

Adopté par
la commission permanente
du Conseil général
le 21 juin 2010

Schéma Départemental de Coordination Gérontologique



AVEYRON



CONSEIL
GÉNÉRAL

Sommaire

1. Introduction : Territoire et coordination gérontologique	5
2. Les principes de la coordination gérontologique, comme base de référence	7
2.1. L'évaluation globale multidimensionnelle	8
2.2. La mise en œuvre du plan d'aide, le suivi	9
2.3. L'animation du territoire, la prévention	9
2.4. Synthèse : les fonctions de la coordination	10
3. La coordination en Aveyron : analyse de la situation, éléments de diagnostic	11
3.1. Le point de vue des acteurs rencontrés	11
3.2. Les résultats de la consultation (groupes de travail)	13
3.3. Des principes généraux pour le pilotage et l'organisation	15
3.4. Les principaux points d'appui sur le territoire	15
4. Structuration de la coordination gérontologique en Aveyron	21
4.1. Organisation générale	21
4.2. Les différents niveaux territoriaux	21
4.2.1. Le niveau départemental	21
4.2.2. Le niveau du territoire	21
4.2.3. Les niveaux locaux	22

4.3. Mise en œuvre des fonctions de la coordination.....	22
4.3.1. Fonction 1 : Accueil, information, orientation	22
4.3.2. Fonction 2 : Evaluation multidimensionnelle, élaboration et validation du plan d'aide	24
4.3.3. Fonction 3 : Suivi et coordination des services.....	26
4.3.4. Fonction 4 : Observation et animation du territoire	26
4.4. Echancier de mise en œuvre de la coordination gérontologique	28

Annexes **29**

Annexe 1 Liste des acteurs rencontrés (diagnostic).....	29
Annexe 2 Calendrier des groupes de travail et composition.....	31
Annexe 3 Synthèse des réflexions des groupes de travail (1 ^o session).....	35
Annexe 4 Tableau synthétique de l'organisation de la coordination gérontologique.....	37

[1. Introduction]

Territoire et coordination gérontologique

La coordination gérontologique est une **dynamique de travail en réseau entre différents acteurs engagés et concernés par l'accompagnement et la prise en charge des personnes âgées sur un territoire**. Si concevoir et structurer un dispositif général de coordination relève institutionnellement de la responsabilité du Conseil général depuis l'acte II de la décentralisation, sa mise en œuvre nécessite un travail en partenariat avec les institutions gérontologiques présentes sur le territoire.

Pour mettre en œuvre une démarche de coordination gérontologique sur un territoire, la formalisation d'un dispositif est un passage nécessaire. Il faut être vigilant pour que ce dispositif ne se substitue pas aux services présents sur le territoire, qu'il ne devienne pas un service ou une institution de plus, mais qu'il se positionne comme un facilitateur de coopération et d'échanges entre ces services dont la mission est d'accompagner ou de soigner des personnes âgées.

La mission d'un dispositif de coordination est de soutenir par divers moyens des professionnels qui doivent coopérer pour trouver ensemble les réponses adaptées pour compenser la perte d'autonomie de personnes vivant à domicile ou apporter des solutions dans l'urgence (par exemple : des sorties d'hospitalisation). La coordination s'organise dans le cadre du territoire de vie de ces personnes.

Dans un même territoire, plusieurs institutions et services, ainsi que des professionnels de santé libéraux interviennent auprès des personnes âgées. Ainsi les acteurs du champ sanitaire, comme les hôpitaux locaux¹ ou des équipes mobiles de gériatrie, participent à la politique de santé menée régionalement par l'ARS (ARH), en se référant à des territoires. Parallèlement, la politique d'action sociale et médico-sociale du Conseil général est également organisée sur un mode territorial. On ajoutera la politique d'action sociale de la CRAM², auprès des CPAM, et de la MSA, pour ne citer que les principales institutions, qui s'appuient aussi sur des découpages territoriaux.

Chacun de ces acteurs a des objectifs liés aux missions qui lui sont confiées, et développe ses méthodes, engage ses équipes et spécialise ses professionnels qui interviennent auprès des personnes âgées.

Pour parvenir à une harmonie entre les interventions de chacun de ces services, pour que les professionnels puissent se coordonner entre eux, des cadres cohérents et stabilisés doivent être fixés :

- cadre institutionnel : il est impératif que les institutions s'accordent sur des objectifs, des cadres de coopération ;
- cadre territorial : pour travailler en coordination, les professionnels doivent inscrire leur action dans des territoires dont les périmètres sont définis, harmonisés, et cohérents entre eux. Cette correspondance entre les différents territoires est une condition de la réussite d'une action gérontologique coordonnée.

¹ Dont la notion disparaît avec l'ordonnance du 23 février 2010 précisant le déploiement de la loi HPST C'est la notion d'établissement de santé dorénavant utilisée.

² Les Caisses primaires et régionales d'assurance maladie et d'assurance vieillesse deviennent "Caisses primaires d'assurance maladie", et "caisses d'assurance retraite et de la santé au travail" (Ordonnance du 23 février 2010 précisant le déploiement de la loi HPST)

2. Les principes de la coordination gériatologique, comme base de référence

La nécessité d'organiser une coordination face aux situations des personnes âgées ayant un besoin d'aide ponctuelle ou quotidienne pour les actes élémentaires de la vie résulte de l'intention de ne pas laisser sans support les personnes souffrant d'états de santé chroniques dont les réponses relèvent simultanément de l'intervention de professionnels multiples, relevant du secteur médical et du secteur social, et qui doivent harmoniser leur action auprès de la personne pour qu'il en résulte des offres de qualité.

Depuis qu'on a progressivement pris conscience de la nécessité de répondre aux problèmes chroniques entraînant un handicap dans la vie quotidienne, les prestations concernant la prise en charge de la situation médicale et la compensation des incapacités qui en résultent, se sont ajoutées les unes aux autres. Ceci aboutit à une extrême parcellisation des réponses techniques (médecins, infirmiers, travailleurs sociaux, aides à domicile, mais aussi kinésithérapeutes, ergothérapeutes, orthophonistes, etc.).

A cette fragmentation des interventions, s'ajoute une parcellisation du financement des prestations qui relèvent souvent de plusieurs institutions indépendantes les unes des autres. Pour les intéressés et leurs familles, il résulte une difficulté à solliciter une aide, une incapacité à maîtriser l'intervention des différents professionnels. Ceci entraîne des inégalités entre ceux qui peuvent trouver un appui et ceux qui n'y parviennent pas. A ces inégalités s'ajoutent les inégalités de répartition des professionnels (selon les zones plus ou moins couvertes en services et professionnels de santé libéraux), et l'inégal accès à l'information selon les territoires.

Ces faits ont été maintes fois constatés.

C'est pour répondre à ces constats qu'il a été décidé de promouvoir des instances de coordination dédiées à la personne ayant un besoin d'aide pour les actes élémentaires de la vie quotidienne (dites dépendantes d'un tiers pour ces actes).

Les différentes fonctions de la coordination sont maintenant bien cernées et se déclinent de la façon suivante :

Les instances de coordination (quel que soit le nom qu'on leur donne) sont dévolues à la prise en compte, au niveau local, des personnes âgées dépendantes pour permettre une action gériatologique en réseau. Il s'agit d'un «**guichet**» d'accueil de proximité, d'information, de conseil et d'orientation, destiné aux personnes âgées et à leur entourage. L'objectif de ce «**guichet**» est de rassembler toutes les informations, de coordonner les moyens et de mobiliser les ressources pour aider les personnes âgées dans leur vie quotidienne. Il répond à une triple logique : logique de proximité, logique d'accès facilité aux droits, et logique de travail en réseau.

Sa mission est de répondre à toutes les personnes âgées d'une zone territoriale définie, en assurant des missions au niveau individuel et des missions de type collectif, à l'échelle d'une population définie.

Toute coordination gériatologique doit assurer quatre missions principales :

- a) l'accueil, l'information et l'orientation,**
- b) l'évaluation globale multidimensionnelle des situations individuelles,**
- c) la mise en œuvre du plan d'aide et le suivi,**
- d) l'observation, l'animation du territoire et la prévention.**

2.1. L'évaluation globale multidimensionnelle

Au niveau individuel, la première mission d'un dispositif de coordination est de pouvoir proposer une évaluation globale multidimensionnelle de la situation des personnes dans un état chronique invalidant. En effet, de la même façon que l'examen clinique constitue le temps initial de la recherche étiologique, avant la mise en œuvre d'un traitement médical, l'évaluation globale multidimensionnelle est le préalable à une prise en charge de qualité des conséquences des maladies chroniques stabilisées³.

Une évaluation globale multidimensionnelle est une procédure utilisée pour décrire de façon systématisée les capacités fonctionnelles, les conditions d'environnement et les besoins non couverts d'une personne atteinte d'état chronique handicapant afin d'établir les meilleures procédures pour mobiliser ses capacités fonctionnelles et couvrir ses besoins. En général elle est mise en œuvre dans le cadre d'une visite au domicile. Tout au long de la précédente décennie, les protocoles d'évaluation globale multidimensionnelle systématique se sont multipliés (Birren, Lubben, Rowe & Deutchman 1991 ; Gallo, Reichel & Andersen, 1995 ; Kane & Kane, 1981).

L'évaluation globale multidimensionnelle

- s'appuie sur des instruments destinés à guider les investigations et le recueil d'information⁴.
- Parmi les instruments disponibles, on peut citer :

Grille AGGIR	Autonomie Gériatrique Groupe Iso Ressources	Evaluation de la personne âgée	<p>Evaluation des activités effectuées par la personne, rangées en 2 catégories : actes essentiels de la vie (variables discriminantes) et activités relatives à la vie domestique et sociale (variables illustratives). Classement selon que la personne les réalise seule ou non.</p> <p>Constitution de 6 groupes iso-ressources établis en fonction des résultats aux tests.</p> <p>Utilisée pour l'attribution de l'APA.</p>
--------------	---	--------------------------------	---

RAI à domicile	Resident Assessment Instrument -Home Care		Evaluation de la personne âgée/ Plan d'intervention/ Suivi – Évaluation de la situation de la personne: par le Minimum de Données standardisées (MDS) - Synthèse de l'évaluation – Stratégie d'intervention pour chaque domaine d'intervention repéré grâce à un Guide d'analyse (GAD) – Plan d'intervention – Évaluation des résultats (calcul d'indicateurs de qualité).
SMAF	Système de Mesure de l'Autonomie Fonctionnelle	Evaluation de la personne âgée	Echelle de 29 items qui mesure l'autonomie fonctionnelle de la personne : AVQ, mobilité, communication, fonctions mentales, IAVQ. Base d'un système de 14 profils d'autonomie (Profils Iso-SMAF) qui vont guider la prescription de services.
DESIR	Démarche d'Evaluation d'une Situation Individuelle et de Réponse (UNA)	Evaluation de la personne âgée/ Plan d'intervention	Procédure d'évaluation multidimensionnelle des capacités fonctionnelles et des conditions d'environnement suivie de préconisations qui seront le résultat d'une négociation entre le demandeur, la personne pour laquelle une demande a été formulée et le professionnel en charge de l'évaluation
Echelle de Zarit	Charge de soins pour la famille	Mesure du fardeau des aidants	L'échelle du fardeau est un outil (de type auto-questionnaire) destiné à évaluer le fardeau représenté par la prise en charge familiale d'un parent dément vivant à domicile. Cette échelle permet donc de mettre en évidence le degré d'épuisement ou d'usure psychologique des aidants familiaux. L'échelle est composée de 2 sous-échelles : - La sous-échelle (ZA) qui évalue la charge matérielle et affective. Il s'agit d'un auto-questionnaire explorant l'ensemble des problèmes physiques, psychologiques, émotionnels et sociaux - La sous-échelle (ZB) qui évalue d'une part, les troubles du comportement et d'autre part, les troubles de l'autonomie chez le parent dément.

On peut également mentionner le GEVA (Guide d'évaluation de la personne en situation de handicap). Dans le cadre de la convergence des propositions concernant les personnes âgées et les personnes en situation de handicap, une version dédiée aux personnes âgées est en préparation.

La réalisation d'une évaluation multidimensionnelle nécessite le choix d'un instrument, un apprentissage et l'intervention de plusieurs professionnels car elle considère des dimensions multiples : relatives à la personne (ses maladies chroniques, ses déficiences,

³ Rubenstein LZ, Andreas E, Stuck AE, Siu AL, Wieland D. Impacts of Geriatric Evaluation and Management Programs on Defined Outcomes : Overview of the Evidence. J Am Geriatr Soc 1991 ; 39:85-16.

⁴ Kane R. L'évaluation globale multidimensionnelle. In : L'encyclopédie du Vieillessement Paris : Serdi, 1997 : 319-22.

ses incapacités), à son environnement social, à son habitat, à ses ressources économiques et à sa protection sociale.

Pour être complète et prendre en compte la dimension de la personne, de son environnement et de ses aidants, il est recommandé qu'une évaluation multidimensionnelle soit réalisée à domicile.

L'organisation administrative française a distingué deux catégories de population en fonction de leur niveau de dépendance, analysée avec la grille AGGIR : les personnes non dépendantes (GIR 5,6) et les personnes dont la dépendance est avérée (GIR 4 à 1). La première catégorie relève de la compétence des caisses de retraite, et la deuxième des conseils généraux avec l'attribution de l'APA.

Ceci a pour conséquence pratique une répartition en amont entre les évaluations : quand une personne est supposée être dépendante elle est orientée vers les services du Conseil général, dans les autres cas, elle est orientée vers le service social de sa caisse de retraite.

Ce fonctionnement n'est pas satisfaisant, séparant les personnes en deux catégories suivies par deux institutions différentes, alors même que l'état de santé des personnes évolue. Il est nécessaire d'envisager des rapprochements entre ces deux institutions qui procèdent à des évaluations : partage d'instruments, approches communes, communication des résultats constituent des pistes de travail.

Des conventions entre ces institutions peuvent permettre de définir des périmètres de collaboration, de mutualiser des compétences, d'organiser des rapprochements.

2.2. La mise en œuvre du plan d'aide, le suivi

En fonction des résultats de l'évaluation réalisée, les décisions vont se traduire par un plan d'aide personnalisé, qui devra prendre en compte tous les éléments :

- la situation médicale (médicaments, régimes, surveillance, kinésithérapie, ergothérapie, etc.),
- la situation fonctionnelle et les aspects d'ordre social (aide matérielle directe à la personne, aux aidants familiaux, aménagement du domicile, maintien de l'insertion sociale).

En fonction des incapacités fonctionnelles, le plan d'aide définit les différentes interventions nécessaires pour améliorer les conditions de vie de la personne et de son entourage (aide humaine, aides matérielles et aides techniques)⁵.

Pour mettre en œuvre de tels plans d'aide et les rendre effectifs, ce sera le rôle de l'instance de coordination de mobiliser et rassembler les ressources financières provenant de plusieurs sources, en s'appuyant sur la connaissance des institutions et le savoir faire des professionnels, en particulier du secteur social.

Le plan d'aide après élaboration, est validé par les instances prévues règlementairement (le Conseil général pour l'APA). Pour sa mise en œuvre, les services et les professionnels qualifiés sont sollicités pour apporter les aides sous des formes diverses.

Le dispositif de coordination apporte aux professionnels de divers services des possibilités de concertation entre eux, avec les professionnels de santé libéraux, en donnant toute leur place aux usagers concernés, et à leur entourage familial ou amical. L'objectif est de permettre aux professionnels qui travaillent déjà sur le terrain, de rendre leur travail plus cohérent, condition pour corriger l'éparpillement des prestations.

Le suivi des personnes dépendantes, n'est pas la moins importante des missions d'une instance de coordination ; c'est même l'une des conditions nécessaires pour assurer des prises en charge de qualité qui s'inscrivent dans la durée, sur des périodes souvent longues.

2.3. L'animation du territoire, la prévention

En plus de la coordination au service individualisé de l'utilisateur, cette structure territoriale doit aussi assurer une mission collective envers la population qui lui est confiée. Cette mission relève d'une approche de santé publique. Elle comprend, outre la mise en relation fonctionnelle de l'ensemble des acteurs du territoire, l'organisation des interventions de prévention : action sur les facteurs conduisant fréquemment les personnes âgées à la dépendance (chutes, mauvaise alimentation, absence d'activité physique, etc.), ainsi que des actions de prévention tertiaire pour atténuer

⁵ Colvez A, Belin M, Chatelet M, Durand J, Senault B. Analyser les pratiques pour construire un plan d'aide : "une démarche qualité" pour les services à domicile aux personnes âgées dépendantes. *Revue française des affaires sociales*, 1997, 51, numéro hors série : 283-98.

2.4. Synthèse : les fonctions de la coordination

les conséquences des états chroniques dans la vie des personnes. Ceci passe par une meilleure information générale, par la promotion des relations sociales de proximité en favorisant l'activité, etc. Ainsi, des programmes de prévention primaire, secondaire et tertiaire doivent être soutenus par les coordinations.

Parallèlement à ces actions de prévention, une fonction de la coordination est d'identifier sur son territoire d'intervention les services, établissements et ressources disponibles pour répondre aux besoins des habitants âgés, ainsi que les manques. Ce travail de repérage est un travail qui se mène avec l'ensemble des partenaires présents et permet de tisser des liens entre les différents professionnels, développant leur connaissance du territoire et leurs compétences pour répondre aux besoins des personnes.

C'est en référence à un tel cahier des charges définissant les missions d'une coordination, et intégrant les éléments de diagnostic recueillis dans la phase précédente que cette réflexion sur une structuration de la coordination en Aveyron est proposée, afin que ces fonctions soient assurées aux personnes concernées, dans un souci de qualité, d'égalité d'accès au droit, indépendamment de la situation sur les territoires.

- **Accueillir, informer, orienter et prévenir**

Objectif : par des actions d'information, d'orientation individuelles et collectives, prévenir la désinsertion et la dépendance (ou son aggravation)

Moyens : ouverture régulière d'un lieu d'accueil au public par un professionnel, base de données, outils de communication, partenariat local

- **Accompagner les personnes âgées dépendantes**

Objectifs : assurer des évaluations multidimensionnelles, mobiliser les prestations, mettre en œuvre des plans d'aide et suivre les situations

Moyens : équipe pluri professionnelle formée, formalisation d'outils d'évaluation et procédures de travail

- **Animer le territoire**

Objectifs : développer les compétences et ressources du territoire, animer le réseau des acteurs, construire des outils partagés, développer des actions partenariales

Moyens : équipe pluri professionnelle ayant des compétences en animation, comité technique ou de pilotage

- **Observer l'environnement**

Objectifs : connaître son territoire, permettre aux acteurs de se l'approprier pour concevoir des actions et répondre aux besoins des personnes

Moyens : base de données, équipe pluri professionnelle avec une compétence en développement social

3. La coordination en Aveyron : analyse de la situation, éléments de diagnostic

3.1. Le point de vue des acteurs rencontrés

Un ensemble d'acteurs a été rencontré pour établir un diagnostic de la coordination gérontologique en Aveyron (cf. Liste complète en annexe) et recueillir leurs points de vue et attentes.

Les consultations menées auprès de ces acteurs, soit dans le cadre d'entretiens individuels, soit dans le cadre d'entretiens de groupes nous permettent d'organiser ces acteurs en 4 groupes :

- a) *Les personnels du Conseil général qui rencontrent les personnes âgées dans le contexte des demandes d'allocation personnalisée d'autonomie ;*
- b) *Les acteurs déjà sensibilisés à la coordination ayant déjà soit expérimenté des démarches de coordination gérontologique, soit s'y étant intéressé dans le cadre d'une réflexion visant un projet de coordination ;*
- c) *Les utilisateurs et partenaires de la coordination*
- d) *Les autres acteurs*

Nous proposons de présenter ci-après le point de vue de ces différents acteurs.

a) Les personnels du Conseil général

Les agents du Conseil général (intervenant auprès des personnes âgées) rencontrés sont constitués des :

- responsables des territoires d'action sociale
- travailleurs sociaux des territoires (assistantes sociales, etc.)
- responsables des services sociaux du Conseil général

- responsable du service "Prestations" Personnes Agées Personnes Handicapées
- médecin départemental référent Personnes Agées
- responsable du service des établissements

Ces professionnels ont constaté que le Conseil général ne s'était pas engagé dans le passé dans le montage de dispositifs de coordination à l'échelle du département (pas de labellisation de type Clic, ni de réseau). L'action du Conseil général est centrée sur l'attribution de l'aide personnalisée à l'autonomie (APA). Les liens avec les autres acteurs gérontologiques sont liés au circuit de l'attribution de l'APA.

Ces professionnels notent qu'il n'y a pas actuellement de système d'information gérontologique sur le territoire départemental.

Les actions collectives ou particulières sont assurées par d'autres opérateurs (MSA, CRAM, associations, etc.). Le Conseil général est associé en fonction des porteurs de projets.

b) Les acteurs déjà sensibilisés à la coordination

Un second groupe est constitué par des acteurs ayant déjà approché la question de la coordination gérontologique soit dans le cadre d'une pratique, soit dans le cadre d'une réflexion sur un projet.

Ces acteurs sont :

- o Syndicat Mixte Pôle Gérontologique de Bozouls de la communauté de communes Bozouls-Comtal
- o Réseau gérontologique du Sud Aveyron à Millau
- o Réseau Rebecca et association Sherpa de Belmont-sur-Rance
- o Les CCAS de Saint-Affrique, Rodez

- o Le projet de réseau de Saint-Cyprien sur Dourdou
- o Le réseau Nord Aveyron Alzheimer
- o Le groupement d'intérêts économiques PREVA.

Ces acteurs font le constat d'un besoin de coordination qui les a conduit à être porteur d'un projet, ou animateur.

Parmi les besoins de coordination, ils soulignent la nécessité d'une coordination autour de l'APA, de coordonner les intervenants à domicile, également la nécessité d'avoir des relations avec les professionnels de santé libéraux.

L'information auprès des professionnels comme des personnes âgées doit être organisée, et la communication avec le Conseil général doit être développée.

Ils notent l'existence de réseaux informels entre divers acteurs.

Sur certains bassins, des organisations de coordinations ont été mises en place (Millau, Bozouls). Mais les différents réseaux existants n'entretiennent pas de relations entre eux.

Ces acteurs ont une attente vis-à-vis du Conseil général de les conforter dans leur rôle et d'étendre la coordination à l'échelle du département.

c) Les utilisateurs et partenaires de la coordination

Un certain nombre d'acteurs, chargés de répondre en partie aux besoins des personnes âgées, sur un volet ou un autre, peuvent être considérés comme des partenaires potentiels d'un dispositif de coordination.

- L'union des directeurs des établissements pour personnes âgées (UDEPA)
- La MSA
- La CRAM
- L'association France Alzheimer Aveyron
- Les centres hospitaliers
- Les associations d'aide à domicile et les SSIAD
- Les Etablissements d'accueil pour personnes âgées et les Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)
- L'ADMR

Ces professionnels soulignent que le territoire est couvert par des équipes mobiles de gériatrie portées par les hôpitaux locaux.

Diverses initiatives ont été prises pour améliorer la réponse aux personnes âgées et développer des synergies entre acteurs. Ainsi sont notamment signalés :

- La création d'un GIE réunissant la CRAM et la MSA pour l'évaluation
- Une association de directeurs d'EHPAD
- L'amorce d'actions collectives (aide aux aidants) par France Alzheimer Aveyron
- Pour les grandes villes, des CCAS qui assurent l'information auprès des personnes âgées, voire du suivi.

Ces acteurs ont le sentiment que la vision des besoins, des attentes des populations et des réponses actuellement apportées mériterait d'être améliorée de la part des institutions.

Ils souhaitent que la coordination gérontologique soit assurée par le Conseil général, et indiquent qu'il est nécessaire de mieux communiquer sur les actions et les missions du service « Vieillesse Handicap » du Conseil général, et que ce service soit suffisamment présent.

La question du suivi des personnes bénéficiant de l'APA représente une question importante à traiter.

d) Les autres acteurs

Un ensemble d'autres acteurs a été consulté, représentants de professionnels et d'usagers.

- Le syndicat des infirmiers libéraux
- Conseil de l'ordre des médecins
- Fédération nationale des infirmiers
- Association aveyronnaise d'information et de recherche pour les retraités.

Ces acteurs constatent une coordination insuffisante et un manque d'information et de communication sur l'APA ainsi qu'ils soulignent un manque de communication avec les professionnels chargés de l'APA.

Ils expriment le besoin de formaliser des méthodes de travail communes au domicile, de développer des relations et de coopérer avec les médecins généralistes.

Ils notent l'isolement des intervenants à domicile, en particulier concernant les malades d'Alzheimer.

Par ailleurs le problème de la démographie médicale est souligné.

Enfin, les retraités aveyronnais ont exprimé le souhait d'être écoutés.

3.2. Les résultats de la consultation (groupes de travail)

A l'issue de la phase de consultation des acteurs destinée à réaliser un état des lieux, des séances de travail collectives ont été organisées afin d'élaborer des préconisations pour l'organisation de la coordination gérontologique en Aveyron. Quatre groupes de travail se sont tenus sur les 4 territoires de l'Aveyron. Chaque groupe s'est réuni 2 fois (décembre 2009-janvier 2010). Ces groupes, composés de professionnels, d'élus et de représentants des usagers (cf. Calendrier des groupes de travail et composition en annexe) ont travaillé sur l'organisation et les fonctions de la coordination. Ils ont été amenés à faire de propositions sur les thèmes suivants :

- *L'organisation locale de la coordination gérontologique*
- *Informers, orienter et prévenir*
- *Accompagner les personnes âgées dépendantes*
- *Animer le territoire Informers, orienter*
- *Observer les besoins de la population*

Sont présentées ci-après les propositions de l'ensemble des groupes issues des 2^{ème} réunions de groupes (les éléments de constat issus des 1^{ère} réunions des groupes sont présentés en annexe). Ces propositions sont mentionnées en tant qu'émanant des participants.

Thème : L'organisation locale de la coordination gérontologique

Notion de proximité :

A été soulignée la nécessité de connaître le territoire, d'en être proche pour pouvoir informer, orienter et accompagner les personnes. Le niveau communal ou intercommunal représente à ce titre un bon niveau d'intervention.

Les points d'entrée dans la coordination (ou « guichets d'accueil ») ne doivent pas être à plus d'une heure de trajet.

Les professionnels ont attiré l'attention sur la gestion des urgences que la coordination aura à gérer.

Notion de neutralité :

Les groupes ont défendu le principe de neutralité et de transparence de la coordination. Un dispositif

de coordination doit offrir une bonne visibilité aux différents acteurs, et pour cela disposer d'un local neutre, pour établir des relations de confiance usagers/aidants/professionnels. Des relais pour couvrir l'ensemble du territoire peuvent également être envisagés, en veillant à ce caractère de neutralité.

Le pilotage de la coordination doit être assuré par un collectif réunissant des associations, des collectivités locales, des élus, avec une représentation des usagers (formulation juridique à trouver). Il est noté que la mise en route d'un dispositif de coordination s'inscrit dans la durée.

La participation des professionnels de santé libéraux (médecin, infirmiers) doit être pensée, car ces professionnels jouent un rôle essentiel dans le maintien à domicile des personnes dépendantes.

Les différents niveaux de la coordination :

La coordination comprend deux niveaux : le niveau départemental et le niveau local. Le niveau départemental doit centraliser les informations, et rediffuser au niveau local, et la coordination doit se penser sur un mode horizontal.

Au niveau local, les professionnels qui participent à la coordination doivent être connus et reconnus. Il y aura lieu de bien définir le rôle du coordonnateur, d'identifier la personne chargée d'animer le réseau au niveau local.

Le futur dispositif de coordination devra s'appuyer sur l'existant localement (s'inspirer de ce qui fonctionne bien comme le pôle de Bozouls), et travailler avec tous les acteurs présents, y compris les bénévoles.

Il faudra identifier les zones effectivement couvertes par une coordination, et celles qui ne le sont pas : des réseaux peuvent se développer, étendre leur territoire, mais cela nécessite qu'ils aient les moyens correspondants.

Les moyens nécessaires :

Une équipe de coordination par territoire est jugée nécessaire. Une coordination avec les médecins libéraux de chaque territoire doit être recherchée.

Une proposition est faite de mettre progressivement en place la coordination en expérimentant des modes de travail en commun sur des thèmes, puis d'évaluer cette expérimentation afin de la diffuser ensuite.

Des participants suggèrent que des cofinancements soient envisagés pour la coordination.

Thème : Informers, orienter et prévenir

Les participants ont souligné la nécessité de mettre en place des campagnes d'information le moment venu, sur

le dispositif de coordination retenu et son organisation

La fonction d'information (en direction des usagers, des professionnels) doit être assurée par un professionnel « cheville ouvrière » qui centralise les informations au niveau du territoire, et soit en capacité d'orienter les usagers et de faire appel aux différents acteurs du territoire.

Le territoire doit disposer de relais pour diffuser de l'information.

L'information des usagers doit se développer dans la proximité, les points d'information doivent être démultipliés.

La coordination doit pouvoir anticiper sur le service à domicile et optimiser les services et se donner les moyens de préparer les entrées en Ehpad. Egalement il est nécessaire de travailler sur les retours d'hospitalisation à domicile.

Des actions de prévention primaire doivent être menées par le dispositif de coordination.

Pour prévenir le risque d'exclusion, des actions visant la transmission intergénérationnelle doivent être organisées.

Thème : Accompagner les personnes âgées dépendantes

Les groupes de travail ont distingué les deux temps que représentent l'évaluation puis l'accompagnement des personnes.

Dans l'accompagnement des personnes, le repérage des situations difficiles est un axe de travail que doit développer la coordination. Pour cet accompagnement, il est souhaitable de mettre en place des référents pour les personnes ayant des situations complexes.

Concernant l'APA, il faut distinguer ce qui relève de l'instruction administrative qui doit rester au niveau départemental, et ce qui relève de l'accompagnement des personnes qui doit se faire dans la proximité. Il a été ajouté que les procédures d'accès à l'APA en urgence doivent être appliquées, que les mises en place des plans d'aide devaient être accélérées.

Les participants ont envisagé la possibilité de faire des évaluations conjointes, avec des supports partagés, puis que les résultats des évaluations réalisées par les différents services évaluateurs, puissent être partagés, en envisageant un contrôle dans un second temps, pour ne pas ralentir l'accès aux prestations.

Selon les professionnels, il faut qu'une personne puisse être prise en compte dès le guichet où elle s'est présentée :

toute porte d'entrée dans la coordination doit être en capacité de proposer une évaluation des besoins et une délivrance des prestations, ou une articulation avec les professionnels du réseau. Les services qui n'assurent pas d'accompagnement doivent orienter les personnes vers d'autres services, capables de réactivité.

Les évaluations doivent aller au-delà de la seule grille AGGIR et prendre en considération les aidants. Les participants ont pris en compte dans l'accompagnement des personnes, la question des aidants : une réflexion des aidants sur leur rôle doit être menée, leur charge doit être examinée.

Thème : Animer le territoire

Un des enjeux de la coordination est de développer la culture gérontologique.

Pour animer le territoire, les participants aux groupes ont indiqué qu'il fallait s'inspirer de ce qui est déjà fait par exemple par le Pôle de Bozouls, et en s'appuyant sur tous les acteurs présents sur le territoire considéré (UDSMA, CRAM, MSA, SAD, EHPAD, etc.).

La dimension de communication est importante : il est nécessaire de mettre en place des moyens et des organisations pour la communication entre professionnels.

Il y a lieu d'harmoniser les méthodes de travail entre les professionnels amenés à travailler ensemble dans la coordination, de favoriser le partage des savoirs, de concevoir des méthodes et des instruments communs, des fiches de liaisons notamment. Parmi les moyens à mettre en place, sont suggérés un site internet dédié aux professionnels, des réunions thématiques entre professionnels.

Les données dont disposent les institutions et les organismes doivent être diffusées pour une meilleure connaissance de la population et du territoire. Etablir une liste des services et les professionnels intervenant au niveau départemental et au niveau du territoire local est un préalable indispensable.

Thème : Observer les besoins de la population

Un observatoire rassemblant les données doit être organisé, en considérant les deux niveaux départemental et local. Ces deux niveaux doivent s'alimenter réciproquement.

Les participants ont noté la nécessité de mettre en place un observatoire des besoins, ce qui passe notamment par un instrument de gestion des listes d'attente d'entrée en Ehpad, avec les profils des places disponibles.

3.3. Des principes généraux pour le pilotage et l'organisation

La phase de concertation avec les professionnels, les élus, et des représentants des usagers qui s'est traduite par des discussions au sein des groupes de travail a permis de dégager les objectifs suivants :

- **objectif 1** : mettre à disposition de la population et des acteurs du territoire un lieu unique d'accueil et d'information de proximité
- **objectif 2** : s'assurer que chaque personne âgée bénéficie d'une évaluation globale de son état et de sa situation, et qu'elle est prise en charge par un service et un professionnel qualifié
- **objectif 3** : se doter d'un dispositif permettant de créer, diffuser et s'approprier des outils communs pour l'évaluation des situations, le suivi des personnes, et d'organiser des échanges de pratiques entre professionnels
- **objectif 4** : au niveau de chaque territoire défini, se doter d'instruments de connaissance des besoins de la population du territoire, des ressources disponibles, et des manques. Cette connaissance du territoire doit déboucher sur le montage de projets adaptés aux besoins locaux.

Dans le contexte du département de l'Aveyron, de son histoire, des initiatives précédemment engagées concernant des dispositifs de coordination gérontologique, les acteurs ont souligné l'importance de respecter des principes de base de l'organisation de la coordination qui sont au nombre de quatre.

a) Le premier principe est celui de la « neutralité du pilotage » : quelle que soit l'organisation de la coordination à l'échelle du département, les acteurs ont souligné l'importance de ce qu'ils ont appelé une « neutralité du pilotage » et ont recommandé que le pilotage général de la coordination soit assuré par le Conseil général dont c'est la mission institutionnelle.

Ce pilotage s'accompagne de :

la mise en place d'une cellule de coordination départementale, située au sein de la Direction Personnes Âgées / Personnes Handicapées du Pôle des Solidarités Départementales du Conseil général :

la nouvelle organisation de ce pôle intègre cette disposition.

La mission de cette cellule est de :

- o mettre en place le dispositif de coordination,
- o assurer le suivi du projet, l'évaluation interne,
- o accompagner méthodologiquement les équipes de terrain (organisation et méthodes de travail à élaborer) et leurs partenaires participants à la démarche de coordination.

b) Le deuxième principe est d'associer les partenaires institutionnels, et l'ensemble des acteurs (y compris les usagers) dans un groupe de suivi départemental (ou Comité de pilotage) à travers des représentants désignés à cet effet.

c) Le troisième principe concerne la prise en compte des expériences de coordination antérieures. Depuis plusieurs années, des dispositifs de coordination ont été mis en place, et ont acquis un savoir-faire que les acteurs estiment devoir être pris en compte de même que, à une autre échelle les projets qui se préparent actuellement, mobilisant localement divers acteurs.

Les participants des groupes de travail ont souligné l'importance de **s'appuyer sur l'existant et de valoriser les structures** (= réseaux en activité, organismes ou services précédemment engagés dans une démarche de coordination).

d) Le quatrième principe intéresse l'entrée des usagers dans le dispositif de coordination. Il a été souhaité une structuration de la coordination qui prévoit dans chaque territoire une **porte d'entrée unique** dans les dispositifs d'aide, et une organisation favorisant la proximité.

3.4. Les principaux points d'appui sur le territoire

Sans revenir sur les caractéristiques géographiques de l'Aveyron fait de territoires hétérogènes, de populations dispersées, et d'accès difficiles dans certaines zones, on soulignera ici seulement les points d'appui qui ressortent des consultations préalables, pouvant être mobilisés pour la mise en œuvre d'une coordination gérontologique.

En effet, un élément facilitant à souligner concerne l'existence d'initiatives d'acteurs, ou d'institutions, correspondant à plusieurs éléments du cahier des charges précédemment exposé, et ceci dans plusieurs sites du département.

Les principaux points d'appui pour une organisation de la coordination gérontologique en Aveyron sont les suivants :

- *des équipes mobiles de gériatrie* : ces équipes sont déployées de façon transversale à l'ensemble des territoires, à partir des hôpitaux présents
- *l'association France-Alzheimer Aveyron* : cette association organise des permanences d'accueil sur l'ensemble des territoires, s'appuyant sur des coordinations là où il s'en trouve
- *la création d'un GIE* entre les services de la CRAM et de la MSA : ces caisses de retraite se sont rapprochées pour la réalisation d'évaluations des assurés de leur ressort
- *le Réseau Sud-Aveyron* : autour de Millau, une expérience ancienne de coordination couvre théoriquement toute la zone sud (7 cantons), mais sert effectivement Millau et ses environs. Le CCAS de la ville met à disposition du réseau 2 professionnels à mi-temps et des locaux. Le Conseil général soutient ce dispositif
- *le Réseau REBECCA* et l'association Sherpa : également situés dans le sud Aveyron (Belmont-sur-Rance), ce réseau concerne 4 cantons : Belmont-sur-Rance, Saint-Sernin, Camarès et Saint-Affrique, et est orienté vers la maladie d'Alzheimer
- *le PIOG* (Point d'information et d'orientation gérontologique) : il s'agit d'une initiative de plusieurs Ehpad du sud Aveyron pour mettre des informations à disposition auprès des usagers
- *Le syndicat mixte pôle gérontologie de Bozouls* : dans le Nord Aveyron, une coordination s'est développée sur un canton, elle dispose d'un poste de référent. Ce pôle est soutenu par les communes de la communauté Bozouls Comtal
- *une animation du territoire* du canton de Réquista : cette initiative est portée par le service social de la MSA.
- *La communauté de communes de Vezins sur le Lévezou* (accueil et information du public, hébergement en logement autonome de personnes âgées isolées)
- *La communauté de communes de Montbazens (point infos services)*

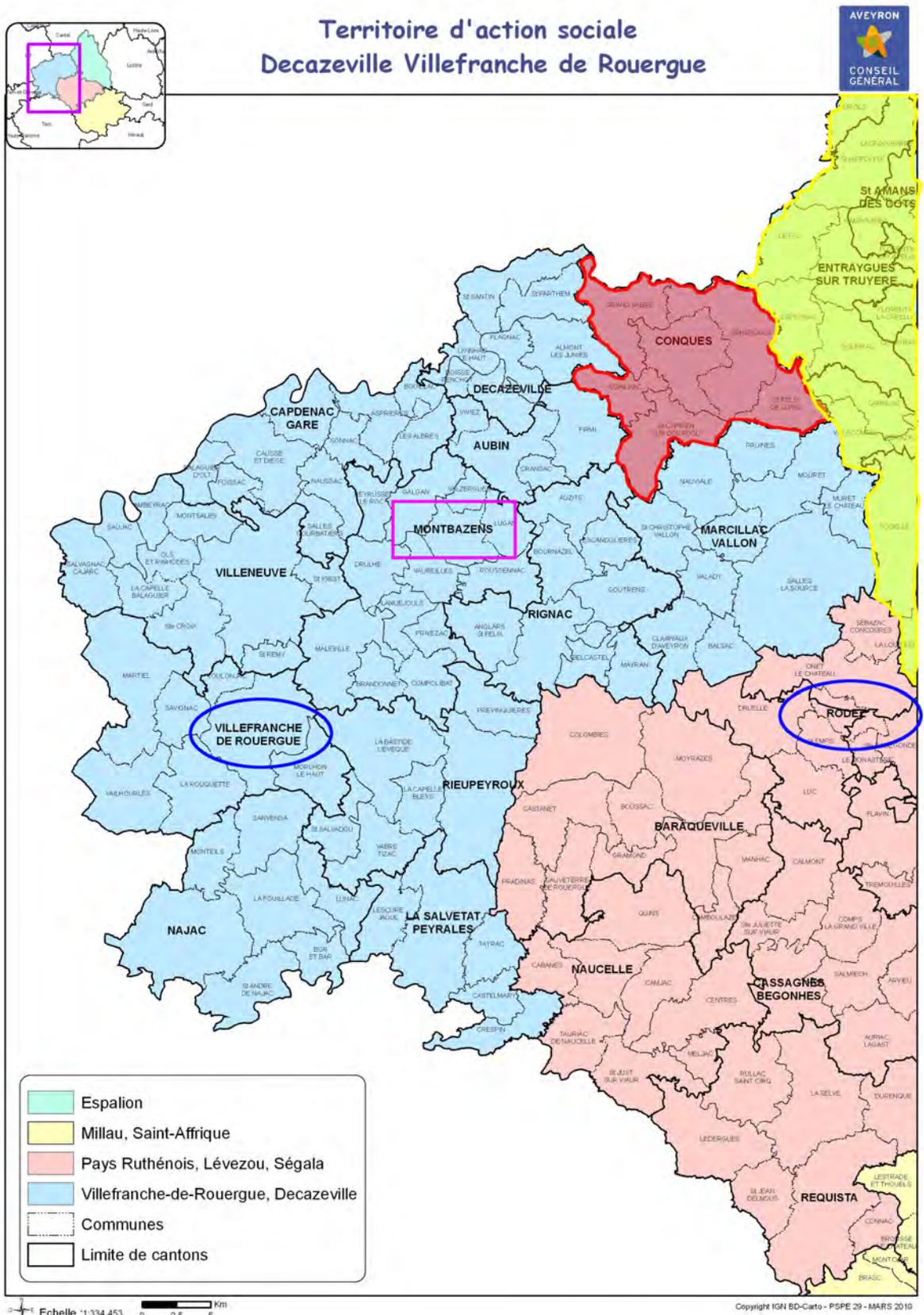
Parmi les projets identifiés mais non aboutis les plus significatifs, nous soulignerons :

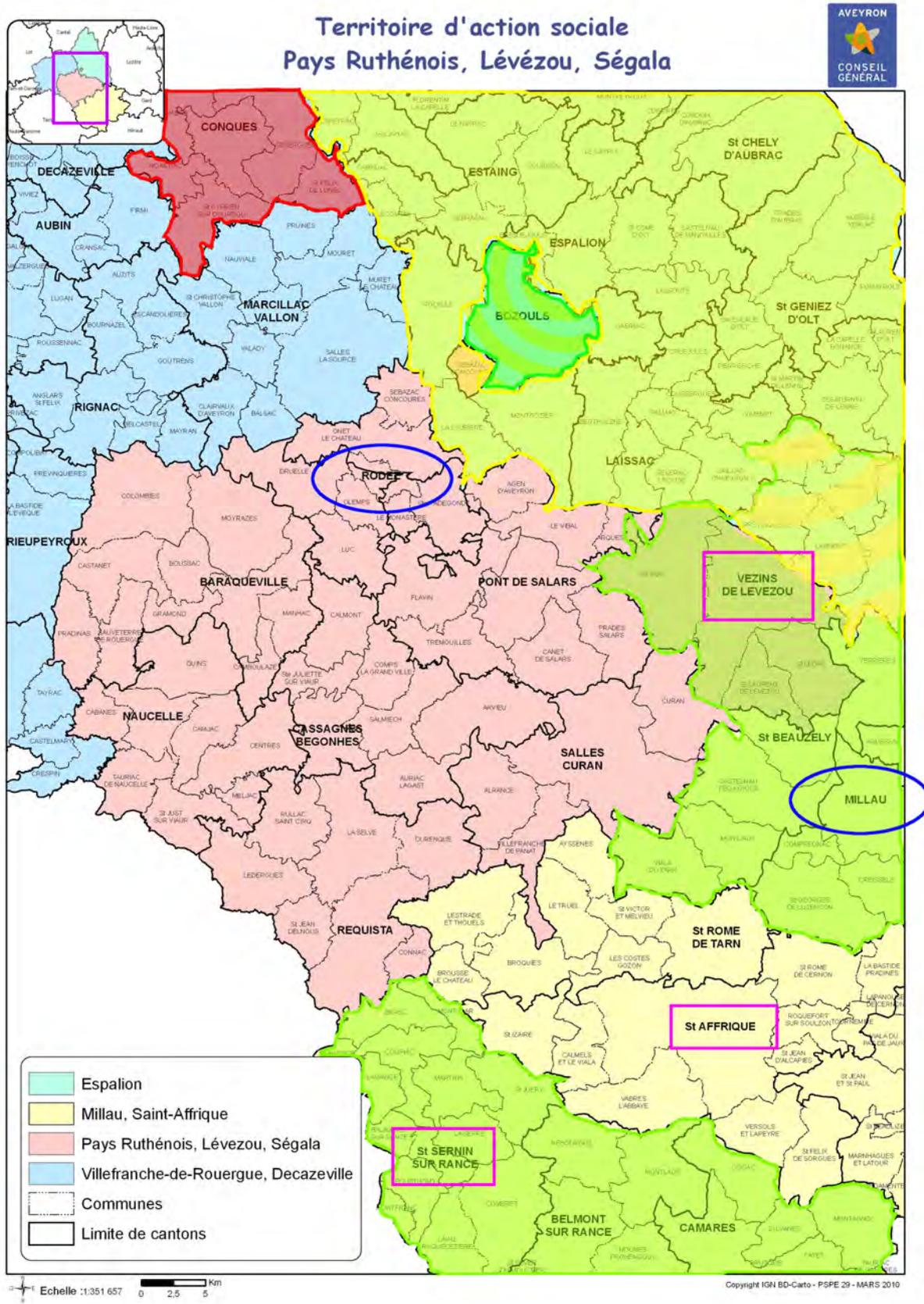
- des projets de Clics, élaborés par des CCAS :
 - Un projet de Clic au centre du département, élaboré par le CCAS de Rodez (2001).
 - Un projet de Clic élaboré par le CCAS à St Affrique (2002), au sud du département. Aujourd'hui, a été ouvert un *point d'information*, initiative intercommunale du St Affricain de mise en place d'un guichet d'information pour les ressortissants de la zone.
 - Un projet de Clic dans le Nord-ouest : le CCAS de Decazeville avait également conçu un projet de Clic en 2002, qui concernait 5 communes du bassin.
- Des projets de réseaux :
 - sur le canton de Conques : ce projet est en cours de mise en place avec un guichet d'entrée unique, couvrant le canton, en attendant la mise en place d'une communauté de communes à Marcillac. La délivrance de prestations fait partie du projet (logements adaptés à Grand-Vabre, accueil familial à Sénergues, accueil de jour à Saint-Cyprien).
 - Un projet de réseau «Nord-Aveyron» : ce projet est annoncé pour l'horizon 2012 et couvrira 13 cantons.

Présentation cartographique des ressources du territoire

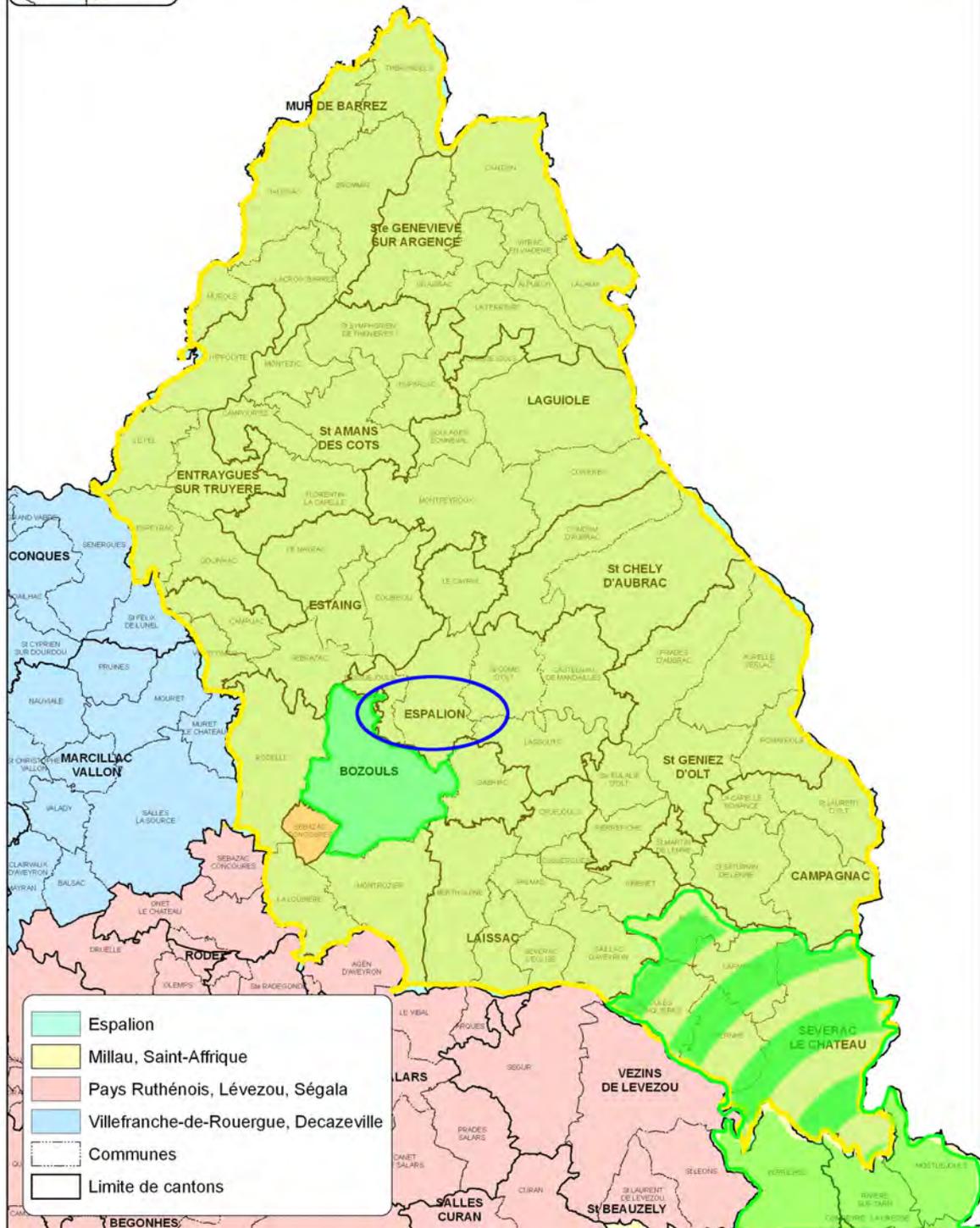
Légende (cartes pages 17, 18, 19 et 20) :

	Equipe mobile de gériatrie
	Point d'informations
	Réseau gérontologique du canton de Conques, en cours de construction
	Réseaux gérontologiques en service. Concerne le réseau Sud Aveyron, le réseau Rebecca et le réseau de Bozouls (Syndicat mixte)
	Projet de réseau du Nord Aveyron





Territoire d'action sociale Espalion



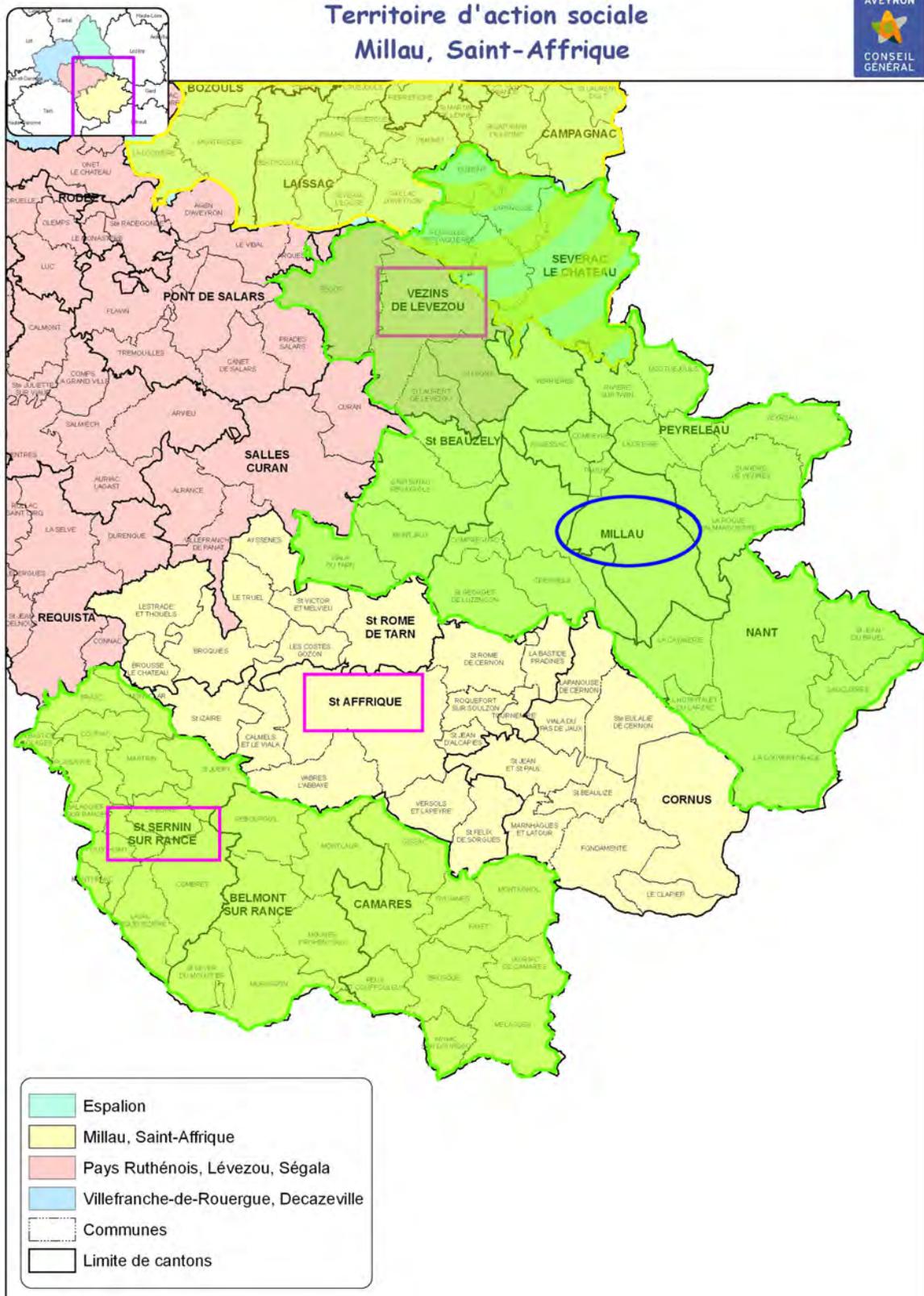
- Espalion
- Millau, Saint-Affrique
- Pays Ruthénois, Lévezou, Ségala
- Villefranche-de-Rouergue, Decazeville
- Communes
- Limite de cantons

Echelle : 1:331 659 0 2,5 5 Km

Copyright IGN BD-Carto - PSPE 29 - MARS 2010



Territoire d'action sociale Millau, Saint-Affrique



4. Structuration de la coordination gériatologique en Aveyron

4.1. Organisation générale

La structuration du dispositif de coordination retenue repose sur une responsabilité directe du Conseil général de la coordination, et une organisation territoriale qui intègre le dispositif de l'APA dans la coordination. Le territoire départemental est découpé en 4 zones pour correspondre aux territoires d'action sociale définis pour la mise en œuvre de l'APA.

Cette conception répond au principe posé d'une « neutralité de la coordination » garanti par le pilotage du Conseil général, et offre, territoire par territoire, la possibilité technique d'assurer une cohérence et une continuité entre les évaluations d'éligibilité à l'APA, et le suivi des personnes.

Dans cette configuration, des agents du Conseil général assurent les fonctions de la coordination que sont l'accueil, l'évaluation, l'élaboration des plans d'aide et le suivi des personnes en perte d'autonomie, ainsi que l'observation et l'animation du territoire.

Territoire par territoire, des relais sont proposés aux acteurs locaux ayant déjà expérimenté le travail en réseau pour leur confier des domaines d'intervention. Ainsi chaque territoire conçoit une organisation spécifique, en fonction des partenariats locaux potentiels.

Par ailleurs, une articulation est recherchée avec les services des caisses de retraite pour les personnes ne relevant pas de l'APA.

4.2. Les différents niveaux territoriaux

Trois échelons sont considérés pour la structuration de la coordination :

- Le niveau départemental (=1)
- Le niveau des territoires (=4)
- Le niveau local (=X)

4.2.1. Le niveau départemental

Au niveau départemental, le Conseil général arrête les **objectifs de la coordination** (cahier des charges), le suivi et l'évaluation du dispositif. Il assure la responsabilité de la coordination gériatologique en mettant en place :

- **une cellule de coordination départementale**,
- un **groupe de suivi départemental** (ou Comité de pilotage) réunissant les acteurs clef de la gériatologie (secteur sanitaire et secteur social), des élus, des représentants des usagers, à l'échelle du département.

4.2.2. Le niveau du territoire

En dessous de l'échelon départemental, le Conseil général arrête un niveau intermédiaire dénommé ici « les territoires » : ce niveau est celui choisi pour la mise en œuvre opérationnelle du travail en réseau. Le pilotage du travail en réseau au plan des territoires, ou « coordination gériatologique » est confié à une équipe d'agents du Conseil général, au sein des centres médico-sociaux.

Afin d'assurer une cohérence avec la mise en œuvre des autres politiques conduites par le Conseil général, le découpage territorial pour la mise en œuvre de la coordination reprend le découpage que le Conseil général a défini pour l'action sociale et médico-sociale et pour la mise en œuvre de l'APA .

Le territoire départemental est découpé en 4 zones :

- Nord Aveyron
- Rodez et plateau
- Ouest Aveyron
- Sud Aveyron

Dans chacun des territoires retenus, le Conseil général installe un coordonnateur au sein du Centre médico-social.

Ce coordonnateur travaille sous la responsabilité du Responsable de Territoire, en étroite relation avec la cellule départementale et organise les missions relatives aux fonctions de la coordination :

- l'accueil des usagers et des professionnels, l'information, l'orientation
- l'évaluation des personnes sollicitant un accompagnement
- l'élaboration des plans d'aide
- le suivi des personnes et la coordination des services
- l'observation et l'animation du territoire.

Les objectifs d'une coordination gérontologique étant de faire travailler en réseau des services et des professionnels, et non de créer une nouvelle structure qui se superposerait à d'autres, une **articulation avec les autres services et dispositifs existants** est recherchée avec :

- les acteurs locaux précédemment engagés dans des démarches de coordination,
- les caisses de retraite pour les personnes ne relevant pas de l'APA,
- les services assurant des missions d'évaluation (Assistants sociaux APA du CG, GIE CRAM/MSA, équipes mobiles de gériatrie).

4.2.3. Les niveaux locaux

Territoire par territoire, en fonction des ressources présentes, le Conseil général propose aux acteurs locaux déjà engagés dans un travail en réseau de participer au travail de coordination. Ces acteurs constituent alors des relais, qui sont dénommés ici « **antennes de coordination** ».

Sur leurs zones d'intervention dont l'échelon intercommunal sera privilégié et/ou en direction de certaines catégories de personnes, ces antennes de coordination pourront exercer des missions relatives aux fonctions :

- d'accueil, d'information et d'orientation
- de coordination des services et de suivi des personnes
- d'observatoire et d'animation du territoire.

Ceci nécessite que ces acteurs soient identifiés, que soit menée avec eux une discussion sur les

délégations qu'ils sont susceptibles d'accepter. Cette démarche se traduira par la définition d'un périmètre de délégation. Une formalisation de ces délégations sera arrêtée à travers des **conventions** qui seront accompagnées d'un **cahier des charges** pour chaque domaine délégué précisant la compensation financière pour les missions assurées.

Cette organisation aboutit au fait que chacun des quatre territoires dispose d'une organisation spécifique, s'appuyant sur l'expertise de partenaires présents, dans le cadre général retenu pour l'organisation de la coordination, sous la responsabilité des services du Conseil général.

La question spécifique de l'évaluation et de l'éligibilité aux prestations

L'évaluation multidimensionnelle des besoins des personnes étant reliée à la délivrance de prestations (APA ou aide ménagère), elle est encadrée par une réglementation qui fixe les responsabilités institutionnelles dans ce domaine. L'évaluation individuelle est une mission obligatoire pour le Conseil général et les caisses de retraite. La réalisation de ces évaluations, comme les décisions qui en découlent ne seront pas déléguées à des partenaires locaux.

Toutefois le Conseil général et les caisses de retraite ne sont pas les seuls à procéder à des évaluations, d'autres services sont conduits à en réaliser ; c'est le cas des EMG (*Equipes Mobiles de Gériatrie*), mais aussi des services de l'habitat, des caisses de retraite complémentaires notamment.

Un des objectifs du coordonnateur départemental sera de se rapprocher de ces services et des professionnels, pour examiner les possibilités d'échanges d'information, en amont comme en aval de l'évaluation, voire d'examiner des possibilités de mutualisation des compétences. Des coopérations seront recherchées pour enrichir le contenu des évaluations et viser une rationalisation des démarches (éviter la multiplication des évaluateurs auprès des personnes, concevoir des outils pour la communication...).

4.3. Mise en œuvre des fonctions de la coordination

4.3.1. Fonction ① : Accueil, information, orientation

a. Objectif

Le dispositif de coordination est garant que les personnes âgées, leurs aidants (familles), et les

professionnels qui les accompagnent (professionnels de santé, aides à domicile, etc.) peuvent accéder dans la proximité, à toutes les informations utiles, et que ces informations sont de qualité (actualisées, ciblées, etc.).

Le dispositif de coordination s'assure que tous les professionnels et services présents sur le territoire disposent d'une information actualisée leur permettant d'informer les usagers (cf. fonction 4 « Observation, animation du territoire »).

Le premier contact entre un usager et un service, dans le cadre d'une demande d'information, permet à toute personne d'être orientée en fonction de sa demande et de ses besoins vers un professionnel ou un service en capacité de procéder à une évaluation complète de sa situation (cf. fonction 2 « évaluation multidimensionnelle »).

En ce sens la fonction d'accueil et d'information est une porte d'entrée dans le dispositif de coordination, et participe à la mission générale de prévention de la désinsertion et de la dépendance (ou son aggravation).

b. Responsabilité

La responsabilité de cette fonction relève du coordonnateur du Conseil général implantée sur chaque territoire, en relation avec la cellule départementale.

Le coordonnateur est garant de la qualité des informations données et de l'homogénéité des méthodes.

Il conduit l'analyse des besoins d'information, avec des méthodes validées par la cellule départementale, qui valide les axes prioritaires d'information retenus pour le territoire.

c. Description de la mise en œuvre

La fonction d'accueil comprend deux registres de pratiques. On distingue :

- l'accueil et l'information individuelle
- l'information collective

La fonction **d'information individuelle** répond aux démarches volontaires de personnes, de familles ou de professionnels qui recherchent de l'information. Sa mise en œuvre comprend les dimensions suivantes :

- l'accueil des usagers (personnes âgées et aidants) et professionnels dans un lieu identifié
- la mise à disposition d'informations générales concernant les services, les établissements et ressources gérontologiques du territoire, l'accès aux droits (APA, aides au logement, etc.)
- l'orientation des usagers vers un professionnel qualifié ou un service (notamment pour la réalisation d'une évaluation multidimensionnelle : cf. fonction 2)

En fonction des informations disponibles, et en respectant une méthodologie arrêtée avec l'équipe de coordination, les professionnels orientent les personnes vers :

- le Conseil général (AS référents APA)
- le GIE (CRAM-MSA)
- l'équipe mobile de gériatrie.

La fonction **d'information collective** vise à diffuser des informations à caractère général pour répondre aux besoins identifiés d'information du milieu local (usagers, professionnels de santé libéraux, services). Il s'agit d'une démarche de professionnels vers le territoire pour diffuser des informations, avec une visée de prévention qui s'appuie sur un travail partenarial. Dans ce domaine, les actions sont des campagnes de communication par des diffusions de plaquette, de messages dans les media, des réunions d'information, etc.

d. Méthodes

La fonction **d'information individuelle** de 1° niveau répond aux attentes individuelles de personnes âgées ou de professionnels qui font une démarche de recherche d'information. Pour être mise en œuvre, cette fonction nécessite :

- un lieu proche et identifié par la population et les professionnels. L'ouverture régulière de ce lieu au public.
- la mise en place d'un personnel d'accueil formé. Ce personnel se situera au CMS et au sein des antennes conventionnées
- le choix de méthodes et d'une organisation de travail (horaires d'ouverture au public, modalités d'enregistrement des demandes, fiches de 1° contact, conception d'instruments et supports, modalités d'actualisation des données...). En particulier, pour les antennes, le périmètre de recrutement des usagers sera précisément arrêté et les modalités de liaison entre l'antenne et l'équipe de coordination devront être examinées et formalisées.
- l'établissement de règles concernant les modalités de l'orientation des usagers vers les services (AS CG référents APA, ou GIE ou EMG pour des évaluations multidimensionnelles, établissements d'accueil et d'hébergement, SAD, etc.)
- la constitution de bases de données, d'outils de communication liée à un recensement préalable des ressources locales (cf. fonction d'observatoire)

L'information collective est une démarche populationnelle qui s'élabore en réseau, avec les partenaires locaux, sous la responsabilité de l'équipe locale du Conseil général. Les actions retenues peuvent être menées par l'un ou l'autre des acteurs locaux.

Le développement de l'Information collective nécessite :

- le recensement des besoins prioritaires sur le territoire en matière d'information pour arrêter des axes d'action (cf. fonction d'observatoire). Ces choix s'opèrent dans le cadre de la coordination territoriale, sous la responsabilité de la cellule départementale
- la mobilisation des partenaires en relation avec les thèmes d'information retenus
- la réunion de moyens propres à chaque action (mailing postal, réunion collective d'information), des professionnels formés pour l'action collective, et pour l'animation territoriale (cf. fonction d'observatoire)
- un travail partenarial entre acteurs d'un même territoire, le choix de thèmes et d'actions devant faire l'objet d'une campagne d'information, puis doit se réaliser le ciblage des publics en fonction des thèmes retenus (appui sur des professionnels relais, sur certaines catégories de population, etc.) (cf. fonction d'observatoire)
- le choix de méthodes adaptées aux actions (mailing postal, réunions d'information, édition de plaquettes, appui sur des professionnels relais, etc.)

e. Organisation et partenariat

Les méthodes et les outils pour organiser le recueil des informations et leur actualisation sont définis au niveau de la cellule départementale (bases de données, choix de logiciels, etc.)

L'information de 1^o niveau est assurée par l'équipe du Conseil général située au centre médico-social.

Cette activité d'information de 1^o niveau peut être déléguée à des **antennes d'accueil** qui couvrent alors une zone géographique précisément délimitée. Cette délégation fait l'objet d'un **cahier des charges** et **d'une convention** de participation à la coordination. Le cahier des charges précise notamment :

- le profil du personnel chargé de cet accueil
- l'organisation mise en place (locaux, horaires d'ouverture, moyens informatiques, etc.)
- les modalités de l'orientation (des usagers) vers les équipes d'évaluation.

Une convention est signée avec chaque antenne s'engageant à assurer une fonction d'accueil et d'orientation, précisant :

- leur territoire d'intervention
- les ressources affectées
- le cadre méthodologique
- les modes d'articulation avec l'équipe de coordination du Conseil général.

f. Moyens requis

Au niveau de chaque territoire, pour l'**accueil de 1^o niveau** (au CMS ou dans l'antenne) :

- un personnel affecté à l'accueil, formé, présent aux horaires d'ouverture du service d'accueil
- un fonctionnement permettant de répondre aux besoins des publics (horaires adaptés)
- des moyens matériels :
 - o un local d'accueil garantissant un accueil de qualité, la discrétion des échanges
 - o du matériel informatique
 - o des moyens de communication : téléphone, internet
 - o une base de données des ressources du territoire, des instruments d'information (plaquettes, etc.)

Pour les **actions collectives d'information**, les moyens sont à évaluer par territoire en fonction des actions fixées en fonction des besoins prioritaires (cf. fonction d'observatoire) :

- supports de communications type plaquettes (mailings, etc.)
- disponibilité de salles de réunion (réunions d'information, etc.)
- matériel d'animation (vidéoprojecteur, etc.)
- personnel formé à l'animation.

4.3.2. Fonction ② :

Evaluation multidimensionnelle, élaboration et validation du plan d'aide

a. Objectif

Le dispositif de coordination veille à ce que chaque personne souffrant de restrictions fonctionnelles bénéficie d'une évaluation multidimensionnelle de sa situation. Cette évaluation peut être réalisée par différents services.

Le dispositif de coordination s'assure que toute personne ayant bénéficié d'une évaluation, bénéficie ensuite d'une réponse sous forme d'un plan d'aide entendu au sens large.

b. Responsabilité

L'équipe de coordination du Conseil général implantée sur chaque territoire est garante que chaque personne du territoire bénéficie d'une évaluation globale et multidimensionnelle assurée par un service ad hoc, en fonction de son état et de ses besoins.

A l'issue de cette évaluation, et compte tenu des résultats, l'élaboration et la validation du plan d'aide relève du Conseil général pour les personnes évaluées

en GIR 1 à 4, de la CRAM ou de la MSA (ou régime particulier) pour les personnes évaluées en GIR 5 et 6. L'équipe de coordination s'assure par ailleurs que les autres demandes et attentes des personnes ne relevant pas de la mise en place d'un plan d'aide sont examinées et que des réponses sont recherchées.

c. Description de la mise en œuvre

L'évaluation globale multidimensionnelle est le préalable à une prise en charge de qualité des conséquences des maladies chroniques stabilisées. Elle s'appuie sur des instruments destinés à guider les investigations et le recueil d'information.

La mise en œuvre d'une évaluation multidimensionnelle nécessite :

- le choix d'un instrument d'évaluation commun et un apprentissage (grille AGGIR, SMAF, DESIR)
- la mobilisation de compétences différentes car elle considère des dimensions multiples :
 - o dimensions relatives à la personne (ses maladies chroniques, ses déficiences, ses incapacités),
 - o à son environnement social, à son habitat,
 - o à ses ressources économiques et à sa protection sociale,
 - o son environnement familial, relationnel (ses aidants informels).

Les résultats de cette évaluation permettent d'élaborer un plan d'aide personnalisé pour la personne considérée. Dans la continuité d'une évaluation qui se veut globale, le plan d'aide sera également multidimensionnel, ce qui signifie que les professionnels recherchent les moyens pour répondre à l'ensemble des besoins des personnes. Pour ce faire, ils se rapprochent d'acteurs divers (logement, insertion, santé...) et développent la concertation avec les différents services ou professionnels.

La **mise en œuvre du plan d'aide**, fait intervenir les services et les professionnels qualifiés pour apporter les aides sous des formes diverses et comprend les étapes suivantes :

- proposition d'un plan par le professionnel
- approbation par la personne
- communication avec les services d'aide à domicile, et autres organismes chargés de concourir à sa mise en œuvre.

d. Méthodes

L'évaluation multidimensionnelle se réalise au domicile de la personne par l'équipe du CG12-APA ou GIE (CRAM-MSA) selon les informations préalablement recueillies permettant d'estimer un

niveau de dépendance. A cette équipe peuvent s'adjoindre des compétences complémentaires en fonction des situations examinées.

Un instrument d'évaluation est choisi pour réaliser les évaluations.

Des modalités de communication ou de mutualisation de compétences entre les équipes du Conseil général, le GIE CRAM-MSA, les services d'aide à domicile (SAD), les équipes mobiles gériatriques (EMG) sont recherchées et des supports de communication entre les services sont élaborés (fiches de liaison, réunions de concertation, etc.).

e. Organisation et partenariat

Au niveau départemental et institutionnel, le Conseil général, avec la cellule de coordination définit ses choix de partenariat avec les organismes chargés de procéder à des évaluations, et négocie des modalités de coopération. Ces modalités concernent les domaines de :

- l'orientation des personnes vers les équipes d'évaluation
- la possibilité de réaliser des évaluations conjointes (mutualisation des compétences)
- la communication entre les services et les professionnels sur les résultats de l'évaluation
- la mutualisation des résultats des évaluations réalisées⁶.

Au niveau des territoires, le dispositif de coordination apporte aux professionnels des possibilités de concertation entre les divers services présents, avec les professionnels de santé libéraux, donnant toute leur place aux usagers, et à leur entourage familial ou amical. L'objectif est de permettre aux professionnels qui travaillent déjà sur le terrain, de rendre leur travail plus cohérent, pour corriger l'éparpillement des prestations.

Pour faciliter ce travail en réseau, l'équipe de coordination doit avoir identifié sur le territoire l'ensemble des services en capacité de participer au plan d'aide, dans tous les domaines de la prise en charge, et prenant en compte l'environnement de la personne (habitat, aide aux aidants, etc.) (cf. fonction 4 « Animation du territoire »). Ces services doivent être identifiés par le Conseil général et par les services des caisses de retraite qui les mobilise pour participer à la mise en œuvre du plan d'aide.

f. Moyens requis

Pour être mise en place, la fonction d'évaluation multidimensionnelle nécessite pour l'ensemble des intervenants une formation à l'évaluation multidimensionnelle.

⁶ Cet élément est mentionné à titre indicatif, il nécessite une discussion entre les institutions concernées.

4.3.3. Fonction ③:

Suivi et coordination des services

a. Objectif :

Le dispositif de coordination s'assure qu'à chaque personne bénéficiant d'un plan d'aide, un interlocuteur est proposé et que les personnes en situation complexe *bénéficient d'un « référent de suivi »*.

b. Responsabilité :

Equipe de coordination du Conseil général implantée sur chaque territoire.

L'équipe est garante du dispositif de suivi.

c. Description de la mise en œuvre

Le suivi individuel des personnes dépendantes, n'est pas la moins importante des missions d'une instance de coordination, c'est même l'une des conditions nécessaires pour assurer des prises en charge de qualité qui s'inscrivent dans la durée, sur des périodes souvent longues.

La conception du suivi et les méthodes de suivi sont définies par la cellule départementale. La mise en œuvre des suivis est assurée par l'équipe locale, elle peut également être déléguée aux acteurs locaux présents sur le territoire dans le cadre des conventions de partenariat.

Deux modalités sont proposées :

- aux personnes peu ou pas dépendantes, disposant d'un environnement favorable, il est proposé de disposer d'un interlocuteur qu'elles peuvent solliciter en fonction de l'évolution de leurs besoins ; on parlera alors de **professionnels de contact**.

- la proposition d'un « **référént de suivi** »⁷ est réservée aux situations dites « complexes ». Des critères sont définis pour ces situations complexes : personnes souffrant de polyopathologies, de troubles cognitifs sévères (maladie d'Alzheimer ou apparentée), personnes en isolement social et/ou géographique, aidants épuisés, etc.

d. Méthodes

Une organisation des suivis est arrêtée localement comprenant :

- les modalités de désignation des **professionnels de contact** et des **référénts de suivi**,

- des supports de communication entre les professionnels engagés dans les suivis et l'équipe de coordination (du type fiche de liaison).

Des réunions de coordination sont organisées pour examiner des situations nécessitant une concertation en vue d'une décision. Les modalités de saisine de ces réunions sont arrêtées localement entre les partenaires du territoire et l'équipe de coordination, en accord avec la cellule de coordination.

L'équipe de coordination du Conseil général est responsable de l'organisation de ces réunions, de l'invitation des différents partenaires qui accompagnent la personne dépendante (professionnels de l'aide à domicile, de la santé, aidants, etc.) et de la mise en œuvre des décisions prises à l'issue de ces réunions de coordination. L'équipe de coordination du Conseil général veille au suivi des décisions prises.

Un enregistrement du suivi des personnes en « situation complexe » est organisé selon une méthodologie arrêtée au niveau départemental (choix d'un logiciel).

e. Organisation et partenariat

L'organisation du suivi des personnes se fait au niveau local, l'équipe de coordination prenant en compte le contexte du territoire de résidence des personnes.

Les **professionnels de contact** sont désignés parmi les professionnels déjà en relation avec les personnes âgées concernées, dans le cadre général des partenariats conclus au niveau des institutions, et de la concertation avec les partenaires du territoire.

Les **référénts de suivi** sont désignés également localement en fonction des résultats de l'évaluation, dans le cadre général des partenariats conclus au niveau des institutions, et de la concertation avec les partenaires du territoire.

f. Moyens requis

Une équipe de coordination par territoire est nécessaire pour la mise en place de cette fonction.

Un cahier des charges est fixé pour les partenaires du Conseil général qui assurent des suivis individuels, précisant les modalités et rythmes de ces suivis, et la compensation financière correspondant.

Il est nécessaire que des bases de données sur les ressources du territoire soient constituées à l'échelle de chaque territoire.

Les professionnels doivent disposer d'instruments de communication, de matériel informatique

4.3.4. Fonction ④:

Observation et animation du territoire

a. Objectif

Connaître le territoire d'intervention est un préalable à tout travail en réseau.

⁷ **Professionnel référent** : en psychiatrie institutionnelle, le référent est un professionnel choisi dans l'équipe des intervenants pour effectuer un suivi personnalisé lorsqu'il s'agit d'une prise en charge à long terme. (Source : Barreyre J.-Y, Bouquet B., Chantreau A., Lassus P. : Dictionnaire critique de l'action sociale, Paris : Bayard, 1995) Par extension, il s'agit du professionnel désigné par une équipe ou un réseau, qui est en contact avec l'utilisateur, joue un rôle d'intermédiaire et de coordination, et est garant du projet. Dans le cadre de la coordination gérontologique, le professionnel référent est choisi parmi les intervenants auprès de la personne âgée pour assurer un suivi personnalisé, s'assurer de l'effectivité du plan ; enfin il a la charge d'alerter le CLIC en cas de modification et d'aggravation de l'état de la personne. Le professionnel référent est identifié de la personne âgée et de sa famille qui le sollicitent en cas de besoin.

Source : DGAS/INSERM N. BLANCHARD, V. ROYER, D. VILLEBRUN, A. COLVEZ : GUIDE POUR L'EVALUATION DES CENTRES LOCAUX D'INFORMATION ET DE COORDINATION (CLIC) / GLOSSAIRE

Le dispositif de coordination se donnera les moyens de connaître son territoire, et de diffuser cette connaissance aux acteurs afin que ceux-ci se l'approprient pour la diffuser auprès de la population et concevoir des actions collectives qui répondent aux besoins des personnes, dans une perspective de prévention.

Connaître le territoire c'est identifier sa population, recenser ses ressources professionnelles et informelles, repérer les besoins et les compétences présentes.

Cette démarche d'observatoire est indispensable pour mener la mission d'information (fonction 1) et la mission d'animation du territoire.

Animer et développer le réseau des acteurs constitue le deuxième volet de cette fonction : en favorisant le rapprochement entre les professionnels, leur communication et le développement de leurs compétences, le dispositif de coordination participe à une démarche de prévention et contribue au développement de la qualité des interventions auprès des personnes à domicile par la cohérence des actions des professionnels.

b. Responsabilité

Coordonnateur du Conseil général implanté sur chaque territoire, en relation avec la cellule départementale.

c. Description de la mise en œuvre

La coordination locale se dote de moyens pour lister l'ensemble des professionnels, services, institutions présents sur le territoire qui sont susceptibles de répondre aux besoins des personnes âgées. Elle veille à l'actualisation de ses informations.

Cette connaissance du territoire permet de repérer les manques et de conduire des interventions pour répondre à aux besoins non couverts.

La fonction d'animation concerne la mise en œuvre de programmes de prévention primaire, secondaire et tertiaire qui s'appuient sur

- la mise en relation de l'ensemble des acteurs du territoire,
- l'organisation d'actions de prévention.

Parmi les actions de prévention, des thèmes peuvent être cités à titre illustratif :

- actions sur les facteurs conduisant fréquemment les personnes âgées à la dépendance (chutes, mauvaise alimentation, absence d'activité physique, isolement social, etc.), actions en direction des aidants (formation des aidants, aide au répit, etc.)

Des groupes de travail thématiques visant le développement des compétences des professionnels et le partage d'informations peuvent également être organisés avec les partenaires. Par exemple des groupes peuvent travailler sur l'accessibilité des

logements avec des spécialistes de l'habitat, ou la thématique de l'alimentation avec des diététiciennes et des psychologues.

Le choix de tels thèmes se fait en relation avec les besoins identifiés localement.

d. Méthodes

Un **Comité de pilotage** dédié à la fonction « Observation et animation du territoire » définit les objectifs et programmes au plan local. Ce Copil réunit les principaux acteurs gérontologiques du territoire local, des élus, des usagers. Il est animé par le coordonnateur du Conseil général. Il fixe les axes de travail prioritaires.

Pour la fonction d'observatoire, doivent être envisagés :

- une base de données (avec des méthodes pour l'actualisation)
- des instruments de communication
- un site internet, etc.

Pour la fonction animation, doivent être réunis des méthodes et des moyens en relation avec les actions collectives choisies. Par exemple, des groupes de parole pour aidants informels peuvent nécessiter la participation d'un animateur et d'un psychologue formés à la thématique, des locaux adaptés, etc.

e. Organisation et partenariat

Chaque service ou institution détient une part de connaissance du territoire, tant du point de vue de la population que des services présents.

Le repérage des ressources et des manques du territoire est un travail qui se mène avec l'ensemble des partenaires présents. Cette démarche collective permet de rapprocher les différents professionnels, de développer leurs compétences et leur connaissance réciproque des missions et moyens de chaque service.

Les partenaires se retrouvent au sein du Copil.

f. Moyens requis

De façon permanente, l'observation et l'animation du territoire est réalisée par le coordonnateur du Conseil général du territoire concerné.

En fonction des actions ciblées, des moyens spécifiques sont requis pour la mise en œuvre des actions collectives d'animation.

Les partenaires du territoire sont sollicités pour contribuer à l'animation du territoire. Ils apportent leurs moyens propres.

4.4. Echancier de mise en œuvre de la coordination gérontologique

Etape 1 Juillet-septembre 2010	Mise en place de la cellule technique départementale
Etape 2 Septembre-décembre 2010 Préparation et mise en œuvre de la fonction 1	Recensement de l'existant Constitution de bases de données
	Discussions avec les partenaires susceptibles de participer à la coordination (niveau départemental et niveau local)
	Mise en place des équipes dans les 4 territoires
	Organisation et mise en place de la fonction 1 au sein de chaque territoire : accueil, information, orientation Signature des conventions avec les partenaires locaux Rédaction des cahiers des charges (+ Equipement informatique, choix de logiciels, bases de données)
1° réunion du Comité de suivi ou COPIL (Novembre 2010)	
Etape 3 1° semestre 2011 Préparation des fonctions 2 et 3	Préparation de la fonction 2 : évaluation multidimensionnelle, élaboration et validation des plans d'aide ; articulation APA/ équipes de coordination Préparation de la fonction 3 : suivi et organisation des services : accompagnement méthodologique Signature des conventions avec les partenaires locaux Rédaction des cahiers des charges
Etape 4 Septembre 2011 Mise en œuvre des fonctions 2 et 3	Mise en place de la fonction 2 : évaluation multidimensionnelle, élaboration et validation des plans d'aide
	Mise en place de la fonction 3 : suivi et organisation des services
Etape 5 Fin 2011	Préparation et mise en place de la fonction 4 : observation et animation du territoire.

Annexes

Annexe 1 Liste des acteurs rencontrés (diagnostic)

Personne rencontrée		Profession	
Prénom	Nom	Organisme	Fonction
Christian	Loquet	CG12 PSPE	Directeur des territoires
Marie	Brillet	CG12 PSPE	RTAS Decazeville
Raphaël	Liogier	CG12 PSPE	RTAS St-Affrique
Françoise	Lucadou	CG12 PSPE	RTAS Espalion
Catherine	Augé	CG12 PSPE	Assistante sociale ASG
Françoise	Desprat	CG12 PSPE	Assistante sociale chargée APA
Maryse	Cayron	CG12 PSPE	Assistante sociale PAPH
Laurence	Teilhard	CG12 PSPE	Assistante sociale ASG
Isabelle	Crouzat	CG12 PSPE	Assistante sociale Réf. PA TAS Millau
Sabine	De Fuentes	CG12 PSPE	Conseillère ESF Réf. APA Millau
Isabelle	Barriac	CMS Rodez Couronne	ASG
Mélanie	Boudoncle	Stagiaire CMS Couronne	Assistante de service social
Dominique	Ladet	CG12 PSPE	RTAS Villefranche
Annick	Ginisty-Andrieu	CG12 PSPE	RTAS Rodez Agglo
Arlette	Carrie	CG12 PSPE	RTAS Rodez Couronne
Cécile	Fournier	TAS Espalion	Assistant social généraliste
Anne-Laure	Schaab	TAS Rodez Agglo	Assistant social généraliste
Corinne	Lapeyre	TAS Espalion	Travailleur social référent personnes âgées
Françoise	Jaudon	TAS Espalion	
Dominique	Couffignal	TAS Couronne	
Maryse	Vidal	TAS Couronne	
Anne-Marie	Burguière	TAS Couronne	
Colette	Maestre	TAS Decazeville	
Nicole	Chaudesaygues	TAS St-Affrique	
Dominique	Salesses	TAS Villefranche	
Brigitte	Calmels	TAS Rodez Agglo	
Laure	Poudevigne	Mairie de St-Affrique	

Brigitte	Caussat	Mairie de St-Affrique CCAS	Elue
Elisabeth	Condamines	CCAS Saint-Affrique	DGS
Mireille	Rigal	CCAS Rodez	Directrice
Nicole	Laromiguière	CCAS Rodez	Maire adjoint
Brigitte	Swoboda	CCAS Decazeville	Maire adjoint
Colette	Lefèvre	CCAS Villefranche	Maire adjoint
Laetitia	Pujol	CDS Requista	IDE coordinatrice
Henri	Carrie	CDS Laissac	Président
Brigitte	Cauffet	SSIAD des 3 vallées	IDE coordinatrice
Dominique	Tavet	SSIAD des 3 vallées	IDE coordinatrice
David	Delperié	UDSMA / CDS Capdenac	Responsable filière soin UDSMA
Martine	Fages	CDS Laguiole	IDE coordinatrice
Jean-Louis	Cromière	CDS Laguiole	Président
Danièle	Kaya-Vaur	CH Rodez	Praticien hospitalier
Aurélié	Décembre	CH Decazeville	Chargée du service financier
Patricia	Granger	CRAM	Responsable service social
Y. Joëlle	Marty	CH Villefranche	Directrice adjointe
Sylvie	Marty	CH Millau	Directrice adjointe
Francis	Teulié	HL Fenaille	Directeur
Florence	Friès	CH Saint-Affrique	Directrice adjointe
Mme	Delagne	Ehpad La Montanie	Directrice
M.	Romero	Ehpad Firmi	Directeur
	Remplaçante Mme Ferrito	Résidence Foyer les Fontanilles - Baraqueville	
Nicole	Cristofari	Réseau Saint-Cyprien	Déléguée
Gérard	Laffite	MSA	Responsable action sociale
Patricia	Castan-Mas	DT ARS	Inspectrice principale adjointe au délégué territorial
Céline	Conquet	Réseau Bozouls	Responsable
Magali	Bessaou	Réseau Bozouls	Présidente
Dr Bernard	Arnoult	Réseau Rebeca - Asso Sherpa	Médecin généraliste
Dr Georges	Lambert	France Aveyron Alzheimer	Président
Dr Yvan-Michel	Harant	Conseil de l'ordre des médecins	Président
Alda	Piala	Syndicat des infirmiers libéraux	Directrice
Mme	Estivals	Fédération nationale des infirmiers	
Raymonde	Terral	AAIRR	Présidente
Jean-Paul	Bon	CG12 PSPE	Responsable service établissements
Dr Magali	Stevovitch	CG12 PSPE	Médecin

Annexe 2 Calendrier des groupes de travail et composition

Calendrier des groupes de travail :

	1° session	2° session
Rodez	10 décembre 2009	19 janvier 2010
Villefranche	11 décembre 2009	20 janvier 2010
Ste Affrique	15 décembre 2009	27 janvier 2010
Espalion	16 décembre 2009	28 janvier 2010

Participants des groupes de travail :

Lieu	Prénom	Nom	Institution	Fonction
Rodez	Mireille	Ferry-Cadrieu	Hôpital Rodez	Assistante sociale
Rodez	Christine	Latapie	Hôpital Rodez	Cadre supérieur de santé
Rodez	Brigitte	Calmels	Conseil général	Référente personnes âgées Rodez Agglo
Rodez	Léon	Brégou	Association Bien Vieillir Ensemble	Président
Rodez	Régine	Puech	France Alzheimer Aveyron	
Rodez	Raymonde	Terral	Association aveyronnaise d'information et de réflexion des retraités	Présidente
Rodez	Jean-Claude	Lepinat	Fédération des aînés ruraux	Président
Rodez	Christine	Charles	UDSMA	Responsable Service à domicile
Rodez	Colette	Champeimont	CRAM	Assistante sociale
Rodez	Isabelle	Courtial	MSA	Assistante sociale
Rodez	Céline	Conquet	SMPG Bozouls	Animatrice du SMPG
Rodez	Pierre	Roux	SMPG Bozouls	Délégué
Rodez	Régis	Martin	CCAS de Rodez, EHPAD	Directeur
Rodez	Nicole	Laromiguière	Mairie Rodez	Maire adjoint
Rodez	David	Delperié	UDSMA	Responsable filière soins
Rodez	Marie	Anselmi	CRAM	Assistante sociale stagiaire
Rodez	Marie-Christine	Carles	Aînés ruraux, fédération de l'Aveyron	Agent de développement associatif

Rodez	Marie	Cottier	Pôle gérontologique Bozouls	CESF stagiaire
Rodez	Danièle	Kaya-Vaur	CH Rodez	Gériatre
Villefranche-de-Rouergue	Martine	Alary	Centre hospitalier Decazeville	Assistante sociale
Villefranche-de-Rouergue		Faure	ADAR Decazeville	C. technique
Villefranche-de-Rouergue	Colette	Maestre	Conseil général	Assistante sociale
Villefranche-de-Rouergue	Annie	Doise	France Alzheimer Aveyron Villefranche	Bénévole
Villefranche-de-Rouergue	Maurice	Viguié	ADMR Montbazens	Président
Villefranche-de-Rouergue	Marie-Françoise	Vitrac	CRAM Decazeville	Assistante sociale
Villefranche-de-Rouergue	Matthieu	Lebrun	MSA	Responsable adjoint action sociale
Villefranche-de-Rouergue	Colette	Lefèvre	Mairie Villefranche	Maire adjoint CCAS
Villefranche-de-Rouergue	Nicole	Cristofari	Réseau de Conques	Référente
Villefranche-de-Rouergue	Jean-Louis	Gazagnadou	EHPAD Marie Vernières	Directeur
Villefranche-de-Rouergue	Régine	Cayron	EMG Villefranche	IDE coordinatrice
Villefranche-de-Rouergue	Mathilde	Campargue	SSIAD + CSI Decazeville	IDEC
Villefranche-de-Rouergue	Catherine	Camrolien	CCAS Viviez	IDEC
Villefranche-de-Rouergue	Louis	Deroudille	Ehpad Firmi et Villeneuve	Médecin coordonnateur
Villefranche-de-Rouergue	Martine	Leygue	CH Villefranche	Assistante sociale
Villefranche-de-Rouergue	Pierre	Slusarczyk	Association aide ménagère	Directeur
Villefranche-de-Rouergue	Sonia	Lacassage	CH Villefranche	Assistante sociale
Villefranche-de-Rouergue	Brigitte	Cauffet	SSIAD des 3 vallées (Estaing)/ schéma cantonal gérontologique de Conques	Infirmière coordinatrice
Villefranche-de-Rouergue	Bernadette	Bayol	ADAR Decazeville	Responsable de secteur
Villefranche-de-Rouergue	Laury	Cayzac	Carmi du Sud Ouest	Assistante sociale
Villefranche-de-Rouergue	Georges	Lambert	France Alzheimer Aveyron	Président
Villefranche-de-Rouergue	Corinne	Delagnes	Ehpad Lugan / Galgan	Directrice
Villefranche-de-Rouergue	Jacqueline	Viguié	ADMR Lanuéjols	Présidente

Saint-Affrique	Anne-Claire	Solier	REBECCA	Directrice Ehpad Sherpa
Saint-Affrique	Maryse	Cayron	Conseil général	Assistante sociale
Saint-Affrique	Marie-Claude	Gaubert	EMG Saint-Anne	IDE
Saint-Affrique	Bernard	Gruat	Service social CH Millau	Assistant social EMG + Ehpad + USLD
Saint-Affrique	Florence	Friès	CH Saint-Affrique	Directrice adjointe secteur gérontologie
Saint-Affrique	Elisabeth	Combes	CH Saint-Affrique	Assistante sociale
Saint-Affrique	Mauricette	Bonnefous	France Alzheimer Aveyron	
Saint-Affrique	Nadine	Tuffery	Mairie Millau	Elue
Saint-Affrique	Brigitte	Caussat	Mairie Saint-Affrique	Adjointe + Foyer logement
Saint-Affrique	Nathalie	Azam	CCAS Saint-Affrique	CESF
Saint-Affrique	Pauline	Azam	MSA	Stagiaire
Saint-Affrique	Jean-Louis	Cazottes	MSA	Assistant social
Saint-Affrique	Joëlle	Rives	CRAM	Assistante sociale
Saint-Affrique	Florence	Bousquet	CCAS Millau	CESF
Saint-Affrique	Françoise	Lejeune	Réseau gérontologique Sud Aveyron	Présidente
Saint-Affrique	Laetitia	Assié	MSA	Stagiaire
Saint-Affrique	Nicole	Caillis	MSA Saint-Sernin/Requista	assistante sociale
Saint-Affrique	Laurent	Poplin	Ehpad Montbazens	Directeur
Saint-Affrique	Nicole	Chaudesaygues	Conseil général	Assistante sociale
Espalion	Hélène	Brun	Ehpad Mur de Barrez	Directrice
Espalion	Jacques	Boscary	ADMR Saint-Côme	Président
Espalion	Claire	Sabatier	Fédération ADMR Aveyron	Directrice
Espalion	Gérard	Laffite	MSA	Resp. ASS
Espalion	Corinne	Lapeyre	Conseil général	Travailleur social Référént Personnes âgées
Espalion	Françoise	Lucadou	Conseil général	Responsable de territoire

Espalion	Sylvie	Denis	Equipe mobile de gériatrie	Infirmière
Espalion	Christèle	Laumont	CRAM	Assistante sociale
Espalion	Marie-Christine	Maurel	Hôpital Saint-Geniez d'Olt et Espalion	Assistante sociale
Espalion	Claudine	Fabre	France Alzheimer Aveyron	Déléguée
Espalion	Charles	Chambert	FDSEA	Section anciens exploitants
Espalion	Pierrette	Michel	Mairie Espalion	Adjointe au maire - VP CCAS SAD - VP SIVU
Espalion	Louis	Argentier	Centre de soins infirmiers à domicile	Président
Espalion	Pierre	Roux	Pôle gérontologique Bozouls	Elu SMPG
Espalion	Céline	Conquet	Pôle gérontologique Bozouls	Animatrice
Espalion	Sandrine	Viguié		Assistante sociale stagiaire
Espalion	Françoise	Guillaudeau	Hôpital intercommunal Espalion	Directrice adjointe

Annexe 3 Synthèse des réflexions des groupes de travail (1^o session)

Thème : l'organisation locale de la coordination gérontologique

- Distinguer la coordination institutionnelle de la coordination des réponses aux personnes sur les territoires
- Organiser la coordination des réponses dans la proximité
- L'information doit être au plus près de la population (niveau cantonal ? Communal ? Pays ?)
- Nécessité d'anticiper dans la réflexion la prochaine réforme des communautés de communes
- La coordination entre professionnels peut se situer à un autre niveau (pour l'échange de pratiques)
- S'appuyer sur l'existant, sur ce qui a été construit antérieurement pour organiser la coordination et compléter sur les territoires non couverts (principe de subsidiarité)
- Installer un comité de pilotage pour suivre la mise en place de la coordination
- L'instance de coordination doit être composée de l'ensemble des acteurs professionnels, représentants d'usagers, élus, etc.
- Nécessité que le Conseil général soit le responsable de la coordination et la pilote
- Garantir à la coordination un positionnement neutre : la coordination doit être assurée de façon neutre et extérieure aux différentes parties prenantes
- Donner à la coordination une visibilité par un lieu clairement identifiable
- Choisir ce lieu en relation avec ce qui existe déjà sur le territoire
- Nommer un professionnel pour animer la coordination, y associer une équipe pluri professionnelle
- Intégrer dans la coordination tous les partenaires médicaux et sanitaires et notamment l'hôpital
- Pérenniser le dispositif : le Conseil général soit le garant de la continuité
- S'inspirer du modèle MDPH pour organiser la coordination des personnes âgées pour l'échelon départemental
- Joindre le volet vieillesse et le volet handicap dans le cadre de la coordination gérontologique

Thème : informer, orienter, prévenir

- Définir par micro territoire un seul point d'entrée, lieu physique, pour un guichet unique pour l'information et l'entrée dans le dispositif (discussion sur la neutralité de ce lieu, ou l'appui sur des structures existantes, en ce cas à renforcer)
- Organiser des horaires d'accueil adaptés aux besoins du public
- Veiller à aller vers les personnes pour diffuser l'information
- Disposer d'une base de données permettant l'information

Thème : accompagner les personnes âgées dépendantes

- Introduire la dimension médicale dans les évaluations
- Concevoir l'évaluation comme un processus complet, global et multi professionnel, elle doit bénéficier d'une vraie démarche (prise en compte de l'environnement de la personne)
- Faire reconnaître les évaluations par les institutions
- Organiser des évaluations communes, si les résultats ne peuvent être partagés par les institutions
- Communiquer sur les évaluations pour éviter les doublons (en respectant la confidentialité des résultats)
- Distinguer l'évaluateur du payeur
- Distinguer l'administration de l'opérationnel (technique)
- Organiser le suivi des personnes

- Protocoliser les suivis des personnes
- Formaliser les modalités de la prise en charge et du suivi
- Créer des outils (communs)
- Garantir l'accompagnement effectif des personnes
- Se donner les moyens de suivre les évolutions des situations : désigner pour chaque personne un professionnel référent qui est en charge du suivi
- Distinguer le traitement des « cas lourds » du suivi des situations « tout venant »
- Désigner un référent spécifique pour suivre les cas lourds (« gestionnaire de cas »)
- Réunir les intervenants qui suivent les cas lourds pour des concertations
- Assurer aux professionnels une supervision pour les situations lourdes
- Expérimenter une méthode sur un territoire avant de la généraliser, et formaliser
- Soutenir les familles, développer l'aide aux aidants
- Proposer un référent pour les familles ayant un malade d'Alzheimer

Thème : animer le territoire

- Concevoir des documents et des outils communs
- Appui sur ce support pour partager les informations
- Organiser des rencontres et réunions de travail entre professionnels
- Partager les pratiques et expériences
- Développer de la formation et s'appuyer sur la coordination pour faire évoluer les pratiques professionnelles
- Formaliser les partenariats
- Homogénéiser les dispositifs
- Définir des objectifs pour des actions collectives par territoire (malnutrition, transport...)
- Mobiliser les professionnels de santé libéraux

Thème : observer les besoins de la population

- S'appuyer sur les associations d'aide à domicile et les associations de retraités
- Echanger des statistiques et des données
- Mettre en commun les connaissances que chaque service a de la population
- Organiser le partage des informations dans le souci de ne pas ajouter de strate supplémentaire
- Choisir le bon niveau (local, départemental, etc.) selon le type d'information et de données à traiter

Annexe 4 Tableau synthétique de l'organisation de la coordination gérontologique

Organisation générale de la coordination

Trois échelons sont mis en place pour la structuration de la coordination :

- Le niveau départemental (=1)
- Le niveau des territoires (=4)
- Le niveau local (=X)

Au niveau départemental, le Conseil général arrête les objectifs généraux de la coordination, les modalités de suivi et d'évaluation du dispositif.

Il assure la responsabilité de la coordination gérontologique en mettant en place :

- un **groupe de suivi départemental** (ou Comité de pilotage)
- une **cellule technique de coordination départementale**

Groupe de suivi départemental (ou Comité de pilotage)

Responsabilité	Description de la mise en œuvre	Méthodes	Organisation et partenariat	Moyens requis
<ul style="list-style-type: none"> - arrête les orientations générales pour la mise en œuvre de la coordination, et son calendrier de mise en place - arrête le cahier des charges de la coordination sur proposition du Conseil général (cellule départementale) - assure le suivi de la mise en œuvre de la coordination, son évaluation 	<ul style="list-style-type: none"> - rassemble à l'échelle du département les acteurs clef de la gérontologie (secteur sanitaire et secteur social), des élus, des représentants des usagers 	<ul style="list-style-type: none"> - examine les propositions techniques de la cellule départementale et les valide - fait des propositions d'orientation - prend connaissance du rapport annuel d'évaluation et le valide 	<ul style="list-style-type: none"> - se réunit trimestriellement durant la phase de montée en charge, puis semestriellement 	<ul style="list-style-type: none"> - Secrétariat assuré par la cellule départementale

Cellule technique départementale :

Responsabilité	Description de la mise en œuvre	Méthodes	Organisation et partenariat	Moyens requis
<ul style="list-style-type: none"> - met en place le dispositif de coordination (partenariat, méthodes, instruments) - assure le suivi du projet, l'évaluation interne - encadre techniquement les équipes de territoire et les antennes 	<ul style="list-style-type: none"> - prépare techniquement la mise en œuvre de la coordination - définit les cahiers des charges et les conventions avec les partenaires - construit des méthodes et conçoit une organisation de travail notamment : <ul style="list-style-type: none"> o fonction <u>accueil</u> : modalités d'enregistrement des demandes, fiches de 1^o contact, conception d'instruments et supports, modalités d'actualisation des données... o modalités de <u>l'orientation</u> des usagers vers les services (AS référents APA ou GIE ou EMG pour des évaluations multidimensionnelles, établissements d'accueil et d'hébergement, SAD, etc.) o <u>l'évaluation</u> et le <u>suivi</u> des bénéficiaires d'un plan d'aide - accompagne méthodologiquement les équipes de territoire et les antennes de coordination 	<ul style="list-style-type: none"> - méthodes d'animation, de management - conception des outils de travail : méthodes participatives, incluant les partenaires conventionnés pour la mise en œuvre de la coordination 	<ul style="list-style-type: none"> - situé au Conseil général - présente ses travaux au Copil - établit des relations de partenariat avec les institutions départementales ayant des responsabilités en gérontologie (CRAM, MSA, hôpitaux...) 	<ul style="list-style-type: none"> - professionnels dédiés à la coordination (chef de projet et moyens administratifs)

Niveau des territoires

Au niveau des territoires, le Conseil général installe des équipes de coordination au sein des CMS en découpant le département en 4 zones :

- Nord Aveyron
- Rodez et plateau
- Ouest Aveyron
- Sud Aveyron

Niveau local

Territoire par territoire, en fonction des ressources présentes, le Conseil général propose aux acteurs locaux déjà engagés dans un travail en réseau de participer au travail de coordination. Ces acteurs constituent « **antennes de coordination** ». Chaque antenne travaille sur un périmètre défini par convention avec le Conseil général et assure sur ce territoire tout ou partie des fonctions de la coordination.

Une **convention** précise les termes des engagements réciproques, les moyens mis à disposition par l'antenne et les moyens apportés par le Conseil général (moyens financiers, formation des personnels, encadrement technique...).

Un **cahier des charges** précise pour chaque fonction déléguée le périmètre d'intervention, les conditions de mise en œuvre : profil des personnels chargés de cette fonction, organisation mise en place (locaux, horaires d'ouverture, moyens informatiques...), modalités de mise en œuvre de la fonction (cadre méthodologique, modes d'articulation avec l'équipe de coordination territoriale du Conseil général.

Fonction 1: Accueillir, informer, orienter

Objectifs :

- Permettre à toutes les personnes âgées, leurs aidants (familles), et les professionnels qui les accompagnent (professionnels de santé, aides à domicile, etc.) d'accéder dans la proximité, à toutes les informations utiles
- Organiser l'information des professionnels et services présents sur le territoire, afin qu'ils puissent disposer d'une information actualisée leur permettant d'informer et d'orienter les usagers (cf. fonction 4 « Observation, animation du territoire »).

Responsabilité	Description de la mise en œuvre	Méthodes	Organisation et partenariat	Moyens requis
<p>Equipe de coordination du Conseil général implanté sur chaque territoire au CMS en relation avec la cellule départementale.</p> <p>Responsabilité</p> <ul style="list-style-type: none"> - de l'organisation au plan local - de la qualité des informations données et de l'homogénéité des méthodes. - de l'orientation vers un professionnel (service) chargé de l'évaluation 	<ul style="list-style-type: none"> - Analyse des besoins d'information, avec des méthodes validées par la cellule départementale - Choix d'axes prioritaires d'information - Accueil et information <u>individuelle</u> : <ul style="list-style-type: none"> - accueil des usagers et professionnels dans un lieu identifié - mise à disposition d'informations générales (ressources gérontologiques du territoire, accès aux droits...) - orientation des usagers vers un professionnel qualifié ou un service (évaluation multidimensionnelle) : AS référents APA, GIE (CRAM-MSA), équipe mobile de gériatrie. - Information <u>collective</u> : <ul style="list-style-type: none"> - diffuser des informations pour répondre aux besoins d'information du milieu (usagers, professionnels de santé libéraux, services) : - campagnes de communication : des diffusions de plaquette, messages dans les media, réunions d'information, etc. 	<p>Information <u>individuelle</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - accueil au CMS et/ou au sein des antennes conventionnées - ouverture régulière de ce lieu au public (horaires) - constitution de bases de données, d'outils de communication <p>Information <u>collective</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - recensement des besoins, choix des axes d'action, des thèmes, des modes d'action, des opérateurs, - mobilisation des partenaires en relation avec les thèmes d'information retenus - réunion de moyens propres à chaque action (mailing postal, réunion collective d'information), des professionnels formés pour l'action collective, l'animation territoriale (cf. fonction d'observatoire) 	<p>Information de 1° niveau</p> <ul style="list-style-type: none"> - est assurée au CMS - peut être déléguée à des <u>antennes d'accueil</u> (zones géographiques délimitées : <u>convention</u> et <u>cahier des charges</u>) <p>Informations <u>collectives</u> : se mettent en place avec les partenaires locaux</p>	<p>Equipe de coordination et moyens du CMS</p> <p>Accueil de 1° niveau (au CMS ou dans l'antenne) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - personnel qualifié - local d'accueil - matériel informatique - moyens de communication : téléphone, internet - base de données <p>Actions <u>collectives</u> : moyens en relation avec priorités : personnel formé à l'animation, supports de communication, salles de réunion, matériel (vidéoprojecteur...)</p>

Fonction 2 : Réaliser des évaluations multidimensionnelles, élaborer et valider des plans d'aide

Objectifs :

- s'assurer que chaque personne souffrant de restrictions fonctionnelles bénéficie d'une évaluation multidimensionnelle de sa situation.
- s'assurer que toute personne ayant bénéficié d'une évaluation, bénéficie ensuite d'une réponse sous forme d'un plan d'aide entendu au sens large (au-delà de la délivrance de l'APA).

Responsabilité	Description de la mise en œuvre	Méthodes	Organisation et partenariat	Moyens requis
<p>Equipe territoriale de coordination du Conseil général implantée sur chaque territoire au CMS pour les personnes évaluées en GIR 1 à 4, Responsabilité de la CRAM ou de la MSA pour les personnes évaluées en GIR 5 et 6.</p>	<p><u>Evaluation multidimensionnelle</u> : mise en œuvre d'un instrument et apprentissage (grille AGGIR, SMAF, DESIR, etc.)</p> <p><u>Elaboration du plan d'aide</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - proposition d'un plan par le professionnel - approbation par la personne - communication avec les services d'aide à domicile, et autres organismes chargés de concourir à sa mise en œuvre. 	<p>L'évaluation multidimensionnelle se réalise au domicile de la personne</p> <p>Recherche de coopérations de professionnels (services) pour procéder à une évaluation : déficiences incapacités, environnement, habitat, ressources économiques, environnement familial (aidants informels).</p> <p>Choix de modalités de communication entre les équipes du Conseil général, le GIE CRAM-MSA, les SAD, les EMG (fiches de liaison, réunions de concertation, etc.)</p>	<p><u>Au niveau départemental et institutionnel</u>, le Conseil général, avec la cellule de coordination définit ses choix de partenariat avec les organismes chargés de procéder à des évaluations, et négocie des modalités de coopération pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'orientation des personnes vers les équipes d'évaluation - la possibilité de réaliser des évaluations conjointes - la communication entre les services et les professionnels sur les résultats de l'évaluation - la mutualisation des résultats des évaluations réalisées.¹ <p><u>Au niveau des territoires</u> : organisation de concertations entre les divers services/ professionnels de santé/ usagers/ aidants.</p>	<p>Equipe de coordination du CMS avec AS référents APA située au Centre Médico Social</p> <p>Bases de données sur les ressources du territoire</p> <p>Instruments de communication</p> <p>Matériel informatique</p>

Fonction 3 : Suivre les personnes et coordonner les services

Objectifs :

- proposer un interlocuteur ou « professionnel de contact » à chaque personne bénéficiant d'un plan d'aide, que celle-ci peut solliciter en cas d'évolution de son état
- désigner, pour les personnes en situation complexe un « référent de suivi »

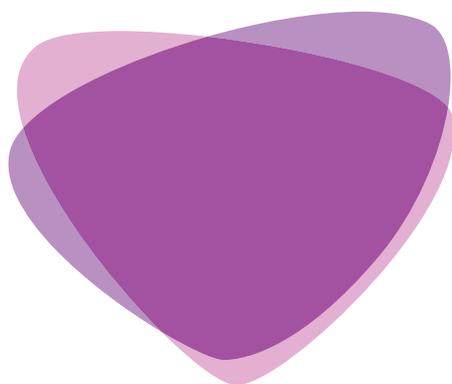
Responsabilité	Description de la mise en œuvre	Méthodes	Organisation et partenariat	Moyens requis
<p>Equipe territoriale de coordination du Conseil général implantée sur chaque territoire au CMS. L'équipe territoriale veille en particulier à la mise en œuvre des décisions prises :</p> <ul style="list-style-type: none"> - désignation des <u>professionnels de contact, référent de suivi</u> - toutes décisions issues des réunions de coordination. 	<p>Mise en œuvre des suivis :</p> <ul style="list-style-type: none"> - par l'équipe territoriale, - délégués aux antennes. <p>Deux modalités :</p> <ul style="list-style-type: none"> - un <u>professionnel de contact</u> est proposé aux personnes peu ou pas dépendantes, disposant d'un environnement favorable. - un « <u>référent de suivi</u> » pour les situations « complexes ». 	<ul style="list-style-type: none"> - modalités de désignation des professionnels de contact et des référents de suivi (choix de critères), - supports de communication entre les professionnels (fiche de liaison). - enregistrement du suivi des personnes en « situation complexe (choix d'un logiciel). <p>Organisation par l'équipe de coordination de réunions de coordination : examen des situations complexes</p>	<p><u>Professionnels de contact et référents de suivi</u> sont désignés parmi les professionnels en relation avec les personnes âgées concernées, en fonction des résultats de l'évaluation, dans le cadre général des partenariats conclus au niveau des institutions.</p>	<p>Equipe de coordination du CMS avec AS référents APA</p> <p>Un cahier des charges est fixé pour les partenaires du Conseil général qui assurent des suivis individuels, précisant les modalités et rythmes de ces suivis, et la compensation financière correspondant.</p>

Fonction 4 : Observer et animer le territoire

Objectifs :

- connaître son territoire : identifier sa population, recenser ses ressources professionnelles et informelles, repérer les besoins et les compétences présentes
- diffuser cette connaissance aux acteurs afin que ceux-ci se l'approprient pour la diffuser auprès de la population et concevoir des actions collectives répondant aux besoins des personnes.
- animer et développer le réseau des acteurs : favoriser le rapprochement entre les professionnels, développer leurs compétences

Responsabilité	Description de la mise en œuvre	Méthodes	Organisation et partenariat	Moyens requis
Equipe territoriale de coordination du Conseil général implantée sur chaque territoire au CMS	<ul style="list-style-type: none"> - Recenser les professionnels, services, institutions - Actualiser les informations. - Identifier les manques - Proposer des réponses / besoins non couverts. - Mettre en œuvre de programmes de prévention avec l'ensemble des acteurs du territoire, - Organiser des groupes de travail thématiques pour le développement des compétences 	<p>Mise en place d'un comité de pilotage territorial :</p> <ul style="list-style-type: none"> - rassemble les principaux acteurs gérontologiques du territoire local+élus+ usagers - animé par le coordonnateur - définit les objectifs et programmes au plan local en cohérence avec ceux fixés au niveau départemental. <p>Mise en place de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - base de données (méthodes pour l'actualisation) - instruments de communication - site internet, etc. <p>Fonction animation : méthodes et moyens en relation avec les actions collectives choisies.</p>	<p>Recensement des ressources et des manques du territoire avec l'ensemble des partenaires.</p> <p>Les partenaires se retrouvent au sein du Copil du territoire.</p>	<p>Equipe de coordination du CMS avec AS référents APA</p> <ul style="list-style-type: none"> - compétences en animation (ou bénéficie d'une formation). <p>En fonction des actions ciblées, des moyens spécifiques sont requis pour la mise en œuvre des actions collectives d'animation.</p> <p>Les partenaires du territoire sont sollicités pour contribuer à l'animation du territoire. Ils apportent leurs moyens propres.</p>



www.cg12.fr

En Aveyron,
tout nous rassemble