

**Compte-rendu du travail sur l'activité du coordonnateur gérontologique
Fidès Conseil Giovanna MANTOAN – Didier ANDRIEU coordonnateur gérontologique
au sein du centre social du canton de Mouthoumet ETE 2002.**

Objectifs de ce travail : (Cf réunion du vendredi 9 Août 2002 avec Didier Andrieu et Isabelle Farges pour l'ADHCO et Giovanna Mantoan et Jo Raimondi pour FIDÈS Conseil)

- à partir de la mise à plat de l'activité du coordonnateur gérontologique, recruté début Juillet, repérer des éléments d'un référentiel métier,
- situer cette activité dans le cadre de la zone gérontologique des Corbières Minervois, et du CLIC de Lézignan,
- préparer la présentation de cette expérimentation, de ses perspectives, et des questions qui se posent pour la mise en œuvre, au conseil général de l'Aude lors de sa prochaine venue en Septembre prochain.

1/ Rappel du contexte national et le cadre local :

1-1 : Les centres locaux d'information et de coordination (CLIC) : présentation générale.

La circulaire D. A. S. -- R. V. 2 n° 2000 -- 310 du 6 juin 2000 relative aux Centres Locaux d'Information et de Coordination donne de leur mission générale cette définition : “ les centres locaux d'information et de coordination ont une vocation pluridisciplinaire qui prend en compte tous les aspects de la vie quotidienne des personnes âgées, qu'ils touchent aux soins, à l'accompagnement de la personne, à la qualité et au confort d'usage du cadre bâti (environnement/habitat) mais aussi à la vie sociale, culturelle et citoyenne ”.

L'objectif est de rassembler en un lieu l'unique l'ensemble des missions ou têtes de réseau qui repose sur des professionnels dont la mission de coordination s'ajoute à leur mission principale pour donner cohérence à la mise en place d'un réseau national, connu des usagers, bien identifié, faisant l'objet, à terme, d'un répertoire national décliné par département. La coordination doit s'attacher à résoudre les situations complexes ou urgentes dans une logique d'intervention de proximité.

Une coordination (ou un réseau) se caractérise par un ensemble plus ou moins vaste de missions :

- information des personnes âgées et de leur famille, des professionnels sur les droits et démarches, sur les dispositifs et moyens existants en matière sociale, de santé, d'habitat...,
- orientation de la personne âgée dans un dispositif d'offres de prestations sur la base d'une définition préalable des situations complexes ou urgentes qui sont de ressort de la coordination,
- évaluation des besoins en tenant compte des désirs, des préférences, de l'environnement de la personne (ce qui justifie la visite d'évaluation au domicile) et l'élaboration d'un projet d'accompagnement et de soins par une équipe médico-sociale qui comprend au moins un médecin,
- la construction de rapports contractuels avec les personnes âgées et leur entourage afin de recueillir leur adhésion et de leur garantir des prestations sociales médicales en relation avec les différentes formes institutionnelles d'accueil et d'hébergement,
- Mise en œuvre du plan d'aide individualisé,

- suivi et adaptation du plan d'aide individualisé,
- formation échange sur les pratiques, incluant l'aide aux aidant,
- contribution à une mission d'observatoire avec l'objectif de rendre l'information accessible homogène ordonnée, de constituer des recueils de cas d'en faire et d'en diffuser l'analyse.

1-2 : Les trois niveaux de labellisation :

En fonction de l'étendue des missions et des services offerts la labellisation du C.L.I.C. se déclinera en trois niveaux :

- **label de niveau 1** : il correspond aux missions d'accueil, d'écoute, d'information, de conseils et de soutien aux familles. Il suppose l'existence d'un local de permanence facilement repérable, d'un accueil téléphonique au-delà des heures ouvrables, d'une base de données compilant les demandes, les attentes, les besoins et les confrontant aux offres disponibles. Il doit proposer à la fois une information sur les aides et prestations disponibles ainsi que, chaque fois que possible, les dossiers de demandes nécessaires à leur obtention et l'orientation de la personne âgée vers le dispositif d'offre de services appropriés.
- **label de niveau 2** : il prolonge le niveau 1 par les missions d'évaluation des besoins et d'élaboration du plan d'aide personnalisée en concertation avec la personne âgée et son entourage. La palette de services qu'il propose est partielle (groupe de paroles, actions de formation d'information, actions de prévention) et le suivi de la mise en œuvre du plan d'aide, s'il existe, n'est pas systématique.
- **label de niveau 3** : il prolonge le niveau 2 par les missions de mise en œuvre, de suivi et d'adaptation du plan d'aide personnalisée. Il aide à la constitution des dossiers de prise en charge. Il permet d'actionner les services de soins infirmiers à domicile, les services d'aide ménagère, l'accueil de jour, le portage des repas, les aides techniques, les services de transport, les menus travaux... Le partenariat avec les établissements sanitaires et médico-sociaux est formalisés par convention. La palette des services est complète, le suivi organisé, les situations d'urgence gérées.

À terme c'est ce 3 ième niveau de labellisation que devront atteindre tous les CLIC.

1.3 : La mise en place des CLIC dans le département de l'Aude :

Dans sa séance du 10 juillet 2000, le Conseil Général a confirmé la nécessité de renforcer le dispositif de coordination des actions et des intervenants au niveau départemental, territorial (cinq zones gérontologique), et local. Chaque C.L.I.C. couvre une zone gérontologique. Le canton de Mouthoumet se situe dans la zone gérontologique des Corbières. Le C.L.I.C. sera implanté à Lézignan.

1.4 : Les missions et les services attendues par le Conseil Général :

Dans le cadre du premier niveau de labellisation, chaque C.L.I.C. assure les missions d'accueil, d'écoute, de formation, de conseils et de soutien aux familles. Il fédère les organismes agissant sur la zone gérontologique et contribue à la mise en relation vers un dispositif plus cohérent.

Dans le cadre du deuxième niveau de labellisation, en liaison avec l'équipe médico-sociale du conseil général, le C.L.I.C. assurera les missions d'évaluation des besoins et d'élaboration du plan d'aide individualisée, en concertation avec la personne âgée. Il développera des actions destinées aux aidant naturels.

Dans le cadre du troisième niveau de labellisation, chaque C.L.I.C. assure les missions de mise en œuvre, de suivi et d'adaptation du plan d'aide personnalisée. Le cadre conventionnel départemental permet de mobiliser l'ensemble des services répondant à la perte d'autonomie de la personne âgée.

Concernant le canton de Mouthoumet, l'association de développement des hautes Corbières pourrait être conventionnée comme service " pilote " au titre de son service d'aide à domicile. Dans ce cas, l'équipe médico-sociale du conseil général s'adressera à lui pour la mise en œuvre du plan d'aide. D'autres services, apportant des prestations complémentaires, pourront être conventionnés sur le territoire de la zone gérontologique, services auxquels pourront s'adresser les " pilotes " pour la mise en œuvre du plan d'aide.

2/ L'A.D.C.H.O. - Centre social inter communal rural

Le développement de services aux personnes âgées¹

*L'association gère depuis quelques mois les **aides à domicile** du canton, soit dix-sept personnes, ainsi qu'un poste à temps partiel de **secrétaire**.*

*Elle s'est également attachée les services **d'une technicienne d'intervention sociale et familiale** qui réalise les visites à domicile auprès des familles mais également auprès des personnes âgées en particulier pour la réalisation de dossiers de demandes d'aide ou d'ouverture de droits à la retraite.*

La création d'un poste de coordonnateur gérontologique pour animer le service d'aide aux personnes âgées en perte d'autonomie.

Dans une dynamique de développement de sa politique gérontologique, l'association vient de recruter début juillet un coordonnateur gérontologique, dont les missions sont les suivantes :

- établir un état des lieux à partir des études faites et d'une prospection personnelle,
- élaborer une stratégie de développement des services, en cohérence avec l'association,
- conduire ce projet et en assurer la responsabilité morale en construisant les réseaux partenariaux nécessaires, en mettant en place des procédures et outils de fonctionnement des services, en rendant compte des résultats obtenus,
- poursuivre la collecte des nouveaux besoins sociaux,
- mettre en œuvre les actions en réponse à ses besoins,
- participer à la cellule de pilotage du centre social.

3/ l'activité du coordonnateur gérontologique :

3.1 RELATIONS ET COMMUNICATION A COURT TERME :

- **se faire connaître des personnes âgées et de l'ensemble des acteurs intervenant auprès des personnes âgées**, qu'ils soient cantonaux, de la zone gérontologique des Corbières, ou départementaux, envisager à court terme de possibles collaborations,
- **à moyen terme : définir et établir des modes de collaboration autour de la personne âgée,**

¹ Les passages en italique relèvent de la mission du CLIC

- **constituer une documentation** concernant les professionnels du secteur médical est paramédical, les structures d'accueil et d'hébergement des personnes âgées, des organismes de retraite, des soins palliatifs, les services d'alcoologie, l'association France Alzheimer, les interlocuteurs du conseil général (équipe médico-sociale services de l'aide sociale), les droits et démarches, sur les dispositifs et moyens existants en matière sociale, de santé, d'habitat sur la réglementation en matière de protection de l'adulte, etc...
- **organiser cette documentation dans l'objectif triple :**
 - a) *d'assurer un guichet unique d'information des familles, des personnes âgées, et des professionnels*
 - b) *de se doter d'un outil technique de type classeur regroupant l'ensemble des informations nécessaires à l'élaboration et au suivi d'un plan d'aide,*
 - c) *d'assurer l'information et la formation des aidant naturels, ainsi que des autres professionnels du service (secrétaire, technicienne intervention sociale et familiale, aide à domicile). Cette information pourra être présentée sous forme de documentation générale ou bien organisée par thèmes par exemple : la réglementation, les structures d'accueil et d'hébergement, les structures sanitaires, les maladies, les retraites, les aides techniques etc...*
- diffuser l'information auprès de la population par l'intermédiaire de la gazette du centre social (prévention, sensibilisation des sujets divers, etc.), des mairies,
- à informer et former les “ référents personnes âgées bénévoles ” des communes du canton.

3.2 : RELATION – COMMUNICATION A MOYEN TERME :

- **mettre en place un guichet unique d'accueil et d'information du public** (personne âgée familles et professionnels). Ceci suppose une signalétique à l'extérieur, un bureau pour présenter et rendre disponible cette information, une personne pour accueillir (formée à l'écoute pour s'assurer de ce que les personnes n'aient pas d'autres demandes à formuler et au courant des dossiers en responsabilité et/ou suivis par le coordonnateur.), une permanence dans l'accueil.
- **Formaliser un partenariat avec les acteurs du territoire**, dans l'objectif du maintien au domicile, *d'une meilleure efficacité et efficience des réponses, en particulier rapport aux situations d'urgence*. Ce partenariat peut prendre la forme de conventions (avec l'hôpital, des établissements d'hébergement de personnes âgées dépendantes, le conseil général de l'Aude etc.

4/ ANIMER ET GÉRER LE SERVICE DES AIDES MÉNAGÈRES ET DES AUXILIAIRES DE VIE :

Sous la responsabilité du comité de pilotage, le coordonnateur gérontologique est responsable de ce service, tant dans son fonctionnement que par rapport à la qualité du service rendu.

Étant donné l'histoire ancienne et les particularismes de ces professionnelles d'une part, et d'autre part des nécessaires évolutions à venir, il semble important :

- dans un premier temps au moins, d'associer ces professionnelles aux décisions et initiatives nouvelles, par exemple sous forme d'écrits et/ ou de réunions de services, de travaux de groupe (à partir par exemple d'analyse de situations rencontrées), de temps de formation,
- dans un second temps, de réfléchir aux modalités de fonctionnement d'un service “ auxiliaires de vie sociale ” au sein de l'ADCHO (projet de service, principes d'intervention, organisation etc...) .

➤ **Continuité du service, évolution et adaptation des réponses.**

La perte d'autonomie liée à l'avance en âge, nécessite la présence de professionnelles formées et encadrées, capables de s'adapter à chacune des personnes et à chacune des situations, capables de déceler des situations problème, et d'en référer au responsable du service.

➤ **Reconnaître et valoriser le travail des auxiliaires de vie sociale et familiale:**

La création d'un service auxiliaire de vie, son rattachement au centre social, devraient favoriser le sentiment d'appartenance à une entité collective, le travail d'équipe, et d'envisager les nécessaires évolutions et complémentarités (travail les dimanches et jours fériés, garde de jours, garde de nuit, travail en collaboration avec les autres professionnels).

Ceci passe par, pour le coordonnateur, par l'écoute des professionnelles, un soutien individuel (entretien), ou collectif (animation de soirée à thème, de journée de formation à partir d'étude de pas ou d'apports extérieurs).

➤ **Former les professionnelles à l'accompagnement de personnes âgées en perte d'autonomie :**

Le centre social a engagé une démarche de concernant la validation des acquis de l'expérience et la qualification professionnelle des 17 salariées, toutes n'étant pas volontaires pour entrer dans cette démarche. Par ailleurs il envisage la qualification de personnes demandeurs d'emploi à la fonction d'auxiliaire de vie. À moyen terme, le canton comptera donc suffisamment de professionnelles qualifiées pour accompagner les populations âgées en perte d'autonomie.

Parallèlement, et en fonction des difficultés rencontrées par les professionnels de terrain, le coordonnateur gérontologique pourra mettre en place des journées de formation continue. Les infirmiers, les médecins locaux, peuvent être sollicités pour animer des *soirées à thèmes, qui pourraient être ouvertes aux aidants naturels.*

La " convention pour la prise en charge des personnes âgées à domicile " du conseil général de l'Aude, qui constitue en contrat d'objectifs sur une durée de cinq ans, est en effet sous-tendue en particulier par un travail en partenariat au service de la personne âgée, la qualité de l'offre de services à domicile (diversification de l'offre) et la professionnalisation des intervenants.

5/ DÉVELOPPER LA QUALITÉ DU SERVICE RENDU :

5.1 le coordonnateur gérontologique est responsable de la qualité du service rendu :

- *il est l'interlocuteur privilégié des personnes âgées et leurs familles, et est médiateur en cas de difficultés,*
- *il est garant du service rendu au domicile (horaires, intervention adaptée) par les auxiliaires de vie,*
- *il définit l'intervention des auxiliaires de vie à domicile (quantitative et qualitative): au moment de l'élaboration du plan d'aide (selon un mode de collaboration à définir avec l'équipe médico sociale) et/ou au moment de la demande d'ouverture des droits à l'aide ménagère (voir modalités de collaboration avec la technicienne intervention sociale familiale si celle ci continue à faire ces visites à domicile)*
- *il assure le suivi de leur travail*
- *il présentera l'auxiliaire de vie à la personne âgée, et en cas de remplacement, il fait le lien,*
- *il est à l'écoute de ces professionnelles et veille à leur formation professionnelle continue,*
- *il est à l'écoute des personnes âgées quant au suivi et à la qualité du service rendu,*
- *le coordonnateur adapte les réponses au cas par cas, village par village, du fait des spécificités territoriales locales (repas, hygiène, solitude)*

5.2 le coordonnateur gérontologique élabore des outils pour assurer la qualité et le suivi des interventions, le travail d'équipe, tant à l'interne qu'à l'externe :

La conception et la réalisation de ces outils sont de la responsabilité du coordonnateur gérontologique, mais peuvent être réalisés en collaboration avec tous les professionnelles dont il jugera utile de s'entourer (médecins, infirmiers libéraux...)

➤ **À l'interne :**

- mise en place d'un cahier d'appels téléphoniques (qui appelle, pourquoi, quelle réponse, quand, quel suivi)
- mise en place d'un cahier de visiteurs (qui, quel objet, quelle suite etc.)
- mise en place d'un dossier par personne âgée pour laquelle il y a eu intervention (depuis le dossier d'ouverture des droits à la retraite), avec archivage, dans un lieu réservé aux professionnels, et facilement accessible à la ou aux personnes chargées de l'accueil.
- mise en place d'un carnet de bord entre la technicienne d'intervention sociale familiale qui réalise actuellement les dossiers retraite et la demande d'APA, et le coordonnateur gérontologique, de manière à ce que ce dernier ait tous les éléments d'information nécessaires.

➤ **À l'externe :**

- *le coordonnateur gérontologique élaborera (avec la participation des auxiliaires de vie sociale et familiale et des autres professionnels) un cahier de transmission, qui restera au domicile de la personne âgée, mais dont un double pourra être conservé dans le dossier de la personne au centre social.*
- Le document " livre de travail de l'aide ménagère " pourra être réactualisée intégrant les informations récentes concernant les dispositifs d'organisation du service, et présentant en particulier le coordonnateur gérontologique en tant que tiers médiateur de la relation entre la personne âgée, sa famille et l'aide ménagère, présentant l'activité de l'auxiliaire de vie, et les droits et obligations des personnes âgées.

5.3 le coordonnateur gérontologique veille à ce que soient clarifiées les collaborations :

- à l'interne, par rapport à la technicienne intervention sociale familiale et à la secrétaire chargée du service des auxiliaires de vie sociale, au fur et à mesure de l'avancée dans sa fonction, et dans l'objectif d'un guichet unique d'accueil d'information et d'orientation et de suivi.
- à l'externe, par rapport aux autres professionnels intervenants sur le territoire (cadre d'intervention, limite professionnelle, complémentarité, aux administrations (CRAM, CAF), institutions (caisses de retraite, juge des tutelles etc...) précisant les collaborations et leur cadre. l'ADCHO pouvant envisager de passer des conventions.

6. LE COORDONNATEUR FAIT REMONTER LES BESOINS

6.1 Le coordonnateur réalise des constats et fait remonter les besoins :

- au conseil de direction,
- au CLIC de Lézignan

pour mesurer l'évolution de son activité, il réalise un rapport d'activité régulier.

6.2 Le coordonnateur est associé (modalités à définir) au clic de Lézignan dans l'objectif de participer à un diagnostic et des projets concertés. Il est l'interlocuteur référent pour le canton de Mouthoumet. De son côté, il communique les données locales, et établit des collaborations, par exemple par rapport à la mise en place d'une librairie gérontologique locales, par rapport aux réponses apportées aux besoins aux demandes des personnes âgées, par rapport aux petits travaux d'entretien du logement.

7/ LA COORDINATION GÉRONTOLOGIQUE : des moyens humains et matériels

la mise en place d'un guichet unique d'accueil, de formation, et d'orientation, Le suivi de l'activité à l'interne, le travail de collaboration avec les partenaires à l'externe reposent sur :

7.1 Les Moyens Logistiques

les locaux doivent être facilement accessibles et très bien signalisés pour tous (usagers, famille, professionnelle, bénévoles...).

Ils doivent être prévus pour :

- être un lieu d'accueil, (individuel, et collectif) de régulation, et de coordination,
- être un lieu de travail (bureau),
- être un lieu d'organisation de réunion,
- être un lieu d'information et de documentation.

Une signalétique extérieure et spécifique semble nécessaire.

Actuellement, le bureau du coordonnateur ne permet pas l'accueil individualisé des personnes âgées, et des familles, ne permet pas non plus de mettre en place de dossiers (dossiers documentaires, dossiers de suivi des personnes, dossiers de suivi des actions, etc.).

7.2 L'organisation du personnel à l'intérieur du centre social et à l'intérieur du pôle gérontologique :

Actuellement, le pôle gérontologique réunit 3 professionnels : un coordonnateur gérontologique, une technicienne d'intervention sociale et familiale, une secrétaire à temps partiel.

- la création du poste de technicienne interventions à la vie sociale et familiale (TISF) a permis de développer les visites à domicile auprès des familles et des personnes âgées, à leur demande. La TISF se rend au domicile des personnes âgées à la suite d'une demande d'ouverture des droits à la retraite, ou de demande d'APA. Elle acquiert de ce fait une connaissance double : la connaissance d'une part de la situation socio-économique des personnes âgées et d'autre part des spécificités de chacune des caisses de retraite (hors mutualité sociale agricole), ainsi que des dossiers administratifs à constituer. Ces éléments d'information devraient être systématiquement portés à la connaissance du coordonnateur gérontologique.
- Le poste de secrétaire occupé par Muriel : Depuis plusieurs années, Muriel était l'unique salariée (à temps partiel) du service d'aide à domicile du canton de Mouthoumet. Elle gérait à ce titre l'ensemble des questions relatives à l'ouverture des droits des personnes âgées, et le service des aides ménagères :
 - accueil des demandes et information
 - instruction des demandes d'aide ménagère :
 - visites à domicile pour évaluer le nombre d'heures nécessaires à la perte d'autonomie de la personne âgée,

- transmission des dossiers de demande à la caisse de retraite,
- recrutement et gestion des emplois du temps des auxiliaires de vie pour répondre à la demande.
- gestion de l'activité et de l'emploi des aides ménagères :
- gestion des plannings de travail de chacune des dix-huit professionnelles (organisation du travail, gestion des absences, gestion des congés),
- élaboration des fiches de salaire
- déclarations des paiements des diverses charges patronales et frais de fonctionnement.

La secrétaire conserve actuellement sa fonction de gestion du planning en collaboration avec le coordonnateur, et en totale responsabilité, tout ce qui concerne la gestion des salariées. Les niveaux de prérogatives et de responsabilité devront également à l'avenir être arrêtés.

À l'avenir, et dans la perspective de la mise en place d'un guichet unique il conviendra de réfléchir sur les modes de travail entre Les 3 professionnels, et leurs nécessaires complémentarités.

<p>8/ LA COORDINATION GERONTOLOGIQUE : des questions à aborder avec le conseil général de l'Aude :</p>

- Quelle sera la nature des financements pris en charge par l'A.P.A. : ménages, vie sociale, écoute ?
- Chacun des 5 CLIC du département devant atteindre le niveau 3 de labellisation, dans quelles échéances le clic de Lézignan va t'il avancer, et quelles organisations/collaborations avec l'ADCHO ?
- Concernant le niveau de collaboration équipe médico sociale du conseil général/coordonnateur : proposer la présence du coordonnateur gérontologique lors de la visite à domicile de l'équipe médico-sociale, selon des modalités à définir entre vous et à faire préciser : le coordonnateur apporte un état des lieux des services déjà en place, témoigne de l'évolution de l'état de santé du demandeur si nécessaire ? le coordonnateur réalise l'évaluation en lieu et place du conseil général, par exemple pour les GIR 5 et 6 ? Le coordonnateur participe au plan d'aide sans intervention mais dans l'objectif d'assurer la mise d'un œuvre d'un plan d'aide adaptée ? Le coordonnateur assure seulement le suivi du plan d'aide?
- face à une situation de dépression, comment faire pour pallier au risque de suicides?

Compte rendu : Giovanna Mantoan le 25 Août 2002