

# **DIPLOME DE CONSEILLER EN ECONOMIE SOCIALE FAMILIALE**

**Session 2005**

---

**Durée : 4 heures + 30 minutes pour lecture des documents  
Coefficient : 2**

---

**Calculatrice interdite**

Dès que le sujet vous est remis, assurez-vous qu'il est complet.  
Le sujet comporte 7 pages, numérotées de 1/7 à 7/7.

<b>DIPLOME DE CONSEILLER EN ECONOMIE SOCIALE FAMILIALE</b>	<b>Session 2005</b>
<b>Epreuve écrite sur documents relatifs à la vie quotidienne et à ses activités, à l'action sociale et aux institutions</b>	<b>DICO</b>
<b>Coefficient : 2</b>   <b>Durée : 4 heures + 30 min. pour lecture des documents</b>	<b>Page : 1/7</b>

*Les vieux et vieilles que nous rencontrons, que nous côtoyons, que nous serons, ne peuvent se réduire à la figure homogénéisante de « personnes âgées » qui regroupe dans une appellation légitime et acceptable les « retraités » ou les « seniors », les sexagénaires comme les personnes de 90 ans ou plus, en faisant l'impasse, entre autre, sur les différences sociales, de sexe et de génération. Considérer le vieillissement comme un processus implique le rejet des logiques catégorielles, et le recours aux expériences des personnes vieillissantes elles-mêmes.*

J. Mantouan et M. Membrado  
« Expériences de la vieillesse et formes du vieillissement »  
in Informations Sociales n°88 (2000)

Dans un devoir composé, à partir de vos connaissances et des documents joints :

1. Analysez les caractéristiques récentes de la population âgée et leurs conséquences sur l'image de la personne âgée dans la société.
2. En se limitant aux personnes âgées vivant à domicile, présentez les mesures d'action sociale permettant de réduire les inégalités entre personnes âgées.
3. Dans le cadre d'un centre local d'information et de coordination (CLIC) :
  - a) Précisez les missions et fonctions possibles d'un Conseiller en Economie Sociale Familiale.
  - b) Développez une action qu'il pourrait conduire.

## ANNEXES

Annexe 1 :

(2 pages) Statistiques INSEE (1999 – 2000) ; Ministère des Affaires sociales, du travail et de la solidarité (2003)

Annexe 2 :

(1 page) Le pouvoir d'achat des retraités est marqué par de réelles disparités ; extrait de l'avis adopté par le Conseil Economique et Social en séance du 23 mai 2001.

Annexe 3 :

(1 page) Sociologie de la vieillesse et du vieillissement (extraits) V. Canadec Nathan-université 2002

Annexe 5 :

(1 page) Les centres locaux d'information et de coordination (CLIC) d'après la circulaire DAS/RUZ/2000

Barème sur 20 points

Question 1 : 4 points

Question 2 : 4 points

Question 3 : 8 points

Expression écrite, orthographe, construction du devoir : 4 points

## Évolution de l'espérance de vie à la naissance de 1980 à 2002

Espérance de vie à la naissance (en années)	1980	1985	1990	1995	1997	1998	1999	2000 (p)	2001 (p)	2002 (p)
Hommes	70,2	71,2	72,7	73,9	74,6	74,8	75,0	75,2	75,5	75,6
Femmes	78,4	79,4	81,0	81,9	82,3	82,4	82,5	82,7	83,0	82,9

(p) : Données provisoires

Champ : France métropolitaine

Source : Statistique de l'état civil et enquête « villes », INSEE.

## ANNEXE 1

Données sur la situation sanitaire et sociale en France en 2002

### ESPÉRANCE DE VIE À 35 ANS PAR CATÉGORIE SOCIOPROFESSIONNELLE DE 1982 À 1996

Catégorie socioprofessionnelle	en années	
	Hommes	Femmes
Cadres, professions libérales	44,5	49,5
dont : Cadres de la Fonction publique, professions intellectuelles et artistiques	46,0	51,0
Agriculteurs exploitants	43,0	47,5
Professions intermédiaires	42,0	49,0
dont : Professions intermédiaires administratives et commerciales des entreprises	41,0	50,0
Professions intermédiaires de l'enseignement, la santé, la Fonction publique et assimilées	42,5	48,5
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	41,5	48,5
dont : Artisans	41,5	48,5
Commerçants et assimilés	41,0	49,0
Employés	40,0	47,5
Employés du commerce	40,5	48,0
Employés de la Fonction publique	40,5	47,0
Employés administratifs d'entreprise	40,0	48,0
Personnels des services directs aux particuliers	36,5	47,5
Ouvriers	38,0	46,0
Ouvriers qualifiés	38,5	46,5
Ouvriers agricoles	37,5	47,5
Ouvriers non qualifiés	37,0	45,5
Actifs (hommes) ou ayant déjà travaillé (femmes)	40,5	47,5
Inactifs hors retraités (hommes) ou n'ayant jamais travaillé (femmes)	34,0	46,0
<b>ENSEMBLE</b>	40,0	47,5

(\*) L'espérance de vie est arrondie à la demi-année la plus proche.

Champ : France métropolitaine

Source : INSEE, Données sociales, 1999

### Effectifs de bénéficiaires de certaines prestations sociales

	Effectifs au 31 décembre, en milliers					
	1990	1995	1998	1999	2000	2001
Retraités de droit direct	9 544	10 715	11 166	11 360	11 464	n.d.
Personnes bénéficiaires du minimum vieillesse	1 183	909	760	728	686	670
Familles bénéficiaires des prestations familiales	5 848	5 839	5 547	6 086	6 130	6 178
Personnes bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés	519	594	647	670	689	711
Personnes bénéficiaires du revenu minimum d'insertion (RMI)	422	841	993	1 018	965	939
n.d. : non disponible.						

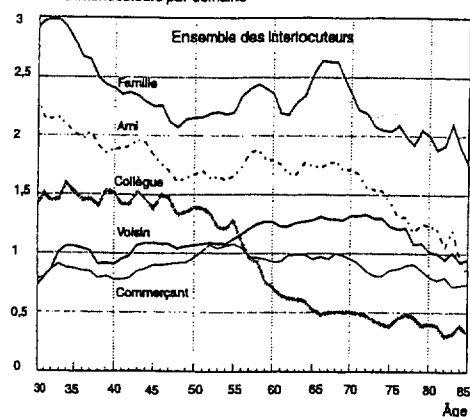
Champ : France métropolitaine, sauf pour le nombre de retraités de droit direct qui inclut les Dom.

Source : ministère des Affaires sociales, du Travail et de la Solidarité, Drees, Cnaf.

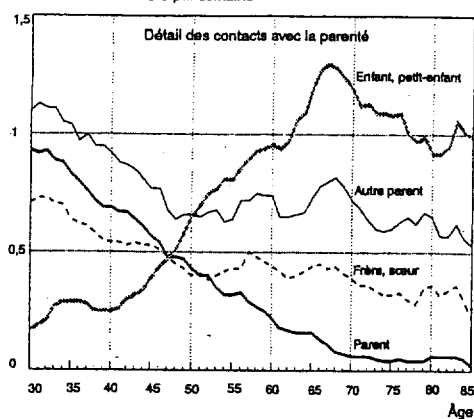
France – Portrait social 2003

Répartition des contacts hebdomadaires

Nombre d'interlocuteurs par semaine

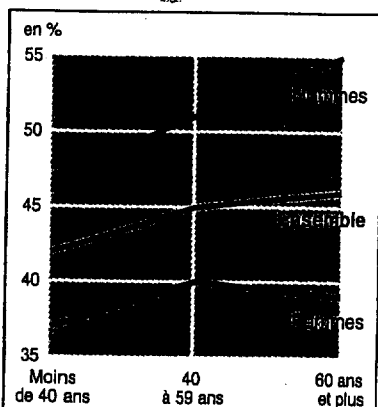


Nombre d'interlocuteurs par semaine



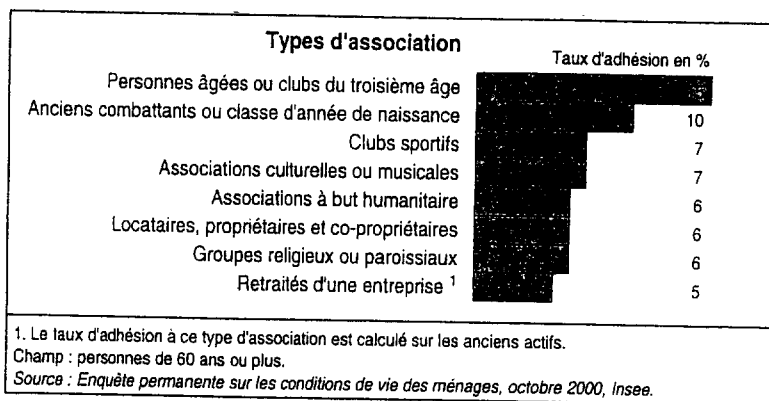
Insee 1<sup>e</sup> Mai 1999 n° 644

Proportion d'adhérents à au moins une association selon l'âge et le sexe



Lire ainsi : 51 % des hommes âgés de 40 à 59 ans sont membres d'au moins une association ; c'est le cas de 40 % des femmes du même âge.  
Source : Enquête permanente sur les conditions de vie des ménages, octobre 2000, Insee.

Taux d'adhésion des 60 ans ou plus aux différents types d'association



Données sociales 2003

## ANNEXE 2

### **Le pouvoir d'achat des retraités est marqué par de réelles disparités**

Grâce aux revenus complémentaires tirés du patrimoine que certains ont pu se constituer tout au long de leur vie, le niveau de vie moyen des retraités est équivalent, voire légèrement supérieur, selon les études, à celui des actifs. Cette « aisance économique » relative masque en fait des disparités qui prolongent celles de la vie professionnelle : ainsi, 7% des retraités sont considérés comme pauvres par l'INSEE.

Selon toute vraisemblance, le niveau de vie moyen des retraités ne devrait pas faiblir dans les quinze ans qui viennent. Devrait jouer en ce sens l'augmentation des salaires au cours du temps, chaque génération qui arrive à l'âge de la retraite ayant eu, en moyenne, un revenu supérieur à celle qui l'a précédée (effet dit de « noria »). S'y ajoutent les effets de l'arrivée à l'âge de la retraite d'une proportion croissante de femmes ayant effectué une carrière complète. Ainsi, un des facteurs d'amélioration de la situation des ménages retraités est la montée des couples bi-pensionnés, même si l'augmentation du nombre de divorces pourrait en limiter l'incidence.

il convient toutefois de ne pas faire l'impasse sur la situation des futurs retraités ayant connu des carrières mixtes et/ou des discontinuités dans leur carrière professionnelle en raison du contexte du chômage de masse et qui, pour ces raisons, bénéficieront de faibles pensions.

De même, la baisse du taux de remplacement qui résulte de la réforme de 1993 diminue le revenu des retraités du secteur privé. Par ailleurs, nous ne pouvons pas ignorer la situation des 730 000 retraités, particulièrement âgés et à dominante féminine, qui ne perçoivent que le minimum vieillesse. Le Conseil économique et social attire l'attention sur les situations d'exclusion dans lesquelles les personnes en très grandes difficultés risquent de se trouver placées jusqu'à la fin de leur vie. Tenant compte de l'ensemble de ces aspects, il appelle de ses vœux une revalorisation du minimum contributif et du minimum vieillesse.

Se pose en outre la question de la justification et de la pertinence de « l'obligation alimentaire » et de la « reprise sur succession » ainsi que celle des dispositifs alternatifs qui pourraient être instaurés. Nombre de retraités renoncent en effet à bénéficier, souvent par méconnaissance des règles de franchise, d'avantages auxquels ils auraient droit, de peur que cela prive leurs descendants du patrimoine, pourtant le plus souvent limité, qu'ils ont constitué pendant leur vie professionnelle.

Extrait de l'avis adopté par le Conseil Economique et Social en séance du 23 Mai 2001

### Les deux pôles imaginaires de la vieillesse contemporaine

Les guides de santé et les dictionnaires du XVIII<sup>e</sup> siècle distinguaient deux temps dans la vieillesse : la vieillesse « verte » et l'« âge décrépît ». De la même façon, des proverbes de la seconde moitié du XIX<sup>e</sup> siècle relatifs au corps montrent qu'il existait alors deux vieillesse<sup>1</sup> : la « vieillesse en santé », qui devait certes se ménager et se garder de toute passion, mais était bien intégrée et bénéficiait d'une réputation de sagesse (« le vieillard sait parce qu'il a vu et entendu ») et la « vieillesse invalide », marquée par la déchéance et qui annonçait la mort (« le vieillard perd tout », énonce un autre dicton).

Les représentations contemporaines de la vieillesse se trouvent également organisées autour de deux pôles. Le premier présente l'image d'un retraité actif, qui profite de l'existence tout en se montrant utile à ses proches et à la société. Le second est occupé par la « personne âgée dépendante », rive à son fauteuil, souffrant de solitude et n'attendant plus que la mort. Ces deux pôles imaginaires renvoient à la partition de la vieillesse en deux phases, celle du « troisième âge » ou, désormais, des « seniors » et celle du « quatrième âge » et de la « dépendance ». La première ayant été définie comme négation de la vieillesse, prolongement de la vie adulte et temps d'accomplissement de soi, c'est logiquement la seconde qui est aujourd'hui considérée comme la « vraie vieillesse ». Ainsi, lorsqu'on interroge de jeunes adultes sur ce qu'évoque pour eux le terme « vieillesse », leurs réponses ne correspondent pas à la « vieillesse épanouie », autonome et active, mais plutôt à la « vieillesse ingrate »<sup>2</sup>. Ils décrivent cependant plus souvent des pertes physiques ou un isolement relationnel que des défaillances psychiques, indiquant même que la vieillesse se caractérise par des ressources morales et spirituelles comme de l'expérience ou de la sagesse. La vieillesse démente n'apparaît ainsi guère présente dans les représentations courantes.

Les représentations donnent une image partielle, et donc déformée, de la réalité. De même que la vieillesse démente se trouve occultée, la représentation bipolaire de la vieillesse, en braquant les projecteurs sur deux types bien particuliers de personnes âgées, laisse dans l'ombre la majorité d'entre elles. Aussi laisse-t-elle accroire que tous les jeunes retraités sont conformes à l'image du senior engagé dans la vie associative et qu'au-delà d'un certain âge, les vieilles personnes sont toutes « dépendantes » et posent un problème de « prise en charge ».

1. F. Loux, « Vieux et jeunes dans la société rurale française à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle », in A.-E. Imhof (s.d.), *Le Vieillessement*, Lyon, Presses universitaires de Lyon, 1982.  
2. C. Hummel, « La tête et les jambes. Représentations de la vieillesse chez les jeunes adultes », *Prévenir*, n° 35, 1998, pp. 15-22.

### Les personnes très âgées

D'autres travaux ont porté sur des personnes approchant ou ayant dépassé 80 ans. Ils permettent, tout en soulignant la grande diversité des situations, de dégager les grandes tendances des modes de vie des personnes « très » âgées : le repli sur l'espace domestique et la baisse de la sociabilité.

#### Le repli sur l'espace domestique

L'avance en âge se traduit, tout d'abord, par un repli sur l'espace domestique. Difficultés physiques et moindre goût pour l'extérieur se combinent pour expliquer que les sorties se fassent moins nombreuses, que l'espace parcouru se réduise et que le domicile soit de plus en plus valorisé. Parallèlement, le rythme des activités quotidiennes se fait plus rigide et le même parcours à l'intérieur de l'espace domestique tend à se reproduire chaque jour, souvent scandé par les émissions de radio et de télévision.

Ce repli n'est pas uniforme et il ne faut pas le confondre avec le confinement chez soi, qui ne touche qu'une fraction minoritaire des vieilles personnes. Il existe notamment des espaces de « secondarité », comme un lieu de vacances régulier ou le club du troisième âge, qui autorisent les va-et-vient avec le domicile. Quant aux personnes qui sortent très peu ou ne sortent pas du tout, elles n'abandonnent pas pour autant tout lien avec l'extérieur. Les médias constituent, au même titre que les récits des enfants ou de l'aide ménagère, une source d'information et une ouverture sur le monde : par leur intermédiaire, ces personnes peuvent maintenir un sentiment d'appartenance à la société. Une autre manière de s'ouvrir sur l'extérieur consiste à « voir depuis sa fenêtre » et à participer, par le regard, au mouvement de la rue.

Ce repli peut d'ailleurs être vécu diversement, et pas nécessairement comme un enfermement. Beaucoup de personnes très âgées valorisent ainsi fortement leur domicile qui est, pour reprendre la formule de Bernadette Veyssset<sup>1</sup>, à la fois un repaire et un repère. Il est un repaire où elles se sentent protégées des agressions extérieures. Il est aussi, à plusieurs titres, un repère : un repère identitaire, tout d'abord, le domicile symbolisant la personne dans sa continuité, le lien entre ce qu'elle est et ce qu'elle a été ; un repère spatial, ensuite, puisqu'il est un espace familial, intimement approprié, dont l'usage se trouve fortement ancré dans les habitudes corporelles ; un repère temporel, enfin, tant il est chargé de souvenirs. La mobilité résidentielle n'en existe pas moins à ces âges élevés : en permettant d'accéder à des logements plus confortables ou de se rapprocher de ses enfants, les déménagements contribuent au maintien à domicile<sup>2</sup>.

### La baisse de la sociabilité

Le grand âge se caractérise aussi par un plus grand isolement. Isolement domestique, tout d'abord : la probabilité d'avoir perdu son conjoint, plus forte pour les femmes que pour les hommes, augmente avec l'âge tandis que la cohabitation intergénérationnelle est beaucoup moins fréquente qu'autrefois. Moindre sociabilité, ensuite : les décès amenuisent le réseau de sociabilité, le repli sur le domicile contribue à réduire les rencontres et les visites aux amis et, comme nous le verrons dans le chapitre 3, la « déprise » se manifeste par l'abandon de certaines relations. Pour ce qui est de la solitude, les résultats sont moins assurés, des travaux américains ayant montré que c'est dans l'adolescence qu'elle est la plus intense. Elle semble cependant un peu plus forte pour les personnes très âgées que pour les retraités plus jeunes, tout en restant circonscrite à une minorité d'entre elles. La solitude est d'un autre ordre que l'isolement, renvoyant non pas à l'absence ou à la faiblesse des relations sociales, mais à un sentiment d'abandon. Certaines personnes bien entourées en souffrent, notamment

1. B. Veyssset, *Dépendance et vieillissement*, Paris, L'Harmattan, 1989.  
2. F. Cribier, « Le maintien à domicile d'une population parisienne très âgée », *Les Annales de la recherche urbaine*, n° 73, 1996, pp. 99-107.

après le décès de leur conjoint, alors que d'autres, assez isolées, le ressentent moins fortement car elles ont réduit leurs exigences en matière de sociabilité.

Il faut se garder, cependant, de conclure que la grande vieillesse se caractérise par le vide relationnel et affectif. Tout d'abord, la famille demeure très présente. Les relations avec les enfants sont fréquentes, ainsi que celles avec les frères et sœurs, en particulier pour ceux qui n'ont pas d'enfants. Il ne faut donc pas voir dans la baisse de la cohabitation intergénérationnelle le signe d'un affaiblissement des relations entre les parents âgés et leurs enfants adultes mais un symptôme de leur transformation. Aujourd'hui, ces relations se trouvent organisées selon le modèle de l'« intimité à distance » qui préserve l'autonomie de chacun. Aussi le rapprochement résidentiel est-il souvent préféré à la cohabitation, le téléphone constituant un outil relationnel privilégié. La cohabitation n'a pas disparu, cependant : elle reste plus fréquente que l'hébergement collectif et la moitié des cas de cohabitation entre parents âgés et enfants adultes s'explique par une rechabitation faisant souvent suite à un problème de santé ou de solitude du parent âgé<sup>1</sup>. Par ailleurs, certaines personnes s'efforcent de maintenir une sociabilité non familiale, en plus de leurs relations familiales ou afin de pallier leur absence. Une recherche longitudinale réalisée au Pays de Galles<sup>2</sup> montre ainsi que le réseau amical demeure important et qu'il se renouvelle, même à un âge avancé. Certains professionnels comme l'aide ménagère jouent aussi un rôle non négligeable dans la sociabilité des plus âgés.

Le constat du maintien, au grand âge, d'une certaine sociabilité, en particulier sous la forme de relations familiales régulières, ne doit pas faire oublier la frange, minoritaire, des personnes très peu entourées. Ceux qui n'ont pas eu d'enfants, dont les enfants sont décédés ou qui ont de mauvaises relations avec eux paraissent particulièrement exposés à ce risque d'isolement. Cependant, même parmi cette population d'*apaisés* comme propose de les appeler Christian Lalive d'Épinay (« gens sans enfants » en grec), il convient de distinguer les « indépendants » des « dépendants anciens »<sup>1</sup>. Les premiers, habitués depuis longtemps à se débrouiller seuls, entretiennent leur réseau de sociabilité et font preuve d'une capacité à mobiliser l'aide dont ils ont besoin, alors que les seconds, qui avaient escompté vivre leur vieillesse en famille, souffrent de déficit relationnel et de manque affectif. Pour ceux-là, la télévision ou la radio peuvent procurer une sociabilité de substitution et un palliatif à la solitude : elles assurent une présence, donnent le sentiment de « combler le vide » laissé par la disparition du conjoint et certains feuilletons sont l'occasion de retrouver des personnages familiaux.

1. C. Altias-Donfut, S. Renaut, « Vieillir avec ses enfants », *Communications*, n° 59, 1994, pp. 29-53.  
2. D. Jerome, G. Wenger, « Stability and change in late-life friendships », *Ageing and Society*, vol. 19, 1999, pp. 661-676.

Sociologie de la vieillesse et  
du vieillissement  
Vincent CANADEC  
Nathan Université Nov. 2002

## Les centres locaux d'information et de coordination (CLIC)

### Organisation du CLIC

Il peut s'agir : d'un service coordonné, à partir des services existants qui fonctionnent sur une zone géographique donnée, par le biais d'une convention ; d'un service intégré, avec un gestionnaire unique de plusieurs services s'appuyant sur une structure telle que : un hôpital (C. H, hôpital local,...) ; un centre communal d'action sociale ; une collectivité territoriale ; une association (l'organisation de la coordination variera en fonction de la structure d'appui) ; ou bien d'une structure spécifique de coordination des services intervenants.

Afin de tirer profit de la synergie qui résulte de la mise en commun de moyens et de services publics, et sans qu'il soit question de définir un statut unique ou contraignant, les CLIC peuvent parfaitement être intégrés, par voie de convention, aux nouvelles « maisons de services publics » visées par la loi n° 99-533 du 25 juin 1999 d'orientation pour l'aménagement et le développement durable du territoire – appellation qui recouvre les points publics en milieu rural et les plates formes de services publics en milieu urbain – voire même en constituer à eux seuls. Ils peuvent aussi, sur un autre registre, permettre d'utiliser les locaux des services publics fermés ou menacés de l'être dans une perspective d'aménagement « social » du territoire et bénéficier ainsi d'une logistique existante.

### Territoire couvert par le CLIC

Une action cohérente sur le terrain implique sa mise en œuvre sur un territoire délimité. La zone d'attraction du CLIC est définie au niveau infra départemental ; elle correspond au « bassin de vie » des usagers (canton, groupement de cantons et/ou de territoires d'action intercommunale, ville, quartier...) et peut transcender les frontières départementales. Selon la configuration locale, le CLIC concernera ainsi une population de l'ordre de 7 000 à 10 000 personnes âgées de 60 ans et plus en milieu rural et de 15 000 en milieu urbain.

### Missions et compétences du CLIC

La coordination assure au minimum les trois fonctions suivantes auxquelles peuvent s'ajouter deux autres compétences :

- Lieu d'accueil de proximité et d'écoute des personnes âgées et de leur entourage, elle assure un rôle de soutien aux familles, soutien psychologique, entraide, groupes de paroles, actions de formation...
- Lieu d'information et guichet d'entrée unique quelle que soit la nature de la ou des demandes, elle assure la mise à disposition gratuite d'une documentation relative à l'ensemble du dispositif d'aides existant (aide ménagère à domicile, garde à domicile, accueil de jour, accueil temporaire, services d'urgence, portage de repas, adaptation du logement, aides techniques, fiscalité, mesures de protection juridique, animation, loisirs...). Pour cela, un lien permanent avec les relais et lieux d'information, s'ils sont distincts de la coordination, est indispensable : il s'agit d'identifier clairement un lieu d'information des usagers et des familles ;
- Lieu de coordination des dispositifs existants permettant l'élaboration d'un plan d'aide pour les personnes âgées sur la base d'une évaluation pluridisciplinaire (physique, psychologique, financière, sociale et environnementale) dans leur lieu de vie par une équipe pluridisciplinaire médico-sociale. Ce plan d'aide personnalisé tient compte des aides éventuelles déjà existantes ; il s'agit en effet de conserver autant que pos-

sible les référents habituels de la personne lorsqu'ils existent. Le plan d'aide veille également à prendre en compte les adaptations à apporter au logement principal, rendues nécessaires par l'état de la personne et qui doivent privilégier la valeur d'usage des équipements de la vie quotidienne.

Enfin, la coordination peut également recouvrir les deux missions suivantes, en fonction de son organisation :

- Mise en œuvre des aides et coordination des intervenants : il sera porté une attention particulière à la façon dont la coordination s'est organisée pour apporter, en termes d'aide, des réponses dans l'urgence, ex : garde de nuit pour éviter une hospitalisation dans de mauvaises conditions, intervention immédiate d'une aide à domicile...
  - Suivi du plan d'aide et adaptation de la prise en charge en fonction de l'évolution des besoins de la personne.
- Instance d'information, de conseil et d'aide à la décision, le CLIC est ouvert à l'ensemble des personnes concernées par le vieillissement et pas seulement à celles qui sont susceptibles de bénéficier de prestations financières.

**Professionnels partenaires ou pouvant être associés à la coordination** : les assistants de service social (centre communal d'action sociale, conseil général, CRAM, MSA...), le médecin traitant/généraliste, les infirmiers (relevant d'un SSIAD ou bien des libéraux), le kinésithérapeute (mobilisation/marche, aide respiratoire), les autres personnels para-médicaux (pédicures, diététiciens...), les ergothérapeutes et les professionnels des aides techniques, les services d'amélioration de l'habitat et d'adaptation du logement, les services d'aide à domicile (aides ménagères, gardes à domicile, auxiliaires de vie... pour l'aide à la vie quotidienne), les autres services de proximité (portage de repas et télé-alarme, petit bricolage...), les établissements sanitaires ou médico-sociaux (il convient de rechercher la collaboration avec ces institutions afin de préparer les entrées et sorties d'hospitalisation pour un bon retour à domicile, de réaliser des bilans/évaluation en ambulatoire et de développer l'hébergement temporaire et l'accueil de jour).

Sont également associés à la coordination, le cas échéant, les autres professionnels intervenants comme les délégués à la tutelle...

**Modalités de fonctionnement** : [Le CLIC] doit être [un] lieu accessible, dont l'implantation est aisément repérable par l'usager et sa famille avec les horaires d'ouverture, notamment pour l'information par téléphone, suffisamment amples. [Il doit disposer d'un] responsable à temps plein, gage de la continuité du service [et mettre en place] un système de réponse susceptible de traiter les situations d'urgence. [Il doit fonctionner comme un] guichet unique [avec un] dossier unique par personne prise en charge, enrichi au fil des évaluations et de l'évolution des besoins [et disposer d'une] documentation sur les aides existantes, une banque de données actualisée.

Source : d'après la circulaire DAS/RUZ/2000/310 du 6 juin 2000.