

**CAHIER CONJOINT DE RECOMMANDATIONS
POUR UNE MEILLEURE COORDINATION
ENTRE LES STRUCTURES EVALUATRICES ET LES PRESTATAIRES DE SERVICES
AUTOUR DU ROLE DE VEILLE DE L'INTERVENANT A DOMICILE**

La circulaire CNAV N°2007/16 du 2 février 2007 pose le principe des dispositifs d'action sociale relatifs à l'évaluation des besoins des retraités et aux plans d'actions personnalisés.

Ces dispositifs s'adressent aux retraités relevant des Groupes Iso Ressources (GIR) 5 et 6, socialement fragilisés.

Ce dernier a pour objectif de permettre :

- une meilleure connaissance de la situation et des besoins des personnes âgées relevant de l'action sociale de la branche retraite,
- des solutions plus diversifiées épousant au plus près ces besoins, dans une optique d'aide au maintien à domicile et de prévention de la perte d'autonomie.

Le déploiement de cette nouvelle politique d'action sociale a impacté de nombreux partenaires de la CRAM qui ont dû adapter leurs pratiques afin de répondre au mieux aux modalités mises en place. Ainsi un nouvel acteur a vu le jour, la structure évaluatrice chargée de l'évaluation à domicile de la situation de la personne, en complémentarité du réseau de prestataires conventionnés déjà existant et de la CRAM.

Aussi, face à ces évolutions dans ce nouveau schéma de prise en charge et aux différents échanges que la CRAM a pu avoir avec divers partenaires, prestataires de service et évaluateurs il est apparu nécessaire, dans un esprit de coordination et d'équilibre d'engager une réflexion sur les articulations possibles entre les différents acteurs intervenant auprès du retraité.

Dans cet objectif, un groupe de travail initié par la CRAM a été mis en place regroupant des participants volontaires des structures évaluatrices et des prestataires, représentant l'ensemble des départements de la région Rhône-Alpes (ci-joint la liste des participants). Trois réunions se sont déroulées en région permettant un échange d'expérience et d'outils afin d'aboutir à ce cahier de recommandations qui se veut être un document indicatif et une illustration de l'esprit de cette articulation.

I / Une relation de services structurée autour de trois acteurs

Une coopération constructive entre les acteurs est une des clés du maintien à domicile réussi, la personne âgée étant au cœur d'un dispositif triangulaire où interfèrent la structure évaluatrice, le prestataire et la CRAM.

Ainsi, dans le cadre de la déclinaison opérationnelle de ce dispositif, la structure évaluatrice conventionnée avec la CRAM réalise une évaluation des besoins des retraités à leur domicile. Elle élabore, si les besoins du retraité pour son maintien à domicile le justifient, le Plan d'Actions Personnalisé et en effectue également la valorisation indicative. Elle contribue enfin au suivi de la mise en œuvre du plan.

Dans le cadre de la convention signée avec la CRAM, la structure s'engage à :

- reprendre contact avec le retraité auprès de qui l'évaluation a été effectuée, selon une périodicité minimale de 3 mois,
- signaler à la Caisse toute information concernant la situation du retraité susceptible d'entraîner la révision du Plan d'Actions Personnalisé ou un réexamen de ses besoins,
- mettre en œuvre ses compétences en matière de travail en réseau, afin de faciliter, lorsque cela lui est possible, la mise en œuvre effective par le retraité de son Plan d'Actions Personnalisé tel qu'il aura été validé par la Caisse.

En parallèle, la structure prestataire s'engage dans le cadre de la convention signée avec la CRAM à :

- répondre aux besoins et attentes du retraité pour la définition des modes d'organisation et la réalisation des interventions
- respecter les dates et les modes d'intervention prévus dans le cadre du PAP de chaque retraité
- à signaler tout changement de situation susceptible d'entraîner une modification de la prise en charge

Ainsi des fiches de liaisons peuvent être mises en place de la structure évaluatrice vers le prestataire et inversement. L'objectif du présent cahier de recommandations est de proposer un certain nombre de principes permettant une meilleure articulation entre structure évaluatrice et prestataire dans le but de parvenir à une réalisation optimum du plan d'aide autour de l'information et de la réactivité.

Les échanges visent à permettre, dans le respect des compétences et des domaines d'intervention de chacun :

- d'appréhender l'intégralité du circuit parcouru par le dossier et les délais de traitement (de l'ouverture du droit jusqu'à la notification),
- d'anticiper de part et d'autre la planification de la charge de travail à venir,
- d'initier un partage d'information sur des situations communes,
- de construire une approche commune autour des besoins de la personne retraitée à domicile.

Différentes grandes étapes peuvent être identifiées :

- signalement de l'ouverture des droits,
- réalisation de l'évaluation et communication du plan d'aide,
- changement de situation du retraité,
- effectivité du plan d'aide.

II / Une coordination autour de 4 axes au service du retraité

1/ Signalement de l'ouverture de droit (cf. annexes 1-1 et 1-2)

Un signalement est réalisé par la structure évaluatrice pour signaler une ouverture de droit à effectuer pour un demandeur qui s'est adressé directement à elle (annexe 1).

Par ailleurs, les prestataires de service peuvent informer au coup par coup la structure de toute ouverture de droit demandée à la CRAM ; les renseignements donnés comportent les informations suivantes : nom, NIR, adresse, date d'envoi de la demande à la CRAM (annexe 1 bis).

Cette communication ne vaut en aucun cas mandat pour réaliser la visite à domicile, qui relève de la seule responsabilité de la CRAM.

2/ Réalisation de l'évaluation et mise en place du plan d'aide (cf. annexes 2-1, 2-2, 2-3, 2-4 et 2-5)

Lors de la définition du plan d'aide, il est recommandé que la structure évaluatrice adresse un document de liaison au prestataire de services. Une fiche d'identification peut permettre, après chaque visite, de résumer l'évaluation globale effectuée au domicile du demandeur.

Celle-ci, de préférence individuelle, comporte a minima,

- l'identification 1^{ère} demande / renouvellement / réévaluation
- le numéro de sécurité sociale
- la situation familiale
- la synthèse du PAP proposé
- l'indication du nombre d'heures
- l'identification du rythme souhaité / indisponibilité (à l'appréciation de chacun)
- le nom de la personne à contacter si besoin

Le rythme de transmission est laissé à l'appréciation de la structure évaluatrice.

3/ Changement de situation du retraité (cf. annexes 3-1 et 3-2)

Les prestataires de services informent la structure évaluatrice de tout changement de situation du retraité, ceci afin que cette dernière saisisse si besoin la CRAM par le biais d'une fiche alerte (cf. procédure fiche alerte).

Ces quelques pistes d'articulation permettent d'assurer le minimum de communication et d'échanges entre partenaires intervenant autour de la personne âgée. Il est important de souligner que ces échanges doivent être enrichis de contacts téléphoniques réguliers.

4/ Mise en place effective du plan d'aide

L'intervenante à domicile¹, outre sa fonction d'accompagnement de la personne dans les actes de la vie quotidienne et de réalisation des travaux courants d'entretien de la maison et du linge, assure et veille au **bien être de la personne âgée**.

Le prestataire mettant en œuvre l'aide humaine assure ainsi **un rôle de veille** par l'intermédiaire de l'intervenante à domicile. Cette dernière de part sa régularité de venue au domicile, sa proximité avec le retraité peut :

- repérer des difficultés de la personne à mettre en place le plan d'aide (incompréhension ...), mise en place partielle
- être le relais et l'appui à la personne pour des recommandations de prévention telles que le prévoit le plan d'aide.

De plus, par le lien de confiance établi, l'intervenante à domicile peut repérer les besoins, les attentes et les potentialités de la personne et transmettre ces informations aux personnes concernées. L'intervenante à domicile assure ainsi un rôle de communication et de relais avec les autres partenaires sanitaires et sociaux intervenant auprès de la personne âgée.

Conclusion

Ces quelques pistes de coordination se veulent être le socle des échanges d'informations nécessaires entre les acteurs intervenant autour du retraité à domicile. Cette démarche se veut ancrée dans un esprit de complémentarité pour une meilleure coordination au service du retraité.

Ce document d'orientation pourra être enrichi par d'autres fiches action pour une mutualisation de bonnes pratiques et la consolidation de la dynamique partenariale.

¹ **Références documentaires :**

- Diplôme d'Etat d'auxiliaire de vie sociale (DEAVS) (source site Internet de l'Education nationale www.education.gouv.fr)
- Mention complémentaire aide à domicile (source site Internet de l'Education nationale www.education.gouv.fr)

GROUPE DE TRAVAIL/ liste des participants

AIN	
ADAPA BOURG EN BRESSE	CLIC DU PAYS DE GEX
ARDECHE	
SEMAD ANNONAY	
DROME	
A.F PIERRELATTE AFI DONZERE AIDE SERVICE A DOMICILE ST VALLIER TAIN	CDPRV UNA 26
ISERE	
ADPA BOURGOIN JALLIEU CCAS DE ST MARTIN D'HERES ADPAH PAYS VOIRONNAIS ADAPA D'ECHIROLLES	CCAS – GRENOBLE UNA 38 PAYS VOIRONNAIS
LOIRE	
CRF 42 ADAFAD IDE AU QUOTIDIEN VIVRE A DOMICILE ST CHAMOND AIMV	CLIC DU PAYS DE GIER RESEAU GERONTOLOGIQUE DES COTEAUX ROANNAIS CLIC ONDAINE CLIC DE L'AGGLO ROANNAISE CLIC DE ST ETIENNE
RHONE	
CCAS VENISSIEUX SERVICE AIDE A DOMICILE DE VILLEFRANCHE SISAD AMPLEPUIS AIAD CONDRIEU MAXI AIDE GRAND LYON SMD LYON ADHA CLAVEISOLLES OFTA STE FOY LES LYON PAPAVL POLYDOM	SIPAG DE CRAPONNE CRP UNA RHONE
SAVOIE	
CIAS CHINDRIEUX CHAUTAGNE	
HAUTE SAVOIE	
AAFP 74	

ANNEXES

EXEMPLES DE FICHES TRANSMISES PAR LES PARTICIPANTS AU GROUPE DE TRAVAIL

**DISPOSITIF D'EVALUATION : CRAM
1ERE DEMANDE D'AIDE A DOMICILE**

Date de la demande :

Nom et qualité de la personne qui transmet la demande :

FICHE DE LIAISON ENTRE :

Service à l'origine de la demande	Prestataire de service
Nom de la structure :	
Tél :	Tél :
e-mail :	e-mail:

IDENTITE DU PARTICULIER DEMANDEUR :

Nom d'usage :

Prénom :

Nom de jeune fille :

Date de naissance :

Lieu de naissance (département) :

Situation familiale :

Si changement de situation à quelle date :

N° de sécurité sociale (NIR):

Adresse :

Quartier (éventuellement)

Tél: 04..

Tél Portable :

Organismes de retraite, NOM :

-
-
-
-
-

Éventuellement personnes à contacter lors de la visite à domicile :

Nom, lien avec l'utilisateur, coordonnées :

Commentaires (facultatifs) :

FICHE DE LIAISON

(du service demandeur vers le CLIC ; compléter les cases grisées)

Date demande :		Personne transmettant la demande au CLIC :			
2007		Nom :		Qualité :	
Service à l'origine de la demande		Centre Local d'information et de Coordination			
Nom					
<input type="checkbox"/>					
<input type="radio"/>	04.77.				
<input type="checkbox"/>	04.77.				
<input type="checkbox"/>					
Identité du particulier demandeur					
Nom		Prénom			
Nom de naissance		Né(e) le		A (dpt)	
Situation familiale (compléter d'un x ou si changement récent, indiquer date)		Marié	Divorcé	Veuf	Autre ↔
Adresse					Etage :
CP		Commune		Canton <i>(faire un x dans la case correspondante)</i>	
42				Chaz.	Feurs
				St Galmier	
<input type="radio"/>	04.77.	<input type="checkbox"/>	06.	Autre :	
N° de sécurité sociale					
Contexte et nature de la demande :		<input type="checkbox"/>	Hébergement temp.	Signalement Maltraitance/spoliation	
		<input type="checkbox"/>	Hébergement déf.	Aide technique	
		<input type="checkbox"/>	Accueil de jour	Aide financière	
		<input type="checkbox"/>	Aide à domicile	Aide aux aidants	
		<input type="checkbox"/>	APA	Demande de soins	
		<input type="checkbox"/>	Autre ou/et précisions	Besoin d'assistance pour la famille	
Personne (s) de l'entourage de la personne à contacter si besoin :					
Nom		Lien avec l'utilisateur			
Adresse					
<input type="radio"/>	04.77.	<input type="checkbox"/>	06.	Autre :	
Remarque particulière :					

FICHE DE LIAISON

(du / vers le service demandeur ; compléter les cases grisées)

Date demande :		Personne (/) transmettant la demande :	
2007		Qualité :	
Service destinataire de la demande			
Nom			
Identité du particulier demandeur			
Nom	Prénom		
Nom de naissance		Né(e) le	A (dpt)
Situation familiale (compléter d'un x ou si changement récent, indiquer date)	Marié	Divorcé	Veuf
			Autre ↗
Adresse			Etage :
CP	Commune	Canton <i>(faire un x dans la case correspondante)</i>	
	06.	Autre :	
N° de sécurité sociale			
Contexte et nature de la demande :		Hébergement temp.	Signalement Maltraitance/spoliation
		Hébergement déf.	Aide technique
		Accueil de jour	Aide financière
		Aide à domicile	Aide aux aidants
		APA	Demande de soins
		Autre ou/et précisions	Besoin d'assistance pour la famille
Personne (s) de l'entourage de la personne à contacter si besoin :			
Nom	Lien avec l'usager		
Adresse			
	06.	Autre :	
Remarque particulière :			

NOM		☎ RDV le :
Prénom		
Age	GIR	A

☒ _____

Renouvellement

Première Demande

Composition Familiale	
Numéro de Sécurité Sociale	
Ressource :	Participation CRAM : %

Situation Actuelle _____

Plan d'Action Personnalisé _____

Suivi _____

Structure évaluatrice

Adresse :

Service d'aide à domicile :

NOM

FICHE D'IDENTIFICATION :

1^{ère} demande

Renouvellement

Date de la dernière évaluation à domicile :

Prénom Nom :

Nom de jeune fille :

Date et lieu de naissance :

Adresse :

N° TEL :

Tel portable :

N° SS :

Situation familiale :

PLAN D'AIDE

GIR :

TAUX :

Res. Mens :

<i>Aides humaines</i>	Nb Heures par mois	Date de début	Date de fin
Aide à domicile			
Domaines d'intervention :			
<input type="checkbox"/> Entretien du logement <input type="checkbox"/> Entretien du linge <input type="checkbox"/> Aide aux repas <input type="checkbox"/> Soutien relationnel <input type="checkbox"/> Courses		<input type="checkbox"/> Accompagnement social <input type="checkbox"/> Aide à la toilette <input type="checkbox"/> Démarches administratives <input type="checkbox"/> Aide à la mobilisation <input type="checkbox"/> Autres :	

Mise en place des heures AVANT notification CRAM

Rythme d'intervention souhaité (sous réserve des disponibilités du service AIMV) :

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi*	Dimanche*
Matin							
Après-midi							

Rythme NON DEFINI

Rythme INDIFFERENT

*** seulement pour les actes essentiels de la vie, aide à la toilette, aide aux repas...**

Commentaires sur la situation globale :

Personne de son entourage à contacter :

FICHE D'IDENTIFICATION

		↔ Service d'aide à domicile (faire un x devant le nom correspondant)	
		ADMR :	AIMV :
		Arcadia :	F. Rurales :
1 ^{ère} demande		Renouvellement	Réévaluation
Dernière évaluation à domicile le			2008
IDENTIFICATION de Mme Mlle M.			
Nom de naissance		Né(e) le	à (dpt.)
Adresse		Etage :	
CP	Commune	Canton (faire un x dans la case correspondante)	
			St Colmier
			06. Autre :
N° de sécurité sociale :			
Nom de la mutuelle :			
Situation familiale (compléter d'un x ou si changement récent, indiquer date)		Marié	Divorcé
		Veuf	Autre ↗

PLAN D'AIDE

GIR :

Aides humaines	Hrs/ mois	Date début	Date fin
Aide à domicile			
Mise en place des heures avant notification d'intervention CRAM			
Domaines d'intervention :			
Entretien du logement		Accompagnement social	
Entretien du linge		Aide à la toilette	
Aide aux repas		Démarches administratives	
Soutien relationnel		Aide à la mobilisation	
Courses		Autre(s) :	
Rythme d'intervention souhaité (sous réserve des disponibilités du service) :			
	Lundi	Mardi	Mercredi
	Judi	Vendredi	Samedi*
	Dimanche*		
Matin			
Après-midi			
* seulement pour les actes essentiels de la vie : aide à la toilette, aide aux repas...			
Commentaires sur la situation globale :			

Personne (s) à contacter si besoin :

Nom	Lien avec l'usager	
		06. Autre :

Nom Structure
Adresse
Tél

FICHE RECAPITULATIVE DU PLAN D'ACTIONS PERSONNALISE

Evaluatrice :
N° portable :
N° fax :

Destinataire :

1ère demande Renouvellement

IDENTIFICATION :

Nom patronymique :
Nom marital : Prénoms :
Date de naissance :
N° SS :
Adresse :
Code postal : Ville :
N° tél. :

Personne à contacter :

SITUATION GLOBALE :

Situation familiale : célibataire veuf(ve) séparé(e)
divorcé(e) marié(e) PACSé concubinage

Isolement : familial social géographique

Etat de santé :

EVALUATION ET PAP :

Date de la visite : GIR :
Nb d'heures mensuel: PEC du au
Participation du bénéficiaire :

Domaines d'interventions :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> entretien du logement | <input type="checkbox"/> pédicure |
| <input type="checkbox"/> entretien du linge | <input type="checkbox"/> télé-assistance |
| <input type="checkbox"/> aide aux courses | <input type="checkbox"/> aides techniques : |
| <input type="checkbox"/> préparation des repas / portage | <input type="checkbox"/> demande d'amélioration de l'habitat |
| <input type="checkbox"/> déplacements accompagnés | <input type="checkbox"/> vie sociale |
| <input type="checkbox"/> aide aux démarches administratives | <input type="checkbox"/> prévention : |
| <input type="checkbox"/> aide à la toilette /stimulation | <input type="checkbox"/> hébergement |

Commentaires :

DISPOSITIF D'EVALUATION : CRAM**DEMANDE DE REEVALUATION**

<u>Date de la demande :</u>	<u>Nom et qualité de la personne qui transmet la demande à la structure évaluatrice :</u> [REDACTED]
------------------------------------	--

FICHE DE LIAISON ENTRE :

Service à l'origine de la demande	Structure évaluatrice
Adresse :	
Tél :	Tél :
Fax :	Fax :
e-mail :	e-mail :

IDENTITE DU PARTICULIER DEMANDEUR :

Nom d'usage : [REDACTED]	Prénom : [REDACTED]
Nom de jeune fille : [REDACTED]	
Date de naissance : [REDACTED]	
Lieu de naissance (dépt) : [REDACTED]	
Situation familiale : [REDACTED] <i>Si changement de situation à quelle date :</i>	
N° de sécurité sociale (NIR): [REDACTED]	
Adresse : <i>Quartier (éventuellement)</i> [REDACTED]	
Tél: 04.77. [REDACTED]	Tél Portable : [REDACTED]

MOTIF DE LA REEVALUATION

<u>Demande d'augmentation d'heures</u>	<u>Décès du conjoint</u>
<ul style="list-style-type: none"> • A compter du : [REDACTED] • PEC actuelle : du [REDACTED] au [REDACTED] nombre d'heures par mois : [REDACTED] • Dernier GIR évalué : [REDACTED] 	<ul style="list-style-type: none"> • Le [REDACTED]
<u>Hospitalisation ou placement du conjoint...</u>	
<i>Eventuellement personnes à contacter lors de la visite à domicile :</i>	
Nom, lien avec l'utilisateur, coordonnées : [REDACTED]	

Cachet du prestataire

FICHE DE SIGNALEMENT DE CHANGEMENTS DE SITUATIONS

Responsable de secteur :

DROME

N° tél. :

N° fax :

Destinataire: plateforme UNA

Evaluatrice :

N° portable :

N° fax :

Courriel :

Date du signalement :

IDENTIFICATION :

Nom patronymique :

Nom marital :

Prénoms :

Date de naissance :

N° SS :

Adresse :

Code postal :

Ville :

N° tél. :

CHANGEMENTS DE SITUATIONS ADMINISTRATIVES :

- Déménagement, nouvelle adresse :
- Décès de la personne le
- Entrée en établissement de la personne le
- Dépôt du dossier APA le
- Attribution de l'APA à compter du
- Refus de l'APA (joindre la copie du rejet APA)
- Changement de prestataire de service
- Modification des ressources

DEMANDE DE FICHE ALERTE :

- Dégradation de l'état de santé
- Retour d'hospitalisation nécessitant une ARDH ou modification du PAP
- Départ ou décès du conjoint le
- Entrée en établissement du conjoint le
- Autre événement, précisez :

Nb d'heures mensuel souhaité :

à compter du

au

Autres prestations voulues :

Commentaires :

Documents justificatifs :

(cadre réservé à l'évaluatrice)

Date de la fiche alerte :

GIR :

Nb d'heures mensuel : Nouvelle PEC du au

Autres prestations voulues :

Réponse de la CRAM le

accord

refus, motif :