

**Colloque ANVA-B1 du mercredi 16 juin 2004**

**AVANCÉE EN ÂGE ET HANDICAP : VERS  
DES RÉPONSES COMMUNES ?**

**Animation : Michel PAQUET, journaliste**

**Introduction**

Pour caractériser cette table ronde dédiée aux réponses communes entre monde du handicap et de la gérontologie, disons simplement que nous abordons là un sujet qui questionne l'ensemble du médico-social depuis longtemps, notamment à travers certaines pratiques croisées entre acteurs du handicap et acteurs de la gérontologie, ou au travers de la définition des politiques médico-sociales au niveau local, mais que, par bien des côtés, ce sujet échappe au commentaire.

Bien des professionnels, en effet, de par leur pratique, travaillent et s'interrogent de plus en plus sur les connexions à l'œuvre entre handicap et gérontologie, en dépit du fait que ces deux univers qui restent culturellement très identifiés, voire très marqués.

Parallèlement, tout un flux de textes et de lois est en train d'être impulsé aujourd'hui et cela contribue encore à accélérer ce questionnement et à influencer la marche de nos deux secteurs cousins.

De fait, sans que le Comité d'Orientation de ces 3e Assises nationales de la Vie Autonome ne l'ait vraiment prévu, l'ensemble du programme est teinté de cette complémentarité handicap et gérontologie. Il n'y a pas une table ronde où les deux secteurs ne soient là présents, s'interpellant l'un et l'autre.

En tant que journaliste, je vois trois éléments qui semblent pouvoir expliquer cette période.

Le premier de tous est le mois d'août 2003. Sans revenir sur l'effroyable catastrophe sanitaire, ce mois d'août a été fondateur d'une prise de conscience de l'opinion publique sur l'état du secteur médico-social tout entier à travers les dysfonctionnements de l'appareil gérontologique, ce qui a relancé avec une certaine vigueur les débats sur l'accompagnement du handicap, quel que soit l'âge des personnes.

On parle aujourd'hui d'une prestation pour tous les âges et l'on attend de voir sa forme définitive. Souvenons-nous, il y a un an seulement, de l'état des débats sur cette future prestation. On espérait tout au plus qu'une sorte d'APA pour les personnes handicapées allait être injectée dans

la *Loi sur l'égalité des droits et des chances pour les personnes handicapées*, et que cette APA pour personnes handicapées allait peut-être permettre une redéfinition du périmètre global d'une allocation universelle... C'est que la société n'était pas prête à payer, ce qu'elle s'est sentie prête à faire après le mois d'août 2003.

Une nouvelle fenêtre d'actions législatives s'est donc ouverte. C'est le second fait qu'il nous faut noter pour caractériser cette période. Nous sommes face à une intense production parlementaire qui, mission après mission, rapport après rapport, texte voté après texte voté, est en train de renier les clivages qui séparaient le secteur des personnes handicapées de celui des personnes âgées.

Un simple exemple de ce travail législatif qui fait qu'aucune loi concernant un secteur ne laisse l'autre secteur étranger : le 11 juin dernier, il y a quelques jours, les Députés votaient en première lecture le texte sur le droit des personnes handicapées. Dans ce projet étaient officialisées les Maisons Départementales du Handicap qui, à partir de 2005, vont se substituer aux Sites pour la Vie Autonome avec des missions élargies. Fait intéressant, grâce à un décret, ces nouvelles structures font apparaître dans un cadre législatif l'incitation à composer avec ces autres instances de coordination dans le médico-social que sont les CLIC.

Jusqu'à présent, à ma connaissance, aucun texte de loi ne mentionnait qu'une structure du handicap devait nécessairement composer avec une structure de la gérontologie. Comme si le législateur, après avoir installé le compartimentage du médico-social, se sentait interpellé socialement parlant et qu'il lui fallait se hausser à un niveau d'organisation plus large.

Autre signe allant en ce sens : le 11 juin dernier, toujours, les Députés ont également voté la suppression de la fameuse COTOREP. Ils la remplacent par une Commission des Droits et de l'Autonomie, compétente en partie pour les personnes âgées, habilitée à distribuer certaines aides dont l'AAH, et statuant sur le cas des personnes handicapées âgées de plus de 60 ans.

C'est là que l'on voit qu'un nouveau cadre médico-social est en train de se mettre en place. Il interpelle la frontière entre handicap et gérontologie. En outre - et c'est le troisième élément qu'il nous faut relever -, on constate que sur le terrain certains professionnels n'ont pas attendu cette clarification réglementaire. Ils ont eux aussi avancé à travers l'appareillage médico-social et ont, à leur niveau, tenu à composer : s'ils étaient du secteur du handicap, avec les représentants des personnes âgées, et vice-versa.

Il n'est donc pas étonnant de retrouver beaucoup de ces nouvelles pratiques dans les CLIC et les SIVA, lieux et postes d'observation idéaux pour composer avec la multiplicité des acteurs médico-sociaux.

Dès lors il était intéressant de faire un point, d'une part à un niveau technique et politique, d'autre part à un niveau professionnel.

À un niveau technique et politique, car la façon dont tout cela va prendre corps reste en grande partie indéfinie, et il faut à ce titre vraiment remercier Jean-Pierre Bourély, chef du bureau de la vie autonome des personnes handicapées au sein de la DGAS, et Mme Annick Bonny, chef du bureau des personnes âgées au sein de la même DGAS, d'avoir accepté tous deux de faire un bilan prospectif, l'un des SIVA et l'autre des CLIC dans un tel contexte.

Au niveau professionnel, car il était indispensable de voir comment des acteurs de terrain, déjà engagés dans ces pratiques de rapprochement, travaillent, ce qu'ils constatent, les limites qu'ils peuvent rencontrer à leur action, et peut être, les problèmes juridiques qu'ils entrevoient, tant il est vrai que si la connexion des secteurs s'opère "à la frontière", et en particulier dans ces lieux pilotes que sont les SIVA et les CLIC, des passerelles juridiques sont bel et bien à poser.

Nous laisserons alors la parole au Docteur RICHTER, médecin gériatre, et Cyrille BALAA, coordinatrice, qui au sein du CLIC RESO 3, à Strasbourg, ont entamé depuis quelques années un Contrat de partenariat avec un site pour la vie autonome.

Madame Martine SAVRY, du Conseil Général du Gard, nous détaillera ensuite la pratique très prometteuse qu'elle pilote d'installation, à l'échelle du département, de lieux territorialisés où les représentants des SIVA et des CLIC forment conjointement des structures relais et conseils.

Enfin, nous demanderons à Madame Geneviève LAROQUE, Présidente de la Fondation Nationale de Gérontologie, et fine experte du médico-social, de nous donner son sentiment sur la période que nous traversons.

## **Sites pour la vie autonome et évolutions des politiques du handicap**

**Jean-Pierre BOURELY, Chef du bureau de la vie autonome des personnes handicapées (DGAS)**

*Vie autonome des personnes âgées et des personnes handicapées, quelles synergies, articulations, complémentarités ? C'est à la fois une problématique ancienne, qui grâce aux organisateurs de ces Assises, trouve aujourd'hui un éclat particulier.*

Il est vrai qu'à l'occasion de la première lecture à l'Assemblée Nationale du Projet de loi, que les Députés aient voté un amendement gouvernemental qui prévoit la suppression de la barrière d'âge —pour les moins de 20 ans dans un délai de 3 ans, pour les plus de 60 ans dans un délai de 5 ans— montre que nous nous dirigeons effectivement vers une meilleure articulation, et en tout cas, vers une suppression d'effets de seuil discriminant qui, avec la pratique depuis de nombreuses années, ne se justifiait plus.

Il est d'ailleurs symptomatique de voir les hésitations des pouvoirs publics, s'agissant aussi des impacts en termes financiers de telles dispositions. Il ne vous a pas échappé que ce même Projet de loi en première lecture au Sénat ne comportait pas cette disposition.

### **Les sites pour la vie autonome**

Pour bien comprendre comment on peut se projeter dans l'avenir et voir comment les choses vont s'articuler, il faut partir rapidement de la genèse des Sites pour la Vie Autonome.

Les SIVA préfiguraient le droit à compensation des incapacités, ce qui n'est pas neutre. Dans la dimension aides techniques, aménagement du logement, ils avaient pour objectif de faciliter l'accès de la personne à ces éléments constitutifs de l'autonomie.

Ils ont été expérimentés dans 4 départements avec une montée en charge progressive sur 2000, 2001, 2002, 2003. Aujourd'hui, 100 sites sont en fonctionnement ou en cours de l'être, puisque l'on a observé une période, non pas de latence, mais de montée en charge de 1 à 2 ans, pour qu'effectivement, sur la base d'une évaluation d'une équipe pluridisciplinaire, qui évalue les besoins *in situ* et qui élabore un projet d'aide individualisée, une Commission des Financeurs puisse financer de manière extralégale et complémentaire aux dispositifs légaux, ces éléments de la compensation.

Jusqu'à ce que cette commission fonctionne et finance, il faut une période de 1 an et demi à 2 ans. Nous sommes en cours de généralisation de ce dispositif et 2 indicateurs vont nous permettre de voir que ce dispositif fonctionne, malgré ses inégalités, et répond globalement aux enjeux et aux besoins des personnes handicapées.

Le CTNRHI, qui a évalué sur les 43 premiers départements ayant eu un SIVA le fonctionnement concret de ce dispositif, a analysé d'un point de vue populationnel mais aussi institutionnel l'organisation de l'ensemble des composantes du dispositif.

*Quels délais raccourcit-il ? Quels moyens complémentaires donne-t-il ?*

Comme le même CTNRHI avait évalué les 4 premiers sites pilotes, nous avons pu pertinemment comparer l'évaluation de 1999, qui je le rappelle, a été à l'origine de la décision du Premier Ministre de l'époque de généraliser le dispositif à l'ensemble des départements. Cette évaluation reposait sur une surface d'une masse critique plus pertinente, et analysait concrètement 1 578 dossiers réellement financés.

Ce dispositif s'est donc généralisé et préfigurait le droit de compensation. Il ne pouvait pas à ce titre être ancré dans le Droit, puisqu'il avait une vocation expérimentale, de pilote, destiné à configurer un droit à compensation. Il est facile de comprendre que ce droit à compensation, qui est un concept nouveau pour les personnes handicapées, a selon le contenu qu'on lui donne des conséquences financières majeures ; en tout cas, pas indifférentes à la façon dont toute une nation veut ou non s'investir dans le champ de la compensation pour garantir l'autonomie des personnes handicapées.

Ce n'est pas une question mineure mais vraiment essentielle. C'est pour cette raison que dans sa montée en charge, ce dispositif a démontré à la fois la pertinence de ce vers quoi il fallait aller, c'est-à-dire trouver des articulations intelligentes avec d'autres secteurs. Etant au cœur de cette future loi dont a parlé Michel PAQUET, nous ne pouvions ancrer ce dispositif dans le Droit, si peu que ce soit.

Aujourd'hui, nous ne sommes plus dans cette problématique, ce vieux débat avec les associations, en particulier avec les personnes handicapées, impatientes de voir enfin rattraper ce retard vis-à-vis des personnes âgées qui, depuis plus de 20 ans, travaillent sur ces problématiques du maintien à domicile. A la création de l'APA, on voyait bien la distorsion et le déphasage avec l'ACTP.

Cet effet de rattrapage ne constitue plus seulement un débat, qui a lieu à l'Assemblée Nationale, formalisé par un Projet de loi qui reprend l'ensemble des éléments de ce dispositif. Il ne vous a pas échappé, en effet, que ce Projet de loi est fortement marqué par l'économie d'ensemble des Sites pour la Vie Autonome. Je veux parler d'un guichet unique, soit :

- des Maisons Départementales des Personnes Handicapées, même si ce guichet unique ne peut être entendu comme un lieu à la Préfecture de Département, mais aussi comme un guichet unique multacentrique, ce qui a été débattu,
- des équipes pluridisciplinaires qui vont évaluer les besoins de la personne dans son environnement de vie, élément qui a fortement marqué ce projet de loi,
- une prestation de compensation, réponse à cette réflexion datant des années 1990 sur le droit à compensation, avec en particulier le Rapport de Maryvonne LYAZID. Cette prestation comporte plusieurs éléments : aides humaines, aides techniques, aménagement du logement, dépenses exceptionnelles.

Leur traduction concrète est prochaine. Les parlementaires nous ont en effet demandé de travailler sur les décrets d'application, dans les 6 mois de la promulgation de la loi. En Dépit de nombreuses questions en suspens, c'est néanmoins une réalité qui s'inscrit aujourd'hui dans un paysage très clarifié.

Ces futures Maisons Départementales des Personnes Handicapées, en ce qu'elles sont un guichet unique, vont réunir les compétences et les missions qu'assumaient les COTOREP, les CDES et les SIVA. Il s'agira de lieux d'accueil, d'information, d'orientation d'évaluation, de préconisations, d'accès aux droits. C'est donc un élément majeur dans la mise en cohérence de l'ensemble des acteurs.

Les SIVA ont démontré leur efficacité grâce à ce rapport. Dans les débats, les Parlementaires de l'opposition ou de la majorité ont tous été quasi dithyrambiques sur ce dispositif, sans en enlever les faiblesses pour les raisons que j'ai évoquées :

- non ancrage juridique,
- hétérogénéité,
- libre arbitre qui préside aujourd'hui à la constitution de ce dispositif et fait qu'un partenaire essentiel s'implique dans le dispositif à tel endroit alors qu'il ne le fait pas ailleurs.

Encore une fois, c'est pour cela que sans ancrage juridique, sur la base du partenariat, les SIVA ont l'immense mérite d'avoir validé l'économie d'ensemble de la loi proposée aujourd'hui au Parlement.

Mais ne faisons pas dire à ces sites ce qu'ils n'avaient pas à dire, c'est-à-dire incarner dans leur plénitude le droit à compensation de la future Maison Départementale des Personnes Handicapées.

Il avait d'abord des moyens limités. L'Etat avait abondé une ligne budgétaire de 154 000 € par département pour alimenter le fond d'aide, et la même somme pour assurer le fonctionnement du dispositif. C'était un élément très limité par rapport au spectre du droit à compensation qui pose d'autres investissements. Le fait que sur la future CNSA —Caisse Nationale de Solidarité et pour l'Autonomie — il y ait à terme 850 M€ dédiés aux personnes handicapées et autant dédié aux personnes âgées, en est quand même l'exemple. Nous sommes, on le voit, sur une autre dimension.

Je sais que de nombreuses interrogations se posaient face au devenir du dispositif. Mais dans cette phase transitoire, avant que les décrets d'application ne soient effectifs, il faut faire en sorte que les partenaires continuent à s'impliquer dans sa montée en charge, aussi bien dans le cadre partenarial des Comités Départementaux Techniques de Suivi que dans le cadre très concret de la Commission des Financeurs, pour abonder ce fond.

### **Conclusion sur la barrière des 60 ans**

Ce dispositif étant extralégal, il est évident que les circulaires, dont celle du 19 juin 2001 avec ses annexes, avaient pour vocation à structurer le comportement des services déconcentrés de l'Etat et du fond que nous dégageons pour faire fonctionner ces SIVA.

Les partenaires essentiels que sont les Conseils Généraux ou les CPAM ont la plupart du temps conditionné leur implication à la prise en compte de ces 2 problématiques. Madame SAVRY du Conseil Général du Gard pourra concrètement l'illustrer.

Au niveau de l'État, il n'était en aucune manière question de remettre en cause son implication. Ce dispositif bénéficie déjà très concrètement aux plus de 60 ans. A peu près 80 % des SIVA ouvrent aujourd'hui aux plus de 60 ans.

Dans cette phase transitoire, pour conforter et faciliter le passage vers les Maisons Départementales des Personnes Handicapées et vers les nouveaux droits, il faut bien évidemment rechercher l'ensemble des financeurs concernés. On dit traditionnellement que l'offre fait la demande, en l'occurrence l'étiage de 175 à 200 dossiers l'an sur la base duquel nous avons calculé initialement les enveloppes est aujourd'hui dépassé. Dans les dispositifs qui fonctionnent, le volume se situe autour de 300 à 400 demandes. Il y a effectivement un problème d'enveloppe qui n'est pas extensible.

Dès la Circulaire du 19 juillet 2001, nous invitons à rechercher l'ensemble des financeurs pour couvrir l'ensemble des besoins. Dans les SIVA où les plus de 60 ans accèdent à des éléments aussi essentiels qu'une évaluation de financement d'aides techniques et d'aménagement du logement, se pose la question d'impliquer les financeurs traditionnels et spécifiques des personnes de plus de 60 ans, afin d'obtenir des financements *ad hoc et* de couvrir le volume de la demande.

Encore une fois, le message essentiel que je veux faire passer aujourd'hui est le suivant : Nous conforterons ce dispositif jusqu'à l'entrée en vigueur des textes d'application du Projet de loi lorsqu'il sera voté. Quelles que soient ses fragilités et ses faiblesses, il a montré ses forces, sa pertinence.

Lorsque les textes d'application entreront en vigueur, ce dispositif sera voué à changer car la configuration du secteur sera radicalement modifiée.

Les organisateurs ont été inspirés d'organiser ces Assises entre les deux lectures au Parlement. Il y a des réponses que l'on peut bien sûr vous donner, mais on ne peut pas tout vous dire, puisque nous-mêmes, nous sommes dans une phase de construction, de collaboration, de consultations, avec les partenaires. L'ensemble des textes d'application sera forcément marqué par l'ensemble de ces réflexions.

Encore une fois, des projets de loi en cours d'examen vont percuter de façon majeure l'ensemble des éléments que je vous ai décrit. Je pense notamment à la création de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie mais aussi à la décentralisation.

*Jusqu'où irons-nous et qui sera maître d'ouvrage en la matière ?* Comprenez bien que ce n'est pas la dernière des questions...

## **Quelles répartitions de compétences entre Sites pour la Vie Autonome et CLIC ?**

**Michel PAQUET** : *Après la logique très circonstanciée que vient de développer Monsieur BOURELY, que je remercie pour sa brillante intervention, il serait intéressant d'inscrire les CLIC dans un avenir proche, dont les enjeux viennent d'être évoqués. Aussi je suis très heureux que vous soyez parmi nous, Madame BONY*

### **Annick BONY, Chef du bureau personnes âgées (DGAS)**

Le libre échange est bien entendu un élément de réflexion pour nous. Notre place est ici, dans une actualité chargée, précisément peut-être parce qu'elle est chargée.

Jean-Pierre BOURELY a évoqué la deuxième lecture de la *Loi sur l'égalité des droits et des chances pour les personnes handicapées*, mais vous savez qu'à l'issue de la CMP du mois de juin, c'est aujourd'hui, 16 juin, qu'a lieu la deuxième lecture de la Loi CNSA à l'Assemblée Nationale, et demain au Sénat. Nous rentrons ensuite dans la logique de la publication, de la promulgation et, bien entendu, des textes d'application et des décrets en Conseil d'Etat attendus avec une certaine impatience.

Je considère que ce débat à ce moment-là est porteur d'avenir. Avant de rentrer tout à fait concrètement dans le sujet, je voudrais dire un peu pourquoi je pense que ce débat "CLIC-SIVA réponses communes", peut éclairer tout ce qui en ce moment se cherche et tâtonne, au travers d'une multitude de textes législatifs.

Il est porteur, d'abord sans doute parce que *les CLIC et les SIVA sont, par construction, des outils pour organiser les décloisonnements de la prise en charge et surmonter la segmentation introduite par la barrière de l'âge*. Nous sommes au cœur même de ce que les lois, les textes réglementaires doivent graver plus avant dans la législation.

Ensuite parce qu'il peut éclairer, donner des repères sur le contexte très caractéristique, un peu chaotique, brouillon dois-je dire au point où je me trouve. La perspective change en effet selon que l'on est ici ou là.

Aujourd'hui, nous sommes en effet dans une situation où cohabitent l'ancien avec l'APA – qui n'est peut-être pas le terme de la prise en charge de l'autonomie des personnes âgées, mais qui faisait passer d'une logique d'aide sociale à une logique de prise en charge –, et le nouveau avec la loi sur les nouveaux droits des personnes handicapées, où l'on voit bien que l'on arrive à une logique de compensation.

Nous sommes dans une situation où coexistent donc l'ancien et le nouveau, où les éléments s'accumulent, porteurs d'avancées, ou prenant acte tout simplement dans la sémantique — quelquefois seulement dans la sémantique— des évolutions, ou apportant de bonnes réponses mais partielles.

Je pense par exemple au projet de décret réorganisant les Services de Soins Infirmiers à Domicile et créant des services polyvalents d'aide, de soins et d'intervention à domicile. Je vous annonce

qu'il ne manque plus que la signature de Monsieur BUSSEREAU pour qu'enfin, il passe au marbre au Journal Officiel. La route est longue mais nous y voici rendus, en tout cas pour ce texte-là.

Tous ces éléments s'accroissent sans toutefois dégager de la gangue le socle commun d'une prise en charge globale, individualisée au plus près des personnes, qui naturellement ne gommara pas les disparités et ne niera pas les spécificités de la personne handicapée et de la personne âgée. Parce qu'elles ne sont pas au même stade de leur vie, elles ont évidemment un abord d'âge différent, des problèmes de la vie quotidienne. La prise en charge et la compensation du handicap sont en effet un problème de vie quotidienne qui nous renvoie aux CLIC et aux SIVA.

Vous connaissez ce contexte foisonnant :

- Loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale qui remet l'usager au cœur des dispositifs en lui reconnaissant des droits, et en particulier celui à un traitement individualisé de ses besoins,
- Décret sur les Services de Soins Infirmiers à domicile,
- Projet de loi pour l'égalité des droits et des chances des personnes handicapées,
- Projet de loi sur le dispositif de solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées.

On a le gros oeuvre, une architecture : la maison sera-t-elle habitable ?

Il nous faut regarder quelles sont les propositions de la mission que le Premier Ministre a confiée à Monsieur BRILLET de la Cour des Comptes et à Monsieur JAMET, Directeur Général des Services du Conseil Général du Rhône.

Il nous faut étudier ces conclusions, former une position, des orientations, ce qui doit être retenu, ce qui peut l'être, à quel rythme, comment ? Le gros oeuvre ne dit pas toujours si la maison sera complètement habitable. Le gros oeuvre en principe garantit qu'elle ne s'écroulera pas et que les fondations sont là, solides.

Nous sommes donc à cette étape. L'avenir est ouvert. Malgré tout, je pense que le cap ne peut plus être changé. L'objectif s'impose à tous : celui d'une prise en charge qui surmonte la barrière des âges et qui organise la convergence des politiques en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées, avec une prise en charge du handicap, quel que soit l'âge.

Certes, le parcours ne sera pas linéaire. Certes, il faudra surmonter des difficultés et des aléas, bien des contradictions, encore des préjugés. Mais il y a je pense, un consensus sur le terme et nous revenons à notre sujet des CLIC et des SIVA.

Le rapprochement des politiques peut s'organiser en prenant appui sur quelques leviers au cœur de la politique des CLIC et des SIVA :

- outils de l'évaluation de la perte de l'autonomie,

- action locale, territoriale, volontariste de terrain, qui diffuse, qui infuse sur le territoire et qui développe :

- une culture commune de l'évaluation parmi les professionnels,

- une culture du travailler ensemble parmi les institutionnels.

Si l'on applique ces aspects des outils d'évaluation et de l'action locale au domaine de l'habitat, qui est au coeur du maintien à domicile, de la vie citoyenne et sociale, on peut sans doute tracer des pistes pour l'avenir.

### **Bilan, état des lieux des CLIC**

Je ne rentrerai pas dans la genèse des CLIC. Le site du Ministère des Affaires Sociales renseignera ceux qui ne la connaissent pas exactement, site dont on en tire une petite fierté d'ailleurs. Le dossier CLIC sur le site du Ministère est, après l'APA, le site le plus visité par les internautes. Tout cela nous conforte un peu et nous montre que nous avons raison quelquefois de batailler ferme.

413 installés dont 65 % sont de niveau II et III. 35 % sont de niveau I, avec le niveau basique d'accueil, d'écoute, de conseil. Je souligne que la montée en charge n'est pas seulement quantitative mais aussi qualitative. Le dispositif est jeune.

Que sont 4 ans sur une politique sociale et sur les effets que l'on veut qu'elle produise ? Je crois que ce dispositif a de l'avenir et qu'avec des faiblesses, des contradictions bien sûr, sa progression est porteuse d'avenir malgré tout. 12 départements ont totalement achevé la territorialisation et le maillage du territoire. 50 % des départements ont maillé leur territoire et en sont à mi-programme. Ils ont fait la moitié de ce qu'ils avaient prévu dans le cadre des Comités de Pilotage Départementaux.

Dans le cadre de la Loi sur les Responsabilités Locales, il est prévu de transférer le pilotage des CLIC aux pilotes uniques, Conseils Généraux, avec le parti pris de la Loi sur les Responsabilités Locales. Les copilotages aboutissent au fait que l'on ne sait plus trop qui pilote l'avion. Les cofinancements sont source de pertes en ligne, d'indécision. Le parti pris est par conséquent :

- pilotage unique,

- fin des financements croisés,

- pilotage au plus près avec une décentralisation poussée du dispositif.

Dans ce cadre, à cette occasion, nous essayons de conforter juridiquement notre dispositif qui est dans la loi depuis le début, puisque la Loi du 20 juillet 2001 a effectivement inscrit les CLIC comme élément de la coordination gérontologique de proximité. A l'occasion du transfert de pilotage, sur le plan juridique, nous confortons la base. Effectivement, nous tirons d'une part toutes les leçons du fait que les CLIC sont inscrits comme institution sociale et médico-sociale dans la Loi du 2 janvier 2002.

Par conséquent ils seront désormais autorisés par le Président du Conseil Général, après avis du Comité Régional de l'Organisation Sanitaire et Médico-Sociale. Ils seront financés sur la base de subventions du Conseil Général. Nous avons bien pris garde de modifier le Code de l'Action Sociale et des Familles car les CLIC n'ont pas vocation à délivrer des prestations. Par conséquent, ils n'ont pas vocation à être financés au titre de l'aide sociale départementale mais à bénéficier de subventions de la Collectivité Territoriale pour impulser des politiques de mise en cohérence.

C'est sous cet aspect que dans la loi, un amendement gouvernemental a été proposé à la lecture à l'Assemblée Nationale. Les Sénateurs avaient eu tendance à transformer les CLIC en service du Département, ce qui était un peu regrettable pour nous. Toute la diversité des porteurs de l'institution sociale et médico-sociale était du coup remise en question

Nous avons rétabli les choses et la loi dispose que les 450 CLIC environ qui seront installés au moment de l'entrée en vigueur de la Loi sur les Responsabilités Locales, sont réputés être autorisés pour une durée de 15 ans, selon les délais de l'autorisation telle qu'elle figure dans la Loi du 2 janvier 2002. Comme toute institution sociale et médico-sociale, ils devront procéder à une autoévaluation tous les 5 ans et à une évaluation externe à mi-parcours, soit 7 ans.

Pour le dispositif juridique, dans le cadre du transfert de pilotage, nous accompagnons aussi ce transfert par un travail méthodologique, qui est je dois dire important.

Par l'intermédiaire d'études confiées à l'ARCG et à Alain COLVEZ, à partir de l'évaluation des 25 sites expérimentaux CLIC, nous avons la possibilité de produire pour tous :

un guide méthodologique des bonnes pratiques,

un bilan, une évaluation, et inscrire cette pratique de l'évaluation comme un réflexe dans la conduite de l'action médico-sociale.

De la même façon, nous transférerons aux CLIC ces outils méthodologiques comme éléments de cohérence du dispositif d'ensemble. Nous nous attachons également à bâtir les bonnes règles des partenariats financiers avec tous ceux qui doivent participer au tour de table. Je pense en particulier aux Collectivités, mais aussi aux caisses de retraites, aux Municipalités. Les CLIC peuvent être amenés à jouer un rôle tout à fait important dans le cadre du recensement des personnes âgées et des personnes handicapées isolées à domicile, prévu dans le cadre de la mise en place du plan d'alerte et d'urgence.

Un autre outil de remontée d'information est mis en place et nous essayons de le centraliser par la construction d'un site Internet partagé avec les Conseils Généraux. Nous travaillons sur ces sujets avec un certain nombre de représentants des Conseils Généraux.

Tel est le bilan sur les CLIC sur lequel nous reviendrons car je vois que je m'écarte un peu de mes notes et que je mords sur votre temps de parole. Nous reviendrons sur les outils d'évaluation si vous avez des questions, à partir des préconisations du Comité Scientifique et de ce qu'il y a en pointillés dans la Loi CNSA.

## **Perspectives**

On ne peut pas impulser au niveau des CLIC une politique de l'habitat adapté, sans apporter une réponse commune qui prenne appui sur l'expertise des Sites sur la Vie Autonome. L'habitat ne constitue pas le coeur de la compétence des équipes pluridisciplinaires des CLIC. Les CLIC ont une légitimité de proximité infradépartementale. Ils doivent donc travailler ensemble sur ces questions qui appellent des expertises conjointes, une méthodologie commune. L'évaluation de la perte d'autonomie est la même à domicile par un ergothérapeute, qu'il s'agisse d'une personne handicapée ou d'une personne en perte d'autonomie.

Par conséquent, nous avons besoin de ces ressources communes qui doivent être mutualisées et qui ne sont pas dans les CLIC.

Une politique d'habitat indispensable au maintien à domicile ne peut se faire sans l'expertise des Sites de la Vie Autonome, dont j'ai bien vu qu'ils rejoignent la future Maison Départementale du Handicap. Nous avons là le guichet unique décrit par Jean-Pierre BOURELY.

Il faut ensuite articuler les dispositifs CLIC et SIVA en prenant appui sur leurs points forts et en conjuguant leurs approches territoriales différentes. Les CLIC peuvent être un lieu de diffusion et d'information pour les SIVA. Ils peuvent être dans la proximité, l'endroit où l'on fait remonter le besoin et où par conséquent on concourt aux schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale, où l'on bâtit les programmations sur les équipements des années futures. Dieu sait si c'est important.

### **Le financement, pierre d'achoppement**

Il faut par conséquent dissocier cette question du financement de la question de l'expertise et de l'évaluation ingénierie financière. Pour moi, elle est à bâtir dans le fond existant pour les SIVA. Cette synergie financière peut faire appel aux ressources de l'APA : il faut voir si dans les prochains textes, on ne doit pas ouvrir davantage sur ce volet.

Peut-être les expériences telles celles conduites par Madame SAVRY au Conseil Général du Gard ou par le Docteur RICHTER nous diront-elles ce qui est important ?

### **Conclusion**

En conduisant avec pragmatisme le rapprochement sur les territoires des CLIC et des SIVA, nous travaillons probablement à ouvrir les pistes sur l'ensemble du champ et pour l'ensemble de la question aboutissant à une prise en charge globale, quel que soit l'âge.

Nous attendons beaucoup du terrain car nous sommes convaincus que des initiatives comme celle du Gard et celle de RESO 3 construisent l'avenir et constituent des leviers pour légiférer utilement.

## **L'expérience d'un fonctionnement homogène entre CLIC et SIVA**

**Michel PAQUET** : Nous allons illustrer directement ce que vient de dire Madame BONY en commençant à entrer sur le terrain. Nous allons faire appel au Docteur RICHTER et à Cyrille BALAA, représentants d'un CLIC sur Strasbourg engagé dans ce travail de réflexion avec un Site de la Vie Autonome.

**Docteur Jean-Philippe RICHTER, Médecin généraliste, médecin gériatre, médecin référent dans une clinique privée à Strasbourg. Fondateur du CLIC RESO 3, Strasbourg.**

Nous allons séparer notre discours en deux. Dans un premier temps, je vous tracerai l'historique de RESO 3 et comment nous avons réussi à constituer un CLIC qui tourne bien.

Ensuite, madame BALAA, qui est sur le terrain, vous expliquera comment nous avons réussi à travailler entre CLIC et SIVA, ce dont Madame BONY a très bien parlé. Cela correspond parfaitement à notre vécu sur le terrain.

Sous la responsabilité et l'impulsion de Monsieur Yves BUR, alors Député-maire et Conseiller Général de notre Commune, des professionnels se sont réunis devant des problèmes que nous rencontrons tous les jours :

multiplicité des services d'aide à domicile,

multiplicité des associations,

manque d'information des personnes âgées, surtout.

Les services existent, mais personne ne sait comment s'y prendre ni comment les solliciter. Les professionnels de santé se heurtent toujours à qui et comment téléphoner. Sur le terrain, les personnes âgées vivaient un véritable parcours du combattant pour arriver à trouver une maison de retraite, un hôpital de jour, une infirmière, un kiné, même un médecin, qui s'occupent d'elles.

C'est devant ce constat qu'est créée une association, toujours sous l'égide de Monsieur BUR. Il a la grande idée remarquable de réunir l'ensemble des partenaires, professionnels de santé, associations, institutions, DDASS, Conseil Général, le handicap. Tout ce qui a trait à la personne âgée handicapée ou non.

RESO 3 est donc né mais sans avoir encore le statut public, car cela n'existait pas encore. Quelques mois après, Cyrille BALAA, engagée en tant que Coordinatrice, a commencé à répertorier, cataloguer l'ensemble des services à domicile. Elle a rencontré les décisionnaires de ces associations, institutions, maisons de retraite. Elle a passé un an quasiment à ne faire que cela.

Les médecins qui avaient été à l'origine de l'association ont commencé à lui envoyer des personnes âgées dont les situations ont toujours été très critiques. Nous avons comme vocation de tester le fonctionnement de notre idée. Les situations étaient dramatiques, urgentes, cataclysmiques. Mais à chaque fois, les situations étaient parfaitement prises en charge : cela a validé notre raisonnement qu'une coordination bien conduite permettait la prise en charge de ces personnes dans les situations dramatiques.

Progressivement, les partenaires ont augmenté. Les médecins traitants ont commencé à entendre parler de nous, par le biais des familles, des personnes âgées prises en charge. Les demandes ont commencé à affluer.

A la fin de l'année, nous sommes arrivés à un chiffre de 100 personnes prises en charge. Cela n'a l'air de rien mais cela nécessite globalement 1 à 2 mois de travail pour chaque personne, afin de trouver une solution toujours médico-sociale. J'insiste sur ce terme de médico-social : ce n'est jamais une urgence uniquement sociale, uniquement due au handicap ou uniquement médicale. C'est toujours une globalité que nous essayons de prendre en charge.

En 2000 apparaît la création des CLIC expérimentaux. Le Gouvernement écrit un projet et il se trouve que nous correspondons parfaitement, dans nos statuts et notre mode de fonctionnement, aux critères de ces CLIC. Nous devenons très vite CLIC expérimental sur Strasbourg.

Les partenaires augmentent encore et les institutions commencent à nous faire confiance. Nous nous demandons ce que nous pouvons faire de plus. Nous avons à ce moment l'idée d'innover.

Puisque je travaille dans une clinique privée, une première idée a été de transformer un service de médecine interne en service de gériatrie sans le nom et le titre officiel. Il a cependant permis des hébergements temporaires d'évaluation, ce qui nous apporte une aide à la fois thérapeutique et diagnostique. Ces personnes sont prises en charge relativement vite, dans un contexte pluridisciplinaire puisque l'équipe compte un gériatre, un psychogériatre, un psychoneurologue et un neurologue. Ce service est privé sans prise en charge des urgences comme le SAMU où les personnes sont complètement déstabilisées.

Une autre idée a été de dire que les personnes âgées très dépendantes épuisent leur famille. On a fait en sorte de les prendre en charge sur la semaine entière. Ils sont alors suivis par le neurologue, le psychiatre, le gériatre qui donnent un avis diagnostique rapide sur la situation, en le relayant à chaque fois au médecin traitant. Cela permet surtout aux familles de souffler.

Le troisième volet de l'intervention de la clinique a été la prise en charge des urgences médico-sociales. C'est toujours rapide et déstabilisant pour les familles, encore plus pour les personnes âgées. Avec Madame BALAA nous avons réussi à apporter dans la journée, voire dans les 48 heures, une proposition pour héberger ces personnes.

Les urgences médico-sociales sont du type disparition d'un aidant familial d'une personne malade d'Alzheimer, ou hospitalisation d'un aidant qui a une personne handicapée à la maison.

Cela permet de trouver une solution pour les personnes qui le nécessitent. Parce que nous prenons immédiatement l'initiative de prévenir la coordinatrice, cela lui permet à elle de trouver immédiatement ou dans les plus brefs délais, une solution de sortie, comprenant toutes les mesures d'hébergement mais aussi les mesures d'aide : infirmière, kiné, toilettes, financières, etc.

Nous avons continué dans notre idée et nous avons organisé des conférences dont la dernière a été : *la mort à domicile, est-ce une utopie ?* C'était un sujet qui nous tenait beaucoup à cœur. Nous avons eu plus de 200 professionnels à cette conférence. C'est dire tout l'intérêt et toute l'importance de ce thème sur notre territoire.

Autre vertu de notre système : de par sa disponibilité, la coordinatrice a intégré un maximum de Conseils d'Administration d'associations de proximité et de structures. Elle a dernièrement été agréée au CODERPA où elle siège aujourd'hui.

En réalité, tout cela semble magnifique, mais ce n'est pas sans grandes difficultés. Le personnel infirmier manque ainsi que les structures d'hébergement. Les hôpitaux de jour sont débordés. La clinique, même si elle est là, a un nombre de lits limités.

Ceci a été compensé par des structures que nous essayons de mettre en place de façon temporaire, en attendant une solution. Nous avons également signé des Conventions avec les associations, les professionnels de santé, des structures d'hébergement, des hôpitaux de jour, la clinique en question. Nous en sommes maintenant à des pourparlers avec deux autres cliniques. Les hôpitaux universitaires vont nous solliciter pour que nous puissions signer une Convention avec eux. C'est dire l'importance qu'a pris RESO 3 sur la Commune.

La notoriété fait que nous commençons tout doucement à avoir une réputation d'un réseau qui fonctionne.

Pour avoir un réseau qui fonctionne, je crois qu'il ne faut pas le décréter. Nous aimons à dire que la coordination des compétences multidisciplinaires en fait le succès. C'est aussi décréter des idées qui doivent être pérennes pendant tout le fonctionnement. Nous avons mis en place une déontologie d'action depuis 1998. Ses règles sont toujours pérennes aujourd'hui. C'est ce qui a fait le succès auprès des professionnels de santé, très difficiles à convaincre de travailler en réseau.

Créer un réseau c'est donc respecter l'existant, ce qui permet de coordonner l'ensemble. C'est ainsi qu'au cours de notre activité, nous avons rencontré les personnes qui géraient les SIVA et que nous avons commencé à travailler avec elles.

## **Cyrille BALAA, Coordinatrice RESO 3**

### **Notion de proximité**

La réalité d'un CLIC est la proximité, mais ce n'est pas être partout tout le temps. C'est d'être un lieu référencé, connu et reconnu, accessible, disponible.

RESO 3 est ancré dans la maison de retraite d'une des 23 communes que nous couvrons. Vous imaginez bien que je ne peux pas faire une permanence sur 23 communes. Cette maison est reconnue, connue, accessible par bus. Toutes les personnes ayant un problème de type handicap moteur peuvent accéder à cet endroit. 80 professionnels de santé circulent dans cette maison. Puisque c'est une maison intercommunale, toutes les personnes des communes environnantes peuvent y accéder. Ce réseau est ouvert tous les jours de 8 H 30 à 12 H et de 14 H à 17 H, au niveau des permanences du bureau. Je suis joignable sur un téléphone portable toute la journée de 9 H du matin à 20 H, week-ends et jours fériés compris, ce qui est important.

### **Notion de Convention**

La Convention avec le Site Vie Autonome a commencé d'être écrite 2 ans après le démarrage de RESO. La pratique de terrain est entérinée par une sorte de Contrat plus moral qu'autre chose, qui permet une lisibilité et une pérennité de l'action.

S'agissant de la compétence et du travail avec le Site Vie Autonome, nous ne sommes pas habilités à faire des évaluations pour l'amélioration de l'habitat. L'équipe pluridisciplinaire que nous formons autour de chaque patient, de chaque personne âgée, par rapport à son lieu d'habitation, son médecin généraliste, ses besoins, ne relève pas de la même problématique ni de la même approche qu'une équipe ordinaire intervenant à domicile.

Même s'il faut souligner que nous avons une Convention avec un centre d'exposition permanente, bien antérieur au CLIC départemental expérimental et au Site Vie Autonome, il est aussi intéressant de voir que, dans la pratique au quotidien, les professionnels auxquels nous avons fait communication de nos missions ne se trompent jamais. Il n'y a pas de brouillages de pistes. Les médecins, les structures, les particuliers, savent que s'ils veulent de l'amélioration de l'habitat, c'est du ressort du SIVA. Si l'on veut une évaluation globale de la prise en charge de la personne âgée, c'est du ressort du CLIC.

C'est très important parce que cela donne une réactivité, et la perte de temps et d'énergie n'existe pas, ce depuis le début.

Le SIVA a 3 ans et RESO 3, 5 ans. Il n'y a donc pas de confusion. Comme l'a dit tout à fait justement Madame BONY, lorsqu'il y a une demande spécifique d'amélioration, nous sommes coordinateurs. Nous transmettons la situation non pas en donnant le nom et le prénom de la personne, mais une évaluation de la dépendance de cette personne, du contexte social et financier. Une première expertise permet donc de dire si déjà objectivement, il y a une réalité pour que ce dossier aboutisse et ne pas faire perdre du temps aux gens.

Vous savez aussi que la coordination au niveau du SIVA est une coordination de financeurs qui met un certain temps à réagir, si ce n'est encore beaucoup de temps malheureusement. Or on ne peut pas se permettre de faire attendre des gens des mois. Si leur besoin se situe simplement par exemple au niveau de barres d'appui, et qu'ils ont le financement nécessaire par leur caisse privilégiée, nous passons outre le partenariat pour que les choses avancent.

Là aussi, nous devons avoir un discours très clair par rapport à ces prestations.

### **Décloisonnement**

L'intérêt est aussi celui du decloisonnement, parce que les thématiques sont communes, notamment sur la déontologie.

Certes, un certain nombre de prises en charge diffèrent selon que l'on a 20 ans ou 80 ans. Comment aborde-t-on le handicap ? Quel type de diagnostic fait-on ? Comment se vit l'entrée en institution ? Le parcours de vie, les expériences, la pathologie même, induisent des différences.

Cependant, par rapport aux équipes, les questionnements philosophiques, religieux, d'organisation, de prise en charge de la famille, de concertation, font que l'on se retrouve sur des thématiques communes. Ce n'est pas de la dialectique mais une réalité au quotidien à assurer,

assumer et transmettre.

On doit donc se retrouver et se concerter sur ces problématiques. On doit se "percuter", s'interroger et, quelque part, se remettre en cause. La pénurie que nous vivons tous au niveau des organisations et des services fait que, dans la coordination, nous sommes obligés de nous poser des questions, notamment sur les priorités au quotidien. *Qu'est-ce qui fait que la vie va moins mal pour ces gens-là ?*

Je crois que la concertation avec des sites ayant une vision plus globale des services, chacun dans son domaine de compétence, permet d'influencer un certain nombre de fonctionnements.

Cela a été très clair au niveau départemental, notamment sur le plan médical. Contrairement à ce que nous laissons peut-être apparaître, nous avons une approche très modeste. Nous avons une pratique de terrain telle que nous savons que nous n'avons pas de baguette magique et que nous ne faisons pas de miracles. Nous sommes des améliorateurs du quotidien.

Cependant, aussi chose est le changement d'état d'esprit, ce qui a été bien formulé par Madame BONY. Sur notre territoire, en 5 ans, nous remarquons la différence dans le comportement d'un certain nombre de professionnels. Lorsque vous savez que RESO 3 est prescrit à 50 % par des libéraux, ce n'est pas rien. Sachant que nous laissons des cliniques privées faire le diagnostic gériatrique parce que la pénurie induit cela, parce que la réactivité et la crédibilité que nous avons eues permet d'avoir un dispatching de la demande, ce n'est pas rien non plus. C'est une évolution importante.

Lorsqu'un accueil de jour ouvre et que les personnes ont des difficultés à faire comprendre la différence entre un accueil de jour ou un hôpital de jour, avec de plus des financements différents, c'est le CLIC que l'on vient trouver. Simplement parce que c'est un outil valable et que la confiance installée sur le territoire fait qu'il y a une facilité pour ces structures à se faire connaître, à ouvrir leurs portes aux familles : cela montre bien le changement de mentalités et d'interactivité entre les services.

S'agissant des relations CLIC-SIVA, je crois que la question à se poser est celle du fonctionnement : c'est garder les spécificités, garder la réactivité. De par les lois de décentralisation, ne pas tout mélanger et ne pas amalgamer ou avoir peur d'un certain nombre de changements de financeurs. Faire en sorte que la passation se fasse en n'oubliant pas les missions premières qu'ont été celles des CLIC et des SIVA.

En l'occurrence, il est vrai qu'avec la DGAS, avec les Services du Ministère et la DDASS du Bas-Rhin, il y a eu une véritable connivence d'organisation. Nous avons été soutenus. Nos méthodes ont effectivement été évaluées. On nous a passé au peigne fin et l'on a vu comment on fonctionnait de façon très intensive et très récurrente. Cela a permis de se poser les bonnes questions et de créer de véritables outils.

Je ne peux pas en faire l'étalage mais on est probablement un des rares CLIC à avoir une véritable fiche de liaison, un outil statistique informatique divulgable et reproductible pour un certain nombre d'organisations. Cela a été la réflexion menée avec le Ministère sur les évaluations.

Sur le département, quasiment tous les porteurs de projet, CLIC ou ESPACE, équivalent des

CLIC pour notre Conseil Général, viennent vers nous. Cela a été vraiment une crédibilité et un moteur incroyable.

*Il serait donc dommage que par un déplacement de compétences et de financement nous perdions tout cela.*

En quelques mots, il faut savoir que RESO 3 a géré 426 dossiers sur 2003. En année nouvelle, ce sont 309 situations nouvelles de prise en charge globale et autant de demandes de renseignements ; sans compter les actions ponctuelles qui sont l'aide aux aidants avec des groupes de parole. Nous avons également mis en place des séjours temporaires thérapeutiques pour les grands grabataires à domicile et nous sommes en train de monter une organisation autour des soins palliatifs pour les personnes âgées.

Notre réseau est assez développé. Nous avons signé 25 conventions de partenariat avec des structures publiques ou privées et travaillons également avec la psychiatrie.

Par rapport à cela, je crois que nous avons répondu à nos missions. Le SIVA est probablement un de nos partenaires les plus privilégiés et surtout le plus respectueux que nous avons.

### **(Discussion)**

**Michel PAQUET :** *Décrivez-nous comment un dossier qui arrive chez vous peut-il éventuellement se voir facilité par votre connexion avec le Site pour la Vie Autonome ?*

**Cyrille BALAA :** Par l'organisation même des équipes. Prenons une situation typique. Un prescripteur de type médecin m'appelle et me dit que Madame Untel a son mari qui vient d'avoir un accident vasculaire cérébral. Il est hospitalisé. Son aidante principale est une mamie d'à peu près le même âge, mais elle-même commence à avoir des troubles cognitifs. Pour l'instant, il arrivait à tout gérer mais, de par son AVC, les choses vont changer puisqu'on sait qu'il aura une perte d'autonomie importante. Que se passe-t-il ?

S'il est hospitalisé, notamment à l'Hôpital Universitaire Haute Pierre, j'appelle le service social et je sais déjà quel va être son parcours. Nous allons prendre contact avec la famille et l'aidant en question pour savoir quelle était déjà l'organisation existante à domicile. On fait donc un état des lieux.

Tout cela doit se faire rapidement car vous savez bien que la DMS est de plus en plus restreinte à l'hôpital. Cela fait qu'en quelques jours, avec souvent l'aide de l'assistante sociale de l'hôpital, nous trouvons notamment la cure de réadaptation. La majorité de ces personnes ont en effet un potentiel de récupération à ne pas négliger. On se bat donc déjà pour avoir une cure ou un moyen séjour de réadaptation.

Nous faisons en sorte que la mamie à domicile ne se retrouve pas toute seule et que lorsque la personne rentre, on ait déjà l'évaluation de son autonomie en ayant mis en place l'auxiliaire de

vie, l'infirmière, la réadaptation, l'hôpital de jour si nécessaire, et les autres services potentiellement intéressants pour que la vie au quotidien soit gérable.

Nous savons que s'il y a besoin d'aides techniques, nous sommes déjà passés par le moyen séjour ou par le biais de la rééducation, afin de savoir si le fauteuil roulant ou les béquilles etc. sont déjà mis en place. Nous avons une première évaluation de ce qu'il faudrait éventuellement à domicile, sur ce que nous avons transmis au centre de réadaptation. Cela veut dire que je suis allée sur le lieu de vie de la personne.

Ensuite, nous voyons la pertinence de l'amélioration de l'habitat. *La personne va-t-elle rester à moyen terme avec l'aidant qui existe ?* Si cela est possible d'emblée, au vu de tous ces éléments, on oriente directement au SIVA qui, lui, a l'équipe technique nécessaire pour faire tout le travail : quoi, comment, combien cela coûte ? Mais cela vient en deuxième temps, après avoir répondu aux questions essentielles concernant le financement des aides et l'entourage sur lequel pourra compter la personne à son retour au domicile.

**Une responsable d'un service social au CHU d'Amiens :** Je trouvais intéressant le partenariat dont vous parliez avec les services sociaux hospitaliers, très important. J'attendais un peu votre évocation de ce lien. Pourriez-vous l'approfondir ainsi que le passage de relais ? Ce qui m'étonne aussi est l'aspect pluriel de votre intervention que j'admire. Comment y arrivez-vous ? Etes-vous seule au niveau du CLIC, des visites à domicile ?

**Cyrille BALAA :** : Très concrètement, nous sommes 2 à RESO. Moi-même ainsi que Selma, jeune fille permanente au niveau de l'accueil. Cette permanence est très importante car en principe, à moins qu'elle soit en formation et moi en visite, vous ne tombez plus jamais sur un répondeur. C'est la première chose.

Nous avons une existence de 5 ans et nous avons mis des outils en route. Vous imaginez bien que la montée en charge a été progressive.

Selma réceptionne toutes les demandes et assure le *reporting* au niveau des fiches de liaison. Quel que soit le coup de téléphone que l'on nous passe et quelle que soit l'action que nous passions pour une personne, il existe une fiche de liaison et tout est répertorié au quotidien. Elle n'est pas divulgable. Vous connaissez les problèmes de diffusion des fameuses fiches de liaison. Cela fera l'objet d'un groupe de travail à la rentrée.

Par rapport à ce que je lui demande, Selma s'occupe également de l'actualisation de tous les contacts. Il faut savoir que nous avons des classeurs pleins, informatique et papier, de tous les correspondants. C'est là aussi la mise en place de toute une méthodologie très importante au niveau des CLIC : savoir, quel que soit le service, qui fait quoi, comment, jusqu'où ?

Il faut dire aussi que le temps que nous prenions au début est maintenant réduit car nous connaissons nos interlocuteurs. Il n'y a plus ce problème de réactivité au bout d'un certain temps de fonctionnement.

Au niveau des visites à domicile, j'ai un territoire assez important mais sans être épuisant. Nous

avons des grosses communes mères avec une concentration de population importante et un chapelet de petites communes. C'est aussi l'intérêt d'un CLIC et d'une intercommunalité. Les petites communes qui d'habitude fonctionnent très bien avec un petit CCAS et des assistantes sociales de circonscription qui connaissent très bien leur territoire, leurs personnes âgées, les populations et l'entraide locale, ne nous appellent qu'en cas de situation complexe.

Mon périmètre de tournée demande clairement de l'énergie mais ce n'est pas impossible.

Par rapport aux visites à domicile, dans un réseau, on ne fait jamais rien tout seul. Si l'assistante sociale de circonscription ou le médecin m'appellent, je fais toujours une visite préalable à domicile pour savoir de quoi cela à l'air, qui sont les gens et les rencontrer, mais je ne suis pas porteur de tout.

Il est vrai qu'il y a des prises en charge globales, mais même dans cette prise en charge globale, je suis peut-être le moteur à un moment donné, mais je passe la main rapidement. C'est la vocation de la coordination de ne pas s'approprier la situation.

Pour le milieu hospitalier de façon générale, psychiatrie ou généraliste, il était essentiel de travailler avec les services sociaux. Il était hors de question que je travaille sans eux. Ils sont sur place pour l'évaluation. Ils voient les personnes et l'équipe médicale. Ce sont le premier référent. Avec le temps, je les appelle quand je sais qu'un de mes vieux est dans leur service et ils m'appellent parce qu'ils savent qu'en cas de retour un peu fastidieux, ils ont quelqu'un sur le terrain qui pourra prendre le relais.

Surtout, ce qui est important pour les hôpitaux et qu'ils n'avaient pas jusqu'à présent, c'est le *feed back*. Souvent, ils mettaient en place un certain plan d'aides, beaucoup de choses superbes, mais ils n'avaient pas de retour. Là, nous leur fournissons un retour d'informations.

Cela paraît du détail mais on sait pertinemment que c'est ce qui fait que l'on tient et qu'il y a ensuite une confiance dans les rapports professionnels.

## **Vers une articulation territoriale entre CLIC, SIVA et lieux ressources pour les personnes en situation de handicap**

**Michel PAQUET** : Passons tout de suite à l'intervention de madame Savry, du Conseil Général du Gard. Elle va finalement donner un contexte à ce que les représentants du CLIC Reso 3 viennent de dire avec brio. Merci beaucoup Docteur Richter et vous madame Balaa, c'était passionnant.

### **Martine SAVRY, Responsable service Accueil Information Handicap, Conseil Général du Gard**

Je vais d'abord me présenter, en disant de quelle place je parle, ce qui donnera un peu de sens à mon intervention. Je travaille au Conseil Général du Gard. Je suis responsable d'un service qui s'appelle Accueil Information Handicap, lieu ressources créé il y a environ 10 ans pour répondre aux besoins des personnes handicapées qui ne souhaitent plus faire le parcours du combattant. C'est un guichet unique ouvert à toute personne, quels que soient le handicap, l'âge, l'origine de la demande.

Ce service propose de l'accueil et de l'information, de l'orientation et du conseil. Bien évidemment, il s'est mis en place dès le départ grâce à un important réseau et des Conventions partenariales, sans quoi ce service n'existerait pas. Je pense qu'il est important de le dire par rapport aux futures Maisons du Handicap. Un seul service, une seule institution ne peut pas animer à elle seule un réseau. Il faut que l'ensemble des partenaires soient partie prenante de cette fonction, sans quoi l'on retrouve les mêmes écueils que dans les grandes institutions.

Ce service Accueil Information Handicap, s'est vu confier, il y a maintenant 3 ans, le Site pour la Vie Autonome, au vu de son expérience et de son réseau.

J'anime donc également le SIVA du Gard. Comme je suis rattachée à la Direction de la Solidarité Personnes Handicapées et Personnes Agées, au cours de l'année 2003, j'ai été chargée d'animer et de coordonner la démarche d'élaboration du schéma départemental en faveur des personnes handicapées, et sa mise en oeuvre cette année, avec notamment en ce qui me concerne aujourd'hui, le rapprochement entre les CLIC et les SIVA. Ce rapprochement entre les politiques d'action sociale en faveur des personnes handicapées et celles des personnes âgées, va bien au-delà du seul rapport CLIC-SIVA.

C'est donc le cadre de mon intervention.

Dans un premier temps, je vous ferai part d'un certain nombre de constats que nous avons établis en faveur de ce rapprochement : d'une part concernant l'évolution des situations, d'autre part, concernant les réponses.

### **Evolution des situations**

On se rend compte aujourd'hui qu'il y a effectivement des situations de handicaps et de dépendances pluriels et très diverses, mais qui nécessitent une compensation individuelle.

En effet, on peut se rendre compte aujourd'hui, qu'à handicap et âge égal le besoin de compensation sera complètement différent, en fonction des capacités personnelles de la personne, de son entourage familial, de son environnement, de son projet de vie.

On constate aussi des incohérences liées à la frontière de l'âge. On sait en effet aujourd'hui que ce n'est pas l'âge qui est le seul élément constitutif du besoin de la personne. On peut bien reconnaître que la barrière des 60 ans, barrière législative et financière, n'est plus du tout pertinente. L'ensemble de la population handicapée ou non ne se reconnaît d'ailleurs pas dans l'âge limite des 60 ans. Aujourd'hui, des personnes de 40 ans très lourdement handicapées sont aussi dépendantes que des personnes âgées.

Par ailleurs, des pathologies n'apparaissent qu'après l'âge de 60 ans. Les personnes âgées de 60 ans n'ont pas les mêmes besoins que celles de 80 ans, par exemple. Lorsque l'on sait qu'aujourd'hui l'âge d'entrée en maison de retraite est en moyenne de 84 ans, on peut se poser la question de tous les besoins de toute personne entre 60 et 80 ans.

La compensation de la perte d'autonomie ne peut donc se mesurer au seul regard de l'âge.

Des situations certes spécifiques concernent les personnes handicapées mais avec des besoins qui vont vers une certaine convergence. :

libre choix du projet de vie,

droit à la compensation des incapacités,

droit à une véritable intégration dans la vie de la cité,

surtout, l'accès à des réponses de territoire et souples.

Avoir la volonté de rapprocher ces 2 dispositifs ne veut pas dire que l'on gomme les besoins particuliers des uns et des autres, mais l'objectif est bien d'offrir une palette la plus large possible qui mutualise, à la fois ce que l'on peut offrir à des personnes handicapées et ce que l'on peut offrir à des personnes âgées, pour répondre le mieux possible à des réponses plurielles.

Il y a à ce jour des ruptures entre les prises en charge qui mettent les personnes handicapées dans des situations plus précaires qu'elles n'étaient.

Par exemple, on a beaucoup parlé du passage de l'âge adulte à l'âge de la personne âgée. On a moins parlé du passage de l'enfance à l'âge adulte. Selon les passages, les législations différentes font que les personnes handicapées se trouvent à des périodes de ruptures, périodes charnières de leur vie. Lorsqu'il y a de telles ruptures de prise en charge, cela entraîne bien souvent des précarités, des situations que l'on a mis plusieurs années à rendre autonome.

### **Les réponses apportées à ce jour**

L'élaboration du schéma départemental, que cela soit celui des personnes handicapées ou celui des personnes âgées, réalisé en même temps sur le même modèle, nous a permis de montrer que les réponses proposées sont bien évidemment en nombre insuffisant et inégalement réparties sur

les territoires.

En même temps, on s'est dit que même si on multipliait le nombre de places, on ne supprimerait pas le problème de l'accompagnement et des phénomènes comme le besoin d'alternance entre établissement et domicile. Les trajectoires de vie des personnes âgées ou des personnes handicapées ne sont pas toujours linéaires.

Il faut donc être en capacité de leur amener des réponses adaptées individualisées et accessibles pour répondre à des besoins spécifiques.

### **Réponses cloisonnées**

Concernant les réponses apportées, nous avons fait un deuxième constat. Ce sont des réponses cloisonnées en fonction de l'appartenance à un dispositif personne handicapée, personne âgée, bénéficiaire du RMI.

Nous nous rendons compte aujourd'hui, que dans les dispositifs du RMI, des personnes sont à la fois bénéficiaires du RMI et handicapées. Certaines des offres de services que nous proposons à des personnes handicapées ou à des bénéficiaires du RMI pourraient être utilisées, soit par les uns, soit par les autres, en dehors de leur appartenance à tel ou tel dispositif.

Concernant ces réponses, elles sont souvent très complexes. Pour animer depuis un certain nombre d'années le service Accueil Information Handicap, je peux vous dire que les personnes handicapées ont de plus en plus de mal à se repérer dans l'ensemble des dispositifs ; non pas parce que leur situation personnelle devient de plus en plus complexe, mais parce que les réponses institutionnelles, répondeurs vocaux et permanences téléphoniques, sont illisibles pour des usagers de droit commun, et encore plus pour des personnes en situation de handicap parfois.

### **Besoin de soutenir les aidants, familiaux ou professionnels**

On a senti à travers ce schéma, un réel besoin des familles d'être soutenues dans l'accompagnement d'une personne handicapée, mais aussi besoin des aidants, notamment des services à domicile, qui se trouvent confrontés à des prises en charge de handicaps très très lourdes qui supposent parfois des formations spécifiques. Ou bien des handicaps psychiques ou mentaux supposent là aussi un accompagnement particulier.

### **Orientations**

Cet ensemble de constats nous a amenés à fixer des grandes orientations dans le cadre de ce schéma départemental des personnes handicapées et des personnes âgées. Je vous parlerai plus particulièrement des rapprochements entre ces deux secteurs. Nous avons essayé de mener trois expérimentations en cours à ce jour.

### **Première expérimentation : ouverture d'un CLIC aux personnes handicapées**

On s'est vite aperçu que le CLIC avait certes une mission d'évaluation de proximité. Par contre le SIVA avait une mission d'expertise. Nous avons donc cherché à voir comment notre Service Accueil Information Handicap et SIVA, pouvait être territorialisé, multiplié sur les territoires.

Nous avons pensé que le CLIC était une bonne porte d'entrée pour pouvoir faire une offre sur l'ensemble du territoire. Le Gard est un département entièrement couvert par 11 CLIC. Ils ont certes des financements du Conseil Général mais les structures porteuses ne sont pas du tout des structures du Conseil Général mais des structures associatives, des établissements médicaux, des services sociaux, des Communautés de Communes sur 2 secteurs.

Nous nous sommes dit que cet ancrage territorial était nécessaire aussi bien pour le guichet unique Accueil Information Handicap que pour la mission Site pour la Vie Autonome. L'idée est venue d'une expérimentation sur un CLIC pour 2004, avant de la généraliser à l'ensemble du territoire.

Concrètement, lorsque au cours d'une évaluation dans le cadre de l'attribution de l'APA ou des concertations des CLICS, une personne âgée apparaît comme ayant besoin d'une compensation fonctionnelle de son incapacité, l'équipe du CLIC fait une fiche de liaison au Site pour la Vie Autonome qui vient conforter la demande de l'utilisateur, qu'il s'agisse d'une aide technique, d'un aménagement de logement, d'un aménagement du véhicule, d'une aide animalière, d'une aide qui puisse permettre cette compensation.

Sur le Département du Gard, la DDASS avait voulu que cela soit l'utilisateur, la personne qui sollicite le Site. Elle envoie donc un courrier au SIVA, idem dans le cas du CLIC. La personne âgée adresse sa demande au SIVA du Gard, demande doublée d'une fiche de liaison du CLIC qui met à disposition du SIVA l'évaluation qui a pu être faite ou tous les éléments qui ont pu être fournis. Le CLIC demande au Site pour la Vie Autonome de poursuivre l'évaluation et la préconisation du plan d'aide ainsi que la recherche des financements et le suivi de mise en oeuvre de l'aménagement du logement ou de l'aide technique. Les Equipes Labélisées vont en effet jusqu'au suivi de la mise en place de l'aménagement ou de l'aide technique.

Le double avantage de ce fonctionnement est que les personnes âgées qui écrivaient au Site pour la Vie Autonome écrivaient une lettre très vague disant avoir 90 ans, avoir besoin d'aménager leur logement, ne pouvant plus monter les escaliers. Au vu d'un tel courrier, il était extrêmement difficile de saisir une Equipe Technique Labélisée. Il faut quand même savoir que dans le Gard, on finance les Equipes Techniques Labélisées à l'évaluation.

Nous nous sommes aussi rendus compte que certaines évaluations ou certains financements d'aides techniques arrivaient à financer des équipements relativement onéreux que les personnes âgées n'utilisaient pas forcément. Nous voulions essayer de mutualiser la compétence qu'ont les CLIC en matière de gérontologie et de besoins des personnes âgées, avec les compétences à ce jour des Equipes Techniques Labélisées en matière de handicap. Il s'agit de tous les types de handicaps. Nous avons beaucoup parlé du handicap moteur qui est le principal, mais il y a aussi tous les handicaps sensoriels. Je pense que les Equipes Techniques Labélisées ont des compétences spécifiques très importantes, que n'ont pas forcément les CLIC.

Nous étions bien dans la mutualisation de ces compétences qui nous a amenés à ce jour à mener cette expérimentation qui commence. Elle porte effectivement sur le partenariat CLIC/SIVA mais pas uniquement. Ce partenariat passe sur une mise en place dans chaque territoire, d'un réseau d'informations de proximité. Il porte également sur la coordination des interventions et des intervenants sur chacun des territoires. C'est la seule possibilité pour permettre d'apporter des

solutions les plus souples et adaptées possibles aux besoins des personnes, quel que soit leur âge.

Une maison de retraite ne pourrait-elle pas accueillir des personnes handicapées en milieu rural, pour de l'accueil temporaire ou de l'accueil séquentiel, plutôt que de créer un établissement spécialisé pour une personne âgée dans le fond des Cévennes par exemple ?

Nous associons tous les secteurs, enfance, adultes, personnes âgées, dans tous les champs sanitaire, médico-social, social. Cette expérience doit donc aussi fédérer les circonscriptions de l'action sociale.

### **Deuxième expérience : rapprochement entre les établissements pour personnes handicapées et les établissements pour personnes âgées, maison de retraite, à travers la problématique des personnes handicapées vieillissantes**

A 60 ans, les personnes handicapées vieillissantes toujours en établissement perdent non seulement leur travail ou leur occupation, mais aussi leur logement et se retrouvent encore plus déracinées.

Cette expérimentation a donc pour vocation de trouver à proximité du lieu de vie, de la résidence qu'est l'établissement de la personne handicapée, des maisons de retraite ou des structures alternatives qui vont permettre le passage progressif. Il y aura certes un accompagnement de l'établissement d'origine vers l'établissement de prise en charge de la personne handicapée âgée. C'est aussi la mise en place de toute une animation car une personne de 60 ans qui arrive dans une maison de retraite n'y a pas toujours sa place.

J'ai oublié de vous parler d'un troisième axe que l'on veut aussi mettre en place.

### **Rapprochement des politiques personnes handicapées/personnes âgées dans le cadre de l'accès et du maintien au logement, du transport et de l'aide humaine.**

Nous sommes en train de mener des actions sur les territoires, études, évaluations, pour mettre en place, en tant que politique départementale, des actions aussi bien en faveur des personnes handicapées que des personnes âgées.

Il y a là aussi le niveau départemental et celui du territoire. Nous sommes en train de faire une évaluation sur les besoins de transports mandatés sur le bassin du Gard rhodanien. L'évaluation est bien spécifique à ce bassin un peu enclavé sans lignes de transport transversales. Nous faisons cette évaluation pour toutes les personnes en situation de handicap et cela va bien plus loin que le handicap. Une personne qui aujourd'hui est à mobilité réduite suite à un accident ou à une maladie, ou même une maman avec la poussette, nous invitent à élargir ce concept de situations de handicap ou de compensation.

### **(Discussion)**

**Michel PAQUET :** Vous êtes restée assez discrète sur vos difficultés à implanter des lieux ressources territorialisés. En considérant que le SIVA et le CLIC sont des lieux géographiques identifiés, peut-on dire que votre politique de lieux ressources va, pardonnez-moi, "déconcentrer" le SIVA et le CLIC ?

**Martine SAVRY :** Pour nous, la problématique du départ était de décentraliser le service Accueil Information Handicap-SIVA. Cela n'avait en effet pas d'intérêt ni de pertinence qu'un service d'information reste centralisé sur un département. Cela ne veut pas dire que ce service va disparaître. Nous sommes lieu ressources à la fois pour l'usager et les professionnels. Je crois qu'il est donc utile d'avoir un fond documentaire. Nous animons également sur des thèmes, en intervenant dans des formations d'auxiliaire de vie sociale, d'infirmière. Nous sommes amenés à intervenir dans des associations, des établissements, car nous faisons aussi de l'information collective.

C'est donc complémentaire. Je pense que l'on a besoin d'un service centralisé qui gère cette information et cette coordination. C'est un gros travail d'avoir une information à jour et pertinente. C'est vraiment un véritable défi et un peu utopique car malgré les deux personnes affectées, ce qui fait un temps plein, cette information n'est parfois pas encore à jour. Je crois que l'on renonce à avoir cette utopie-là, même si l'on y tend. Ce fond documentaire est vivant et il s'alimente des besoins des gens sur les territoires. De plus en plus, on essaie de mettre en place des outils d'information qui ne soient pas pour les départements mais pour les territoires. Des acteurs ou des personnes qui veulent savoir quelles sont les associations qui vont proposer des loisirs, du transport, etc.

Ce sont des informations sur des territoires. Cela va être une décentralisation de l'activité mais ces activités ne se superposeront pas. Elles seront complémentaires.

**Michel PAQUET :** Je voudrais poser une question à Monsieur BOURELY. Le Rapport AIDA, dont on a parlé et qui travaille sur la répartition des aides à l'habitat entre CLIC et SIVA, a-t-il abouti à des réponses que l'on pourrait opposer à ce que vient de dire Madame SAVRY ? Le connaît-on déjà ? Va-il être diffusé ?

**Jean-Pierre BOURELY :** Ce rapport sera diffusé mais il n'est pas encore totalement finalisé ni publié. Pour répondre plus largement à votre question et sur la base des dires de Martine SAVRY, l'articulation CLIC/ SIVA se pose de la manière suivante.

Au travers des SIVA, nous avons 3 versants :

- élément facilitateur du guichet unique,
- évaluation, expertise : même si elle a vocation à se limiter aux champs couverts par le SIVA — aides techniques et aménagement du logement— on sait qu'elle peut être étendue aux aides humaines car le référentiel fonctionnel annexé à la Circulaire du 19 juin 2001 intègre dans les items les aides humaines. Le spectre est donc assez large,
- financement complémentaire extralégal des éléments de la compensation.

Les CLIC n'offrent pas le financement mais sont un lieu de proximité qui constitue autant de points d'entrée dans le processus de compensation. Quand je parlais de guichets uniques multicentriques, les CLIC constituent un élément de proximité tout à fait précieux pour être une porte d'entrée du dispositif.

Il aurait été intéressant de voir comment dans le Gard, concrètement, cette question des aides techniques était prise en compte au-delà des financements de Droit Commun. Je pense à la liste des produits et prestations de santé remboursables par la Sécurité Sociale. Cette liste inclut des aides techniques qui bénéficient de manière indifférenciée à des plus ou moins de 60 ans. Là n'est pas le problème.

On voit bien dans l'articulation CLIC-SIVA, ce que peuvent constituer les SVA pour les personnes de plus de 60 ans : évaluation globale et financements complémentaires. Les CLIC se situent à mon avis en amont et en aval :

- en amont, en terme de lieu de proximité et d'entrée,

- en aval, là où se termine grosso modo la compétence des Equipes Techniques d'Evaluation Labellisées, qui évaluent les besoins, préconisent ce plan d'aide individualisée et doivent vérifier la façon dont la personne réceptionne en quelque sorte cet aménagement du logement.

Mais en aval, on voit bien que le fait que le CLIC organise la coordination, la complémentarité pour éviter les situations de rupture de l'offre de soins et de l'offre de services, est un élément précieux pour les personnes.

Des articulations fonctionnelles sont à conforter sans qu'il y ait totale superposition. Il n'y a pas de superposition entre ces dispositifs. C'est un faux nez. Il y a complémentarité parce qu'il y a des fonctions spécifiques, chacune pouvant, en s'appuyant sur l'autre, optimiser l'ensemble des réponses apportées.

**Martine SAVRY :** Effectivement, nous ne faisons pas que de l'évaluation d'aménagement du logement. Les ETEL font des évaluations globales des situations, y compris l'évaluation de l'aide humaine.

Si le financement ne rentre pas dans le cadre du SIVA chez nous, nous avons quand même des caisses pivot qui mutualisent les financements CPAM, DDASS et Conseil Général. On donne un seul financement à la personne qui ne sait pas la répartition de la somme. En même temps, ces financeurs se sont engagés dans une coordination de leur intervention financière sur les aides humaines, concernant notamment les personnes lourdement handicapées. A la même Commission des Financeurs mais pas en même temps, les 3 financeurs autour de la table évaluent le financement qu'ils vont pouvoir apporter à des situations d'aides humaines ayant été repérées dans le cadre des ETEL.

Mais l'EDEL n'a pas forcément une vocation à être territoriale. Elle a une compétence spécifique. Je vois la richesse des ETEL parce qu'elles ont des compétences en fonction de chacun des types de handicap et des âges de la vie. C'est très important et il n'est pas obligé que cela soit sur les

territoires.

Par contre, la première évaluation et la base d'une évaluation commune peuvent être sur les territoires car elles sont communes à tout le monde.

Ensuite, l'aménagement du logement d'une personne malvoyante est extrêmement spécifique et seuls les professionnels qui ont cette compétence pourront venir compléter l'évaluation qui peut être globale et de territoire.

C'est la manière dont je vois la complémentarité entre les deux.

**Collaboratrice de Annick BONY à la DGAS au bureau des personnes âgées pour les CLIC :**  
Je voudrais vous apporter quelques précisions, compléter ce qu'a dit Jean-Pierre BOURELY par rapport à l'étude AIDA.

Cette étude comporte 3 volets :

étude qui a porté sur 3 départements dont celui du CLIC RESO 3. Voir comment était traitée cette question de l'habitat par un CLIC et un SIVA. Ce volet est achevé,

guide des bonnes pratiques,

outil, guide d'évaluation de l'habitat à destination des CLIC et des SIVA.

L'ensemble de cette étude est cofinancé par la DGAS et la Direction Générale de l'Urbanisme de l'Habitat et de la Construction du Ministère de l'Équipement, par la CNAV.

Le premier volet est achevé, le deuxième est presque achevé, le troisième est en cours d'élaboration. Le premier volet a été présenté au comité de pilotage national en décembre 2003. Nous avons attendu que l'ensemble soit fini pour publier ces études. Cela constituait en effet justement un ensemble. Mais je pense que l'on ne va pas attendre car on nous réclame ces résultats à juste titre. Nous diffuserons les résultats en commençant déjà par les 6 départements qui ont fait l'objet du premier volet. Nous diffuserons ces études au fur et à mesure qu'elles seront complètement achevées.

Nous projetons d'organiser avec nos partenaires, une journée technique sur l'habitat destinée aux CLIC et aux SIVA, avec une restitution d'abord aux 6 départements qui ont fait l'objet de cette évaluation, de l'ensemble de ces travaux. Je ne peux pas encore vous donner la date car c'est une organisation partenariale et c'est toujours un peu compliqué. Nous espérons que cela pourra se faire avant la fin de l'année.

**Cadre supérieur de santé dans un établissement de rééducation fonctionnelle de 180 lits dans le Var :** Nous sommes confrontés à un problème qui vient un peu du PMSI cher au cœur de tous les acteurs de la rééducation. Dès qu'un patient est sorti de l'établissement, ce que l'on peut

faire pour lui, on le fait pour la gloire, du travail qui part en fumée sur le plan de la comptabilisation. Comme tout le monde, nous sommes confrontés à la pénurie.

Tout le monde a insisté sur l'efficacité de la complémentarité. Les évaluations faites par les ergothérapeutes sont autant que possible transmises de la façon la plus efficace avant la sortie des patients, mais il est évident qu'au retour à domicile, nous sommes parfois sollicités par des collègues travaillant dans d'autres domaines. Nous sommes donc confrontés au problème de travailler pour rien ou de laisser tomber le patient, ce que personne ne souhaite évidemment.

**Cyrille BALAA :** De façon pratique sur le Bas-Rhin, il est vrai que si les évaluations viennent d'un centre de réadaptation, le Site Vie Autonome a conventionné avec les équipes. Des équipes compétentes sont décentralisées. Si c'est au centre de cure Untel, c'est l'équipe du centre de cure Untel qui sera lieu d'évaluation. Son évaluation sera prise en compte. Dans le Bas-Rhin, nous n'avons pas un quota d'ergothérapeutes suffisant pour qu'une seule équipe circule partout.

**Martine SAVRY :** Le problème que vous posez n'est pas uniquement le problème de l'évaluation qui peut être faite dans l'établissement, en tout cas celle de l'aide technique. Le problème qui se pose ensuite est l'évaluation du logement et l'accompagnement et le retour à domicile. C'est une autre question. Il est évident que l'évaluation technique peut être faite par un centre de rééducation sans souci. Le relais peut être pris par une ETEL qui peut préconiser d'autres aménagements de logement, de l'aide humaine, pour faciliter le retour à domicile. Dans notre département, nous ne refaisons pas votre travail. nous prenons votre travail.

**Jean-Pierre BOURELY :** Je vais peut-être vous apporter quelques précisions. Sur les ETEL, on a l'exemple du Gard qui est un bon exemple ou un contre-exemple. C'est en tout cas un exemple intéressant puisqu'il y a une tarification à la prestation évaluation. Une tarification confortable et significative de 473 € Dans la majorité des SIVA, l'évaluation est gratuite. C'est-à-dire que sauf exception, elle ne bénéficie pas d'une tarification spécifique. Le choix est donc fait dans cette phase transitoire en se projetant au-delà de la loi. Des départements ont labellisé, condition *sine qua non*, 20, 26 ETEL.

Autrement dit, ce choix du nombre sans rogner sur la qualité de l'expertise est fondé par un simple constat. Chaque ETEL évalue les besoins de ses propres ressortissants. Vous êtes dans un centre de rééducation fonctionnel. Le projet d'établissement est bien l'ouverture vers le domicile comme partie intégrante. Avec un coût de fonctionnement inclus dans le budget de l'établissement, l'équipe évalue les besoins de la personne.

Bien sûr, si en plus du fonctionnement normal, il s'agit d'accueillir des demandes extérieures et donc des temps spécifiques :

soit l'établissement a des marges, fait avec et permet à l'équipe de fonctionner. Les personnes employées sont mensualisées et ce n'est pas là le problème,

soit, cela pose un problème vu le volume de demandes d'évaluation. Il faut donc négocier avec la DDASS qui reçoit les crédits pour faire fonctionner le dispositif, pour voir comment dans cette phase transitoire, financer la prestation d'évaluation.

Je disais que ce n'était peut-être pas un épiphénomène mais une histoire qui allait prendre un coup

de vieux. Demain avec la loi, vous avez noté que les équipes seront toujours pluridisciplinaires mais seront intégrées, salariées, dépendantes sur le plan financier, fonctionnel, administratif, de la Maison Départementale des Personnes Handicapées. Ce choix a été fait comme gage de l'objectivité de cette évaluation, de son indépendance en tout cas.

Dans cette phase transitoire actuelle, on voit quand même des éléments un peu schizophrènes où l'équipe évalue les besoins, et où la même association gère aussi la même prestation, qu'il s'agisse du logement en terme de maîtrise d'œuvre ou de l'accompagnement.

Il est important de dire un mot sur cet enjeu. Le fait générateur de tout cela est l'évaluation. La question et l'enjeu sont les outils d'évaluation :

- grille AGGIR pour les personnes âgées,
- guide barème dans le champ du handicap,
- pour les SIVA, pour couvrir les champs couverts par ces dispositifs, référentiel annexé à une circulaire dont l'évaluation et les différentes réunions avec les chargés de mission ont montré qu'il n'était pas tout à fait adapté, même peut-être une douce litote.

Il y a donc un enjeu de construction d'un outil *ad hoc*, nouveau, pour permettre de sortir à la fois de la logique de taux car dans la loi, nous sortons de cette logique s'agissant de la prestation de compensation. Il faut aussi objectiver le besoin.

C'est devant nous comme projet en construction. Il est vrai que se poseront aussi très vite la spécificité de chacun des besoins de chaque public et le rapprochement avec comme objectif d'essayer d'élaborer des outils d'évaluation communs. Annick BONY pourrait parler du Conseil Scientifique dans le cadre de la loi APA.

**Cyrille BALAA :** L'histoire de l'évaluation est toujours quelque chose d'assez critique pour nous tous. Excusez-moi Monsieur BOURELY, la grille AGIR est une photographie de la dépendance de la personne, un point c'est tout. En fonction d'un certain nombre de contextes (ressources locales et de la famille, état d'esprit de la personne, avancée de la pathologie), ce n'est pas un guide méthode mais simplement une photographie du moment donné dans lequel se trouve la personne au niveau de sa pathologie. Nous disons toujours que nous sommes dans de l'humain, ce qui fait toujours sourire les services.

*Qu'est-ce qui fait qu'il y a une efficacité et une crédibilité dans les dispositifs et dans les actions mises autour et pour la personne, avec elle quand c'est encore possible ?* La difficulté est celle-là. Ce qui me préoccupe souvent lorsqu'on me parle d'évaluation sont les véritables critères d'évaluation, pour savoir si une équipe fonctionne ou rend le service nécessaire à la personne.

**Michel PAQUET :** Nous sommes tous d'accord sur le fait qu'une grille d'évaluation comme le modèle AGGIR est une grille comptable, pour ainsi dire. Aujourd'hui, il y a un grand débat de fond sur une évaluation médico-sociale transversale. J'attends beaucoup de Madame BONY qu'elle prenne position sur ce point. On est en effet un peu distancié dans l'information, il faut vous le dire. *Où en est cet important dossier sur l'évaluation médico-sociale transversale, dont on devait voir les premières traductions concrètes cette année ?*

**Annick BONY** : Je peux vous donner des éléments qui ont bougé à la suite de la canicule de triste mémoire. La Loi APA prévoyait effectivement la mise en place d'un Comité Scientifique pour faire évoluer la grille AGGIR dont il était admis qu'elle prenait mal en compte, en particulier, les déficits sensoriels et les états démentiels. Le Conseil Scientifique a été constitué, confié au Docteur Alain COLVEZ, lequel a scrupuleusement rendu aux Présidents des 2 chambres, Assemblée Nationale et Sénat, comme la loi prévoyait, les conclusions de son rapport.

Ce rapport était toutefois focalisé sur un aspect seulement de la mission : évaluation de la grille AGIR sans aller au-delà des modalités éventuelles de son évolution. Cela impliquait sans doute une autre expertise, une étude épidémiologique, de reproductibilité d'un département à l'autre, bandeau sur le nez, pour savoir si on arrivait bien au même codage sur une utilisation objective de l'outil, etc.

La mission de faire évoluer pour les faire converger les outils de compensation du handicap et de la perte d'autonomie, à l'impossible nul n'est tenu. Vous avez vu que l'article de la loi était très volontariste. Il laissait à ce Comité Scientifique un délai incompatible avec la science. Il faut un minimum de temps pour évoluer.

Par conséquent, le Comité Scientifique a rendu un élément qui intéressait directement dans le cadre de l'APA. J'insiste bien sur ce point. Le rapport du Comité Scientifique est totalement dans ce cadre-là. Il ne traite pas du reste et sa conclusion est que la grille AGIR, qui a l'avantage d'être un outil national quasiment accepté par tous, doit être retenue comme outil d'éligibilité à l'APA, moyennant un certain nombre d'ajustements par rapport à sa reproductibilité et à sa sensibilité à un certain nombre de handicaps. Mais la grille AGIR n'est pas l'outil principal de l'évaluation et de la mise en place d'un plan d'aide qui exige une évaluation multidimensionnelle.

Nous faisons nôtre cette recommandation du Comité Scientifique. Le rapport a été rendu à temps, en mars 2003. On lui avait laissé un an, jusqu'à janvier 2003 et il est tombé le 21 mars 2003. On est dans le cadre.

Mais souvenez-vous d'un problème avec l'APA, relayé dans les recommandations et conclusions du Comité Scientifique : c'est quand même d'aller voir s'il n'est pas temps de cerner mieux le GIR 4 pour savoir ce que l'on prend et ce qu'on laisse au niveau de l'APA. *Fugate tempus* et, en août ou septembre, ces sujets ne sont évidemment plus de saison.

Pour une fois, je ne me plaignais pas trop du gel des crédits. Nous avons eu de la chance. On ne pouvait pas financer cette étude et ils attendraient un peu. Nous sommes maintenant dans une logique où la CNSA reprend les attributions du FFAPA et se voit confier un certain nombre de missions, notamment au travers d'un comité scientifique, de se prononcer sur les études scientifiques tendant à harmoniser les outils d'évaluation de compensation du handicap, quel que soit l'âge.

Il y a là un chantier. Aussi bien, nous sommes en train de regarder ce que pourrait être le cahier des charges de deux études :

- une étude, encore une fois, pour stabiliser totalement la grille AGGIR comme outil d'éligibilité à l'APA et verrouiller sa reproductibilité. Quand elle est utilisée correctement, on doit forcément tomber sur les mêmes résultats, que l'on soit au-delà ou en deçà des Pyrénées ou de la Loire.

- une deuxième étude plus ambitieuse, où il faut absolument que l'on se rapproche du champ du handicap du CNTRHI de façon à dégager les termes d'un cahier des charges visant à l'harmonisation, à partir d'un échange critique sur l'existant.

Vais-je dire qu'à toute chose malheur est bon ? En tout état de cause, si les moyens sont indispensables, l'outil commun est évidemment un puissant levier de la convergence, nous sommes bien d'accord. Par ces temps de disette budgétaire, là où l'on n'a pas toujours les moyens de financer les études, je me dis que, eu égard à ce que dans leur grande sagesse les Parlementaires ont décidé de fixer comme missions à la CNSA, l'argent utile à la conduite de ces travaux devrait se trouver. Il faudra vraiment en passer par là pour voir effectivement le secteur du handicap et celui de la gérontologie travailler ensemble.

## **Éléments de décloisonnement de la prise en charge des personnes en situation de handicap : une conclusion provisoire**

**Michel PAQUET :** Avant d'entrer dans un débat avec la salle, nous allons laisser la parole à Geneviève LAROQUE, qui va se transformer en Grand Témoin pour nous donner son impression sur le moment que traverse le médico-social et sur ce qui vient d'être dit ici.

### **Geneviève Laroque, Présidente de la Fondation Nationale de Gérontologie**

Je ne sais pas si je vais parler de ce dont on a parlé aujourd'hui. Je ne suis pas compétente et je n'ai pas suivi au millimètre l'évolution des CLIC ni celle des SIVA. J'avais envie de monter plus haut et peut-être de descendre plus bas.

On essaye de résoudre à la fois toute une série de problèmes et je suis un peu affligée de la manière dont travaille notamment le Parlement, qui dans certains cas va trop vite et trop lentement dans d'autres.

Le problème qui nous obsède tous est financier.

*Qui paye quoi ? Qu'est-ce que l'on paye ? Quels vont être les périmètres de compétences et de financement ?*

De ce que j'ai pu lire sur le sujet, ce n'est pas clair, entre ce qui relèvera du handicap et ce qui relèvera de la maladie. Ce n'est pas clair dans ce qui relève de la vieillesse dépendante et de ce qui relève de la maladie. On dit la vieillesse dépendante. Je ne comprends pas et cela ne fait jamais que 30 ans que je travaille dessus ; donc je comprends de moins en moins.

On a un problème de réglementation ou de législation, avec des barrières statutaires autant que des barrières d'âge. N'oublions pas en effet que pour une infirmité identique, je peux relever d'un accident de travail, d'un régime d'invalidité, d'un régime de handicap, ou d'un régime de dépendance des personnes âgées.

Le tout doit pouvoir se combiner le cas échéant avec des indemnités venant de compagnies d'assurance, si j'ai pu mettre un tiers en cause en raison de l'origine de mon infirmité compensable. Nous nous excitons beaucoup et moi la première, sur les barrières d'âge. En regardant le contenu de mon ordinateur, je me suis aperçue que j'avais commencé à pousser des hurlements entre les problématiques personnes âgées et celles du handicap, en 1990. Je suis probablement en retard sur certains, d'autres ayant déjà dû en parler avant.

Je pense que l'abord individualisé dépend évidemment beaucoup de l'état de la personne, de l'étiologie de ses infirmités, de l'âge du sujet, de son histoire, de son environnement matériel, de son environnement affectif, de son environnement culturel.

Cela n'est pas tout à fait par hasard si l'on constate, par exemple, que la maladie d'Alzheimer qui a l'air de frapper tout le monde, frappe apparemment un tout petit peu moins les gens ayant eu une activité intellectuelle intense depuis leur adolescence ! Donc un environnement culturel beaucoup plus favorable que celui d'autres personnes, d'autres groupes sociaux.

Tout ceci est évidemment tout à fait important, mais il n'empêche qu'actuellement, c'est traité, si j'ose dire, du point de vue administratif et financier

- à partir des barrières d'âge enfant-adulte / adulte-personne âgée,

- à partir des barrières statutaires : travail ou non avant, arrêt de travail, dispense de travail car retraité après une carrière complète, etc.

Nous avons donc des quantités de systèmes de séparation non encore réglés.

Nous avons des problèmes d'organisation physique et d'organisation fonctionnelle, notamment des SIVA et des CLIC, mais d'autres structures aussi. Je vous ai beaucoup entendu parler de lieux. J'ai eu du mal à comprendre quand vous me parliez de lieux en terme de système d'organisation et de lieux en terme d'organisations géotopographiques.

Le même lieu peut-il être un lieu décentralisé avec une organisation dépendant d'une structure cohérente mais déclinée dans plusieurs endroits ? Est-ce un lieu ayant à la fois la compétence de la structure ou de la localisation physique ?

Cette notion de lieu rejoint quelque part la notion de guichet unique. Elle n'est pas toujours facile. Le guichet unique est peut-être un système unique. De même que les uns et les autres nous ne sommes pas encore très au clair —et ce n'est pas du tout spécial vieux ou spécial handicap— sur ce qui correspond à un contact direct : je te vois avec ou sans hygiaphone, qui a une fonction liaison et séparation importante, ou je te vois par un téléphone ou par internet. Actuellement nous utilisons les 3 et, par-dessus le marché, la bonne vieille poste. Qu'est-ce qui est le plus pratique, le plus utilisé ?

Madame BONY marquait une certaine fierté, avec raison, lorsqu'elle disait que le site sur les CLIC est un des sites informatiques le plus visité du Ministère. Cela veut dire que l'information est en train de passer par là et que c'est un des guichets par lesquels on peut recevoir de l'information.

Nous avons toute la problématique de la réponse aux besoins individuels ranimée par la querelle ou la discussion sur les outils. Avant l'invention d'AGGIR, même au moment où l'on travaillait sur le guide-barème, il y a une douzaine d'années sinon plus, j'étais toujours très effrayée en me disant que nous cherchons toujours à avoir un outil. On est en train de chercher le couteau suisse du handicap. Je suis désolée, il n'y a pas de couteau suisse du handicap.

Avant-hier, je recevais le dossier d'évaluation d'une personne de quarante et quelques années, présentement dans un foyer d'accueil médicalisé, dont on se demandait ce qu'elle allait devenir. C'était un rapport à la fois médical, social, psychologique, fonctionnel, ergothérapeutique, sur la personne en question, pour essayer d'évaluer son devenir, dans l'institution où elle se trouve ou en sortant.

Je pense que les rédacteurs de ce dossier se sont servis de plusieurs outils formalisant les questions qu'ils se posaient, à partir desquelles ils ont rédigé leur rapport. Mais il est bien évident que ce rapport est à la fois multifonctionnel, multidisciplinaire. Il a été fait par des gens appartenant à des fonctions différentes, à des métiers différents. C'est la synthèse de ces divers

outils qui peut servir à évaluer le projet qui sera proposé à cette personne en situation de handicap.

Nous avons la même problématique si j'ai une personne en situation de handicap de 6 mois, de 6 ans, de 60 ans, ou de 95 ans. Ce rêve dont je n'ose dire s'il est technocratique, mais une espèce de rêve bizarre de l'outil miraculeux, de couteau suisse d'évaluation, me paraît d'autant plus dangereux que depuis la grille AGGIR, on a appris à mettre en forme de logiciel un certain nombre d'outils d'évaluation. Cela me paraît quand même un peu réducteur. Il faudra que l'on fasse très très attention, quel que soit l'âge de la personne en cause, pour ne pas être complètement ficelé par ces instruments qui ne sont que des facilitateurs.

J'ai compris que RESO 3 était un réseau qui concernait le troisième âge. J'espère que non. Information, coordination et prévention ? Oui d'accord !

Je crois que cette pluridimensionnalité —si je peux oser un barbarisme pareil— est quelque chose de tout à fait important si nous voulons avancer. Mais finalement, dans toute la problématique qui nous intéresse, ce qui est le plus compliqué et le plus difficile à faire bouger ce sont les attitudes et les habitudes.

Il y a quelques mois, lorsque Monsieur JAMET et Monsieur BRILLET ont entendu un petit groupe de travail qui militait pour que soient fusionnées les réglementations relatives au handicap et aux personnes âgées dépendantes, ils ont répondu à leurs interlocuteurs qu'ils avaient entendu —et c'est vrai, je l'ai entendu moi-même— que les associations de personnes handicapées étaient très très réticentes à absorber la problématique de la vieillesse, et que de leur côté, il semblait que les personnes âgées étaient très réticentes à absorber la problématique du handicap.

Moyennant quoi, le fait d'avoir 2 corps de réglementation depuis fort longtemps, comme on avait 2 bureaux regroupés pendant des années dans la même sous-direction de la même direction, mais qui communiquaient presque moins qu'ils ne communiquent depuis qu'ils appartiennent à 2 sous-directions différentes de la même direction, relève des mystères des administrations françaises.

Cette problématique bien posée par les représentants des personnes handicapées et par ceux représentant peut-être les personnes âgées, n'était pas une problématique idiote, dans la mesure où il ne s'agit absolument pas de personnes âgées. Les personnes âgées n'en n'ont rien à faire ! Ce sont des citoyens comme les autres qui comme besoins spécifiques ont probablement la problématique des retraites, encore que cela soit plus un problème d'emploi qu'un problème de retraites.

En dehors de cela, comme n'importe quel groupe distinct ou non, ils auront des problèmes de culture, de logement, de transports, de formation, de distractions, de tout ce qu'on veut.

Les personnes âgées dont il est question à propos de l'APA, de l'hébergement, de services d'aide et de soins à domicile, sont celles en situation de handicap. Nous sommes donc bien devant des personnes en situation de handicap durable. Si l'on se contentait de parler de personnes en situation de handicap, on serait dans une situation totalement inextricable parce que les uns et les autres, nous pouvons tous être en situation de handicap momentanée : on s'est tordu le pied, on est enceinte, on relève de maladie, on a un bébé dans les bras ou on sort de Carrefour avec un gros caddie. Cela dure une demi-heure, 9 mois ou 2 ans, mais ce ne sont pas des situations durables.

Les situations qui nous préoccupent et qui préoccupent les administrations, les politiques, les financeurs, et les professionnels de tout poil, sont les situations de handicap durable. Mais quels que soient leur origine, l'âge des personnes frappées, l'organisation des prises en charge, des accompagnements, des compensations..., nous sommes effectivement dans une problématique de droit à compensation dont je rappellerai quand même qu'il n'est pas nouveau. L'ACTP et la majoration de tierce personne ainsi que l'APA avec son nom complètement farfelu, ne sont pas autre chose que des préfigurations d'une compensation du handicap. On la retrouve également dans certains soins pris en charge par l'Assurance Maladie ainsi que dans le TIPS qui porte un autre nom maintenant, tout comme dans des quantités de dispositifs.

L'intérêt actuel est que l'on est en train de prendre le problème dans son ensemble et que l'on n'avait peut-être jamais aussi bien essayé de le faire. C'est parce que l'on s'y essaye que tout ce qui touche à l'information est absolument fondamental. Avant même le travail d'expertise, le travail d'information, aussi bien pour les SIVA que les CLIC, est un travail tout à fait essentiel. C'est pour cela que je le mets avant l'expertise, avant la proposition ou l'organisation.

Ce travail d'information bien fait et bien argumenté sur une expertise permettra en effet à la personne en situation de handicap —ou aux personnes qui s'en occupent lorsqu'elle n'est pas capable elle-même d'apprécier ce qu'on va lui proposer— d'exercer sa liberté et donc de rester un citoyen.

## **(Discussion)**

**Michel PAQUET :** Votre hauteur nous permet de voir un peu plus loin, madame Laroque. Un point m'a un peu surpris. Vous parlez de "couteau suisse du handicap", en pensant que des gens sont en train de sauter en l'air en cherchant à aboutir à un outil commun d'évaluation. Ce n'est pas exactement cela. Des gens voudraient qu'il y ait en ce moment une sorte de protocole commun et qu'on laisse ensuite au choix des professionnels le souci de tirer tel ou tel outil d'évaluation.

**Geneviève LAROQUE :** Je crois que l'on a confondu outil, méthode, technique, grille et barème. Si l'on cherche une méthode, il faut la formaliser ; autrement, n'importe qui fera n'importe quoi. On n'aura plus de cohérence ni de possibilités d'appréciation à peu près communes. C'est tout à fait important.

Ma situation est exceptionnelle, ta situation est exceptionnelle, mais nos deux situations doivent pouvoir être évaluées de la même façon pour que la réponse puisse être cohérente. La réponse sera évidemment personnelle mais dans le cadre d'ouverture de droits qui doivent être organisés. Autrement, on arrive à une espèce de discrétionnaire redoutable. Nous avons d'ailleurs été très très embarrassés sur cela pendant longtemps. C'est pour cela que depuis des années, on cherche l'outil idéal. Ce n'est pas du caprice mais on veut essayer de combiner l'adaptation à la personne et le respect d'une cohérence, d'une égalité.

## **(Débat conclusif avec la salle)**

**Michel PAQUET :** Le temps passe, je propose que nous concluions par un court débat.

**Un coordinateur du Dispositif pour la Vie Autonome en Deux-Sèvres :** Vis-à-vis des relations SIVA-CLIC, j'ai dû mal comprendre les projectifs ou mal lu les documents, j'ai cru comprendre, en tout cas, qu'un CLIC de niveau III était une structure qui pouvait proposer une évaluation pluridisciplinaire de la situation d'une personne, pour, à partir de là, pouvoir développer un plan d'aide et aider à sa mise en oeuvre.

Dans 2 exemples, j'entends que les CLIC ne travaillent que sur une partie du plan d'aide puisqu'ils font appel aux SIVA pour l'autre partie. J'ai du mal à retrouver la globalité de l'évaluation et celle de la prise en charge dans cette approche.

Dans mon modèle que nous n'appliquons pas chez nous faute de CLIC qui fonctionnent, j'espérais qu'un CLIC niveau III serait tout simplement une ETEL sur un territoire de pays. Sur le champ de la personne âgée, car c'est sa mission actuelle, elle allait pouvoir apporter la réponse complète sur toute la problématique de la personne âgée. Je ne comprends pas l'intérêt de recomplexifier le système, hormis sur des logiques d'économie de personnel bien entendu. Mais pour la personne, j'ai du mal à m'y retrouver.

**Docteur RICHTER :** Pour répondre sur le label III, cette coordination doit être effectivement globale. Elle doit être médico-sociale et complète. Je ne sais pas comment fonctionnent les autres CLIC de label III, mais chez nous, on fait une évaluation complète, globale.

Je voulais rajouter quelque chose sur la multiplicité des évaluations. Je suis médecin gériatre et généraliste. Ce qui me frappe toujours est que, quand je fais appel au CLIC où à une autre structure, chacune veut l'évaluer. On parle de guichet unique, mais maintenant, j'ai un guichet unique CLIC, un guichet unique SIVA, un autre CRAM, DDASS, pleins de guichets uniques. La pauvre personne âgée qui se retrouve face à tous ces guichets uniques ne sait finalement plus très bien à quel saint se vouer.

Le CLIC label III est pour moi une des solutions de coordination complète qui fait que, quand on a besoin du SIVA, on s'adresse à la personne qu'il faut et pareil pour une autre structure. La personne âgée elle, va à un seul guichet unique.

**Cyrille BALAA :** Je voudrais compléter. Le CLIC se base sur l'existant. Une personne âgée a déjà un parcours. Si un bilan gériatrique a été fait en hôpital de jour, que cette personne nécessite une augmentation des heures d'aide à domicile ou qu'elle ait un besoin en accueil de jour, tout cela ne se fait pas au même endroit avec les mêmes équipes. La notion de guichet unique est que, comme vient de le rappeler le Docteur RICHTER, la personne âgée ou handicapée se retrouve face à une seule personne qui l'amène à obtenir et à rencontrer les équipes qui vont s'occuper d'elle. Le SIVA fait partie de ces équipes.

Sur une même situation, une personne est passée par RESO 3 mais a besoin d'un service d'aide à domicile ou de soins. Elle va en accueil de jour qu'on va lui trouver. Nous monterons les dossiers nécessaires pour le financement de tout cela et il y aura en plus l'amélioration d'habitat.

C'est concret mais ce n'est pas forcément la même équipe.

**Martine SAVRY :** Par rapport aux évaluations, vous avez évidemment raison. Il ne s'agit pas de faire 2 évaluations différentes. Dans certains cas, les CLIC sont tout à fait habilités à faire des évaluations financées ensuite par le SIVA. Cela existe. Faire une évaluation pour des barres d'appui ne demande pas une spécificité particulière. Par contre, des évaluations demandent des complémentarités que peut apporter une ETEL. Dans ce cadre, il y a des complémentarités. Je n'ai pas dit qu'il s'agissait de faire 2 évaluations.

**Nicole HERON, Chargée de mission pour le SIVA en Sarthe :** Nous avons mis en place à titre expérimental une délocalisation du SIVA au sein d'un CLIC une fois par mois. Le SIVA se déplace au CLIC, par le biais d'une Convention, pour être plus proche du terrain. La première permanence à lieu lundi prochain 20 juin 2004. Je vais me rendre au sein d'un CLIC. Tout simplement, nous avons instauré une fiche de liaison. Lorsque le CLIC repère un besoin de la compétence du SIVA, il nous l'adresse. Nous intervenons pour une période donnée dans le cadre de l'évaluation et de la préconisation du financement. Lorsque l'on a terminé, on se retire et le CLIC continue son accompagnement. La personne identifie bien les intervenants et il n'y a pas de "Ce n'est pas moi mais l'autre". La prise en charge est bien globale.

**Une ergothérapeute dans un CLIC dans l'Aisne :** L'Aisne, c'est un monde où il n'y a pas de grandes villes. Au niveau des ETEL, il y a peu de structures. Nous travaillons avec le SIVA. Quand il y a une demande dans mon secteur, je vais faire l'évaluation, le suivi du dossier du début à la fin. Je vais donner mon opinion, non en tant qu'ETEL, mais en tant qu'avis d'ergothérapeute. Il y a donc tout un suivi du début à la fin avec des CLIC.

**Ergothérapeute au CHU d'Amiens, membre d'une ETEL :** Je pense que les ETEL qui appartiennent au milieu hospitalier ou aux centres de rééducation fonctionnelle, ont le privilège de bien connaître la pathologie et de pouvoir aussi évaluer la progression de celle-ci si elle est chronique et évolutive. Je voudrais connaître l'avenir des ETEL avec l'ouverture des Maisons du Handicap en 2005. Vous avez parlé de salariés : comment va-t-on s'inscrire dans une telle organisation ?

**Jean-Pierre BOURELY :** Nous allons faire le lien entre ce que disait Martine SAVRY sur la façon dont les SIVA ont capitalisé le partenariat notamment financier. Elle a raison de dire qu'il ne faut pas perdre cette culture de travail en commun pour une approche globale sans redondances ni trous dans l'aide à la personne. Le lien se fait avec la façon dont on a capitalisé l'ensemble de l'expertise qui couvre tout le spectre des déficiences.

Les équipes pluridisciplinaires seront incluses dans les Maisons Départementales du Handicap, comme gage de leur indépendance. Encore une fois, les ETEL telles qu'elles ont été labellisées sont bien sûr inégales mais elles répondent en tout cas à un cahier des charges.

Là où il y a problème est qu'elles représentent à la fois une population de leur association, elles évaluent et peuvent être le cas échéant des prestataires. *Cette confusion des genres n'est pas souhaitable à maintenir. Il sera fait appel aux équipes pluridisciplinaires de la Maison Départementale.*

Ceci étant, il y aura un volume important de la demande car l'offre fait cette demande. La lisibilité va aider à cela. Dans la perspective de la suppression des barrières d'âge, les effectifs cibles éligibles à la prestation de compensation, sans considération d'âge, vont aussi augmenter. Je crois que par le biais du conventionnement, il sera fait appel à des expertises extérieures pour compléter le travail des équipes pluridisciplinaires. Ceci est le principe.

Puisque l'on parlait de l'évaluation CLIC-SIVA sur l'habitat, on peut imaginer que l'on ait besoin de la technicité des experts du bâtiment pour compléter l'expertise des équipes pluridisciplinaires. Au-delà, je ne peux rien dire car cela sera un travail de réflexion et de contacts avec l'ensemble des parties partenaires. Je ne peux pas configurer au jour d'aujourd'hui la manière dont ces équipes pluridisciplinaires seront formalisées. Mais les principes évoqués seront des éléments structurants pour la réflexion.

**Un représentant du service des personnes handicapées du Conseil Général du Val-de-Marne :** Je m'interrogeais sur les possibilités de conjuguer les approches territoriales des CLIC et des SIVA, avec des CLIC qui obéissent à une territorialisation et à un maillage bien particulier et des SIVA qui ont aussi un maillage particulier lié aux ETEL qu'elles ont labellisées. Pour beaucoup d'entre elles, il s'agit de travailler avec leur propre population ou à l'échelle d'un territoire très réduit. Les SIVA ne s'étant pas ouverts au même moment dans chaque département, nous n'avons pas le même réseau. Tous les départements n'ont pas forcément pu ou voulu organiser un financement de ces équipes.

*Comment les CLIC peuvent-ils s'appuyer sur des ETEL qui n'existent pas forcément sur leur territoire ?*

Je m'interrogeais également sur l'apparition des Maisons Départementales des Personnes

Handicapées, dont pour l'instant une annexe serait dans chaque CCAS. Les territorialisations de chaque structure ne se recoupent pas nécessairement et plusieurs acteurs peuvent être appelés à travailler sur un même problème.

**(Nombreuses demandes de prise de parole)**

**Michel PAQUET :** Je synthétise et j'entends votre question de la manière suivante, monsieur : comment des structures venant d'horizons, de cultures, de systèmes financiers différents, ayant acquis des tailles différentes, ainsi que des analyses différentes, peuvent-elles aujourd'hui travailler ensemble ? C'est la vraie question posée ! Au début de la table ronde, nous rappelions tous que nous sommes bien dans un contexte sociétal, réglementaire et législatif qui bouge, qui brasse tout cela. Cela fait peut-être que votre question légitime sera formulée et posée autrement d'ici quelque temps. C'est tout au moins ma certitude personnelle. Peut-être que monsieur BOURELY pourrait alors répondre sur un plan général ?

**Jean-Pierre BOURELY :** Il y a d'abord 2 considérants. De toute façon, le champ de l'action sociale, sanitaire, médico-sociale, dans ce pays est à penser de façon complexe, compte tenu de la multiplicité des intervenants, des décideurs et des financeurs. La problématique des réseaux, des points de cohérence dans le champ de l'action sociale et même sanitaire traverse ces champs. Nous sommes à la recherche de complémentarités, d'optimisation des moyens et des acteurs, pour qu'à ressources égales, nous obtenions une plus-value dans la réponse aux besoins des personnes en matière de soins ou de services. Ce sujet est fondamental et l'on n'échappera pas à cette complexité et à la nécessité de créer des points de cohérence au plus près des populations pour être plus efficaces.

Au sein du champ du handicap dont il s'agit avec la loi, on répond à cet enjeu. Lorsque vous agrégez les fonctions et les missions des CDES, COTOREP et SIVA, vous ne multipliez pas la complexité mais vous la simplifiez en tout cas, en perspective. Je suis prudent car nous sommes entre la première et la deuxième lecture.

Avec les personnes âgées, Annick BONY disait très bien que l'on converge vers une complémentarité, une coordination, voire une fusion pour certains domaines. Quand les services polyvalents prendront indistinctement les plus ou moins de 60 ans, pour du soin et de l'accompagnement social, ce sera un point de cohérence qui changera sensiblement la manière de travailler, à la fois les partenariats et les territoires.

Quand vous avez la CNSA, un même jour de solidarité, plus une taxe additionnelle qui financent ces deux publics, c'est aussi un facteur de convergence. Selon ce que dira la loi en matière de responsabilités de la future maison du handicap, d'autres éléments faciliteront aussi ces points de convergence.

Nous ne sommes donc pas dans un contexte de complexification mais plutôt de simplification avec ce projet de loi.

De plus, les articulations dont nous avons parlé tout au long de cette table ronde s'initient déjà, en amont au niveau du lieu de rencontre, du guichet de proximité. C'est un problème du système d'information et de parcours. Ce peuvent être les CLIC, CCAS, CAF, CPAM, peu importe le lieu d'entrée. La question est ensuite celle de l'organisation, du cheminement, du circuit, ainsi que

celle du rôle spécifique du SIVA, demain la Maison Départementale.

En matière d'évaluation, si - au-delà du débat complexe et loin d'être achevé sur les outils d'évaluation - des équipes ont cette même approche, cette même démarche pluridisciplinaire dans l'aide à domicile, en évaluant globalement les besoins de la personne, en faisant un plan d'aide individualisé et en étant au passage labellisées..., peu importe les origines ! L'essentiel est qu'il y ait une labélisation et que la préconisation soit ainsi labellisée.

En aval, si on a trouvé des financeurs personnes âgées et personnes handicapées, le combat devient le même. On obtient une masse critique et on finance tout public dès lors que le besoin est éligible. Le réseau et le savoir-faire des CLIC au niveau de la coordination et de l'offre de services et de soins peuvent alors être utiles en aval de l'installation et de la compensation.

Grosso modo, nous avons des complémentarités qui, sur le terrain, comme certains l'ont largement démontré, prennent corps et vont nous permettre d'être globalement plus efficaces et aussi plus simples.

**Docteur RICHTER :** Je voulais simplement rappeler ici que nous sommes au chevet des personnes âgées ou des personnes handicapées. Nous aurons beau faire des grilles d'évaluation, des guichets uniques : Messieurs les politiques, il faut intervenir rapidement car aujourd'hui nous avons 500 000 déments et nous en aurons un million en 2010 ! Qu'il soit âgé ou jeune, le handicap sera à prendre en charge très vite, et aujourd'hui sur le terrain nous sommes en plein déficit. Merci.

**Représentante du Conseil Général de la Guadeloupe :** Nous avons un service un peu similaire à celui de Madame SAVRY. La Guadeloupe a créé une Mission Départementale Handicapés en 1999, lieu d'information et de ressources pour les personnes handicapées de tout ce qui existe sur le département.

Il est vrai que, parallèlement, il y a un SIVA. Nous n'avons pas eu comme vous le site intégré à la mission comme nous l'avions proposé à l'époque. Cela crée des dysfonctionnements alors que nous voulons lutter contre le parcours du combattant. Les personnes handicapées sont quand même perdues par rapport à un référent.

Tout le monde se réclame d'un guichet unique, mais je pense que le terme ne me convient pas. Les SIVA seraient un guichet unique de financement de compensation du handicap tout au plus, mais pas un guichet unique. A mon sens, les difficultés que rencontre une personne handicapée, touchent beaucoup d'aspects : transport, vie quotidienne. Dans ces services, y compris le mien, la Mission, on ne peut pas parler de guichet unique car tous ces dossiers ne peuvent être faits au même endroit, ce qui serait la mission d'un guichet unique.

S'agissant de la question du rapprochement des SIVA et des CLIC, en Guadeloupe, il n'y a qu'un seul CLIC et pour le moment, il n'y a pas de lien entre le SIVA et le CLIC. Par contre, contrairement à ce que j'ai entendu, le SIVA n'intervient pas après l'âge de 60 ans sur la Guadeloupe. La seule équipe d'évaluation n'intervient donc pas après 60 ans, ce qui fait vraiment une nette coupure.

**Nicole (?) :** A entendre parler des multiples évaluations, je voulais rappeler que, dans le Comité

Scientifique, il est surtout ressorti la notion de démarche d'évaluation multidimensionnelle, et dans cette démarche, l'évaluation principale et essentielle à prendre en compte est celle de la situation par la personne elle-même.

D'où tout l'intérêt de travailler non pas sur un outil, mais véritablement une démarche respectueuse des personnes, qu'à tout moment des éléments de vie soient pris en compte et toujours mis en avant pour s'arracher des évaluations et des expertises techniques.