association de personnes âgées, etc...)

CHAPITRE IV : ANTENNE CLIC au CENTRE HOSPITALIER Auban- Moët d'EPERNAY

Depuis le 19 septembre 2005, une antenne CLIC est mise en place au sein du Centre Hospitalier Auban-Moët 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 14h 00 à 17h 30.

A) Place du CLIC au sein du Centre Hospitalier Auban-Moët

Le bureau de l'antenne CLIC se situe au 3^{ème} étage au sein du service HAD et à proximité du pôle d'évaluation gériatrique du Docteur PARENT Annie et de sa collègue psychoneurologue Madame PESA-SANDRIN Audrey.

Cette proximité a, bien entendu, favorisé les liens et les échanges d'information. Des rencontres régulières avec le pôle d'évaluation gériatrique ont été réalisées, tout au long de cette année 2010. Le Docteur PARENT a orienté 15 personnes.

La répartition des temps de permanences s'est effectuée d'abord sur trois coordinatrices, puis sur deux, mais toujours avec le souci de faciliter l'identification du service social par le personnel hospitalier.

Depuis septembre 2010, les permanences sont assurées par Madame Myriam ZMYSLONY une semaine sur deux en alternance avec Mademoiselle Aurélie DUMAS.

• Préparation des retours au domicile :

En accord avec la Direction 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 résidant 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 admise la personne.

De son côté, Madame MAIER – Assistante Sociale - 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 résidant hors du territoire couvert par le CLIC.

Il est à préciser que pour faciliter et compléter nos échanges nous avons mis en place une fiche de liaison interne à l'hôpital.

Notons que, depuis avril 2010, Madame MAIER intervient pour un mi temps auprès du service de Court Séjour Gériatrique. Le suivi social pour les autres services hospitaliers est assuré par sa collègue Madame Anne-Lise CHEUTIN.

L'organisation de travail entre nos structures vaut quel que soit le service dans lequel est hospitalisée la personne âgée.

• Collaboration avec le service HAD :

Au cours du 4^{ème} trimestre 2008, l'Hôpital d'Épernay a mis en place un service d'HAD habilité à intervenir sur 9 cantons soit un périmètre d'intervention de 50 kilomètres autour d'Épernay. Depuis mai 2010, le service est sous la responsabilité du Docteur LALLIER en qualité de Chef de Service.

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

Afin d'articuler nos missions respectives CLIC / HAD, nous avons déterminé ensemble une organisation de travail :

➤ Dès la prise en charge par le service HAD d'une personne âgée demeurant sur le secteur du CLIC, l'Assistante Sociale de l'HAD en informe le CLIC au travers d'une fiche de liaison afin de savoir si cette dernière est suivie par notre service. Deux types de prise en charge en découlent.

⇒ La personne n'est pas connue du CLIC

L'accompagnement social et l'articulation du plan d'aide autour de la personne seront réalisés par l'Assistante Sociale de l'HAD.

Dans le cas où l'état de la personne ne relèverait plus des soins HAD, avec l'accord de la personne aidée, le relais est passé au CLIC qui assurera le suivi.

⇒ La personne est prise en charge par le CLIC

Toujours au travers de la fiche de liaison, notre service va transmettre le détail du plan d'aide existant et préciser les modalités de son financement. La coordinatrice référente du suivi entre alors en contact avec l'Assistante Sociale de l'HAD afin de réadapter le plan d'aide en tenant compte des « modalités d'interventions » de l'équipe HAD nécessitées par l'état de santé de la personne.

Une visite commune s'organise au domicile de la personne aidée quand cela est possible, et permet d'y associer les professionnels existants.

L'accompagnement par le CLIC se poursuit et des rencontres et échanges réguliers sont organisés afin de réadapter si besoin le plan d'aide et optimiser l'accompagnement de la personne et de ses proches.

Au cours de l'année 2010, **28** personnes demeurant sur le territoire du CLIC ont sollicité le service HAD ; **14** d'entre elles étaient préalablement suivies par le CLIC.

Mais, depuis le 1^{er} novembre 2010, nous avons été informés du départ de Madame DEVIE sans qu'aucune organisation de travail alternative n'ait pu être anticipée entre nos services. Par conséquent, nous sommes sollicités directement et ponctuellement par Madame Geneviève RAIMOND, cadre de santé du service pour assurer la prise en charge sociale de l'ensemble des « patients », avec leur accord, sur le territoire du CLIC. Nous nous substituons en quelque sorte à ce poste non remplacé.

Or, nous regrettons :

- Des sollicitations ponctuelles au travers des fiches de liaison, avec trop peu d'échanges directs et d'informations complémentaires ;
- Trop peu de concertation avec l'équipe H A D tout au long de la prise en charge, excepté lors des rencontres avec le cadre de santé ;
- Pas de reconnaissance ni d'officialisation de l'intervention du CLIC dans ce cadre par la Direction de l'Hôpital.

A ce jour, nous ne savons pas si un travailleur social sera ou non rattaché à ce service. Cette situation nécessitera que soit clarifiée, avec la Direction de l'Hôpital, l'officialisation de cette mission et que nous ne soyons pas amenés à remplir des fonctions intérimaires par défaut.

- Ouverture du Court Séjour Gériatrique :

Le court séjour gériatrique a ouvert ses portes le 1^{er} avril 2010 avec l'arrivée du Docteur Mylène KACK, Médecin Gériatre, en qualité de Chef de service. Elle a été rejointe par le Docteur Jean-Clément NWATCHOK depuis septembre 2010 et le Docteur Loïc TALGORN, Gériatro-psychiatre.

Ce service est destiné à prendre en charge les personnes âgées fragilisées et présentant des poly-pathologies, nécessitant une prise en charge gériatrique.

Dans l'objectif d'apporter une prise en charge médico-sociale globale et adaptée aux patients et à leur entourage, le Docteur KACK a instauré des temps d'échange et de concertation avec les services sociaux. Pour cela, la coordinatrice du CLIC participe à une revue de dossiers tous les lundis et jeudis après midi et ce, en lien avec Madame Catherine MAIER, Assistante sociale du service.

Au cours de ces rencontres, le projet de soins et le devenir de la personne âgée hospitalisée sont évoqués en équipe.

L'évaluation de la situation et des besoins est concertée et des préconisations sont formulées tenant compte des attentes et de la demande de la personne âgée et de son entourage.

Ces temps d'échange nous permettent de découvrir les spécificités de la prise en charge gériatrique et d'échanger autour des situations difficiles et complexes.

Depuis l'ouverture de ce nouveau service, les Coordinatrices ont rencontré **166** personnes âgées, dont **40** nouvelles demandes.

B) Analyse de l'activité

Au cours de l'année 2010, l'antenne CLIC a été sollicitée pour **628 personnes** (soit 163 personnes de plus qu'en 2009) qui lui ont été orientées par différents partenaires :

Partenaires	Nombre de personnes
Services hospitaliers	297
CCAS d'Epernay	97
Champ âge vie	128
Familles Rurales	7
ADMR	2
SSIAD	21
Familles	61
Autres	6
Service social/Centre Hospitalier	9
TOTAL	628

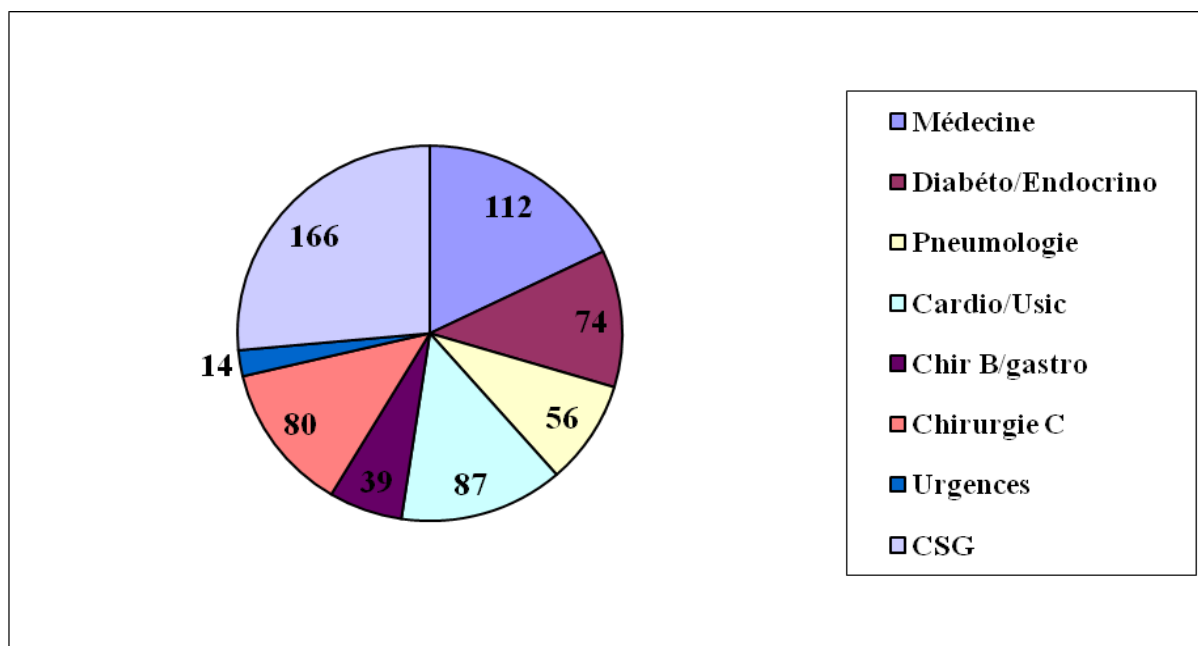
Parmi ces patients, 161 nouvelles personnes nous ont été orientées cette année. On constate une hausse de **60 %** des nouvelles demandes sur le Centre Hospitalier Auban-Moët par rapport à l'année dernière.

Cette hausse significative peut notamment s'expliquer par le fait que le service social du CLIC est bien identifié désormais par les différents services et 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 repéré par les familles au Centre Hospitalier Auban-Moët. Elles n'hésitent pas à venir nous rencontrer directement au bureau.

Nous pouvons nous féliciter du travail de réseau avec les professionnels du domicile et nous sommes également satisfaits du travail de collaboration qui s'établit avec les collègues chargées de secteur des Associations locales Familles Rurales (en lien avec leurs bénévoles), impulsé par la Fédération. La réactivité des partenaires du terrain, et en particulier des services d'aide à domicile favorise les sorties d'hospitalisation dans de bonnes conditions, contribuant à « fluidifier » le parcours du patient.

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 transmet aussitôt au service concerné la fiche d'environnement social de la personne. Cette fiche informe l'équipe médicale du détail des aides existantes à domicile avant l'hospitalisation et donne les précisions nécessaires sur la qualité de ce maintien au domicile. En retour, et avec l'accord du Chef de service, le Cadre de santé peut solliciter la coordinatrice du CLIC afin de réajuster le plan d'aide si nécessaire, en perspective de la sortie de la personne.

L'utilisation de cette fiche a contribué à renforcer les liens avec les équipes soignantes, même si malheureusement, il subsiste encore un certain nombre de sorties non préparées (6,24%), où le CLIC n'ayant pas été sollicité, ni informé, n'a pas été en mesure de prévenir et d'activer les intervenants à domicile.

Nous constatons objectivement que tous les cadres de santé 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.

B 1) - Détail de l'orientation des services hospitaliers :

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

SERVICES	PERSONNES
Court Séjour Gériatrique	121
Chirurgie B/Gastro	17
Chirurgie C/Traumato	29
Pneumologie	37
Cardiologie/USIC	30
Diabétologie/Endocrinologie	33
Médecine générale	28
Service social Centre Hospitalier	9
Urgences	2

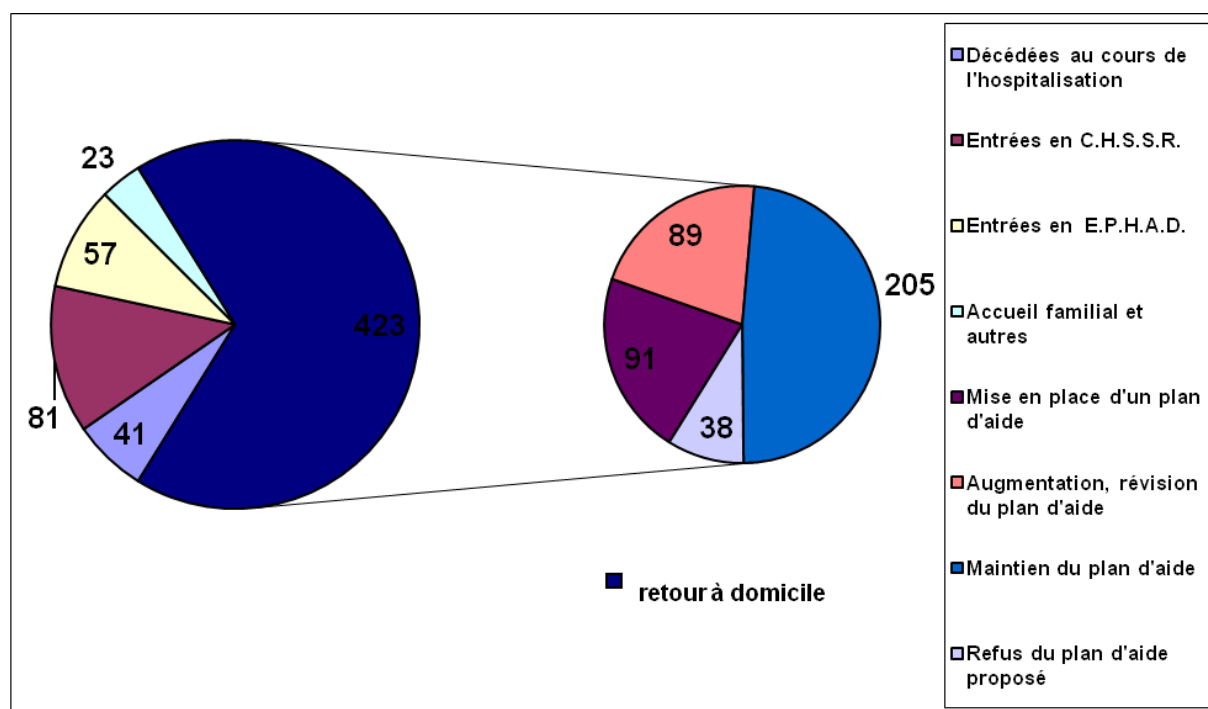
Nous constatons que sur l'ensemble des personnes âgées prises en charge, 49 % nous sont signalées directement par les services hospitaliers avec une prédominance (près de 19.30 %) d'orientation par le Court Séjour Gériatrique. Il est important de souligner que la moitié des personnes rencontrées dans le cadre de leur hospitalisation l'ont été à l'initiative du CLIC à la suite d'une alerte émanant des professionnels du domicile et/ou des familles.

B 2) - Sorties d'hospitalisation :

Les différentes orientations après l'hospitalisation ont été les suivantes :

	2010	2009
Retour au domicile	426	269
Retour avec premier plan d'aide mis en place	91	37
Retour avec plan d'aide augmenté	89	49
Retour avec maintien du plan d'aide antérieur	205	171
Retour sans plan d'aide suite au refus de la personne âgée	31	16
Entrée EHSSR	81	79
Entrée EHPAD	57	37
Accueil Familial	23	15
Décès	41	29
Sorties non prévues (date non communiquée au CLIC)	94	29
TOTAL	628	465

Sorties d'hospitalisation



A noter que pour 66 % des personnes hospitalisées, un retour à domicile s'est réalisé avec une mise en place ou une augmentation de leur plan d'aide ou la vérification que le plan d'aide était adapté.

Lors des retours à domicile, le CLIC continue le suivi des personnes qui le souhaitent et le nécessitent. 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 la prise en charge 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 sont encore autant de freins à une organisation optimale du retour à domicile.

Les sorties non préparées sont moindres mais elles subsistent. Or, cela 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 très satisfaisant et les équipes hospitalières, nous le pensons, partagent notre perception. Cela nous incite à poursuivre et à optimiser encore davantage la prise en charge des personnes âgées hospitalisées.

CHAPITRE V : ANTENNE CLIC A SAINTE MARTHE

Une permanence hebdomadaire à l'EHSSR Sainte Marthe permet de préparer les retours à domicile des personnes âgées accueillies en soins de suite dans l'établissement.

Après sept ans de recul, nous ne pouvons que confirmer l'intérêt de mettre en synergie l'Evaluation 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.

Au cours de l'année 2010, Monsieur JANOT, Directeur de l'Etablissement, a proposé que le CLIC soit associé à la rencontre hebdomadaire institutionnelle (revue de dossiers) sous la responsabilité du Médecin Coordinateur, Monsieur MAMMOUDI, dans le respect de la Loi du 4 mars 2002.

Cette nouvelle modalité de partenariat s'est concrétisée en septembre dernier au travers la signature d'une convention ad hoc et a conduit à une augmentation du temps de présence du CLIC au sein de la structure. La Coordinatrice intervient dorénavant 6 heures par semaine réparties les mardis après-midi (participation à la revue de dossiers et rencontre avec les patients/famille) et les jeudis après midi pour la finalisation des prises en charge incluant le temps de transmission avec Madame GUILLEMINOT, secrétaire médicale.

Pour optimiser notre intervention, Monsieur JANOT a mis à notre disposition un ordinateur portable, que nous avons équipé du Logiclic, qui nous permet, à tout moment, d'accéder aux informations qui nous sont nécessaires pour la personne aidée déjà suivie par le CLIC ;

Cette organisation a nécessité la mise en place d'un protocole spécifique prévoyant que les personnes hospitalisées relevant du secteur du CLIC du PAYS CHAMPENOIS sont informées préalablement et formulent leur accord par écrit quant à la présence de la Coordinatrice du CLIC dans leur prise en charge. La personne aidée et /ou sa famille se voit remettre, à son entrée, une lettre d'information, co-signée par nos deux structures, leur expliquant les modalités de « préparation de la sortie d'hospitalisation » accompagnée d'une attestation d'autorisation.

La mise en place de cette nouvelle collaboration semble être appréciée par l'ensemble des médecins et de l'équipe médicale.

Elle est bénéfique pour les personnes âgées et favorise la prise en charge médico-sociale coordonnée.

Au cours de l'année 2010, la Coordinatrice a mené 667 entretiens auprès de 234 personnes prises en charge majoritairement sur les niveaux 2 et 3.

CHAPITRE VI : CONVENTION AVEC LA CARSAT (Ex CRAM)

A la demande de la CARSAT du Nord-Est, nous avons accepté d'effectuer depuis le 1^{er} Avril 2006, d'abord à titre expérimental, 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 CARSAT du Nord-Est se donnait comme objectif de mailler 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 de la personne âgée, de son environnement 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 CARSAT du Nord-Est confie à ses partenaires la mission d'évaluer à leur domicile les besoins des retraités, d'élaborer un PAP, de le chiffrer, de déterminer le reste à charge des bénéficiaires et de contribuer au suivi de ce plan d'aide.

A) METHODOLOGIE

Depuis mai 2009 avec la mise en place d'un nouvel applicatif national (ANTARES), les Coordinatrices ne sont plus autorisées à intervenir que dans le cadre de commande d'évaluation émanant des services ASSPA de la CARSAT Nord-Est.

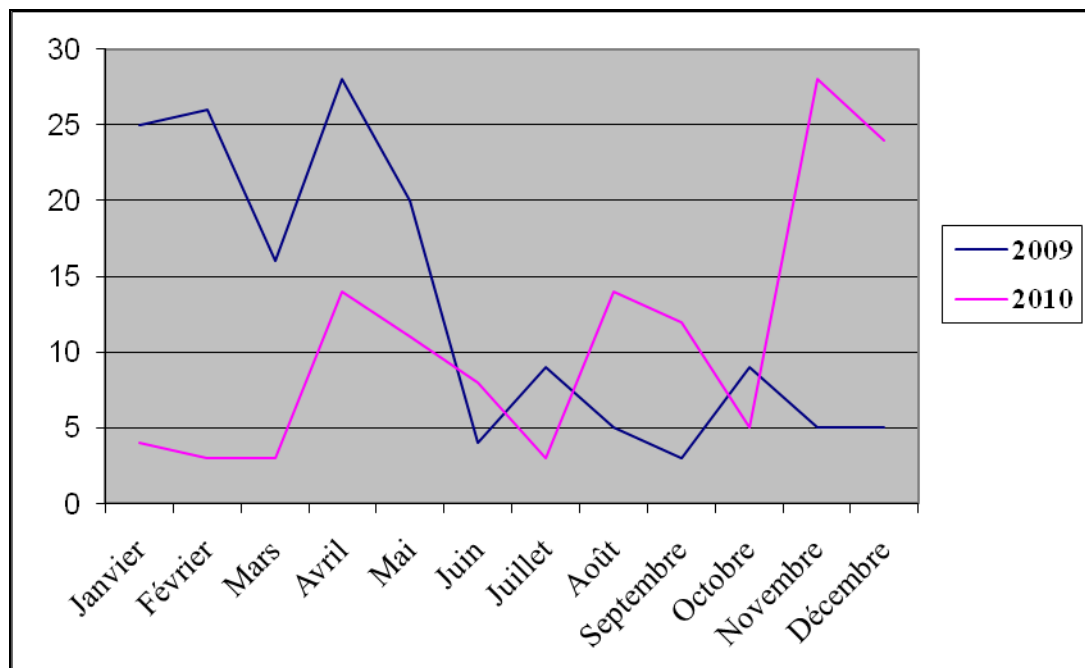
Par conséquent, le dossier administratif, tant pour une première demande que pour un renouvellement, est depuis lors adressé directement à la personne âgée, à charge pour elle de le retourner dans les délais, complété, en y joignant les justificatifs demandés. De ce fait, la mise en application de ces nouvelles règles a conduit à stopper l'utilisation des fiches alertes qui signalaient toute situation s'aggravant (évolution de l'état de santé, changement de l'environnement familial) et nécessitant une réévaluation en vue d'adapter le PAP aux besoins.

B) ANALYSE DE L'ACTIVITE CARSAT

Au cours de l'année 2010, les coordinatrices ont réalisé **129** évaluations au titre de l'élaboration d'un **Plan d'Aide Personnalisé (PAP)** – (soit **29** dossiers de – qu'en 2009).

Sur l'ensemble des **129** personnes âgées « évaluées », **3 d'entre-elles** ont fait l'objet d'une prise en charge au titre de l'APA immédiate relative à l'application de la convention de coopération Carsat Nord-Est/Conseil Général de la MARNE.

b 1) - Répartition mensuelle des évaluations PAP réalisées en 2009 et 2010 :



Soit 187 commandes d'évaluation en moins depuis la signature de la Convention en 2008.

b 2) - Répartition géographique des personnes ayant bénéficié d'une évaluation en 2010 :

- 76 sur la commune d'Epernay,
- 22 sur le Canton d'Epernay,
- 12 sur la commune d'Aÿ,
- 18 sur le canton d'Aÿ,
- 1 sur le canton d'Avize.

Par ailleurs, au cours de l'année 2010, le CLIC a constitué directement **25** dossiers administratifs et **15** autres ont été instruits par les prestataires de service ou la famille.

Au 31 décembre 2010, au regard de la mise en place du système ANTARES, **19** dossiers étaient toujours en attente d'une commande d'évaluation.

b) 3 - Origine des demandes d'évaluation :

Sur l'ensemble des dossiers constitués :

- Pour **84 personnes**, le CLIC est intervenu à la demande du service ASSPA en vue de procéder au renouvellement de leur prise en charge d'aide à domicile. Au 31 décembre 2010, **43 personnes** étaient en attente de leur accord et **72 personnes** étaient en attente d'un réexamen de leur dossier ;

- **1 Evolution des besoins ;**
- Par ailleurs, **44 personnes** ont fait l'objet d'une première demande d'évaluation globale des besoins dont 39 ont été préalablement orientées par l'intermédiaire des professionnels (cf. tableau ci-dessous). Au 31 décembre 2010, **9 d'entre elles** étaient en attente de leur accord.

ASSPA (renouvellement)	84
CCAS Epernay	4
ADMR	1
Familles Rurales	3
Conseil Général	3
CEP AGEEN	7
Service social CRAM	15
Autre	2
Famille	4
CLIC	6

b 4) – Analyse :

Ces chiffres reflètent une baisse du nombre de personnes âgées aidées du fait du retard de traitement des dossiers généré par le nouvel applicatif national (ANTARES) depuis mai 2009.

Le principal changement tient au fait que, désormais, la commande d'évaluation dans le cadre des renouvellements de PAP ne peut intervenir que lorsque la CARSAT a reçu du bénéficiaire une confirmation de sa demande de prolongation de prise en charge.

Aussi, les personnes âgées reçoivent-elles désormais un dossier à compléter et à retourner à la CARSAT avec justificatifs. Seul le retour effectif de ce dossier peut générer la commande d'une évaluation auprès du CLIC.

Compte tenu des risques bien réels que les personnes âgées ne complètent pas et ne retournent pas leur dossier à la CARSAT, le CLIC en lien avec les prestataires de service s'est rapidement organisé, d'une part pour informer les personnes âgées et / ou leur entourage de cette nouvelle procédure, et d'autre part, pour les accompagner dans cette démarche si nécessaire.

Notre travail de réseau a permis de s'assurer que les personnes étaient bien destinataires du formulaire (adressé par la CARSAT Nord-Est bien souvent 2 à 3 mois après la fin de prise en charge du PAP antérieur), et de faire en sorte qu'il soit bien retourné rapidement.

Cependant au regard de la masse de dossiers à l'échelle de la région Nord-Est, et de la complexité de la procédure, il s'est avéré que le service ASSPA, en date du 20 août 2009, a reconnu que le document de demande de réexamen adressé directement aux bénéficiaires, posant « *quelques problèmes de remplissage, voire de compréhension aux retraités* » 40 à 45% des dossiers retournés étaient incomplets et nécessitaient d'être retournés aux bénéficiaires, allongeant par conséquent le délai de traitement.

Rapidement le service ASSPA a été confronté à de graves retards et à des « stocks » importants.

Fin décembre 2010, le temps d'attente moyen pour bénéficier d'une évaluation dans le cadre d'un renouvellement et /ou au titre d'une première prise de demande était de 8 mois environ.

Cette réalité n'est évidemment pas compatible avec la notion de prévention de la perte d'autonomie et de prise en charge globale des besoins.

Autre difficulté résultant de la mise en place de ce nouveau système : les services prestataires ne sont plus destinataires des accords de prises en charge accordés aux bénéficiaires, compte tenu du retard de traitement des dossiers par le service ASSPA.

La CARSAT a demandé, à chaque prestataire de maintenir ses interventions, s'engageant à financer rétroactivement les PAP, et ce à la date de prise en charge correspondant à l'évaluation.

Là encore, ces directives nécessitent de renforcer la coordination des services autour de la personne. Cependant, il n'a pas toujours été possible d'assurer une pérennité des interventions, voire la mise en place d'un plan d'aide dans le cadre d'une nouvelle demande, lorsque nous devons attendre plusieurs mois avant de recevoir un accord, vérifier que ce dernier corresponde bien à l'évaluation de la coordinatrice du CLIC, et enfin s'assurer que ce dossier soit toujours adapté au moment de sa mise en place.

Comment les Associations d'aide à domicile peuvent elles, par ailleurs, financièrement prendre en charge l'ensemble des interventions sans bénéficiaire dans les délais du remboursement par la CARSAT ?

Les personnes aidées acceptent évidemment difficilement de mettre en place les interventions lorsque, en l'absence d'accord PAP, les services prestataires proposent de facturer à taux plein en attendant la prise en charge.

Pour certains renouvellements PAP, quelques services ne facturent plus rien depuis au moins 6 mois ce qui induit une angoisse légitime pour les personnes aidées au regard de leur budget. D'autres, à l'inverse, ont pris la liberté de facturer, voire de prélever le montant des factures sur le compte bancaire et ce plusieurs mois après. Certaines personnes aidées se sont vu ainsi prélever des montants très élevés sur leur compte, correspondant à la totalité du coût des interventions.

Enfin les retards de traitement des dossiers ont également induit des conséquences pour les personnes âgées qui doivent avancer l'intégralité du coût de certains services inclus dans leur PAP et attendre plusieurs mois pour bénéficier de leur remboursement (frais abonnement téléalarme, pédicurie, frais de transport, etc...)

Tous ces changements ont considérablement affecté les personnes âgées concernées.

L'accompagnement et l'information reposent sur les professionnels de terrain et notamment le CLIC qui, depuis la signature de la convention de partenariat avec la CARSAT, est bien identifié et quotidiennement sollicité tant par les personnes aidées que par le réseau.

Bien que le nombre d'évaluations enregistre à nouveau une baisse (-17%), l'implication sur le terrain demeure importante puisque nous nous efforçons de trouver des solutions alternatives pour les personnes fragilisées par les conséquences de tous ces dysfonctionnements, et tentons d'apaiser leurs inquiétudes légitimes, même si nous ne détenons pas les réponses à leurs nombreuses questions.

Aujourd'hui au même titre que les services prestataires, nous ne parvenons que très difficilement à joindre le service ASSPA et il nous faut attendre parfois plusieurs jours avant d'obtenir une réponse à nos demandes qu'il faut, par ailleurs, de plus en plus motiver.

b 5) – Le P A P U : (anciennement PRDH)

Cette nouvelle prestation a pour objectif de financer une aide de court terme au profit de retraités au régime général âgés de + de 55 ans sortant d'hospitalisation. Cette aide vise à financer les services intervenant au domicile dès la sortie d'hospitalisation afin de favoriser un retour rapide à l'autonomie.

Sur le territoire du CLIC, au cours de l'année 2010, l'ensemble des Etablissements hospitaliers de court et de moyen séjours privés et publics ont signé la convention de partenariat avec la CARSAT Nord-Est au titre de la PRDH. L'objectif étant, pour la CRAM, de *« contribuer d'apporter à leurs « ressortissants » une réponse rapide, de la souplesse, de la simplicité dans la mise en œuvre de ce dispositif, de promouvoir le rôle particulier du service social des caisses régionales, de renforcer les liens avec les Etablissements de santé et enfin attribuer des aides en adéquation des besoins »*.

Bien que nous ne soyons pas signataires de la convention PAPU avec la CARSAT, nous avons, néanmoins, instruit **109** dossiers, tous établissements confondus, dont **44** nouvelles demandes.

Cette prestation ne doit en aucun cas se substituer à l'APA d'urgence. Elle a pour vocation d'être attribuée aux retraités ayant été hospitalisés au minimum 24 heures et pour lesquels un pronostic de récupération permet de penser qu'ils vont relever des GIR 5 et 6 après leur hospitalisation. A noter que les personnes passant par le service des urgences ne relèvent pas du dispositif.

Cette prestation peut être accordée pour une durée de trois mois à compter du 1^{er} jour du mois du retour à domicile. Dans ce dispositif, un accord forfaitaire de 13 heures d'aide à domicile (maximum) pendant 7 jours sera attribué à la personne après réception de la demande et vérification de l'éligibilité par le service ASSPA.

Ce **PAPU** provisoire permet une « consommation d'aides » allant jusqu'à 1800 € pour une période de 3 mois qui sera imputée sur le total de l'enveloppe octroyée pour chaque PAP d'un montant maximal annuel de **3000 €** (toujours amputé du pourcentage de participation du bénéficiaire calculé au regard de ses ressources).

➤ Principales étapes du déroulement de la prise en charge

Dans le cadre de cette convention, la CARSAT du Nord-Est ne reconnaît que le service social existant et rattaché au sein des Etablissements de soins avec lesquels elle a passé convention.

En l'absence de travailleurs sociaux, l'identification des besoins de la personne âgée et le signalement reposent sur les équipes médicales hospitalières sous la responsabilité du cadre de santé.

➤ Règles et modalités de prise en charge – PAPU

L'identification des besoins des retraités s'appuie notamment sur l'utilisation d'une « fiche navette » entre le service social de l'établissement de santé et le service ASSPA et sur la mise en œuvre d'un pronostic de récupération du niveau antérieur à l'hospitalisation.

➤ Évaluation des besoins en trois étapes

- Durant l'hospitalisation, constitution d'une fiche de liaison administrative spécifiant les éléments médico-sociaux (coordonnées, numéro de sécurité, évaluation perte d'autonomie ...) ainsi que les conditions d'intervention à domicile en mentionnant le service prestataire intervenant et la date prévisionnelle de sortie.

De ce fait, bien que nous ne soyons pas signataires de cette convention, nous assurons ce travail en lien avec le cadre de santé puisque nous avons mission de coordonner le maintien à domicile, et pendant, d'organiser les retours au domicile après hospitalisation.

Après vérification et validation par le service ASSPA, les services prestataires sont informés de l'accord et doivent intervenir immédiatement.

- Une évaluation est réalisée ensuite par le service social CARSAT de Châlons-en-Champagne dans les 7 jours qui suivent la sortie d'hospitalisation de la personne. A réception de l'évaluation et du dossier administratif complet, le service ASSPA valide le PAP d'Urgence.
- Au terme de cette prise en charge, une nouvelle évaluation à domicile par le service social CARSAT sera réalisée 3 mois après la sortie afin d'évaluer si la personne a récupéré de son autonomie. Trois cas de figures sont alors possibles.
 - retour à l'autonomie avec arrêt total de l'aide ;
 - retour à l'autonomie mais nécessitant le maintien de certains services dans le cadre d'un PAP classique ;
 - pas de retour à l'autonomie et /ou aggravation de l'état de santé nécessitant une ouverture de droit au titre de l'APA et /ou autres prestations.

Bien que la CARSAT sache que nous sommes amenés à intervenir en amont pour la constitution des saisines PAPU, en lien avec les équipes hospitalières, dans le cadre de nos permanences et de nos missions, elle ne nous reconnaît pas en tant que structure évaluatrice.

Les difficultés ressenties concernant ce dispositif :

⇒ **Difficultés d'information, de diagnostic des besoins de la demande de la personne âgée hospitalisée**

En effet, après plusieurs mois, il en ressort que ce nouveau dispositif n'est pas maîtrisé par les équipes médicales. A noter que les Cadres de santé n'ont pas tous été informés de la signature de la convention CARSAT/Hôpital et des modalités d'ouverture de droits.

Il en ressort que l'accès à cette prestation relève de leur responsabilité alors qu'ils ne possèdent pas toujours des informations suffisantes pour la préconiser et les personnes âgées, de leur côté, ne bénéficient d'aucune information.

De plus, le cadre de santé a-t-il bien le temps d'aller encore s'assurer que la personne « *relève bien du régime général à titre principal avec un droit propre majoritaire ?* » ...

Comment de surcroît définir avec certitude la notion de « pronostic de récupération » dépendant de nombreux facteurs inhérents, certes à l'état de santé de la personne, mais également à son environnement, au réseau d'aide dont elle bénéficie par ailleurs, etc ...

Comment expliquer par exemple à une personne qui reste autonome physiquement mais qui exprime un besoin d'aide pour la soulager au niveau de son quotidien du fait d'une grande fatigue induite par un traitement thérapeutique à la suite d'une longue maladie, qu'elle n'aura pas de financement car le diagnostic posé ne laisse pas présager avec certitude qu'elle sera sur un pronostic de récupération ?

Très concrètement, le pronostic de récupération n'est pas toujours validé par le médecin, et de ce fait, ne permet pas d'apporter une réponse adaptée aux besoins de la personne, alors que l'évaluation de son autonomie ne relève pas forcément d'une prise en charge au titre de l'APA.

D'autre part, la préparation et l'articulation d'un plan d'aide, dans le cadre d'un retour à domicile, ne peuvent pas reposer uniquement sur le Cadre de santé et les équipes de soins qui sont déjà très sollicités. Nous savons bien que la préparation d'un retour à domicile doit reposer sur une évaluation Médico-Sociale concertée, en remplaçant la personne âgée au cœur de son projet de vie.

Comment le Cadre de santé aura-t-il le temps de valider la fiche de liaison qui doit être signée par la personne, maîtriser l'ensemble du dispositif, évaluer la demande de la personne, définir le nom du prestataire choisi par la personne âgée, s'assurer que ce dernier soit en capacité à mettre en place l'intervention, expliquer à la personne les règles de financement et lui indiquer approximativement sa participation... et tout cela dans un contexte d'hospitalisation !!!

Tout ceci paraît inadapté aux réalités du contexte hospitalier et l'application d'un tel dispositif présume l'existence d'un service approprié pour le mettre en œuvre.

⇒ Multiplication des évaluations

Dans le cadre de son retour à domicile, la personne âgée peut être amenée à rencontrer 2 à 3 travailleurs sociaux qui chacun, à différents moments de sa prise en charge, seront amenés à réaliser une évaluation de ses besoins.

En effet, **la première évaluation** se fera au cours de son séjour hospitalier lorsque le service social compétent sera mandaté, **la seconde évaluation** se réalisera par un travailleur social CARSAT dans les 7 jours qui suivent la sortie, et **la troisième évaluation** par l'assistante sociale CARSAT rattachée au secteur du lieu de résidence de la personne aidée.

Le service ASSPA a formulé expressément aux structures évaluatrices dont le CLIC de ne pas intervenir tout le temps de la prise en charge au titre de la PRDH (tout en admettant qu'en l'absence du CLIC au sein de l'Hôpital, très peu de dossiers seraient constitués).

En effet, il est précisé, dans la circulaire **CNAV N° 2008.31**, que « *la structuration de la mise en œuvre de la prestation repose sur le service social de la caisse Régionale et le service social de l'Etablissement de santé de façon à assurer la qualité du service rendu au retraité.*

La caisse régionale déterminera les modalités de coordination les plus appropriées avec les différents intervenants à domicile. »

⇒ **Défaut d'information et articulation du réseau**

Dès lors que la coordinatrice du CLIC est à l'origine d'une demande PRDH, elle va aussitôt transmettre, par téléphone, les éléments qui seront nécessaires à l'Assistante Sociale du service CARSAT de Châlons-en-Champagne pour sa visite dans les 7 jours (motif d'hospitalisation, descriptif de l'autonomie, plan d'aide mis en place ...)

A l'inverse, dans la majorité des dossiers, le CLIC au même titre que le prestataire de service, n'a aucun retour d'information, aucune notification n'est adressée aux bénéficiaires.

Par conséquent, nous ne sommes pas assurés que le PAP d'urgence prendra, en totalité, le plan d'aide préconisé et articulé par le CLIC lors de la sortie. Ainsi, sommes-nous dans l'impossibilité de savoir, si à l'issue du retour au domicile, le maintien à domicile est devenu satisfaisant ou non, ce qui paraît problématique pour toute éventuelle prise en charge à venir. Où est donc le travail en coordination ?

Par ailleurs, la personne aidée ne reçoit aucun accord écrit déterminant le détail de sa prise en charge et le montant de sa participation, qui lui a été préalablement fixée par l'assistante sociale lors de la première visite d'évaluation, ce qui génère bien entendu une angoisse et des inquiétudes.

CONCLUSION :

A l'heure où nous entendons parler de travail de réseau où nous ne cessons de promouvoir la coordination des services qui, du temps de l'application de la prestation de garde à domicile avait fait ses preuves et s'appuyait sur la compétence des structures évaluatrices, nous ne pouvons qu'à regret constater les écueils de ce dispositif, et combien dans son application il met à mal le principe de la coordination des acteurs.

C) CONVENTION DE COOPERATION CARSAT Nord-Est / CONSEIL GENERAL DE LA MARNE.

La CARSAT du Nord Est et le Conseil Général de la Marne avaient signé en fin d'année 2009 une convention de coopération pour « la reconnaissance mutuelle » des évaluations réalisées au domicile des personnes âgées dont l'autonomie est évaluée en GIR 4.

Depuis le 1^{er} décembre 2009, cette convention était applicable et permet tant aux structures évaluatrices formées par la CARSAT du Nord Est au titre des évaluations globales et de l'utilisation de la grille New AGGIR, de constituer un plan d'aide APA dès lors que l'autonomie de la personne ne relèvera plus d'une prise en charge au titre du PAP.

A l'inverse, si dans le cadre d'une demande APA, l'infirmière de l'équipe médico-sociale validait un GIR 5 ou 6, elle devait à son tour constituer et proposer un plan d'action personnalisé qui serait validé par le service ASSPA.

En qualité de structure évaluatrice, la coordinatrice du CLIC devait retranscrire dans un dossier spécifique tous les éléments d'observation et descriptifs de la situation dans laquelle se trouve la personne âgée.

L'ensemble de ces éléments devait être largement détaillé pour permettre d'être présentés à l'équipe technique médico-sociale APA.

Le compte rendu d'évaluation élaboré par la coordinatrice était complété par la grille New AGIRR et par un détail du plan d'aide APA préconisé par la coordinatrice.

Parallèlement, la coordinatrice devait lors de sa visite réunir l'ensemble des pièces nécessaires pour compléter le dossier administratif de demande APA en précisant à la personne aidée que le montant de sa participation lui sera fixé et communiqué par le Conseil Général.

Au terme de sa visite, la coordinatrice envoyait l'ensemble du dossier à la CARSAT du Nord-Est qui, dans le cadre de la convention, s'était engagée à transmettre une copie au Conseil Général dans les deux jours ouvrables.

Dès l'enregistrement du dossier par le Conseil Général, la personne aidée recevait l'accusé de réception attestant que son dossier était complet, fixant ainsi le délai d'instruction de deux mois.

Cette convention, très attendue, a eu le mérite de coordonner les acteurs et de reconnaître les évaluations réalisées par différentes structures, même si elle s'inscrit dans la conjoncture difficile que la CARSAT traverse actuellement.

Le risque cependant au regard des délais de traitement des dossiers CARSAT, était la tentation par les familles de constituer plutôt des demandes APA qui se révéleraient être, au final, des GIR 5 / 6 mais généreraient plus rapidement l'ouverture d'un droit à un P.A.P., par la meilleure réactivité des équipes EMS du Conseil Général.

Cette inquiétude s'est réellement concrétisée au cours de l'année 2010. Par conséquent, le Conseil Général a souhaité suspendre l'application de cette convention au 1^{er} avril dernier afin de laisser le temps à la CARSAT Nord Est de mettre en place les mesures nécessaires pour résorber leur stocks de dossiers de retard.

CHAPITRE VII : LES REALISATIONS DE L'ANNEE 2010

La masse croissante d'activité auprès des personnes âgées, en 2010 ne nous a pas laissé beaucoup de disponibilités pour mener de front de multiples actions.

Toutefois, nous avons poursuivi et développé notre activité au travers :

- la poursuite des ateliers de prévention,
- l'aide aux aidants ;
- la concrétisation d'un partenariat avec REGECA ;
- notre collaboration avec la psychologue clinicienne dans l'équipe ;
- notre demande de candidature pour le projet M A Ĩ A ;
- petite unité de vie de Mardeuil.

A) LES ACTIONS DE PREVENTION :

Ayant achevé en 2008, notre campagne de prévention sur le thème « un habitat facile à vivre aujourd'hui comme demain », le groupe de travail prévention avait consacré l'année 2009 à choisir sa nouvelle thématique et à organiser la prochaine campagne de prévention qui a débuté en 2010.

A l'origine, deux thèmes avaient été retenus par le groupe de travail :

⇒ l'accès aux droits et le maintien d'une couverture santé pour les seniors, notamment ceux qui arrivent à l'âge de la retraite ;

⇒ la sensibilisation à l'informatique pour les personnes âgées dont la génération actuelle n'a pas été « traversée » par la révolution numérique.

Le premier thème avait fait l'objet d'un « traitement » spécifique dans le cadre du forum CARSAT organisé à Epernay en juin 2009. L'ensemble des partenaires du groupe prévention s'est concerté pour être présent au forum, tenir des stands et des ateliers sur ce thème notamment, le CLIC s'engageant, pour sa part, à être évidemment très attentif dans ses évaluations à cette question de l'accès aux droits et de la conservation d'une couverture mutuelle.

Le deuxième thème nécessitait davantage de travail de préparation et d'organisation, et a nécessité de nombreuses réunions. Mais au final la nouvelle campagne de prévention autour de l'informatique a pris son envol en 2011.

Les conférences informatiques :

L'Informatique « **pourquoi pas nous ?** »

Riche de ses expériences antérieures, en termes d'actions de prévention, le groupe de travail a souhaité poursuivre son action en faveur du public âgé de son territoire et a choisi le thème de l'accès aux nouvelles technologies.

Plusieurs constats ont prévalu au choix de cette thématique :

Beaucoup de jeunes retraités 65/75 ans n'ont pas eu l'opportunité de découvrir l'outil informatique dans leur vie professionnelle ou privée, et se sentent « exclus » de ces nouvelles technologies. A tel point que l'on voit apparaître de nouvelles terminologies, comme « l'illectronisme » pour évoquer cette forme d'illettrisme face aux nouvelles technologies de l'informatique et de la communication.

Cette fracture numérique touche principalement les seniors. Si 80% des foyers sont connectés chez les 25-30 ans, la proportion tombe à moins de 25% chez les plus de 65 ans.

L'utilisation d'Internet reste également inaccessible aux personnes isolées socialement, ou à celles ne disposant pas de moyens nécessaires pour s'équiper.

Dans le même temps, on ne peut qu'observer combien l'évolution de notre société, de nos modes de communication et de déplacement, de notre relation au travail, ont fait s'éloigner de plus en plus souvent les familles, et combien de personnes âgées se retrouvent souvent éloignées géographiquement de leurs enfants et petits enfants.

Cette nouvelle génération, et surtout celle des petits enfants, ne communique plus selon les mêmes modes que ceux de leurs aînés : exit les lettres, voire les appels téléphoniques. Les

SMS, MMS, blogs, réseaux sociaux et autres messageries électroniques ont pris le pas sur les autres formes de communication à distance.

Or pour communiquer il est indispensable d'adopter le même langage... Majoritairement, les plus de 65 ans sont très éloignés de ces formes de communication et, à défaut de pouvoir les intégrer, risquent de s'éloigner un peu plus de leurs familles.

Parallèlement, on assiste de plus en plus, en milieu rural notamment, à la disparition des services publics de proximité. Ils laissent progressivement la place aux @-démarches. Encore faut-il être capable de savoir les effectuer !

Enfin, l'évolution des technologies est extrêmement rapide et l'électronique envahit les intérieurs (télévision numérique, appareils photos, lecteurs CD...).

Si l'on n'y prend pas garde, combien de personnes âgées risquent-elles de se retrouver en difficultés face à de nouveaux appareils qu'elles ne sauront pas utiliser et qui vont les confiner de plus en plus dans leur isolement ?

Alors prendre son autonomie face à toutes ces nouvelles technologies, n'est ce pas une façon de prévenir une nouvelle forme de dépendance ?

Aussi, pour toutes ces raisons, il nous est apparu pertinent de nous pencher sur cette thématique et d'initier des rencontres pour sensibiliser les personnes à l'informatique.

Le projet retenu vise donc, à proposer aux personnes âgées de l'ensemble du territoire du CLIC, de participer à un cycle de 3 conférences, chacune espacée d'un mois sur les contenus suivants :

- ⇒ L'informatique, pourquoi pas moi ?
- ⇒ Les nouvelles technologies liées à l'informatique ;
- ⇒ Comment se protéger de l'informatique et grâce à l'informatique.

Chacune de ces conférences est animée par une formatrice spécialisée qui a déjà expérimenté, dans d'autres départements, une action similaire et a adapté le contenu de ses interventions aux attentes de notre groupe.

A l'issue de ces conférences, nous avons fait le pari qu'il fallait permettre ensuite aux personnes qui le souhaiteraient, de s'inscrire à des ateliers informatiques qu'ils soient déjà existants sur les territoires, ou à susciter, afin que les personnes puissent conserver le bénéfice de ce qu'elles auront découvert au cours de ces conférences, et que ces ateliers puissent devenir un prétexte pour créer, recréer ou préserver du lien social.

Aussi, avons-nous tout à la fois :

- ⇒ fixé le contenu des conférences ;
- ⇒ tracé une cartographie de ces différents cycles de conférences, compte tenu de l'importance du territoire du CLIC ;
- ⇒ recensé les ateliers informatiques existants ou en « sommeil », les lieux où ils pourraient se tenir, le matériel existant déjà ;

⇒ identifié les bénévoles qui seraient prêts à animer et à lancer ces ateliers dans les communes où ils se mettent en place tant que de besoin ...

⇒ contacté les communes pour solliciter leur accueil afin de délocaliser nos conférences sur tout le territoire ;

⇒ constitué les dossiers de demandes de financement ;

⇒ et préparé, avec le soutien total et efficace de tous nos partenaires, la campagne de communication sur cette opération.

Le premier bilan chiffré de l'année 2010 est encourageant :

	Territoire d'AVIZE	Territoire de TOURS-sur-MARNE
Nombre total d'inscrits	65	50
Nombre de personnes inscrites non venues	14	16
Nombre de personnes venues sans être inscrites	13	8
Origine de l'information	64	42
	connue pour 44 des participants :	connue pour 21 des participants :
	28 AGRR (64%) 12 MSA (27%) 2 AGRICA (5%) 1 CRAM (2%) 1 SNCF (2%)	13 AGRR (62%) 5 MSA (24%) 2 AROPA (9%) 1 AGRICA (5%)
Nombre total de participants à la 1 ^{ère} conférence	54/64 (84%)	30/42 (71%)
Nombre total de participants à la 2 ^{ème} conférence	42/64 (66%)	27/42 (64%)
Nombre total de participants à la 3 ^{ème} conférence	28/64 (44%)	18/42 (43%)
Taux de participation à 1 seule conférence	42% (27/64)	48% (20/42)
Taux de participation à 2 conférences	25% (16/64)	26% (11/42)
Taux de participation aux 3 conférences	33% (21/64)	26% (11/42)
Nombre de personnes inscrites pour un atelier informatique	29	24
	(soit 42% des participants)	(soit 57% des participants)

B) L'AIDE AUX AIDANTS :

A l'initiative des services d'Action Sociale de la CARSAT et de la MSA, le CLIC s'est, en 2010, à nouveau 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 CARSAT, de la MSA et du CLIC quant à la charge des aidants familiaux.

Au cours de l'année 2009, le thème retenu était porté sur la communication et la préservation de l'autonomie de la personne aidée.

Le bilan de cette action a été très positif car il a permis de réunir 90 participants. Le groupe de parole financé par le service social de la CRAM à réunit 16 personnes par séance.

A l'issue de ces rencontres, la majorité des participants a émis le souhait de poursuivre l'accompagnement afin de continuer à bénéficier d'un soutien.

Ainsi au cours de l'année 2010, pour y répondre, le pôle senior de la MSA a proposé la mise en place d'un groupe autour de Madame MUNSTCH, formatrice à la méthode de validation, où 11 personnes ont participé de manière régulière à ces rencontres. La participation à ce groupe a nécessité un temps d'adaptation. En effet, les apports, les exercices proposés et les mises en situation invitent à prendre conscience de son comportement en vue d'un changement au quotidien. Les participants ont été satisfaits car la démarche pédagogique repose sur le respect, le non jugement tout en prenant en compte le rythme de chacun.

D'ores et déjà, le CLIC s'est associé à la prochaine session qui se déroulera en 2011 et en lien avec différents professionnels médicaux sociaux.

C) PARTENARIAT AVEC REGECA :

Au cours de l'année 2009, le CLIC s'est inscrit et associé au premier Réseau Régional Gériatrique autour de la personne âgée.

Le réseau REGECA a pour mission de faciliter le travail en commun des différents acteurs du monde gériatrique et gérontologique en se plaçant toujours du point de vue de la personne âgée.

L'objectif premier étant d'installer des référentiels de bonnes pratiques autour de la personne âgée, sur les plans sanitaire et médico-social. Plusieurs groupes de travail se sont définis au sein du réseau mis en place par le Conseil Professionnel, Scientifique et Ethique. Les groupes sont chargés de se pencher sur plusieurs questions clés.

c 1) – Groupe communication et dossier médico-psycho-social partagé :

L'équipe de coordination de REGECA a mis en place, depuis sa création, différents outils nécessaires à la communication du réseau (annuaire de l'ensemble des professionnels sur les 4 départements, plaquette de présentation du réseau, site web ...)

De plus en partenariat avec d'autres réseaux régionaux, le **dossier partagé** est en cours d'élaboration dont l'objectif est de devenir un outil commun pour assurer le suivi et la prise en charge coordonnée de la personne âgée en y associant les professionnels médicaux-psycho-sociaux.

c 2) – Groupe filière gériatrique :

REGECA s'est proposé de travailler sur la labellisation des filières gériatriques de soutenir et d'accompagner d'autres acteurs (CLIC / HAD / SSIAD...) dans l'organisation de la prise en charge des personnes âgées.

Dans ce cadre là, le CLIC s'est associé à la phase d'expérimentation de la grille de critères de fragilité qui devrait, à terme, devenir un véritable outil de repérage de la fragilité des personnes âgées, constituant une alerte objectivée pour le médecin et les soignants.

Sa finalité, telle que définie par le groupe technique régional « bien vieillir », est de participer à un soutien à domicile de qualité pour la personne âgée qui se décline autour de deux priorités :

- permettre à la personne âgée d'être acteur de son autonomie.
- harmoniser les politiques et mutualiser les moyens et les compétences.

La définition de la personne fragile retenue par le groupe de travail est la suivante « *c'est une personne présentant un état instable conduisant à un risque de décompensation (somatique, psychique ou sociale), secondaire à un évènement même minime. Cet état est potentiellement réversible s'il est identifié et si des actions adaptées sont mises en place* » ; il ne s'agit ni du vieillissement physiologique, ni de maladie.

Cet outil nous permet de réaliser un compte rendu d'évaluation s'appuyant sur différents critères facilement identifiables et de proposer l'ensemble des pistes d'actions pouvant permettre de diminuer le niveau de fragilité.

L'intérêt est d'y associer autant que possible le médecin traitant afin de :

- l'informer de la prise en charge de son patient ;
- identifier le CLIC en qualité de service social gérontologique :
 - mesurer l'impact de la mise en place d'un plan d'aide avec l'accord de la personne. Dans le cas contraire, cet outil permettra à la coordinatrice de cibler ses inquiétudes et de préciser les raisons pour lesquelles le plan d'aide ne s'est pas organisé. Il favorisera le lien avec le médecin dans l'objectif de trouver conjointement une solution.
 - procéder à des réévaluations à intervalles choisis par la coordination afin d'évaluer l'évolution de la prise en charge et de réadapter, si nécessaire, le plan d'aide.

L'expérimentation de la grille de critères de fragilité s'est réalisée essentiellement en 2009 et nous restons en attente des résultats de l'étude et des modalités d'application à venir qui seront retenues par REGECA en lien avec le Conseil Général de la Marne.

Toutefois, devant l'intérêt de cet outil, nous avons, en interne, continué à l'utiliser en 2010 sur certaines de nos prises en charge afin de réaliser une évaluation gérontologique médico-sociale globale rattachée à un plan d'accompagnement personnalisé adapté.

c 3) – Groupe dossier commun d'entrée en EHPAD :

Le dossier commun d'entrée en EHPAD est destiné à simplifier le travail des professionnels autour de la personne âgée. A la fois médical et administratif, il évite aux familles la constitution d'autant de dossiers que de demandes d'admission en établissement.

Ce dossier est utilisé par le CLIC pour toutes demandes.

D) LA CANDIDATURE MAÏA

Bien que notre candidature à la labellisation MAÏA n'ait pas été retenue en Octobre 2008, nous avons poursuivi nos échanges avec le « Club des Volontaires » initié par la CNSA.

Nous avons participé au premier bilan des sites expérimentaux qui s'est déroulé le 18 Mai 2010. Les éléments recueillis nous ont plus que confortés dans nos missions au quotidien de l'intérêt de poursuivre l'accompagnement individualisé et la coordination des dispositifs autour de la personne malade et de son entourage, en insistant sur la globalité de la prise en charge et sur la complémentarité des intervenants dans l'évaluation (ergothérapeute, psychologue, assistante sociale du CLIC).

Nous avons appris récemment qu'un nouvel appel à candidature avait été lancé et qu'un seul projet sera retenu pour la Région Champagne-Ardenne en 2011. Après échange avec Madame Francine PERNIN de l'Agence Régionale de Santé, il semblerait que cette première labellisation se réaliserait prioritairement sur une agglomération urbaine dans l'objectif de toucher un maximum de « public ». Néanmoins, il semblerait que deux autres sites expérimentaux soient envisagés pour l'année 2012. Madame PERNIN de l'ARS a proposé, qu'en lien avec le Conseil Général, des mesures d'accompagnement se mettent en place pour les porteurs de projet afin qu'ils puissent présenter leur candidature l'année prochaine.

Nous espérons vivement être associés à cette réflexion pour tenter de poursuivre nos actions sur notre territoire avec un renfort de moyen et obtenir enfin une reconnaissance de nos actions.

E) PETITE UNITE DE VIE DE MARDEUIL

Nous avons accompagné pendant l'année le groupe de travail constitué autour du projet « Petite Unité de Vie » dont la concrétisation est maintenant imminente.

Nous avons travaillé autour de la communication sur cette nouvelle « offre » en matière de logement adapté, sur le règlement intérieur qui définira les modalités d'admission, et les règles de fonctionnement, sur la fiche de poste de la future animatrice, sur l'équipement de la salle commune, etc...

Le CLIC aura un rôle pivot dans l'orientation du public, et l'accompagnement de cette « transition » dans la vie des personnes concernées. Nous soulignons la richesse et la qualité de ce travail partenarial.

Nous avons participé par ailleurs, en lien avec le Maire de Mardeuil et le référent de la Communauté de Communes d'Épernay, à la constitution d'une demande de subvention de fonctionnement et d'investissement pour ce projet, auprès de la fondation de France.

F) NOTRE COLLABORATION AVEC LA PSYCHOLOGUE

Présentation

Titulaire d'un diplôme de psychologie clinique et pathologie, Madame Jessika POCQUET a réalisé différents stages dans le domaine de la gériatrie et en neuropsychologie.

Depuis Septembre 2009, Madame POCQUET a intégré l'équipe du CLIC à raison de 3 heures tous les vendredis matin.

Parallèlement, elle exerce ses fonctions au sein d'un Etablissement d'Hébergement Médicalisé (EHPAD).

Missions au sein du Clic

⇒ Auprès des coordinatrices :

A la demande de l'ensemble de l'équipe, il a été convenu de consacrer le début de matinée du vendredi à exposer les dossiers de prises en charge les plus complexes.

Ce temps permet de verbaliser les ressentis difficiles face à des situations où l'affectif est mis en jeu. Ces échanges permettent de « déposer une souffrance » et parfois de partager certaines expériences.

De plus, à la demande de l'équipe, Madame POCQUET a assuré deux matinées de formation dont les thèmes choisis étaient : la dépression du sujet âgé et le passage à l'acte (auprès des coordinatrices et des secrétaires) et la reformulation, en collaboration avec Madame BARTHELEMY Dominique de formation initiale Infirmière et de cadre de santé.

⇒ Auprès des personnes aidées :

Dans le cadre de leurs missions, les coordinatrices sont amenées à identifier une souffrance morale chez la personne âgée qui reste un critère de fragilité non négligeable pouvant avoir de multiples répercussions.

Pour y répondre, l'intervention de la psychologue va être proposée à la personne âgée bien souvent au terme de plusieurs rencontres à domicile après avoir lié avec elle, une relation de confiance.

Au cours de l'année, Madame POCQUET a rencontré 20 personnes à domicile, mais aussi au CLIC et au sein de l'Etablissement Hospitalier et de Soins de Suite Sainte Marthe.

Bien souvent, elle est intervenue très ponctuellement auprès des personnes âgées, qui de par leur refus de se confronter et d'accepter leur dépendance physique et/ou psychique, mettent en échec le plan d'aide proposé par la coordinatrice.

Elle a parfois réalisé au cours de ces entretiens la grille commune d'évaluation des critères de fragilités de la personne âgée.

Enfin, pour les personnes souffrant réellement d'un syndrome dépressif, une réorientation vers un suivi psychologique régulier est préconisée et proposée à la personne en lien avec leur médecin traitant.

⇒ Auprès des aidants

Nous le savons fort bien, la prise en charge de la dépendance repose bien souvent sur les aidants familiaux qui vont éprouver parfois très vite des difficultés. Dans ce cadre là, la coordinatrice a sollicité l'intervention de Madame POCQUET dont l'objectif est de leur permettre de verbaliser leur souffrance, leur culpabilité, leurs inquiétudes, leurs doutes, ... pour les inciter à passer le relais à des professionnels et à prendre « soin d'eux » pour garantir, dans le temps, le maintien à domicile de leur proche.

De plus, Madame POCQUET leur apportera des réponses sur la pathologie de leur proche, quand celle-ci est neuro-dégénérative, et ainsi les aider à comprendre des actes, des réactions, des évolutions dont ils n'ont pas conscience.

Enfin, dans certains cas, son rôle sera d'accompagner l'aidant dans la prise de décision comme la préparation d'une entrée en établissement préconisée par la coordination du CLIC.

Au cours de l'année 2010, Madame POCQUET a réalisé, dans cet objectif, 7 visites à domicile ou au sein du CLIC, en lien avec la Coordinatrice.

⇒ Travail de collaboration

Dans ce cadre, une réunion avec l'équipe mobile de Soins Palliatifs a été organisée, pour permettre une meilleure connaissance des soins et services proposés par l'équipe, afin de pouvoir orienter les familles le cas échéant.

Une visite au sein de l'établissement des Trois Roses guidée par la Directrice, dans le but de faire connaître les missions du CLIC, mais aussi de permettre à l'équipe d'avoir une approche globale de l'établissement et de ses services, pour pouvoir transmettre les informations aux familles quand le moment de l'institutionnalisation se présente.

Projets pour l'année 2011

⇒ Travail en réseau

Dans l'année qui arrive le but serait de travailler en plus étroite collaboration avec les différents partenaires du réseau CLIC (médecins traitants, associations d'aide à domicile, ...), mais aussi avec les psychologues de ce réseau.

Des rencontres sont à programmer avec les psychologues du CHAM (court séjour gériatrique et Hameau Champenois), et du CCAS d'Eprenay.

⇒ Formations aux équipes

De nouveaux thèmes seront choisis par l'équipe du CLIC et explorés dans l'année.

L'arrivée de Madame POCQUET est très appréciée par l'équipe, qui par ses compétences, permet d'être dans une évaluation plus complète et ainsi de décliner un plan d'aide et un accompagnement plus adapté aux besoins réels de la personne aidée.

CHAPITRE VIII : PROJETS ET PERSPECTIVES 2011

L'année 2011 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, contribué au développement de différents services, formalisé 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 et notre éthique.

De l'individuel au collectif, nous travaillerons en 2011 sur :

- notre partenariat avec le Conseil Général ;
- notre partenariat avec la CARSAT avec une évolution attendue ;
- la poursuite de la convention avec l'Hôpital, et l'évaluation de notre collaboration et de notre fonctionnement ;
- notre collaboration avec le Centre de Soins de Suite et de Réadaptation Sainte Marthe ;
- la poursuite de nos actions de prévention sur la nouvelle thématique « informatique »
- notre partenariat avec le Pays d'Eprenay dans son engagement de promotion des CLIC, avec l'objectif de favoriser à terme la couverture de tout le territoire ;
- notre inscription dans le club des volontaires MAÏA ;
- notre collaboration dans les projets menés par le réseau REGECA,
- La poursuite des actions d'aide aux aidants.

A) LE PARTENARIAT AVEC LE CONSEIL GENERAL

Le Conseil Général a toujours été notre principal partenaire.

Depuis la mise en application depuis la loi du 13 août 2004, sur les Responsabilités Locales, il est d'ailleurs le seul chef de file en matière d'action sociale et dispose seul de la responsabilité des CLIC.

L'Assemblée Départementale a très vite affiché sa volonté de poursuivre le maillage territorial des CLIC et de soutenir toujours les plus anciens. En 2008, l'Assemblée Départementale décidait d'ailleurs de modifier ses critères de subventionnement des CLIC, en intégrant des critères 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 soutenus en 2008 dans le dépôt de notre candidature à la labellisation MAIA, encourageant notre initiative.

Depuis 2009, nous l'avons vu, le Conseil Général, a entrepris, avec les CLIC du département, un travail de réflexion autour de l'homologation des pratiques d'utilisation des logiclic afin d'être en mesure d'établir des statistiques fiables sur lesquelles reposeraient par la suite les financements accordés.

Au-delà de l'aspect quantitatif des données, nous préconisons, bien entendu, un travail sur l'évaluation qualitative de l'activité permettant de prendre en compte des critères de fragilité des personnes prises en charge pour évaluer le temps nécessaire d'intervention, et définir la notion de suivi.

Nous nous engageons à poursuivre ce travail avec les équipes du Conseil Général, satisfaits d'être associés à ces travaux et à l'élaboration de ces critères prenant en compte les réalités des situations.

Par ailleurs, nous maintenons notre souhait qu'une réflexion s'engage au niveau départemental autour de la mutualisation de certains moyens qui pourraient favoriser la qualité du travail de chaque CLIC (vacation d'ergothérapeute, par exemple).

Enfin, il conviendra qu'au plus près des circonscriptions, un travail soit mené pour clarifier le partage des missions entre nos services, à la lueur des réalités de chaque service.

B) LE PARTENARIAT AVEC LA CARSAT :

Signataire de la convention d'évaluation globale avec la CARSAT, nous nous sommes engagés à effectuer les évaluations des besoins en termes de maintien à domicile de personnes relevant de sa compétence (GIR 5 et 6).

Nous avons mis en évidence les difficultés rencontrées dans l'exercice de cette mission. De même, nous avons identifié un certain nombre de points d'inquiétude sur lesquels, il sera indispensable que nous obtenions des réponses, des éclaircissements pour poursuivre notre collaboration :

➤ baisse à nouveau du nombre d'évaluations générant une diminution notable de nos financements sans compensation ;

➤ place du CLIC dans la constitution des dossiers PAPU (PRDH) et mise en place d'un retour d'information après évaluation des travailleurs sociaux de la CARSAT pour une bonne coordination dans le suivi des prises en charge ;

➤ résorption des retards considérables dans les décisions de prise en charge, afin de ne pas fragiliser encore davantage les personnes ;

➤ facilitation des modes de communication et de transmission d'information avec les services de l'ASSPA pour une meilleure fluidité des interventions au profit des personnes âgées.

Nous sommes bien conscients des difficultés auxquelles la CARSAT doit faire face, et partageons le souci de l'intérêt des personnes âgées. C'est pourquoi nous souhaitons maintenir nos engagements dans leur intérêt. C'est d'ailleurs dans cet esprit de partenariat que nous sommes allés, en Décembre 2010, à la rencontre du Président de la CARSAT et de la Directrice du service ASSPA dont nous attendons aujourd'hui les retours.

Il conviendra que nous soyons bien identifiés comme partenaires, et non comme prestataires de service.

C) LA POURSUITE DE LA CONVENTION HOPITAL :

Les statistiques produites sur l'activité 2010 et l'évaluation de notre fonctionnement confirment, s'il en était besoin, tout l'intérêt de poursuivre notre partenariat avec l'Hôpital.

Bien entendu, l'implication du CLIC dans le fonctionnement de ces nouveaux services sera totale. Par ailleurs, le CLIC a été convié à s'inscrire dans la prise en charge des personnes âgées hospitalisées dans le service de Court Séjour Gériatrique.

Il convient cependant que soient révisés, en cours d'année, les termes de la convention qui nous lie au Centre Hospitalier Auban-Moët d'Epernay pour les faire évoluer en fonction de l'évolution constatée et à venir de notre activité, de nos modes de collaboration et des missions qui nous sont confiées par défaut, depuis le non remplacement du poste d'Assistante Sociale au service HAD.

D) COLLABORATION AVEC L'ETABLISSEMENT DE S.S.R. SAINTE MARTHE

Nous allons poursuivre et développer en 2011, selon les nouvelles modalités de notre convention, notre présence au sein de l'établissement, qui va connaître, en 2011, de grands bouleversements avec le lancement de travaux d'envergure (construction d'un nouveau bâtiment, extension de la capacité d'accueil, réhabilitation,...).

E) LA POURSUITE DES ACTIONS DE PREVENTION

L'année 2011 verra se poursuivre l'action de prévention en cours, sur le thème des nouvelles technologies.

La répartition du territoire du CLIC, telle que le groupe de travail l'a préconisée, nous fera intervenir en 2011 sur le territoire d'Aÿ et d'Epernay, et de nouveaux ateliers pourraient être initiés, à Aÿ notamment, ou ils n'existent pas encore.

Une nouvelle évaluation sera dressée à la fin de l'année, et nous permettra peut être de faire encore évoluer l'action sur la dernière zone du territoire du CLIC qui sera couverte en 2012.

F) NOS AUTRES ENGAGEMENTS POUR L'ANNEE

1 – Projet Petite Unité de Vie :

Bien entendu, le CLIC demeurera partenaire du projet « Petite Unité de vie » à Mardeuil dont l'aventure est attendue à l'Automne 2011.

Ce seront 20 logements individuels avec jardin privatif disposant de label Habitat Senior service, proposés aux personnes âgées de plus de 60 ans qui auront à cœur d'anticiper leurs conditions de vie en prenant de l'âge, et choisiront de vivre dans un logement adapté aux futures difficultés liées à l'âge.

La présence d'une animatrice à disposition des personnes locataires, autour d'une maison commune sera le garant du lien social et du non isolement des personnes.

Le CLIC contribuera à informer, orienter les personnes vers ces logements adaptés et coordonner tant que de besoin leur maintien à domicile.

2 – Engagement avec le Pays d'Epernay :

Nous maintiendrons cette année notre engagement de « promotion des CLIC » aux côtés du pays d'Epernay, l'objectif étant d'en favoriser la création sur les zones du territoire du Pays non encore couvertes à ce jour.

Par ailleurs, nous nous efforcerons d'accompagner, au mieux techniquement dans la limite bien sûr de nos compétences et de nos disponibilités, les nouveaux CLIC qui verraient le jour.

3 – Club des Volontaires MAÏA :

Bien que nous n'ayons pas été retenu parmi les porteurs ayant obtenu la labellisation MAÏA, nous nous sommes inscrits dans le club des volontaires pour suivre les évaluations des sites labellisés et envisager que peut être, à terme, nous soyons prêts à être nous-mêmes missionnés.

Nous espérons que l'évolution à terme vers une éventuelle labellisation se fera en parfaite coordination avec le Conseil Général afin que les dispositifs trouvent leur cohérence et leur complémentarité et ne soient pas antagonistes.

4 – Partenariat avec REGECA :

Convaincus de la pertinence des démarches entreprises autour de l'évaluation des critères de fragilité, des dossiers partagés, des formations partagées par les professionnels médico-sociaux, nous poursuivrons notre collaboration et notre implication dans le réseau REGECA.

G) ORGANISATION DU TRAVAIL

La charge de travail, la pluralité de nos engagements, la dimension de notre équipe nous avaient déjà imposé de repenser notre organisation de travail en 2010, en dégageant notamment un temps de travail spécifique à la Directrice sur ses fonctions de Direction.

Les mouvements de personnel en 2010 (départs, arrivées, congés maternité,...) ont quelque peu mis à mal notre démarche même si, par le biais de la formation qu'elle a suivie en 2010, Madame ZMYSLONY a mis en place certaines actions qu'il conviendra de poursuivre :

- Evaluation individuelle du personnel ;
- Organisation du circuit d'information ;
- Modalité d'utilisation du Logiclic selon les modalités du Conseil Général ;
- Elaboration des évaluations gérontologiques ;
- Coordination avec le Conseil d'Administration ;
- Réalisation du document unique risque accident du travail.

2011 sera donc l'année de cette consolidation.

H) NOMINATION D'UN NOUVEAU COMMISSAIRE AUX COMPTES

Monsieur TERRASSON, Commissaire aux Comptes, nous ayant informés de son départ en retraite en cours d'année 2011, le Conseil d'Administration a validé la candidature à cette fonction, du Cabinet d'Expertise Comptable FCN. Un audit sera réalisé de l'ensemble de l'activité comptable et des pièces administratives liées à l'activité, au personnel,... ainsi qu'il convient de le faire s'agissant d'une « succession ».

Notons que nous devons désormais prévoir dans notre budget cette nouvelle dépense. Monsieur TERRASSON avait accepté jusqu'à présent de réaliser cette tâche à titre bénévole. Toutefois, le budget de fonctionnement de notre association et la part représentée dans ce budget par les subventions publiques, appelaient à dimensionner autrement cette mission d'expertise comptable.

CONCLUSION

La richesse et la diversité de l'activité 2010 du CLIC ne démentent décidément pas le « succès » croissant du CLIC.

Loin de toute autosatisfaction, nous y voyons là le fruit de quinze années de travail en partenariat et en coordination avec tous les acteurs médico – psycho – sociaux, la qualité de la réponse apportée aux personnes âgées lorsqu'elle est le fruit de ce travail en réseau, et bien entendu, une démographie qui justifie l'alimentation régulière en nouvelles demandes.

La forte croissance de l'activité au Centre Hospitalier Auban-Moët et à Sainte Marthe résulte également d'une volonté partagée d'accompagner dans tous ses aspects, le projet de vie des personnes âgées, s'interrogeant tout à la fois sur la réponse à leur apporter, tant au niveau médical qu'au niveau social.

Mais des enjeux importants demeurent, et 2011 devra contribuer à y répondre :

- qu'en sera-t-il de l'évaluation de notre collaboration avec la CARSAT ?
- qu'en sera-t-il de l'aboutissement des réflexions entreprises avec le CONSEIL GENERAL ?
- à quand la révision des critères d'activité qui permettraient de quantifier autrement les besoins en accompagnement social global des personnes âgées dépendantes ?
- comment ferons-nous face à une activité croissante à moyens constants, puisque aujourd'hui plafonnés ?
- la labellisation MAÏA sera-t-elle l'évolution logique de notre CLIC ?

A bien y réfléchir, depuis quinze années que la coordination gérontologique, devenue CLIC, a vu le jour, nous n'avons eu de cesse de nous questionner et de questionner nos partenaires institutionnels autour de la question de la prise en charge des personnes âgées dépendantes.

Poser les questions, c'est s'efforcer d'y trouver réponse et c'est très probablement cette énergie qui nous anime et continuera de nous animer.

Fait à Aÿ, le 24 mars 2011

Myriam ZMYSLONY
Directrice du CLIC
Du Pays Champenois

**Marie-Christine
BRESSION**
Vice-Présidente du CLIC
Du Pays Champenois

Marcel BAUDART
Président du CLIC
Du Pays Champenois