

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 gérontologique 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, répondants 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 lourds 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'ETEL 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. *Fugat 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.