

**ENSP**

ÉCOLE NATIONALE DE  
LA SANTÉ PUBLIQUE

**RENNES**

---

**Inspecteurs des Affaires Sanitaires et Sociales**

Date du Jury : **12 et 13 Septembre 2002**

---

**La nouvelle politique d'implantation des CLIC  
dans le LOIR ET CHER et ses impacts sur la  
coordination gérontologique locale et  
institutionnelle**

---

**Stéphanie FROGER**

---

# Sommaire

---

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
<b>MÉTHODOLOGIE.....</b>	<b>4</b>
<b>1 - UNE ÉVOLUTION NÉCESSAIRE DE L'IMPLICATION DE L'ÉTAT EN MATIÈRE DE COORDINATION GÉRONTOLOGIQUE.....</b>	<b>6</b>
1.1 UNE TENDANCE AU CLOISONNEMENT INSTITUTIONNEL ET SECTORIEL EN MATIÈRE DE POLITIQUES PUBLIQUES EN FAVEUR DES PERSONNES ÂGÉES : UN OBSTACLE IMPORTANT À LA COORDINATION EN GÉRONTOLOGIE .....	6
1.1.1 <i>la coordination gérontologique : un historique marqué par le transfert de compétence de l'action sociale aux collectivités locales en 1983.....</i>	<i>6</i>
1.1.2 <i>La politique de l'Etat en matière de réseaux sanitaires : des mesures foisonnantes.....</i>	<i>9</i>
1.2 UNE NOUVELLE PRISE DE CONSCIENCE DES POUVOIRS PUBLICS EN FAVEUR D'UNE PRISE EN CHARGE GLOBALE DES PERSONNES ÂGÉES ET UN DÉCLOISONNEMENT DES POLITIQUES PUBLIQUES.....	15
1.2.1 <i>Les facteurs socio-démographiques à l'origine de cette nouvelle prise de conscience de l'Etat.....</i>	<i>15</i>
1.2.2 <i>La refondation de la politique de l'Etat sur le thème de la coordination en gérontologie .....</i>	<i>20</i>
<b>2 - LA MISE EN PLACE DU DISPOSITIF CLIC IMPULSÉ PAR L'ÉTAT : DES IMPACTS À MESURER SUR LA COORDINATION GERONTOLOGIQUE LOCALE ET INSTITUTIONNELLE DANS LE LOIR-ET-CHER.....</b>	<b>25</b>
2.1 LES RÉTICENCES MULTIPLES DE CERTAINS PARTENAIRES.....	25
2.1.1 <i>la crainte du Conseil général de se voir déposséder de ses compétences en matière de politique gérontologique.....</i>	<i>25</i>
2.1.2 <i>un cahier des charges CLIC jugé exigeant mais pas forcément adapté aux régions rurales .....</i>	<i>31</i>
2.1.3 <i>la coordination gérontologique dépend de la motivation de chaque partenaire ce qui rend nécessaire une formation et une sensibilisation des personnels au travail partenarial.....</i>	<i>35</i>

2.2 LES ATTENTES EXPRIMÉES VIS A VIS DE L'ÉTAT DANS LA MISE EN ŒUVRE DE CE NOUVEAU DISPOSITIF : UN RÔLE D'ANIMATION ET DE RÉGULATION .....	39
2.2.1 <i>la nécessité d'un chef d'orchestre</i> .....	39
2.2.2 <i>les impacts positifs du retour de l'Etat en matière de coordination gérontologique</i> .....	41
<b>3 - LE RÔLE INDISPENSABLE DE L'INSPECTEUR DES AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES EN TERME D'ANIMATION ET D'ÉVALUATION, POUR UNE MISE EN ŒUVRE RÉUSSIE DES CLIC.....</b>	<b>43</b>
3.1 LE RÔLE DU IASS DANS LE DÉVELOPPEMENT DE LA COORDINATION INSTITUTIONNELLE PAR LA MISE EN PLACE DES CLIC .....	43
3.1.1 <i>Les stratégies à développer avec les partenaires institutionnels pour une mise en œuvre réussie des CLIC: diplomatie et valorisation des expériences antérieures</i> .....	43
3.1.2 <i>L'IASS : un rôle d'interface entre les décideurs institutionnels et les acteurs de terrain</i> .....	45
3.2 LE CLIC : UN NOUVEL OUTIL DE PLANIFICATION A EVALUER POUR LE IASS .....	46
3.2.1 <i>Un nouvel outil de planification à articuler avec d'autres dispositifs déjà existants</i> .....	46
3.2.2 <i>l'IASS : un rôle d'évaluation des CLIC</i> .....	49
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>56</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

**AGGIR** : Autonomie gérontologie groupes iso-ressources  
**AIPA** : Année Internationale des Personnes Agées  
**ANAES** : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé  
**APA** : Allocation Personnalisée à l'Autonomie  
**APF** : Association des Paralysés de France  
**ARH** : Agence Régionale d'Hospitalisation  
**CCAS** : Centre Communal d'Action Sociale  
**CDES** : Commission départementale d'Education Spéciale  
**CIAS** : Centre Inter-communal d'Action Sociale  
**CIH** : Classification Internationale du Handicap  
**CLIC** : Centre Locaux d'Information et de Coordination  
**CNAVTS** : caisse nationale de l'Assurance Vieillesse des Travailleurs salariés  
**CNIL** : Commission Nationale Informatique et Liberté  
**CNR** : Coordination Nationale des Réseaux  
**CODERPA** : Commission Départementale des Représentants des Personnes Agées  
**COFIL** : Comité de Pilotage  
**COTOREP** : Commission Technique d'Orientatation et de Reclassement Professionnel  
**CRAM** : Caisse Régionale d'Assurance Maladie  
**CREDES** : Centre de Recherche Documentaire en Economie de la Santé  
**CSG** : Contribution Sociale Généralisée  
**CSP** : Code de la Santé Publique  
**CSS** : Code de la Sécurité Sociale  
**DDE** : Direction Départementale de l'Equipement  
**DGAS** : Direction Générale de l'Action Sociale  
**DHOS** : Direction de l'Hospitalisation et de l'Offre de Soins  
**DSS** : Direction de la Sécurité Sociale  
**EHPAD** : Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes  
**EMS** : Equipes Médico-Sociales  
**FAQSV** : Fonds d'Aide à la Qualité aux Soins de Ville  
**HID** : Handicap-Incapacité-Dépendance  
**IASS** : Inspecteur des Affaires Sanitaires et Sociales  
**IDCG** : Instance Départementale de Coordination Gérontologique  
**INSEE** : Institut National des Statistiques et des Etudes Economiques  
**MSA** : Mutualité Sociale Agricole

**OMS:** Organisation Mondiale de la Santé

**ONDAM:** Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie

**PRAPS :** Programme Régional d'Accès à la Prévention de la Santé

**PRS :** Programme Régional de Santé

**PSD:** Prestation Spécifique Dépendance

**SROS:** Schéma Régional d'Organisation Sanitaire

**SSIAD:** Service de Soins Infirmiers à Domicile

**URCAM:** Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie

**USLD:** Unité de Soins de Longue Durée

## INTRODUCTION

En 2020, les personnes âgées de plus de 60 ans seront plus nombreuses que celles âgées de moins de vingt ans et plus de 15 % de la population aura plus de 75 ans. Toutes les projections démographiques confirment, en effet, le vieillissement de la population en France.

La prise en charge des personnes âgées s'annonce donc comme un défi majeur de santé publique pour notre société. Ce défi est aussi bien humain (imaginer de nouveaux moyens pour améliorer la vie des personnes âgées en perte d'autonomie), économique (la nécessaire maîtrise des dépenses sociales) que social (la prise en charge de la perte d'autonomie repose sur la solidarité entre les générations).

L'année internationale des personnes âgées (1999) et plusieurs autres rapports ont mis en exergue les enjeux importants d'un meilleur accompagnement de la vieillesse et ont ainsi favorisé la prise de conscience des pouvoirs publics pour la mise en œuvre d'une politique de vieillesse globale.

L'axe prioritaire de cette nouvelle politique de vieillesse réside dans le soutien au maintien à domicile des personnes âgées. Cette politique a notamment donné lieu à l'allocation personnalisée à l'autonomie (APA), le développement du nombre de places dans les SSIAD (décret à paraître), le plan de médicalisation des Établissements Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) et la création des Centres locaux d'information et de coordination (CLIC). C'est ce dernier dispositif introduit par la circulaire DAS/RV2 du 6 Juin 2000 et, dont l'objectif est de développer et de mettre en cohérence les coordinations gérontologiques existantes, que nous nous attacherons à traiter dans ce mémoire.

La coordination gérontologique est un thème récurrent depuis 40 ans. Dès les années 60, les bases de la politique sociale et médico-sociale en faveur des personnes âgées sont posées. En 1962, le rapport Laroque insiste sur la nécessité de mettre à disposition des personnes âgées « un ensemble coordonné de moyens et de services adaptés à leurs besoins ». Le vieillissement démographique, la croissance des pathologies chroniques, mais aussi les considérations économiques (coût de l'hospitalisation) ont contribué à ce que le développement des coordinations gérontologiques devienne une des pierres angulaires des politiques de maintien à domicile. Les objectifs de ces coordinations sont multiples: prévenir

et écourter les hospitalisations, permettre la continuité des soins entre l'hôpital et la ville, organiser et rendre possible le retour à domicile.

Aujourd'hui, les expériences de coordinations gérontologiques sont nombreuses mais recouvrent des réalités différentes. Des professionnels investis dans ces démarches et rassemblés en 2000 pour un colloque par la Fédération hospitalière de France<sup>1</sup>, parlaient même de « maquis d'une incommensurable complexité ». Il convient, en effet, de distinguer :

- les coordinations de proximité qui organisent la cohérence et la continuité des interventions d'aides et de soins sur le terrain autour de la personne âgée et de sa famille,
- les coordinations fonctionnelles des professionnels et services des secteurs sociaux et sanitaires sur un territoire précis,
- la coordination institutionnelle des structures administratives et politiques qui visent à développer la cohérence de la planification et du financement des dispositifs d'offres.

Il est important aussi de préciser les notions de coordinations gérontologiques et de réseaux de soins. Ces derniers sont plutôt axés sur le sanitaire alors que les coordinations ont plus une vocation sociale. Ces deux logiques s'inscrivent toutefois dans une démarche de santé publique transversale et pluridisciplinaire qui se veut en rupture avec l'organisation verticale et sectorielle traditionnelle.

L'ANAES (l'agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé) précise ainsi que les réseaux de soins sont « une forme organisée d'action collective apportée en réponse à un besoin de santé, transversale aux institutions et dispositifs existants. La coopération des acteurs est volontaire et se fonde sur la définition commune d'objectifs de prise en charge des malades mais aussi de prévention collective et d'éducation pour la santé »<sup>2</sup>. Ces réseaux de soins ont, semble-t-il, bénéficié d'une meilleure reconnaissance de la part des pouvoirs publics que les coordinations gérontologiques.

Cela s'est traduit par une évolution très clivée de la conceptualisation, du développement et du cadre législatif de ces deux types de dispositif, reflet de la séparation du sanitaire et du social instaurée par la Loi hospitalière de 1970, la Loi n°75-535 du 30 Juin 1975 sur les

---

<sup>1</sup> VI ème assises nationales du secteur social et médico-social en faveur des personnes âgées – « les réseaux et la coordination gérontologique », le 17 mars 2000

<sup>2</sup> Anaes, Guide des principes d'évaluation des réseaux de santé, mai 1999

institutions sociales et médico-sociales et enfin les ordonnances Juppé de 1996 créant notamment l'ARH (Agence régionale d'hospitalisation).

Ainsi, face à la multiplicité des actions et des intervenants en gérontologie, l'analyse de la place de l'Etat dans ce domaine et de sa nouvelle prise de conscience de l'importance d'une prise en charge globale devrait conduire à une harmonisation des interventions dans le domaine de la santé publique en faveur des personnes âgées. La mise en place des CLIC, précisée par un cahier des charges national pourrait ainsi être l'opportunité de dépasser, tant au niveau institutionnel qu'au niveau du terrain, les cloisonnements existants entre « réseaux de santé » et « coordinations gérontologiques ».

L'enjeu de ce mémoire consiste donc à analyser sur un département déterminé (le Loir-et-Cher) la politique d'implantation des CLIC et d'en mesurer les impacts sur la coordination gérontologique locale et institutionnelle.

Dans un dernier point, je m'attacherai à montrer le rôle essentiel de l'Inspecteur des affaires sanitaires et sociales (IASS) dans l'animation et l'évaluation du dispositif CLIC.

Après avoir analysé le contexte historique et juridique de l'émergence du dispositif CLIC, l'analyse sur site de la mise en œuvre des CLIC dans le Loir-et-Cher permettra d'estimer les perspectives d'impact du dispositif sur les coordinations gérontologiques locales et institutionnelles.

## METHODOLOGIE

Pour répondre aux objectifs de ce mémoire, trois activités principales ont été menées: une recherche documentaire, des enquêtes par entretiens semi-directifs, la participation à la journée nationale d'échanges et de réflexion sur les CLIC, organisée par le Ministère.

- ***Les recherches bibliographiques***

- Recherche bibliographique sur la coordination en gérontologie: objectifs, évolution, résultats, implications des différents partenaires.
- Recherche des textes de lois et administratifs relatifs à la coordination gérontologique et aux réseaux de santé.
- Bibliographie sur le dispositif CLIC: articles récents sur des exemples de mise en œuvre de CLIC.
- Documents dont dispose la DDASS du Loir-et-Cher sur les expériences en matière de coordination gérontologique dans le département et les premiers éléments concernant la mise en place du dispositif CLIC.

- ***Les enquêtes par entretiens semi-directifs***

- Une série d'entretiens (voir annexe 1) auprès d'acteurs travaillant dans le secteur de la coordination en gérontologie a été menée à partir de guide d'entretiens (voir annexe 2), élaborés selon le mode semi-directifs qui offre l'avantage de favoriser la production d'un discours sur un certain nombre de thèmes, en évitant les ruptures que provoquent une succession de questions.
- Les thèmes abordés dans les guides d'entretiens varient selon qu'ils s'adressent aux responsables des coordinations gérontologiques ou aux différentes institutions administratives.

Pour les coordinations gérontologiques:

- État des lieux de la coordination gérontologique avant le lancement des CLIC (territoires et populations concernés, objectifs, financement, implication des administrations).
- Effets attendus des CLIC.
- Impact des CLIC sur la coordination institutionnelle et légitimité du retour de l'État dans ce domaine.

- Facteurs de succès et de freins à la réussite de ce programme.

Pour les institutions administratives:

- Attentes vis à vis des CLIC
- Mise en œuvre des CLIC
- Effets attendus sur la coordination institutionnelle

L'analyse des entretiens s'est déroulée en deux phases:

- le dépouillement de tous les entretiens,
- puis, l'analyse transversale par thème abordé.

- ***La participation à la journée nationale d'échanges et de réflexions sur les CLIC*** (Annexe n°4)

L'invitation du Ministère permettait aux représentants des Ddass d'être accompagnés de deux partenaires de leurs choix. Des **invitations** ont donc été envoyées aux responsables des coordinations gérontologiques existantes, aux CLIC du Loir-et-Cher et également au Conseil Général. Deux réponses positives ont été reçues de la part des CLIC du Blaisois et du Vendômois.

Une **réunion de préparation** à cette journée de réflexion et d'échanges sur les CLIC a été organisée et animée par mes soins à la Ddass afin de faire remonter au Ministère les expériences et questionnements de ces deux coordinations. Y étaient donc présents les deux responsables de coordinations gérontologiques.

Un questionnaire a été élaboré en commun, retraçant notamment les difficultés rencontrées par ces deux CLIC dans leur mise en place. (Annexe n°3)

La journée au Ministère a permis un échange sur la mise en place des CLIC dans différents départements et apportaient des points de vue variés (Ddass, Drass, acteurs de terrains, Conseil généraux...).

A l'issue de la journée, une rencontre avec Mme Bony, responsable du bureau Personnes Agées à la DGAS, a permis d'éclaircir certains points non abordés pendant les conférences de cette journée.

# **1 - UNE EVOLUTION NECESSAIRE DE L'IMPLICATION DE L'ETAT EN MATIERE DE COORDINATION GERONTOLOGIQUE**

Les lois de décentralisation ont contribué à un amoindrissement du rôle de l'Etat en matière de coordination gérontologique ce qui a, cependant, été revu récemment à travers la nouvelle prise de conscience de l'Etat de la nécessité d'une prise en charge globale de la personne âgée.

## **1.1 UNE TENDANCE AU CLOISONNEMENT INSTITUTIONNEL ET SECTORIEL EN MATIERE DE POLITIQUES PUBLIQUES EN FAVEUR DES PERSONNES AGEES : UN OBSTACLE IMPORTANT A LA COORDINATION EN GERONTOLOGIE**

D'emblée, il paraît important de noter la différence sémantique qui a longtemps prévalu entre le secteur sanitaire et le secteur de l'action sociale vieillesse pour désigner une même action en faveur des personnes âgées : on parle de « réseau gérontologique » dans le premier cas alors que l'action sociale vieillesse utilise le terme de « coordination gérontologique ». L'objectif reste pourtant bien le même : l'organisation d'un maintien à domicile de qualité par un réseau pluridisciplinaire d'acteurs. Les besoins pris en charge par ces réseaux d'acteurs sont cependant différents : le secteur sanitaire s'attache plus à la prise en charge des problèmes médicaux qui sont à l'origine de l'incapacité alors que le secteur social prend en compte le besoin d'aide et d'accompagnement pour compenser le désavantage social résultant de l'incapacité.

### **1.1.1 la coordination gérontologique : un historique marqué par le transfert de compétence de l'action sociale aux collectivités locales en 1983**

#### **1.1.1.1 1962-1982 : l'échec de la politique incitative de l'Etat à créer des coordinations gérontologiques**

En 1962, le rapport Laroque fait état pour la 1<sup>ère</sup> fois de la notion « d'ensembles coordonnés de moyens et de services adaptés aux besoins des personnes âgées ».

Dans ce rapport, deux niveaux de coordination sont définis :

- une coordination administrative à l'échelon départemental, chargée de la définition des besoins, des services à créer et des investissements nécessaires,
- une coordination sociale locale : son réseau d'action unique se situe à l'échelle d'une commune, d'un quartier et doit permettre l'orientation de l'utilisateur vers le service le plus adapté, en excluant toute situation de concurrence entre services.

La coordination doit favoriser la répartition et l'articulation des interventions et a donc à la fois un **rôle de planification et de régulation des coûts**.

En 1976, le VII<sup>ème</sup> plan définit des programmes d'actions prioritaires portant sur le maintien à domicile et la participation sociale des personnes âgées afin que la coordination soit relancée. Les SSIAD sont institués par le décret du 8 mai 1981 qui met également en place l'infirmier coordonnateur.

La circulaire FRANCESCHI, d'avril 1982, critique la faiblesse de la coordination des années précédentes. Elle propose la création d'instances locales de coordination, instituées dans le cadre de secteurs géographiques déterminés. En plus des aides de l'Etat, ces instances peuvent faire appel, pour leur financement, aux collectivités locales et à la Sécurité sociale. De plus, 500 postes de coordonnateurs sont créés.

Ces initiatives des pouvoirs publics connaissent cependant des limites et ceci pour plusieurs raisons :

- le financement de ces postes n'est pas pérennisé et la plupart des départements refusent en 1983 de prendre en charge la dépense,
- la fonction de coordonnateur n'est pas clairement définie et sa légitimité n'est pas reconnue par les administrations locales, ni les acteurs de terrain,
- les enjeux de pouvoir liés en partie à la décentralisation sont également un frein à une coordination effective

### 1.1.1.2 les impacts de la décentralisation sur la coordination

Les lois de décentralisation conduisent au transfert de la majorité de l'Action Sociale aux collectivités locales<sup>3</sup> et affirment donc la séparation du sanitaire et du social.

Pendant cette période, les expériences en matière de coordination gérontologique se multiplient. Un certain consensus se développe autour du concept de coordination. Ainsi, en 1987, Théo Braun dans son rapport de la commission « Personnes âgées dépendantes » considère la décentralisation comme un outil de développement d'action de la coordination.

### 1.1.1.3 Cadrage de la coordination gérontologique par la CNAVTS en 1993

La circulaire du 6 avril 1993 oriente la politique de l'action sociale des CRAM en matière de coordinations gérontologiques.

L'objectif de la coordination consiste en une efficacité accrue des moyens existants au service de la prise en charge globale des besoins de la personne âgée.

Cette circulaire précise que la coordination de proximité menée sur le terrain repose sur une organisation sous-jacente : le réseau gérontologique. La notion de réseau gérontologique est définie par la CNAVTS autour de 3 concepts fondamentaux :

- le « bassin gérontologique »,
- la « consultation gériatrique » permettant d'établir un diagnostic médico-social et un double projet de soins et de vie,
- enfin le « référent », établissement ou service considéré comme l'élément central du système.

### 1.1.1.4 En 1997, le Conseil Général est chargé de la coordination gérontologique pour les bénéficiaires de la PSD

La loi du 24 janvier 1997 instituant la Prestation Spécifique Dépendance (PSD) confie au Conseil général la coordination de la prise en charge de la dépendance.

---

<sup>3</sup> loi du 22 juillet 1983 organisant le transfert de compétences entre l'Etat et les Départements, en particulier dans le domaine de l'aide sociale

Les Départements se sont ainsi dotés d'équipes médico-sociales (EMS) pour mettre en œuvre la PSD avec la possibilité de conclure des conventions avec les organismes de Sécurité Sociale.

Les expériences de coordinations gérontologiques se sont toutefois souvent limitées aux personnes relevant de la PSD ce qui représente 1/5<sup>ème</sup> ou 1/6<sup>ème</sup> des personnes âgées dépendantes. Le seuil de ressources et de dépendance pour avoir droit à cette prestation a constitué aussi une autre limite importante à la PSD.

### **1.1.2 La politique de l'Etat en matière de réseaux sanitaires : des mesures foisonnantes**

Définition des réseaux de santé (proposée par La fédération nationale des Centres de lutte contre le cancer) : *« le réseau désigne une association de plusieurs personnes physiques ou morales dites « acteurs de réseau » ayant des compétences différentes et complémentaires sur une zone géographique déterminée, qui agissent pour un objectif commun, selon des valeurs et des normes partagées, sur la base d'une coopération volontaire pour améliorer la prise en charge d'une communauté de malades ».*

Le réseau comprend des caractéristiques communes :

- un grand nombre d'acteurs : des médecins, des paramédicaux, des travailleurs sociaux, les institutions à vocation sanitaire et sociale, les décideurs et financeurs, les usagers et leur famille, les associations,
- il est fondé sur le volontariat et la complémentarité des compétences, ce qui induit que chaque membre sache reconnaître les limites de ses propres compétences.

Le réseau peut être également compris comme un dispositif de coordination d'activités économiques et d'allocation de ressources. La logique de réseau conduit en effet à repenser l'opposition et la concurrence, génératrices de coûts entre secteurs privé et public, médecine libérale et hôpital. Elle favorise les économies d'échelle liées à l'utilisation des équipements et des synergies de production. Toutefois, la réduction des coûts ne doit pas être traitée comme l'objectif principal de l'émergence des réseaux ce qui risquerait de nuire aux réseaux bénéfiques mais coûteux. Il n'est pas évident, en effet, que les réseaux

génèrent une réelle réduction des coûts compte tenu du mode de calcul actuel du budget hospitalier et de l'augmentation prévisible du volume de soins ambulatoires.

#### 1.1.2.1 une forte incitation à créer des réseaux de santé dès 1990

C'est la volonté de partenariat des professionnels et des patients face à l'apparition du SIDA qui a donné lieu en 1991 à l'élaboration du premier cadre réglementaire incitatif à la mise en place des réseaux. Le contexte de maîtrise médicalisée des dépenses de santé des années 1990 a également contribué au soutien grandissant de la part des pouvoirs publics aux réseaux de santé.

Les premières circulaires en la matière ont incité au décloisonnement des pratiques hospitalières et ambulatoires pour la prise en charge de trois pathologies :

- le sida en 1991<sup>4</sup>,
- la toxicomanie en 1994<sup>5</sup>
- l'hépatite C en 1995<sup>6</sup>.

Ces circulaires définissent les objectifs et le champ d'application de ces réseaux.

L'Etat exprime ainsi son souhait de développer l'accès aux soins des publics en difficultés et notamment en faveur des personnes en situation d'exclusion et des personnes âgées. Ainsi, les circulaires VEIL<sup>7</sup> visent à promouvoir l'aménagement du territoire et la mise en place de réseaux de soins de proximité. Pour les personnes âgées, l'Etat reprend en partie la circulaire de la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse (CNAVTS) du 6 avril 1993.

Ces circulaires favorisent le développement de pratiques sanitaires et sociales transversales intégrant l'hôpital.

---

<sup>4</sup> Circulaire DGS/DH n°612 du 4 juin 1991, relative aux réseaux ville-hôpital dans le cadre de la prévention et de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes atteintes du VIH.

<sup>5</sup> Circulaire DGS/DH n°94-15 du 7 mars 1994, relative à la mise en place des réseaux toxicomanie

<sup>6</sup> Circulaire DGS/DH n°44 du 9 mai 1995 relative à l'organisation des soins pour l'hépatite C

<sup>7</sup> circulaires DGS/DAS/DSS/DIRMI du 9 mars 1993, DGS/SP2 n°74 bis du 2 décembre 1993 et DGS n°88 du 1<sup>er</sup> décembre 1994 relatives à la mise en place des réseaux de santé de proximité.

Ces réseaux sont destinés à faciliter l'échange entre les professionnels de santé eux mêmes sur les connaissances des maladies et devraient permettre également de mettre en relation les membres du réseau avec le patient, en vue de d'aider ce dernier à s'orienter au mieux dans le système de soins.

Un inventaire réalisé en 1996<sup>8</sup> a identifié et classé 500 réseaux dans 25 catégories différentes, qu'il s'agisse :

- d'activités de soins (urgences, soins palliatifs...),
- de pathologies particulières (cancer, sida, diabète...)
- ou de populations spécifiques (personnes âgées, en situation de précarité, en dépendance alcoolique...).

Face à ce foisonnement d'expériences, le fonctionnement en réseau est officiellement reconnu par les ordonnances du 24 avril 1996.

#### 1.1.2.2 Une consécration juridique du réseau de santé par les ordonnances 1996

Les ordonnances de 1996 sont à l'origine de l'émergence d'une administration de mission déconcentrée : l'ARH qui coordonne les moyens de l'Etat et ceux de l'Assurance maladie pour mettre hôpitaux et cliniques au service de la politique de santé. L'ARH a un rôle important dans l'émergence des réseaux de santé et la coordination ville-hôpital. Toutefois, on peut penser que l'ARH a encore contribué au clivage « sanitaire/social ».

Les ordonnances de 1996<sup>9</sup> consacrent le concept de réseau. Ils donnent un cadre légal au réseau et différencient 2 types de réseaux relevant respectivement des codes de la Sécurité sociale et de la Santé publique.

**Les réseaux ou filières du code de la sécurité sociale (CSS)** ont pour objectif de rechercher des nouvelles formes de prise en charge globale et d'organiser un accès plus rationnel au système de santé.

---

<sup>8</sup> P. Larcher, les enseignements des réseaux existants, Actualité et dossier de santé publique n°24, novembre 1998

<sup>9</sup> Article 6 de l'Ordonnance n°96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins (Article L 162-31-1 du Code de la Sécurité Sociale)

Article 29 de l'Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée (Article L 712-3-2 du Code de la santé publique)

Subordonnés à un mécanisme de financement global, leur mise en œuvre peut faire l'objet de dérogations aux dispositions du Code de la sécurité sociale, qu'il s'agisse de la rémunération du médecin, du paiement direct des honoraires ou de la couverture des frais de l'assurance maladie. La procédure de mise en œuvre reste toutefois complexe. La conclusion de conventions entre partenaires institutionnels (Ministère de la santé, de la Sécurité sociale, du budget et les caisses nationales des 3 régimes d'Assurance maladie), ainsi que l'élaboration de cahiers des charges par les caisses des 3 régimes, constituent le préalable à cette procédure. La procédure d'agrément de ce type de réseaux, très centralisée, très lourde et très longue a fortement pénalisé les possibilités expérimentales. En effet, le projet élaboré par les professionnels, accompagné de son plan d'évaluation, est soumis à la commission tripartite nationale SOUBIE : celle-ci, en fonction de l'intérêt médico-économique du projet transmet un avis au ministère qui produit ou non un arrêté d'agrément.

Peu de projets de réseaux ont été agréés : parmi ceux retenus, on peut citer néanmoins le projet initié par la MSA. Ces réseaux sanitaires participent à la coordination ville/hôpital et à la coordination sanitaire et sociale et reposent sur les principes suivants :

- une coordination se faisant par le médecin généraliste,
- une utilisation optimale des structures existantes,
- un respect du libre choix pour la personne âgée,
- le principe du volontariat de la personne âgée et de l'ensemble des acteurs locaux.

**Les réseaux de soins du Code de la santé publique (CSP)** visent à développer la coopération hospitalière et la complémentarité entre les secteurs publics et privés, tant pour la prise en charge des pathologies spécifiques ou de populations particulières, que par l'utilisation de techniques et d'équipements lourds. Le réseau est désormais considéré comme un outil de planification. La convention constitutive de ce genre de réseaux doit être agréée par le Directeur de l'ARH et ils peuvent ainsi bénéficier d'une allocation de ressources. Ces réseaux sont soumis à la procédure d'accréditation et doivent être compatibles avec la carte sanitaire comme avec les objectifs du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS). Aujourd'hui, la Direction des Hôpitaux et de l'offre de soins (DHOS) a recensé 107 réseaux hospitaliers agréés ou en cours d'agrément par les ARH, dans des domaines aussi variés que la cancérologie, la périnatalité, les urgences, le diabète, les soins palliatifs...

### 1.1.2.3 La circulaire du 25 novembre 1999 tente de donner une certaine cohérence à la notion de réseaux de soins

On évalue aujourd'hui le nombre de réseaux en activité ou en cours de création entre 500 et 1500 selon les chiffres de la CNR, de la CNAM ou du Ministère hors réseaux de soins CSP agréés par les ARH et les réseaux expérimentaux du CSS.

Ces chiffres montrent l'engagement des acteurs de santé en faveur des réseaux, de même que la volonté des pouvoirs publics de développer cette logique transversale du système de santé. Pourtant, ces mesures foisonnantes ne concourent pas à la lisibilité et à la cohérence des projets en matière de réseaux. La fonction transversale des réseaux se heurte à la gestion toujours sectorielle du système de santé français puisqu'il existait jusqu'il y a très peu de temps (jusqu'à la loi de financement de la sécurité sociale de 2002) 4 grandes enveloppes sectorielles nationales et des centaines d'enveloppes financières déconcentrées.

La circulaire DGS/DAS/DSS/DIRMI n° 99-648 du 25 novembre 1999 relative aux réseaux de soins préventifs, curatifs, palliatifs ou sociaux souhaite donner une certaine cohérence aux dispositifs existants.

Elle définit les points communs à tous les types de réseaux et établit les règles de fonctionnement a minima auxquelles ils doivent adhérer pour garantir leur développement dans la qualité :

- statut juridique,
- problèmes de santé pris en charge et objectifs,
- types d'usagers aidés, rôle des acteurs de réseaux, procédures écrites,
- mise en place d'un coordinateur à rémunérer,
- animation et formation des professionnels,
- démarche d'évaluation.

Cette circulaire définit également une typologie des différents types de réseaux :

- les réseaux inter-établissements de l'Ordonnance de 1996 portant réforme hospitalière, très structurés, soumis à convention agréée par l'ARH,

- les réseaux « Soubie », expérimentations tarifaires relevant d'un agrément ministériel et soumis à une évaluation médico-économique lourde,
- les réseaux de proximité en faveur des personnes en situation de précarité ou populations à risque,
- les réseaux monothématiques de référence scientifique et de formation des professionnels de premier niveau.

Cette circulaire n'a pourtant pas force de loi et n'harmonise pas pour autant les différentes procédures auxquelles un promoteur de réseau doit avoir recours pour faire connaître et financer son projet.

#### 1.1.2.4 De nouvelles dispositions dans les Lois de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) récentes et dans la loi rénovant l'action sociale et médico-sociale

La loi de financement de la sécurité sociale du 23/12/98 a créé pour 1999 un fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) doté de 500 MF annuels destiné, entre autre, à financer les activités non rémunérées par le paiement à l'acte des professionnels de santé, travaillant en réseau. Ces activités décrites à l'article 22 de la même loi, correspondant effectivement à tout ce qui coûte « cher » dans un réseau (prévention, éducation pour la santé, formation, coordination, évaluation...). Ce fonds est géré à 20 % au niveau national et à 80 % max. au niveau régional par des comités de gestion au sein de chaque URCAM (Union régionale des caisses de d'Assurance Maladie).

La LFSS 2001 a également introduit dans son article 29 le prolongement des expérimentations des réseaux du CSS jusqu'au 31/12/2006 et la possibilité d'agrément décentralisé des projets d'intérêt régional par la commission exécutive de l'ARH, sur avis conforme de l'URCAM. De plus, la décision d'agrément peut autoriser l'Assurance maladie à financer tout ou partie du réseau de santé, y compris les frais exposés pour organiser la coordination des soins, sous la forme d'un règlement forfaitaire versé directement à la structure gestionnaire du réseau ; ces dépenses générées seront prises en compte dans l'ONDAM (Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie).

Une cinquième enveloppe a été créée au sein de l'ONDAM pour affecter des moyens financiers propres aux réseaux (article 36 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002). Le directeur de l'ARH et le directeur de l'URCAM décident conjointement, dans

la limite de la dotation régionale de développement des réseaux des financements supportés par l'Assurance maladie.

Enfin, la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale prévoit la coordination des actions sociales et médico-sociales menées dans chaque département pour garantir la continuité des prises en charge. Pour cela, une convention de coordination pluriannuelle entre les autorités compétentes (Département, Etat, Caisse d'Assurance maladie...) peut être conclue. De nouvelles procédures de coopération entre les établissements de santé et les services sociaux et médico-sociaux eux-mêmes ou avec les autres établissements (de santé ou d'enseignement...) sont prévues.

La circulaire du 18 Mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques accentue également le rôle de l'ARH en matière de réseaux.

Il est ainsi apparu important de dépasser ce clivage entre secteur sanitaire, médico-social et social en développant une approche pluridisciplinaire soignante et sociale : les réseaux sanitaires ont compris la nécessité de s'ouvrir sur le secteur médico-social et social (comme les réseaux toxicomanie ou de prise en charge des patients atteints de VIH/Hépatite C) et les coordinations gérontologiques, d'inspiration sociale, ont mobilisé les compétences médicales et para-médicales ambulatoires et hospitalières.

La définition de la Santé publique donnée par l'OMS rappelle cette nécessité de désenclavage des politiques sanitaires et sociales puisqu'elle parle « d'un état complet de bien-être physique, moral, social... ».

## **1.2 UNE NOUVELLE PRISE DE CONSCIENCE DES POUVOIRS PUBLICS EN FAVEUR D'UNE PRISE EN CHARGE GLOBALE DES PERSONNES AGEES ET UN DECLOISONNEMENT DES POLITIQUES PUBLIQUES**

### **1.2.1 Les facteurs socio-démographiques à l'origine de cette nouvelle prise de conscience de l'Etat**

L'évolution du contexte socio-démographique depuis 20 ans fait que la coordination gérontologique et la prise en charge de la dépendance revêtent désormais une nouvelle importance

### 1.2.1.1 le vieillissement démographique

L'augmentation de la part des personnes âgées est inéluctable : en appliquant une perspective d'accroissement de la population sur la base d'une descendance finale d'environ 1,8 enfant par femme, en 2010 les plus de 60 ans représenteront 22,8% de la population, les plus de 75 ans 8,9 % et les plus de 85 ans 2,5 %. En 2050, ces données avec la même hypothèse de croissance démographique, portent à 33,7 % le pourcentage de 60 ans et plus, à 15,2 % celui de 75 ans et plus et à 6,9 % le pourcentage de 85 ans et plus<sup>10</sup>.

Le vieillissement de la population est dû certes à la baisse des naissances, mais aussi à l'allongement de la durée de vie, résultat des progrès médicaux, de la Protection sociale, de l'augmentation des revenus, des conditions de vie améliorées. L'espérance de vie ne cesse d'augmenter : pour les hommes et pour les femmes.

Le département de Loir-et-Cher se caractérise par une proportion importante de personnes âgées et de personnes très âgées, largement supérieure aux moyennes régionale et nationales. Les personnes de plus de 60 ans représentent plus du quart de la population totale (26,2%), celles de 75 ans et plus 10,1 % et celles de plus de 85 ans a augmenté en 1999 de + 38, 9% pour atteindre 3,5 % de la population totale.

Les perspectives 2001/2011, à partir des projections de l'INSEE prévoient une augmentation continue des 60 ans et plus, particulièrement à partir de 2006. La population des 75 à 84 ans connaît une augmentation sensible entre 2001 et 2006 puis se stabilise par la suite. Enfin, la population des 85 ans et plus connaît une baisse sensible entre 2001 et 2006 due aux classes d'âge creuses de la Première guerre mondiale, puis remonte fortement. Or, ces personnes de plus de 85 ans sont les plus concernées par les problèmes de dépendance et donc par les services d'hébergement ou de soutien à domicile.

### 1.2.1.2 un taux de dépendance croissant

Si le mot « dépendance » est synonyme dans son premier sens de « lien social » exprimant l'idée de corrélation, d'interdépendance et de solidarité, son sens a évolué en induisant une

---

<sup>10</sup> Paulette Guinchard- Kunstler. Vieillir en France: enjeux et besoins d'une nouvelle orientation de la politique en direction des Personnes âgées en perte d'autonomie

représentation sociale de la dépendance assez négative sous forme de « charge financière » et de « problème social » pour la société.

Or, il est vrai que l'accroissement de la durée de vie s'accompagne d'une augmentation des incapacités et de la dépendance. La vieillesse s'accompagne, en effet, du développement des polyopathologies. Aussi, alors que les estimations actuelles évaluent à environ 400 000 les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées, certaines projections prévoient un doublement du nombre de malades entre 1990 et 2020<sup>11</sup>. Il paraît ainsi important de définir la dépendance par rapport au désavantage social ou au handicap tels qu'ils sont définis par la CIH (Classification Internationale des Handicaps). Selon la CIH, l'incapacité correspond donc à « toute réduction partielle ou totale de la capacité à accomplir une activité d'une façon ou dans les limites considérées comme normales pour un être humain » ; elle vient de maladies ou d'une ou plusieurs déficiences organiques.

La loi du 20 Juillet 2001<sup>12</sup> introduit l'APA et remplace la notion de « dépendance » par la notion de « perte d'autonomie » (Code de l'Action Sociale et de la Famille). Ainsi, toute personne âgée résident en France qui se trouve dans l'incapacité d'assumer les conséquences du manque ou de la perte d'autonomie liés à son état physique ou mental a droit à une allocation personnalisée à l'autonomie permettant une prise en charge adaptée à ses besoins. Le degré de perte d'autonomie est évalué par référence à la grille nationale AGGIR.<sup>13</sup>

Pourtant, l'espérance de vie sans incapacité a progressé de 3 ans pour les hommes et de 2, 6 ans pour les femmes, contre 2, 5 ans pour l'espérance de vie totale.

La dépendance ou le désavantage social résultant de l'incapacité se définit par rapport au besoin d'aide existant pour effectuer certains actes de la vie courante. Le taux de dépendance croît avec l'âge : 5% à 75 ans, 9 % à 80 ans, 20 % à 85 ans et 35 % à 90 ans<sup>14</sup>. D'après l'enquête Handicaps-Incapacités-Dépendance (HID) de l'INSEE, le nombre de personnes âgées en perte d'autonomie est estimé à 800 000<sup>15</sup>.

---

<sup>11</sup> la maladie d'Alzheimer, p 12, rapport de J.F. GIRARD, septembre 2000

<sup>12</sup> Loi n° 2001-647 du 20 Juillet 2001 instaurant l'APA

<sup>13</sup> AGGIR : autonomie gérontologique des groupes iso-ressources

<sup>14</sup> LEBEAUPIN A. et NORTIER F. 1996, « les personnes âgées dépendantes : situation actuelle et perspectives d'avenir », INSEE- Données Sociales

<sup>15</sup> rap.sén.n°315, 2000-2001, Alain Vasselle, p.12

L'équipe CLIC devra donc avoir une connaissance gérontologique assez affirmée pour pouvoir répondre aux nouveaux problèmes du vieillissement ou être capable de renvoyer la personne vers des acteurs ou dispositifs plus performants.

#### 1.2.1.3 soutien des personnes âgées à domicile

Les personnes âgées restent à leur domicile de façon majoritaire : le recensement de 1999 estime que 87,8% des personnes de 75 ans et plus déclarent vivre à leur domicile.

L'aide de l'entourage est donc très important pour le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie. Les aidants (famille, voisinage...) sont soutenus de manière variable et de façon plus ou moins coordonnée par les professionnels (aide ménagère, services d'aide à domicile, services de soins infirmiers à domicile, médecin de famille), et ceci, avec un financement inégal sur le territoire national provenant soit de l'usager, de la famille, des caisses de retraite ou même des Départements (au moyen de la PSD et maintenant de l'APA) pour les personnes ayant des revenus faibles.

La loi du 20 Juillet 2001 insiste sur la modernisation du secteur de l'aide à domicile afin d'augmenter l'offre de services et d'améliorer la qualité des prestations fournies aux personnes âgées. Un fonds de modernisation d'aide à domicile est instauré dont la mission est de soutenir les actions de formation, le développement de la qualité des services et le renforcement de la professionnalisation de l'aide à domicile.

Tous ces éléments ajoutés aux critiques du dispositif PSD (cf. le livre Noir de la PSD en juin 1998 dénonce les effets d'assistance et d'in quitt  de la PSD, la faiblesse de ses bénéficiaires (seulement 97000 bénéficiaires en Juillet 1999<sup>16</sup>), aux propositions du Livre blanc (pour une prestation autonomie en juin 1999) de même qu'aux conclusions de plusieurs rapports ont certainement favorisé cette nouvelle prise de conscience de l'Etat.

#### 1.2.1.4 les exemples étrangers en matière de développement de réseaux

Les expériences étrangères ont également fortement influencé la réflexion française sur le développement des réseaux et filières de soins.

---

<sup>16</sup> selon les sources de la DREES n 23

Le modèle anglais, par exemple, est organisé autour du généraliste, acteur central dit « gatekeeper » qui est en charge de l'orientation du patient dans le système de soins et contrôle seul l'accès aux soins des médecins spécialistes. Ce modèle organisationnel fondé sur la régulation du système par le médecin généraliste permet de garantir le suivi aux patients et d'éviter le nomadisme médical même si les délais d'attente sont souvent importants.

La coordination en Angleterre a ainsi les mêmes finalités que le CLIC : mobiliser les différentes ressources existantes (individus, services de santé, services sociaux) pour répondre au mieux aux cas des personnes ayant besoin d'aide et de soins à domicile. Le « care manager » est le pivot du dispositif : il dispose, pour la personne dépendante, d'une enveloppe financière et il a à charge la planification et la coordination des services et le contrôle des dépenses de chaque service.

La coordination des services de maintien à domicile a été expérimentée dès les années 1970 et s'est révélée positive.

Aux Etats Unis, le « managed care » expérimenté dès les années 1980, s'appuie aussi sur le concept de réseau comme mode de prise en charge sanitaire de la population. Il constitue à la fois un outil de rationalisation économique et de contrôle de la qualité des prestations souvent financées par les employeurs.

La Suède avec la réforme ADLER de 1992 a également choisi de développer le soutien à domicile avec la création de petites structures de vie et des appartements reliés en réseau. L'organisation et le financement de ces structures sont à la charge des collectivités locales.

Dès 1986, le Danemark développe le maintien à domicile en construisant des logements individuels adaptés aux besoins des personnes en perte d'autonomie, en mettant en place l'aide personnalisée et l'accès aux soins dont elles ont besoin. Le financement est assuré par le redéploiement des moyens octroyés aux structures d'hébergement qui ont vu leur nombre de lits baisser.

En Italie, une loi de 1991 a rendu obligatoire pour les organismes sanitaires et sociaux des secteurs privés et publics une coordination au sein de réseaux locaux.

Force est de constater que la coordination semble donc s'affirmer comme un véritable modèle d'organisation en Europe.

## 1.2.2 La refondation de la politique de l'Etat sur le thème de la coordination en gériologie

### 1.2.2.1 Le constat des insuffisances du système actuel

- ***une politique de vieillesse marquée par une grande diversité d'acteurs***

La politique de vieillesse connaît une grande hétérogénéité d'acteurs et de financeurs, rendant les dispositifs d'aide peu compréhensibles et accessibles pour les usagers et leur famille.

Cette diversité s'exprime d'abord au niveau des **décideurs** : les communes et les CCAS (Centres Communaux d'Action Sociale) sont souvent des interlocuteurs privilégiés des personnes âgées ; ils gèrent des foyers-logements, des maisons de retraite, des services d'aide et de soins à domicile, expérimentent des coordinations. Les conseils généraux, à qui a été transférée la compétence en matière d'aide sociale par les lois de décentralisation, sont des décideurs essentiels dans le cadre de la loi de janvier 1997 sur la PSD (désormais APA). L'Assurance maladie prend en charge une partie non négligeable des soins médicaux. Les caisses de retraites dans le cadre de leurs actions sociales, développent et financent le maintien à domicile. Les associations sont également très présentes en finançant par exemple les services à domicile (aides ménagères notamment...).

Les **financeurs** sont également **multiples** et recouvrent l'Etat (subventions dans le cadre du PRAPS, du PRS, mesures fiscales, forfaits soins des maisons de retraite, SSIAD, USLD...), les Caisses de retraite, les collectivités locales (programmes liés aux politiques de la ville), le FAQSV, les personnes et leurs familles.

L'image de grande complexité des réseaux vient essentiellement de la contradiction entre l'émergence de modalités d'organisation nouvelle de la santé et des difficultés à faire évoluer et adapter les modes de financements traditionnels de l'offre de soins française.

- ***pour une prise en charge pluridisciplinaire des personnes âgées***

Dans son rapport « Vieillir en France », P. Guinchard Kunstler rappelle qu'il existe une grande diversité de besoins pour les personnes âgées qu'ils soient liés à des difficultés d'ordre physique, d'habitat, d'hygiène, de soins médicaux, de vie quotidienne ou des besoins

liés à un désinvestissement affectif et psychologique, à l'isolement ou à un manque de communication et d'échange. L'ensemble de ces besoins pose bien la définition du soin au sens large du terme, lequel recouvre les actes de « nursing », d'accompagnement psychologique et de mobilisation intellectuelle et sociale.

Mme Guinchard-Kunstler conclut en juin 1999 : "la prise en charge des personnes âgées doit être pluridisciplinaire : sociale, médicale, psychologique et culturelle et l'action publique en sa faveur doit tenir compte de cet impératif ».

Son rapport fait quarante trois propositions et préconise notamment :

- la création des bureaux d'information et d'aide à la décision, permettant d'accueillir les personnes âgées, d'évaluer leurs besoins, d'élaborer un plan d'aide et d'animer le réseau d'intervenants professionnels,
- le travail en réseau et le développement des coordinations gérontologiques,
- la création d'un échelon institutionnel et départemental de coordination, chargé de jouer un rôle de prévision, de planification et de financement de la politique de gérontologie.

- ***Le nécessaire décloisonnement des politiques publiques***

Le rapport de l'Année Internationale des personnes âgées (AIPA) fin 1999 pointe les insuffisances actuelles dans le secteur des personnes âgées : un secteur de la santé des personnes âgées sous doté par rapport aux besoins et trop cloisonné entre ses composantes sanitaires, médico-sociales et sociales, un accès aux services à domicile limité et des politiques publiques éclatées et peu coordonnées.

Certaines pistes sont proposées :

- une approche pluridisciplinaire qui ne doit pas être réduite aux seuls aspects médicaux,
- une intensification du soutien à domicile,
- le développement de la coordination entre les institutions et entre les intervenants.

De plus, de nombreux promoteurs de réseaux déjà existants s'accordent sur la plus-value de la coordination : baisse considérable de la durée de séjour à l'hôpital, taux de réhospitalisation en chute, meilleure organisation des interventions à domicile<sup>17</sup>.

1.2.2.2 les CLIC : une opportunité de décloisonnement des politiques publiques en faveur d'une prise en charge globale des personnes âgées

- ***Une approche transversale et partenariale de la prise en charge des personnes âgées***

Le soutien à domicile est affirmé comme un axe prioritaire de la politique en faveur des personnes âgées par le Ministre de l'emploi et de la solidarité lors de la clôture de l'AIPA. A cette occasion, il insiste sur la nécessité de repenser le moyens et de concourir à leur mise en cohérence par la création d'un réseau de coordinations gérontologiques organisant le maillage du territoire national à partir des échelons de proximité.

Les CLIC s'inscrivent de manière cohérente dans la réforme plus large de la politique gérontologique au même titre que l'APA et la réforme de la tarification des EHPAD (établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes). L'APA introduite par la loi du 20 Juillet 2001 vient, en effet, renforcer la prise en charge des personnes en perte d'autonomie, en leur permettant de bénéficier des aides nécessaires à l'accomplissement des actes de la vie courante.

Cinq objectifs sont fixés par la loi du 20 Juillet 2001 :

- l'instauration d'un droit objectif et universel (l'APA est attribuée dans les mêmes conditions sur tout le territoire)
- l'élargissement du champ des bénéficiaires (l'APA n'est pas soumise à des conditions de ressources mais son calcul tient compte des revenus du bénéficiaire)

---

<sup>17</sup> Larmignat V., « le temps de la maturité », ASH, n° 2164

- des prises en charge diversifiées (l'APA permet une allocation personnalisée, répondant aux besoins particuliers de chaque bénéficiaire et permet la prise en charge d'aides et de services diversifiés)
- la garantie d'une gestion de proximité, rigoureuse et transparente (elle est gérée par les départements et associe tous les partenaires concernés)
- la mobilisation de la solidarité nationale (un fonds de financement de l'APA a été créé et est composé d'une fraction de la CSG et d'une participation des régimes obligatoires d'assurance vieillesse).

Son financement associe trois des principaux acteurs en ce domaine : les Départements, les organismes de Sécurité sociale et l'Etat. Ces trois institutions sont aussi au cœur de la réforme de la tarification des EHPAD. La réforme de la politique en faveur des personnes âgées prévoit donc un véritable travail partenarial entre les différents acteurs. Dans le cadre de l'APA, les Départements sont, par exemple, autorisés à confier tout ou partie de la mise en œuvre de l'APA notamment celle des plans d'aide à des organismes sociaux et médico-sociaux.

Ainsi, des conventions pluriannuelles peuvent être passées avec :

- Les centres communaux ou intercommunaux d'action sociale (CCAS, CIAS)
- les CLIC
- les organismes régis par le code de la mutualité
- des services d'aide à domicile agréés

- ***Les CLIC une opportunité de dépasser le clivage « réseaux de santé », « coordinations gérontologiques »***

Les enjeux des réseaux de santé comme ceux des coordinations gérontologiques sont similaires. Si leurs logiques d'interventions sont différentes, tous concourent aux mêmes objectifs : ménager aux personnes âgées une vie meilleure : maintien à domicile, prévention pour réduire les hospitalisations et les risques de dépendance.

Les réseaux et les coordinations sont tous deux des initiatives de terrain reposant sur une volonté de répondre à des besoins. Le lien et l'échange sont envisagés comme moyen d'introduire de la cohérence dans le système social et sanitaire. Ils mettent en évidence l'interdépendance des différents niveaux d'actions que sont le terrain et le monde des institutions.

Les réseaux sanitaires visent à prendre en compte l'ensemble des besoins de santé, tant médicaux que sociaux, psychologiques qu'éthiques de la personne âgée. L'ensemble des professionnels, décideurs et financeurs doivent alors agir en complémentarité et avoir la volonté de dépasser les cloisonnements sectoriels classiques. Cette nécessité de planification et de financements transversaux se heurte pourtant aux domaines de compétence réservés des différents acteurs. La complémentarité entre soins de ville et hôpital doit permettre une prise en charge plus cohérente et plus efficiente du patient, en évitant les redondances des consultations ou des examens et en diminuant la durée des hospitalisations.

De même, les coordinations gérontologiques veulent placer la personne âgée au cœur de l'offre de services sociaux et médico-sociaux, en respectant ses choix et préférences et ceci en mutualisant les actions des différents intervenants.

Ainsi, la mise en place des CLIC pourrait être l'opportunité d'articuler, tant au niveau de la politique des pouvoirs publics qu'au niveau du terrain, l'approche « coordinations gérontologiques » avec le concept et les récentes évolutions des « réseaux sanitaires ».

La circulaire DAS /RV2 n° 2000-310 du 6 juin 2000 relative aux CLIC vient préciser les modalités d'organisation pour l'expérimentation et la création de réseaux gérontologiques. Sa mise en œuvre est confiée aux DRASS et aux DDASS. L'objectif consiste à développer les expériences de coordination existantes et à les mettre en cohérence. Sa mise en place s'appuie sur une culture du collectif dans une zone territoriale délimitée au niveau infra-départemental correspondant « aux bassins de vie »(canton, territoire d'action intercommunale, ville, quartiers...). Le CLIC concerne une population de 7000 à 10000 personnes de plus de 60 ans en milieu rural ou d'habitat dispersé et 15000 en milieu urbain<sup>18</sup>.

Le financement a été assuré pour l'année 2000 pour les 5 CLIC pilotes par une enveloppe de 12,5 MF au titre de l'assurance maladie. Le plan pluriannuel de création de 1000 CLIC sera financé sur le budget de l'Etat à compter de 2001, à raison de 100MF/an (15,25 M d'euros/an) au titre des mesures nouvelles. D'autres financements devront être sollicités auprès des CCAS, conseils généraux, caisses de retraite, CRAM, FAQSV.

---

<sup>18</sup> Circulaire DGAS/AVIE/2 C n°2001/224 du 18 Mai 2001 relative au CLIC. Modalités de la campagne de labellisation pour 2001.

## **2 - LA MISE EN PLACE DU DISPOSITIF CLIC IMPULSE PAR L'ETAT : DES IMPACTS A MESURER SUR LA COORDINATION GERONTOLOGIQUE LOCALE ET INSTITUTIONNELLE DANS LE LOIR-ET-CHER**

### **2.1 LES RETICENCES MULTIPLES DE CERTAINS PARTENAIRES**

L'accueil du dispositif CLIC s'accompagne de multiples réticences sur le terrain. Cela s'explique, d'une part, par le retour de l'Etat en matière de coordination gérontologique, compétence plutôt allouée au Conseil Général depuis les lois de décentralisation et, d'autre part, par les difficultés liées aux conditions techniques de mise en œuvre du dispositif CLIC.

#### **2.1.1 la crainte du Conseil général de se voir déposséder de ses compétences en matière de politique gérontologique**

Le Conseil Général de Loir et Cher a montré un accueil plutôt réservé à l'émergence du dispositif CLIC. Pour lui, à travers ce dispositif, l'Etat dépasse son rôle et entre dans le champ de compétence du Conseil Général tel qu'il a été défini par les lois de décentralisation. L'étonnement d'une des responsables du Conseil Général suite à ma demande d'entretien est symptomatique de l'accueil réticent réservé aux CLIC : « les CLIC concernent la DDASS, les coordinations gérontologiques le Conseil général ». Cette responsable du Conseil général ne voyait donc pas l'intérêt de ma demande d'entretien auprès de ses services sur le dispositif CLIC.

S'il paraît donc légitime pour le Conseil Général que l'Etat intervienne en faveur des zones non couvertes par les coordinations gérontologiques, le dispositif CLIC leur est apparu comme un dispositif concurrentiel aux expériences gérontologiques déjà existantes.

La mise en place des CLIC nécessite donc que ce dispositif s'inscrive en complémentarité des coordinations existantes.

Ce dispositif a été accueilli avec d'autant plus de réserve que le Conseil général de Loir et cher avait déjà engagé un certain nombre d'actions en matière de coordinations gérontologiques et s'était montré plutôt actif dans le domaine.

2.1.1.1 Le Conseil général de Loir et Cher, plutôt actif en matière de coordination gériatrique, met en doute la légitimité de l'intervention de l'Etat sur son domaine de compétence

Suite à un colloque sur la coordination gériatrique organisé par le CCAS de Blois et à l'élaboration en 1991 du schéma départemental des établissements et services sociaux et médico-sociaux pour les personnes âgées (en révision actuellement), des groupes de travail sur la coordination en gériatrie se sont constitués. Une des priorités de ce schéma consistait à expérimenter des dispositifs locaux de coordination entre les intervenants auprès des personnes âgées pour assurer la mise en œuvre de réponses individualisées adaptées à leurs besoins et à leurs aspirations. Le schéma définit alors la coordination comme un « enjeu requis » face à la multiplicité des acteurs et des institutions concernés par les interventions en faveur des personnes âgées.

Deux niveaux de coordination ont été repérés : au niveau local, d'une part, entre les professionnels et, au niveau départemental, d'autre part, entre les financeurs et les décideurs.

Ainsi, dans le prolongement de ce schéma départemental, 7 coordinations gériatriques (Annexe n°5) sont créées en partenariat avec les collectivités territoriales (Conseil général, communes) et les organismes de sécurité sociale (CRAM, MSA...) :

- en milieu urbain (Blois (1994) et Vendôme (1996))
- en milieu rural (Escal'age (1996), Bracieux (1993), Arcadie (1999), RPA St Aignan sur Cher, AGRES Selles sur Cher)

La genèse de ces coordinations gériatriques a procédé d'une même dynamique :

- diagnostic de dysfonctionnements (ex : constat du cloisonnement des services : les professionnels du domicile ne sont pas prévenus de l'hospitalisation de la personne âgée),
- les acteurs prennent alors conscience de leur interdépendance et mettent en place une analyse collective de ces dysfonctionnements,
- développement d'une action coordonnée (apprendre à se connaître entre professionnels, construire des relations de confiance et non hiérarchiques,

répartir les tâches entre les différents acteurs et recenser les intervenants selon leur spécificité).

Une réflexion a également été menée pour dégager les moyens à mettre en œuvre en vue d'un fonctionnement satisfaisant des coordinations gérontologiques :

- la mise en place d'un dispositif de coordination technique, consistant en une coordination centrée sur la personne âgée qui propose à l'intéressé et sa famille, un choix de solutions compatibles avec son état de besoin,
- la mise en place d'un dispositif d'échange d'informations et de formations entre les partenaires,
- une procédure d'évaluation du dispositif et du fonctionnement de la coordination,
- identification d'un lieu d'accueil pour les personnes âgées et leur famille.

Les incitations au développement des coordinations gérontologiques sont surtout d'ordre financier. Désormais, le Conseil général finance chaque année à hauteur de 25 % le fonctionnement des coordinations gérontologiques en plafonnant l'aide à 100 000 francs.

Une enquête réalisée en mai 2000 par un médecin-conseil du Conseil Général sur les coordinations gérontologiques existantes, a montré un fonctionnement plutôt satisfaisant des structures déjà existantes.

Les missions des principales coordinations gérontologiques existantes sont les mêmes :

- l'information,
- l'évaluation de la perte d'autonomie et la coordination des actions,
- le développement de la prévention,
- l'initiation d'études pour évaluer les besoins.

L'organisation des coordinations gérontologiques apparaît globalement rigoureuse (réunions régulières...) et assez élaborée (protocoles d'organisation, réunions régulières, bilans d'activités...).

De même, l'intérêt pour la coordination gérontologique est assez fort : parmi les personnes interrogées, 65,1% désirent adhérer simplement au projet, 53% participer à la création et 13,3 % en être porteur.

Un effort de formalisation, de réflexion a bien été mené, notamment par le Conseil Général, pour mettre en cohérence les différents outils de coordination gérontologique et ceci bien avant la sortie de la circulaire CLIC. Par la suite, la charte départementale de la coordination gérontologique a évolué en prenant en compte le cahier des charges CLIC.

De nombreuses zones restent cependant non couvertes malgré les incitations financières :

- la partie Est, c'est à dire le Romantinais
- la partie Nord, le Perche (DROUE, MONDOUBLEAU, SAVIGNY)
- la grande couronne de Blois (HERBAULT, ST AMAND et MER)
- les cantons de MONTRICHARD et CONTRES

2.1.1.2 Une volonté de développer la coordination institutionnelle qui reste, cependant, encore insuffisante

Une démarche locale conventionnelle réunissant le Conseil général, l'Etat et les principales caisses de retraite a été engagée le 6 juillet 1998 par la signature d'une convention visant à la prise en charge coordonnée des personnes âgées dépendantes par la mise en cohérence de leurs politiques respectives. A cet effet, une Instance départementale de coordination gérontologique (IDCG) a été mise en place afin d'institutionnaliser, de valider et d'étendre les initiatives déjà prises.

Il est à noter que la DDASS est, à cette époque, conviée à se joindre à cette instance au titre de ses missions médico-sociales et sanitaires (notamment par ces contrôles d'inspection dans les maisons de retraite, financement de l'Assurance Maladie pour les forfaits soins) et par volonté de décroiser les volets sanitaires et sociaux des coordinations gérontologiques.

De plus, au cours de l'année 2000, cette instance a travaillé à l'élaboration d'une charte départementale de la coordination gérontologique visant la définition d'une stratégie commune en faveur du développement des coordinations gérontologiques locales. (Annexe n°6)

Cette Charte définit les caractéristiques et les modalités communes de mise en œuvre des coordinations gérontologiques. Elle doit permettre la reconnaissance et l'accompagnement technique et financier des coordinations.

Les objectifs fixés sont :

- la détection des situations de perte d'autonomie et les réponses à apporter,
- l'organisation de réponses adaptées en concertation avec la personne âgée et sa famille, l'évaluation des besoins locaux,
- l'information des personnes âgées et leur famille.

Cette charte départementale a été élaborée dans l'esprit de la circulaire du 6 juin 2000 et anticipe en quelque sorte le cahier des charges CLIC.

Pourtant, la coordination inter-institutionnelle au sein de l'instance départementale de coordination gérontologique reste insuffisante.

Chaque institution agit encore de manière cloisonnée et reste libre des financements qu'elle veut ou non engager. Ainsi, si le Conseil Général, la MSA et l'Etat ses sont engagés pour des financements pérennes, Organic, Cancava et la CRAM ne financent que sur projets. Des problèmes de cohérence intra-institutionnelle, relative au positionnement par rapport à la « coordination gérontologique », existent également et accentuent les difficultés de coordination inter-institutionnelle.

De même au sein du Conseil général, il semble exister un fort cloisonnement entre les services d'aide sociale s'occupant de la PSD, de l'APA et les missions de proximité qui ne semblent pas prendre le relais en matière de suivi des personnes âgées. Si les missions de proximité sont normalement compétentes pour le suivi des personnes âgées non couvertes par les régimes d'assurance maladie comme la CRAM ou la MSA, il est assuré dans les faits par les coordinations gérontologiques sans qu'aucune convention de partenariat n'ait été formalisée ou signée ce qui impliquerait dans ce cas un financement de la part du Conseil général ou encore la mise à disposition de personnel départemental.

La démarche conventionnelle avec les coordinations gérontologiques se limite, en outre, à des formalisations écrites (financements, groupes de travail destinés à élaborer une charte de la confidentialité) ce qui n'est pas suffisant pour les coordinations gérontologiques qui dénoncent l'absence de soutien technique (que ce soit en vue de développer de nouveaux outils de coordination gérontologique ou en vue de constituer des groupes de réflexion rassemblant les acteurs de coordinations déjà existantes).

Les coordinations gérontologiques s'organisent elles-mêmes. La coordination gérontologique du Blaisois a mis en place différents groupes : le groupe méthodologie évaluation (réunion 1 fois par mois) chargé de construire et de perfectionner les méthodologie de travail ; le groupe d'informations, de réflexion et de formation dont l'objectif est l'acquisition d'une culture gérontologique commune par l'échange d'informations et de sessions de formation (2 fois par an), le comité de pilotage (composé de l'ensemble des partenaires institutionnels (CRAM, MSA, Centre hospitalier, CCAS, Conseil général)) qui fait le bilan de l'activité de la coordination et réfléchit sur son devenir.

De même, Escalage (Vendôme) s'est aussi organisé en plusieurs groupes de travail : le groupe pilote chargé du suivi et de l'orientation d'Escalage (2 réunions par an), le groupe permanent (3 réunions par an) dont le rôle est l'échange d'information sur le vieillissement de la population, des sous-groupes (3/4 réunions/an) où il s'agit, par exemple, que les professionnels se connaissent mieux. Le groupe « aide aux aidants » travaille sur l'expression des familles et pose comme hypothèse le besoin de groupes de parole.

L'instance départementale de coordination gérontologique n'a donc pas joué le **rôle d'animateur, de moteur de la coordination gérontologique** comme cela était attendu. Elle n'a pas servi de lien entre les différentes coordinations qui n'ont toutefois pas attendu la médiation de cette instance pour pouvoir se rencontrer. Elle s'est plutôt constituée comme un organe de « validation » des expériences développées par les coordinations que comme un véritable organe « d'impulsion ».

L'instance a élaboré une « charte départementale de coordination gérontologique » en Mai 2001. Toutefois, cette charte reprend, comme modèle, des exemples d'outils déjà développés par certaines coordinations. En annexe de cette charte, on trouve ainsi les plaquettes de présentation de site de plusieurs coordinations, la charte de confidentialité élaborée par la coordination gérontologique du Blaisois, un exemple de fiches de prise de contact, un contrat d'accompagnement social proposé par le CIAS du pays de Vendôme.

D'autres institutions ont également eu un rôle important dans le développement de la coordination en matière gérontologique et notamment en faveur des soins palliatifs. La Loi n°99-477 du 9 Juin 1999 vise, en effet, à garantir le droit à accès aux soins palliatifs pour « toute personne dont l'état le requiert ». La mise en place des réseaux de soins palliatifs entre les établissements ou ville /hôpital est confiée aux ARH (à travers le SROS et les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens conclus avec les établissements) alors que les organismes d'assurance maladie concluent les contrats entre les professionnels exerçant en ville et les établissements de santé.

Le réseau de soins palliatifs du Loir et Cher se compose ainsi d'une équipe pluridisciplinaire (médecins libéraux, pharmaciens, infirmières diplômées d'Etat, auxiliaire de vie, assistantes sociales) qui est chargée de mettre en œuvre des équipes d'appui départementale et régionale.

Ces équipes ont pour objectifs :

- De promouvoir et de favoriser l'adhésion à la démarche de soins palliatifs dans le Loir et Cher,
- D'évaluer les besoins départementaux et de recenser les structures ressources et les soignants intéressés,
- De développer la formation médicale et paramédicale en soins palliatifs, conseiller les soignants habituels,
- Apporter une aide auprès des patients en fin de vie à domicile ou dans les établissements privés ou maison de retraite,
- Etre une instance d'écoute, d'échanges et de réflexion sur les soins palliatifs.

Ainsi, selon le Conseil Général du Loir et Cher, « le seul rôle légitime que peut avoir l'Etat, est de participer à la coordination gérontologique en accompagnant et en impulsant le développement des coordinations gérontologiques » pour lesquelles le Conseil Général se considère toujours comme l'animateur et le pilote.

Le dispositif CLIC est perçu comme un élément intégré aux coordinations gérontologiques. Ce dispositif ne sera donc pas en tant que tel inscrit dans le nouveau schéma départemental des établissements médico-sociaux et sociaux pour les personnes âgées. Toute coordination gérontologique n'a pas, en effet, vocation à devenir CLIC. Le problème de l'articulation des coordinations gérontologiques et des CLIC ne se pose donc pas puisqu'il n'y a pas de liens directs entre les deux dispositifs.

## **2.1.2 un cahier des charges CLIC jugé exigeant mais pas forcément adapté aux régions rurales**

### **2.1.2.1 un cahier des charges national complexe et exigeant pour les candidats au label CLIC**

La composition d'un dossier de candidature au label CLIC doit respecter le cahier des charges national annexé à la circulaire du 18 Mai 2001.

Il doit comprendre notamment :

- l'identification d'un lieu d'accueil et d'écoute (Service Public accessible à tous (notamment avec un accès handicapé) avec des locaux repérables et des horaires d'ouverture amples,
- la définition du périmètre géographique et le recensement des intervenants du CLIC,
- la définition précise des missions du CLIC et le niveau de labellisation demandé,
- l'articulation du CLIC avec les dispositifs existants,
- l'articulation du CLIC avec les professionnels,
- les moyens nécessaires au fonctionnement du CLIC (définition de l'équipe opérationnelle de la coordination, les moyens nécessaires à l'information et à la documentation, les moyens financiers),
- les modalités de formalisation du partenariat qu'implique le CLIC (définition notamment de la forme du partenariat : convention, cahier des charges...),
- les modes d'évaluation.

Ces différents points sont à préciser et à formaliser de façon précise ce qui ne semble possible que pour une structure déjà organisée. Ainsi, dans le Loir et Cher, les candidats au label CLIC sont tous des coordinations gérontologiques déjà constituées. Il apparaît, en effet, difficile pour des porteurs de projet de constituer seul ce dossier de candidature sans aide technique.

2.1.2.2 L'articulation avec les dispositifs déjà existants et les professionnels demande un travail de recherche assez important et nécessite une formalisation de partenariat assez poussée.

Elle doit prendre en compte :

- **Les structures de soins**

- articulation avec les centres hospitaliers (soins de suite et de réadaptation, soins de longue durée, maison de retraite et cure médicalisée), maisons de retraite privée, hébergement temporaire,
- articulation avec les structures de soins à domicile (SSIAD),

- articulation avec les équipes médico-sociales (EMS) qui mettaient en place la PSD et désormais l'APA en 2002. Le CLIC devra travailler avec elles dans la coordination des plans d'aide proposés aux personnes âgées. Les CLIC ont vocation à passer convention avec les EMS de leur ressort territorial pour le signalement mutuel des situations d'isolement et de perte d'autonomie, pour la mise en œuvre et le suivi des plans d'aide. L'EMS s'occupera de l'évaluation des besoins, la définition des plans d'aide personnalisés et prescrira des interventions dont le CLIC, en aval, favorisera la mise en œuvre coordonnée. Le rôle des CLIC est alors de relayer l'information sur l'APA en aval, de susciter une dynamique de partenariat pour faciliter un accès effectif aux droits. Le CLIC candidat « l'Escalage » prévoit dans son cahier des charges la participation des EMS au groupe d'évaluation/coordination d'Escalage pour les suivis des plans d'aide. Elles aideront à détecter les situations à risques.

- **articulation avec les réseaux de soins :**

- lien domicile – hôpital
- lien inter-établissement
- lien domicile- Equipe d'appui en Soins palliatifs et travail de partenariat avec l'équipe d'Appui en Soins palliatifs pour des formations sur l'accompagnement en fin de vie, auprès des multiples acteurs de terrain.

Le CLIC a, en effet, un **rôle fédérateur** et prend en compte tous les services concourant au maintien à domicile des personnes âgées.

- **Articulation avec les dispositifs dans le domaine social**

- articulation avec les travailleurs sociaux des organismes de Sécurité Sociale, le CCAS, les travailleurs sociaux du Conseil Général
- articulation avec les associations et réseaux habitats agissant dans le domaine du logement

- **Articulation avec les réseaux d'animation culturelle, intergénérationnelle et la vie associative :**

- clubs et associations de retraités, secteur d'animation des CCAS, l'APF (qui propose des séjours pour personnes handicapées/âgées), le CODERPA, la vie dans les quartiers

- **Articulation du CLIC avec les professionnels:**

Le CLIC doit veiller au partage de compétences entre tous les professionnels et à leur complémentarité. Ils sont, en effet, nombreux à intervenir en fonction de l'état de santé de la personne et de ses besoins. Il s'agit des différents services hospitaliers (court séjour, soins de suite et de réadaptation), intervenants du secteur psychiatrique, professionnels de santé libéraux, services d'aide ménagère, services aux personnes, services pourvoyeurs d'aides techniques...

Ainsi, le CLIC Escalage prévoit ainsi une participation des professionnels au groupe « évaluation/coordination ». Les directeurs de maison de retraite, responsables CLIC, infirmiers coordinateurs seront associés à un autre groupe « accueil-temporaire » qui travaille sur le développement de l'accueil temporaire et sur l'accueil de jour en établissement. D'autre part, les familles et les professionnels seront associés à un groupe « aide aux aidants » car il a été constaté que les aidants étaient souvent dans une situation d'isolement, de souffrance morale et d'angoisse.

Une prise en charge globale de la vie quotidienne des personnes âgées est, en effet, nécessaire: le CLIC ne se limite pas à un accompagnement sanitaire et social de la personne âgée mais propose aussi de développer des volets culturels, « vie citoyenne ». Le CLIC géré par le CIAS de Vendôme a, par exemple, passé des conventions avec le CCAS de la ville pour les animations culturelles, avec l'université du temps libre...

Les exigences d'implantation territoriale des CLIC sur des « bassin de vie » de 7000 à 10000 personnes de plus de 60 ans en milieu rural posent des problèmes démographiques. Certaines coordinations gérontologiques existantes ne peuvent donc pas prétendre au label CLIC compte tenu de la population insuffisante qu'elle rassemble et sont donc obligées de s'étendre à d'autres villes ou cantons. Cela peut alors conduire des CLIC à s'étendre sur plus d'une cinquantaine de communes (cas d'Escalage, coordination gérontologique candidate à la labellisation) ce qui va à l'encontre de la volonté de « guichet de proximité ».

Cela devient alors relativement difficile de définir le siège social du CLIC. L'exemple de la coordination gérontologique actuelle « Escal'age ASD 41 » est à ce titre intéressante puisque le lieu d'accueil de la coordination a été positionné à Oucques, lieu central de la zone couverte par la coordination. Cette ville n'est pourtant pas un lieu d'attraction pour la population, que ce soit en terme d'activité économique, sociale et culturelle, ce qui a eu un effet négatif sur l'activité d'information et d'accueil de la coordination gérontologique.

Faut-il privilégier la proximité géographique pour tous les habitants de la zone ou bien alors le pôle d'attraction économique et sociologique commun aux différents territoires du bassin de vie ? ou peut-on imaginer plusieurs antennes CLIC sur la zone CLIC ?

Le problème de la territorialisation des CLIC rend à l'évidence nécessaire une étude sociologique préalable des populations.

Des dérogations par rapport à ce seuil démographique semblent possibles puisque une des annexes de la circulaire du 18 mai 2001 précise que «le critère démographique sera relativisé et croisé avec d'autres critères : densité de population, topographie, moyens de communication...les spécificités (...) du milieu rural caractérisé par la faible densité de population, le vieillissement supérieur à la moyenne, l'habitat dispersé devra être prises en compte de façon à ce que l'égalité de traitement des usagers constitue un des critères du maillage territorial ».

La complexité du cahier des charges peut également constituer un frein pour les porteurs de projet. La rédaction du dossier de candidature demande du temps et de l'expérience et nécessite donc l'emploi d'un salarié spécialement pour cette tâche. Ainsi, à ce jour, il n'y a pas de porteurs de projet sur toutes les zones non couvertes par les coordinations gérontologiques mais ce sont, au contraire, des coordinations déjà organisées et structurées qui postulent.

### **2.1.3 la coordination gérontologique dépend de la motivation de chaque partenaire ce qui rend nécessaire une formation et une sensibilisation des personnels au travail partenarial**

La coordination n'est pas une méthode de travail qui va de soi : elle dépend de la volonté et de la motivation des personnes présentes dans chaque institution. Elle nécessite aussi certainement une formation des personnels au travail partenarial.

### 2.1.3.1 La nécessaire motivation des partenaires

Un des problèmes récurrents des coordinations gérontologiques concerne notamment la **difficile association des personnels libéraux médicaux et paramédicaux**. Ils constituent, pourtant, des acteurs indispensables du réseau gérontologique notamment pour l'évaluation médico-sociale du maintien à domicile et pour leur participation à l'élaboration des plans d'aides et de soins. Le **médecin généraliste** a, à ce titre, un rôle capital à jouer dans la prise en charge des personnes âgées. Sa proximité, sa bonne connaissance du milieu de vie, sa capacité de suivi au long cours en font un acteur privilégié de la prise en charge gériatrique. Son action est déterminante en matière d'orientation et de soins, ce qui implique qu'il soit parfaitement informé du fonctionnement du dispositif et sensibilisé à une approche gériatrique. Il doit pouvoir avoir accès, lorsqu'un bilan global est nécessaire à des consultations d'évaluation gériatrique ou aux pôles d'évaluation gériatrique pluridisciplinaire, tout en restant le référent de la prise en charge du patient<sup>19</sup>. L'absence de rémunération pour le temps investi à définir les outils et protocoles communs d'intervention, l'analyse des cas de synthèse, l'évaluation médico-sociale des personnes âgées posent pourtant problème.

Les hôpitaux sont, à ce titre, invités à créer ou développer soit des **consultations gériatriques avancées** soit des **pôles d'évaluation gériatrique** auxquels les médecins pourront adresser leurs patients. Les consultations gériatriques avancées sont des réponses de proximité et travaillent en lien étroit avec les CLIC. Elles permettent à la personne âgée de bénéficier d'un bilan médico-psycho-social. Les pôles d'évaluation gériatrique proposent des bilans approfondis réalisés de façon pluridisciplinaire. Ces évaluations permettront aux médecins généralistes d'ajuster au mieux leur prise en charge et seront l'occasion pour eux et les équipes hospitalières de mieux se connaître.

De même, les **collaborations avec les secteurs psychiatriques ou les hôpitaux** sont parfois difficiles. Certains hôpitaux continuent à faire sortir les personnes âgées de moyen ou court-séjour de manière prématurée et non organisée, mettant les professionnels du domicile en difficulté.

En dehors de l'aspect financier se pose aussi la **question de la plus-value personnelle ressentie par les personnels médicaux** à s'impliquer dans une coordination. Cela peut s'expliquer par l'inégalité des enjeux professionnels en présence. Il existe, en effet, une

---

<sup>19</sup> **Circulaire DHOS/O2/DGS/SD5D/ n°2002/157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques**

asymétrie du besoin de coopération entre les acteurs. Les médecins généralistes et les hôpitaux ont peut être moins besoin des autres intervenants pour mener à bien leur action ce qui diffère pour les services de soins à domicile qui doivent être prévenus au plus tôt pour pouvoir organiser leur tournée de soins.

Leur participation semble pourtant importante pour favoriser le décloisonnement entre secteur sanitaire et secteur social et permettre une prise en charge globale de la personne âgée. Les réseaux et coordinations posent des problèmes transversaux et donc impliquent la rencontre des différents champs sociaux, médico-sociaux et sanitaires.

**La coordination** reste donc avant tout une **stratégie d'alliance** qui vise à restructurer le dispositif de soutien à domicile. Elle dépend de la volonté des acteurs de terrain. Pour Bernadette Veysset-Puijalon in « la coordination gérontologique : démarche d'hier, enjeu pour demain », la coordination s'est développée dans les années 90 par le biais des acteurs de terrain et non plus par le pouvoir central. Elle vise la création de liens plutôt que de nouveaux services. La réussite de cette nouvelle politique de coordination impulsée par l'Etat dépend donc de la motivation des acteurs locaux.

#### 2.1.3.2 Formation des professionnels et sensibilisation au travail en réseau

Une **formation des professionnels** semble importante pour développer une **sensibilité gérontologique commune** et pour « se comprendre ». Les acteurs peuvent se sentir soutenus par le réseau gérontologique lors de certaines situations difficiles. Les coordinations et réseaux gérontologiques sont bien des lieux de structuration d'un « savoir travailler ensemble » par l'élaboration d'indicateurs de qualité (ex : définition de délais d'intervention, cahiers des charges, règles d'intervention, protocoles négociés) et mettent en lumière des mauvaises pratiques en tentant de les corriger et de les contourner.

Cela peut permettre de débattre collectivement de questions éthiques comme, par exemple, le problème de la confidentialité. A ce titre, la coordination Coloriage, en collaboration avec d'autres partenaires, notamment les membres de l'IDCG, ont élaboré une charte de confidentialité et défini le secret « partagé » nécessaire lors des réunions de synthèse. Il est, en effet, important de faire évoluer les savoirs- faire des professionnels afin d'adapter les prestations rendues dans le cadre de l'aide à la personne. Cela demande des connaissances et des capacités spécifiques en matière de gérontologie.

La cohérence des actions menées au sein du réseau nécessite la rédaction de documents de suivi et la diffusion des informations concernant l'intervention des différents professionnels des réseaux, par une formation transprofessionnelle spécifique aux soins gériatriques, par de nouvelles pratiques professionnelles telles que la mise en commun de référentiels et de protocoles, la mise en œuvre d'action de prévention et de dépistage améliorant la prise en charge.

Les coordinations gérontologiques évoluent donc dans le recrutement de leur personnel en privilégiant ceux ayant une formation dans le secteur social. Ainsi, le CIAS de Vendôme recrute pour l'accueil social de proximité uniquement du personnel à Bac +2 ayant une formation sociale.

La formation des responsables de coordination paraît particulièrement importante puisqu'il n'y a pas de profil type défini : « c'est son expérience dans le domaine gérontologique, sa compétence, sa reconnaissance par les autres professionnels, sa capacité à nourrir une réflexion commune qui importent »<sup>20</sup>.

Les missions qui lui sont attribuées sont nombreuses et demandent des capacités importantes :

- il doit avoir de l'expérience dans le domaine gérontologique et connaître les services participant au soutien à domicile des personnes âgées,
- il doit être capable de mettre à la disposition des usagers un guichet unique, quelle que soit la nature des demandes, une documentation gratuite sur l'ensemble du dispositif d'aides existant, de se doter des outils nécessaires : banque de données actualisée, logiciels...
- il doit être capable d'apporter l'assistance nécessaire au montage de dossiers destinés notamment à l'obtention de financements,
- il doit être capable de nourrir une réflexion avec les différents acteurs des secteurs habitat, sanitaire et social ainsi que créer une synergie entre eux en organisant notamment l'information et la formation réciproques...

Or, dans les faits, les profils des coordonnateurs sont extrêmement variés et nécessiteraient soit une formation « tronc commun » pour repréciser leurs missions et certaines connaissances ou sous forme de modules de spécialisation selon les connaissances antérieures de chaque personnes.

---

<sup>20</sup> Circulaire DGAS/AVIE/2C n° 2001/224 du 18 Mai 2001 relative aux centres locaux d'information et de coordination (CLIC)

L'évaluation interne et externe des CLIC est également prévue dans le cahier des charges CLIC. Les coordinations récemment labellisées ont émis leur inquiétude face aux évaluations internes qu'elles auraient à fournir et à leurs impacts en terme de charge de travail supplémentaire et de contrôles de la part des organismes financeurs. Cela représente une emprise des financeurs et des décideurs que tous ne sont pas prêt à accepter. Une coordination informelle s'est, par exemple, développée avec succès à Romorantin (zone non couverte) entre les services sociaux de la mairie et l'association d'aides ménagères (ADMR). Cela représente un enjeu politique pour le maire qu'il n'entend pas déléguer.

## **2.2 LES ATTENTES EXPRIMEES VIS A VIS DE L'ETAT DANS LA MISE EN ŒUVRE DE CE NOUVEAU DISPOSITIF : UN ROLE D'ANIMATION ET DE REGULATION**

### **2.2.1 la nécessité d'un chef d'orchestre**

#### **2.2.1.1 l'Etat, animateur de la mise en oeuvre des CLIC**

Si une des orientations du schéma départemental gérontologique (en cours de révision) insiste sur la nécessité d'expérimenter des dispositifs de coordination, certains reprochent au Conseil Général de ne pas avoir assumé son rôle de chef d'orchestre et d'animateur en matière de coordination gérontologique. Chaque partenaire a dû s'organiser seul et susciter des initiatives locales. La CRAM a, par exemple, participé à la création de sites de coordinations gérontologiques en accordant une subvention de 60 000 FRS par site et un crédit de 500 H /an de leur personnel dans ces coordinations.

**L'Etat** a donc incontestablement **un rôle à jouer** pour pallier à cette insuffisance.

L'instance départementale de coordination gérontologique **n'a pas su jouer ce rôle d'appui technique** dont les coordinations auraient eu besoin. Il n'a pas conduit à une mutualisation et un échange d'informations. Les coordinations gérontologiques ont dû donc créer elles-mêmes en leur sein des instances d'évaluation, de réflexion méthodologique pour des développer des outils de coordination. Cette instance départementale de coordination gérontologique était composée principalement d'institutionnels n'ayant pas de relations

directes avec le terrain excepté la CRAM et la MSA dont les équipes sont intégrées aux sites de coordination gérontologique.

Le **CLIC**, comme **instance transversale et fonctionnelle**, pourrait donc permettre de créer des liens entre les différents intervenants et serait une **opportunité** pour recréer une dynamique à l'échelle départementale.

#### 2.2.1.2 La politique en faveur des personnes âgées : une compétence nécessairement conjointe

Un des impacts positifs des CLIC peut être également l'atténuation législative de la complexité des compétences de l'Etat et du Conseil Général en matière de politique en faveur des personnes âgées.

Le Conseil Général exerce, en effet, une compétence en matière d'hébergement des personnes âgées au sein des établissements (fixation du prix de journée et participation au financement de la dépendance). Il intervient également dans le cadre du maintien à domicile en finançant des prestations de services : aide ménagère portage de repas...

L'Etat, pour sa part, est impliqué à différents niveaux : évolution de la réglementation, tarification des services de soins infirmiers à domicile, contrôle d'inspection (intégrant la lutte contre la maltraitance), médicalisation des maisons de retraite et mise en œuvre de la réforme de la tarification en collaboration avec le Conseil Général, contrôle de légalité sur les actes des maisons de retraite publique, et conjointement avec le Conseil Général, mise en place des CLIC.

Par ailleurs, **l'Etat est garant de la continuité et de l'égalité de la politique de prise en charge des personnes âgées** de même que le **Conseil général** est chargé de la proximité du niveau décisionnel rehaussée **d'une légitimité issue du suffrage universel**. **L'Etat et le Département ont donc bien partie liée pour un pilotage partagé.**

Ces deux institutions ont donc tout intérêt à **articuler leurs domaines de compétences** en vue **d'une prise en charge globale de la personne âgée.**

La révision du schéma départemental se fait ainsi de façon conjointe entre le Conseil général et l'Etat (DDASS) et vise à définir les orientations de la politique gérontologiques pour les 5 années à venir.

Un des effets attendus de cette coordination inter-institutionnelle pourrait être l'apport d'un soutien logistique aux coordinations gérontologiques existantes et à venir. Le Conseil Général propose, par exemple, l'élaboration d'un guide méthodologique pour le

développement des coordinations gérontologiques. Ceci pourrait se faire de manière conjointe avec la DDASS et les autres partenaires dans le cadre du COPIL. D'autre part, les coordinations gérontologiques sont, pour la plupart, demandeuses **d'aides techniques** pour le développement d'outils de travail en matière de coordination. Si la fiche de liaison, initiée au début des années 90 par le Conseil Général, n'a pas marché faute de communication suffisante, il serait bien de repenser ensemble des nouveaux outils de coordination qui pourraient être utilisés par tous.

L'Etat a donc un rôle à jouer en faveur **du décloisonnement des administrations**. La mise en place des CLIC peut susciter ce décloisonnement par les groupes de travail qui vont se réunir au niveau départemental. L'instance départementale de coordination gérontologique transformée en COPIL de labellisation CLIC s'est élargie au CODERPA et peut désormais à ce titre assumer le rôle de coordinateur institutionnel en essayant de faire émerger une même culture gérontologique autour de valeurs partagées. Cette instance peut **favoriser les échanges autour des expériences gérontologiques** vécues et permettre une **mutualisation des savoir-faire**.

## **2.2.2 les impacts positifs du retour de l'Etat en matière de coordination gérontologique**

### **2.2.2.1 un avantage financier**

Le premier avantage du retour de l'Etat concerne l'apport de financement supplémentaire qui va permettre notamment l'extension des missions des coordinations gérontologiques et l'embauche ou la pérennisation d'emplois.

Pendant longtemps, en effet, les possibilités de financement suivaient difficilement les incitations du législateur et se heurtaient au **cloisonnement des enveloppes**. Les coordinations et réseaux gérontologiques fonctionnaient fréquemment sur les budgets des hôpitaux ou sur des subventions exceptionnelles et, par définition précaires.

Le financement CLIC a ainsi permis au CIAS de Vendôme d'étendre ses capacités en terme d'accueil, d'information et d'orientation (niveau 1) ce qui n'était pas, à l'origine, un axe fort de cette coordination gérontologique. Cela a permis également l'acquisition de nouveaux outils d'information : le logiciel « Kged » et une liaison Internet.

Pour certaines coordinations gérontologiques candidates, la labellisation CLIC est un **gage de légitimation** par rapport aux partenaires extérieurs et permettrait plus facilement de leur

demander une formalisation de ce partenariat. Le CLIC du CIAS de Vendôme a réussi à faire signer sa charte locale par une vingtaine de signataires qu'ils soient partenaires locaux de proximité ou institutionnels.

#### 2.2.2.2 L'Etat, garant de l'égalité de la politique de prise en charge des personnes âgées

L'implication de l'Etat apparaît aussi comme un **gage d'égalité de traitement** de la problématique du vieillissement de la population sur le territoire national et permet ainsi de diminuer le poids des stratégies politiques locales.

L'existence d'un cahier des charges commun sur tout le territoire national sert de guide et de référentiel pour le COPIL de labellisation et est opposé aux promoteurs. Il est un cadre de référence pour tous les acteurs concernés. Il permet également d'unifier les procédures d'instruction des dossiers.

Le dispositif CLIC va permettre également l'optimisation de la planification de l'offre en gérontologie en essayant de mettre en cohérence les coordinations existantes. L'objectif consiste à couvrir l'ensemble du département avec un minimum de zones de recoupement entre CLIC et sans zone de territoire laissée vacante.

Le maillage de l'ensemble du territoire par les CLIC va permettre aux coordinations gérontologiques existantes de se sentir moins isolées et d'accéder plus facilement à des informations extra-départementales.

### **3 - LE ROLE INDISPENSABLE DE L'INSPECTEUR DES AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES EN TERME D'ANIMATION ET D'EVALUATION, POUR UNE MISE EN ŒUVRE REUSSIE DES CLIC**

#### **3.1 LE ROLE DU IASS DANS LE DEVELOPPEMENT DE LA COORDINATION INSTITUTIONNELLE PAR LA MISE EN PLACE DES CLIC**

##### **3.1.1 Les stratégies à développer avec les partenaires institutionnels pour une mise en œuvre réussie des CLIC: diplomatie et valorisation des expériences antérieures**

- *avec le Conseil Général*

Face aux inquiétudes du Conseil Général de se voir déposséder d'une partie de ses compétences en matière de coordination gérontologique, l'IASS doit faire preuve de diplomatie et de stratégie pour mettre en place le dispositif CLIC. Comme le précise la circulaire du 18 Mai 2001, **la mise en place des CLIC** doit venir d'une **initiative forte conjointe du préfet et du Président du Conseil général.**

Il est important que la communication sur ce sujet vis à vis du Conseil Général s'attache à les rassurer quant à la préservation de leurs compétences afin qu'il n'ait pas l'impression de se voir déposséder de leur compétence. Le dispositif CLIC doit donc être annoncé comme un **dispositif complémentaire** des coordinations déjà existantes et non pas comme un dispositif qui se substituerait à ce qui existe déjà. Pour cela, il convient de **valoriser leurs expériences passées** dans ce domaine.

A cet effet, toute une **stratégie de communication et de valorisation** du rôle du Conseil général en matière de politique gérontologique a été entreprise dans le Loir et Cher.

Pour éviter la multiplication des instances, l'instance départementale de coordination gérontologique créée à l'initiative du Conseil Général a été transformée en COPIL CLIC chargé de la labellisation des coordinations gérontologiques en y associant les représentants du CODERPA et de la DDE.

La réunion introduisant la transformation de l'IDCG en COPIL CLIC a été préparée de façon à mettre sur un pied d'égalité les représentants du Conseil général et de l'Etat (DDASS) ce

qui a donné lieu à une **introduction commune** des représentants des deux institutions. Leur discours a cherché à valoriser les expériences antérieures du Conseil général insistant sur la nécessité d'une **démarche conjointe** « **Etat - Conseil Général** » à laquelle l'Etat participe sur le dispositif existant initié par le Conseil général.

Le représentant de l'Etat (DDASS) s'est attaché à rassurer le Conseil général sur les objectifs du dispositif CLIC : « les CLIC n'ont pas pour but de remettre en cause l'existant mais, bien au contraire de contribuer à son renforcement, à son harmonisation et à une mise en cohérence globale du dispositif actuel ».

Le compte rendu de cette réunion capitale (Annexe n°7) mettant en place le COPIL CLIC a été rédigé par la DDASS et met en exergue, grâce aux règles de forme adoptées, le rôle important du Conseil Général dans la mise en place des CLIC.

Les timbres des deux institutions sont présents sur le compte rendu ; celui du Conseil général est placé en premier, en haut à droite. Ce compte rendu précisant les objectifs et le fonctionnement des agréments de labellisation est **cosigné** par le représentant du Conseil général (Vice-président du Conseil général) et de l'Etat (le DDASS).

Chaque décision de labellisation est, de même, cosignée par le Préfet et le Président du Conseil général. C'est uniquement grâce à ces règles de valorisation que la mise en place des CLIC s'est pour l'instant bien passée malgré la réticence initiale du Conseil Général.

- ***Avec les autres partenaires***

L'Etat doit inciter, mettre en cohérence les actions des autres partenaires tels que les caisses d'assurance maladie ou les collectivités locales (articulation des CLIC et des contrats de ville). Il doit donc les associer à la réflexion commune sur la mise en place du dispositif CLIC. Le financement de l'Etat repose sur une logique **de co-financement** qui ne doit pas conduire au désengagement des autres financeurs mais au contraire fortifier leurs apports.

### 3.1.2 L'IASS : un rôle d'interface entre les décideurs institutionnels et les acteurs de terrain

L'IASS peut contribuer à améliorer la prise en charge sanitaire et sociale des personnes âgées et développer un **rôle d'interface entre les décideurs institutionnels et les acteurs gérontologiques sur le terrain** en animant la mise en place des CLIC. L'IASS doit, en effet, être **l'animateur du partenariat institutionnel**. Il doit en effet favoriser les démarches de concertation et de coordination institutionnelles. Le premier objectif est de mutualiser les connaissances et les savoir-faire de chacun ce qui peut se faire au sein de l'instance départementale de la coordination gérontologique.

#### 3.1.2.1 Un rôle d'information

L'IASS doit informer et expliquer le dispositif CLIC pour qu'il soit accepté et qu'il trouve des financements. Ce relais d'information passe par l'organisation de réunions débats avec les différents acteurs concernés (institutions, acteurs du terrain...). Il doit avoir un rôle actif pour dynamiser cette démarche de coordination.

Beaucoup de candidats à la labellisation CLIC regrettent de ne pas pouvoir bénéficier d'une **aide technique** pour monter leur dossier de candidature. Le cahier des charges national à respecter pour acquérir le label CLIC est, en effet, extrêmement exigeant et précis. Le COPLIL CLIC pourrait ainsi proposer une **aide technique au montage des dossiers** sous forme, par exemple, d'un **guide méthodologique** détaillé pour expliquer de façon plus pratique les différentes phases d'élaboration du dossier.

Les coordinations labellisées CLIC ont, par exemple, émis le vœu de se rencontrer entre-elles pour **échanger sur leurs expériences respectives** et réfléchir ensemble sur les outils de travail à développer, sur les facteurs de réussite ou les obstacles aux coordinations. Ce pourrait être le rôle de l'IASS d'organiser de telles rencontres.

#### 3.1.2.2 Une action de « démarchage »

De plus, l'IASS peut avoir un rôle de démarchage auprès de promoteurs potentiels pour inciter à la création de nouvelles coordinations sur les zones non couvertes, dans la mesure où ce sont principalement les coordinations déjà existantes qui postulent à la labellisation CLIC et que peu de promoteurs se sont proposés. Il est important de **détecter, d'évaluer et d'inciter les bonnes volontés à développer des coordinations sur les zones non couvertes**. Cela pourrait se traduire par la réunion en COPIL CLIC de l'ensemble des

acteurs concernés (institutions, coordinations existantes et candidates au label CLIC, porteurs potentiels de projet...) pour **définir les secteurs** où pourrait s'implanter les CLICS puis faire un **appel à projets**.

### 3.1.2.3 Un appui technique

Il peut apporter en amont son **expertise** et son **appui méthodologique** pour aider les promoteurs **à formaliser leur projet de CLIC**, en particulier en terme d'objectifs. Il doit s'assurer du bien-fondé du projet de réseau en cours d'élaboration en terme de réponse aux besoins de santé publique sur le territoire concerné. Il peut les aider à définir de façon précise les objectifs pour les rendre plus opérationnels. Il peut apporter des renseignements concernant les différents cadres juridiques possibles, les possibilités de financement et les partenaires institutionnels à solliciter.

Il apparaîtrait utile pour les coordinations existantes et à venir d'avoir un **référent**, par exemple, au niveau de la DRASS, qui puisse répondre à leurs questions techniques pointues. L'IASS a donc un rôle fondamental à jouer dans le processus d'évaluation des projets.

Cet appui technique pourrait également être apporté par le COPIL CLIC (ou un chargé de mission qu'il emploierait). Même si des expériences antérieures dans le CHER ont montré qu'une coordination départementale centralisée n'était pas forcément un succès dans la mesure où une implication locale est indispensable, il est nécessaire qu'un animateur impulse la dynamique de coordination. Il devrait être à l'origine de **rencontres** avec les coordinations existantes, les promoteurs et devrait les inciter à réfléchir sur les outils qu'ils pourraient développer pour améliorer la coordination entre eux et à l'intérieur de leur structure.

## 3.2 LE CLIC : UN NOUVEL OUTIL DE PLANIFICATION A EVALUER POUR LE IASS

### 3.2.1 Un nouvel outil de planification à articuler avec d'autres dispositifs déjà existants

La mise en place des CLIC doit permettre une meilleure adaptation quantitative de l'offre en structures et services. Cela nécessite de développer les places de SSIAD, les équipes

mobiles de gériatrie, la médicalisation des EHPAD et les capacités de soins des hôpitaux locaux pour promouvoir le maintien à domicile.

En matière d'hospitalisation, il importe de développer les unités de court-séjour gériatrique mieux adaptés à leurs polyopathologies et/ou leur risque de dépendance. L'objectif est également de favoriser les admissions directes en services de gériatrie sans passer par les services d'urgence.

Les réponses en aval de l'hospitalisation doivent également être prévues que ce soit par une prise en charge pluri-professionnelles des réseaux de soins gériatriques ou par l'hospitalisation à domicile qui limite ainsi l'hospitalisation tout en garantissant des soins de qualité à domicile ou encore des soins de suite et de réadaptation si nécessaire.

Cette démarche de planification doit viser à **réduire les inégalités d'accès aux soins et services par un maillage adapté de chaque zone** tout en prenant en compte les spécificités sociales, économiques et culturelles des territoires.

- ***Articulation des CLIC avec les réseaux de santé***

Le **réseau de santé**, défini par la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, apparaît comme une réponse adaptée à la prise en charge spécifique des personnes âgées fragiles. Il trouve sa place en amont et en aval de l'hospitalisation et permet dans certains cas de l'éviter.

La prise en charge pluridisciplinaire est facilitée par le réseau qui peut être coordonné par le médecin généraliste. **Ces réseaux de santé doivent s'articuler avec les CLIC** qui peuvent en être le **support** s'ils sont de niveau 3 (mise en œuvre, suivi et adaptation du plan d'aide personnalisé).

- ***Articulation avec les schémas départementaux des établissements sociaux et médico-sociaux en faveur des personnes âgées et avec le SROS II***

La DDASS participe à la révision des schémas gérontologiques départementaux.

De plus, la loi du 30 Juin 1975 réformée par la loi du 2 janvier 2002 prévoit la mise en place d'une véritable planification médico-sociale, fondée sur des **schémas pluriannuels de 5 ans révisables** comme les SROS. Ces schémas donneront lieu à **une convention entre le Préfet et le Président du Conseil général** pour « mieux coordonner les actions sociales et médico-sociales menées, notamment lorsqu'elles relèvent d'une compétence conjointement exercée ». Le IASS devra veiller à **l'articulation entre ces schémas et les SROS II** pour

optimiser la globalité et la continuité de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes âgées. Les schémas régionaux d'organisation sanitaire devront intégrer un volet spécifique entièrement consacré à la politique en faveur des personnes âgées. Les volets personnes âgées aborderont les articulations entre les soins de ville, les soins hospitaliers, les services d'aide à domicile et les établissements d'hébergement. Au niveau de chaque établissement de santé, un projet gériatrique devra être formalisé et intégré au sein du projet d'établissement. La circulaire du 18 Mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatrique prévoit même la création d'une « **commission personnes âgées** » associant des représentants d'usagers et présentant annuellement devant la commission médicale d'établissement un rapport pour rendre compte du degré et des modalités de mise en œuvre du projet gériatrique.

- ***Articulation avec les sites pour la vie autonome***

La circulaire DGAS/PHAN/3A/N°2001.275 du 19 Juin 2001 relative au dispositif pour la vie autonome précise un dispositif coordonné d'accès aux solutions de compensation des incapacités pour les personnes handicapées qui désirent demeurer dans leur milieu de vie ordinaire. La DDASS est le maître d'ouvrage de cette circulaire et doit organiser, coordonner et contrôler les dispositifs spécifiques qui tendent à promouvoir l'autonomie des personnes âgées et notamment leur articulation avec la CDES, la COTOREP et les CLIC.

Les objectifs de cette circulaire sont :

- le développement de l'accès aux solutions de compensation des incapacités
- la clarification des procédures de financement
- faciliter l'accès au financement
- constituer un réseau intégrant tous les partenaires
- approche globale pour l'accès aux moyens de compensation des incapacités
- organiser le dispositif de conseil et préconiser des solutions

Ce dispositif pour la vie autonome est constitué d'un comité technique de suivi composé des partenaires (Etat, Conseil Général, Organismes de sécurité sociale, associations représentatives des personnes handicapées) et d'équipes techniques d'évaluation (évaluation de situation de personnes handicapée, élaboration de plans individuels d'aide, élaboration de plan de financement).

**L'articulation avec les CLIC apparaît indispensable** notamment pour **les personnes handicapées vieillissantes**. Même si les CLIC et les sites pour la vie autonome ne se

trouvent pas sur les mêmes niveaux territoriaux, il semble important d'établir des **liens** entre ces structures. Le COPIL CLIC pourrait ainsi organiser un rencontre rassemblant les différentes coordinations, les CLIC et le « guichet unique » pour la vie autonome afin que chacun définissent ses missions et puissent ainsi se contacter et se rencontrer dans le cas de situations communes. Ces deux dispositifs possèdent pratiquement les mêmes missions si bien qu'il pourrait régulièrement mutualiser leur savoir-faire, leurs personnels et échanger sur leurs expériences respectives.

### 3.2.2 l'IASS : un rôle d'évaluation des CLIC

#### 3.2.2.1 Le principe de l'évaluation et les difficultés rencontrées

Une des missions régaliennes de l'Etat est d'évaluer et de contrôler la pertinence et l'efficacité des programmes de santé publique qu'il met en œuvre.

De plus, la circulaire DGS/DAS/DH/DSS du 25 novembre 1999 a défini la démarche d'évaluation comme une condition essentielle pour que tous les réseaux de santé sanitaire et social puissent se développer dans la qualité et puissent bénéficier d'un financement Etat.

Dans la mesure où une coordination gérontologique constitue bien un réseau de santé de proximité, elle doit pouvoir aussi bénéficier de ce type d'évaluation.

L'évaluation d'un réseau ou d'une coordination se heurte cependant à des difficultés méthodologiques du point de vue de l'analyse socio-économique. L'exercice de l'activité de la coordination ne correspond pas au modèle standard de l'économiste où les relations entre les acteurs sont régies par les prix et le marché. La décision de recours à la coordination n'est pas généralement celle de l'utilisateur mais celle de l'entourage ou des professionnels. Ainsi, en matière d'évaluation, la question posée est celle de la **mesure du coût et de l'efficacité**. La **mesure du coût** nécessite la prise en compte du temps passé par les professionnels n'appartenant pas à la structure de coordination dans l'activité de celle-ci (temps de réunion, de contact...).

La question de l'**efficacité** est plus délicate à traiter. Elle signifierait qu'il est possible de mesurer si la satisfaction de l'utilisateur est supérieure dans une situation avec coordination par rapport à une situation sans coordination, de montrer qu'elle permet d'éviter des hospitalisations ou des hébergements avec un bon rapport coût-qualité de vie.

### 3.2.2.2 Exemples de méthode d'évaluation

Plusieurs méthodologies d'évaluation ont déjà été élaborées. La caisse nationale d'assurance vieillesse a élaboré un cahier des charges de son modèle de coordination (circulaire CNAVTS 1993) qui constitue ainsi un cadre pour une évaluation du processus de coordination. De même dès les années 1990, la Fondation de France a initié l'élaboration d'une méthodologie d'évaluation socio-économique de la coordination en gérontologie.

#### 3.2.2.2.1 *Enquête de La Fondation de France<sup>21</sup> en 1994 /1995 sur 4 sites de coordination gérontologique.*

Trois aspects de la coordination ont été retenus dans cette évaluation :

- le coût et la productivité (1)
- la mesure de l'efficacité en terme d'apprentissage professionnel (2)
- la propension à payer (3)

- ***Le coût moyen (1)***

Il a été calculé à partir du coût moyen de la structure de coordination (données comptables relatives aux investissements et au fonctionnement propre de la cellule de coordination) en y ajoutant une estimation monétaire moyenne du temps des professionnels n'appartenant pas à la coordination. Le résultat avance un coût moyen d'environ 3,81 euros (25 Frs) par jour et par personne. Il représente la dépense à couvrir pour mettre à la disposition de la personne âgée un ensemble concerté et formalisé d'aides et de soins.

En ce qui concerne le gain de productivité généré pour les professionnels, un questionnaire leur a été envoyé. Les résultats obtenus sont les suivants : 58,2 % estiment que le temps de réunion, de concertation ou de coordination leur permet de gagner du temps par ailleurs dans leur propre activité de prestataire de service ; 40% estiment que cela ne change rien ; 1,8 % déclarent que le temps investi dans la coordination est du temps perdu ; 60 % jugent le gain de temps immédiat (dès la première réunion) alors que 27 % pensent qu'il faut plusieurs mois d'investissement avant d'obtenir ce bénéfice ; 13 % estiment que cela dépend des situations et qu'il n'y a pas de règles générales.

---

<sup>21</sup> Frossard M., Boitard A., évaluation des coordinations gérontologiques : une approche socio-économique, Revue d'épidémiologie et de santé publique, 1997

- **L'efficacité (2)**

L'analyse des processus d'une coordination a porté sur des **indicateurs de cohérence** et **d'interactivité** au sein des coordinations gérontologiques. Cela nécessite d'évaluer **l'adhésion des acteurs du réseau aux objectifs prioritaires** définis pour le territoire d'intervention et la **capacité des membres du réseau à travailler en commun** avec synergie et à échanger des informations.

Certains professionnels déclarent ainsi apprécier le soulagement et l'écoute apportés par la coordination qui sont des éléments plus importants pour eux que la quantité d'aide.

La notion d'apprentissage collectif est utilisée comme indicateur d'efficacité. Il semble que la coordination permette d'aller vers des « valeurs communes », des « conventions » qui lient les acteurs au réseau de coordination. Les progrès dans l'efficacité sont mesurés à travers la progression du consensus ou de pratiques communes qui caractérisent l'organisation en réseau. Un questionnaire a donc été adressé aux professionnels impliqués dans la coordination.

Cet apprentissage professionnel collectif passe par plusieurs phases :

- l'amélioration de la circulation de l'information (89%),
- la connaissance des complémentarités et la clarification de la répartition des compétences (84%),
- l'instauration d'une collaboration effective entre professionnels (79%),
- la mise en place d'outils communs (62 %),
- l'accroissement de la culture gérontologique commune (60%).

Les valeurs ont été obtenues de la manière suivante : le questionnaire demandait d'attribuer une note de 0 à 10 sur une échelle pour chaque item. N'ont été retenues que les notes supérieures ou égales à 5/10. Les résultats montrent que l'effet d'apprentissage se réalise de moins en moins facilement lorsqu'on passe des niveaux d'information et de connaissance aux niveaux d'implication personnelle ou institutionnelle comme la mise en œuvre d'outils communs. Les fonctions de coordination de niveau supérieur dépendent des fonctions de niveau inférieur. Cela traduit bien l'importance du facteur temps dans l'organisation des liens au sein d'un réseau.

Les résultats montrent une bonne adéquation entre les aides qui sont préconisées lors de la prise en charge par la coordination et ce qui est réellement mis en place dans le mois qui suit l'entrée en coordination.

- **La propension à payer (3)**

Une estimation de la propension à payer a été réalisée avec les objectifs suivants : **révéler la préférence collective pour la coordination, dégager des hypothèses de cofinancement.**

Une enquête par voie postale a permis de recueillir l'expression des financeurs actuels et potentiels pour savoir qui doit payer la coordination et combien, dans l'hypothèse où la coordination avait un coût moyen de 3,81 euros (25 Frs) par jour et par personne. Seul un taux de réponse de 15 % a été retenu ce qui empêche toute généralisation sur les résultats obtenus.

Les Conseils généraux, l'Etat et les CRAM se prononcent clairement en faveur de leur contribution au financement de la coordination, les communes sont plus partagées, les prestataires et les usagers ne se perçoivent pas comme devant financer la coordination à titre principal.

Cet indicateur n'apparaît pas particulièrement probant en terme d'évaluation et semble difficile à utiliser.

#### *3.2.2.2 Réflexion du CREDES et du groupe IMAGE sur les méthodes d'évaluation des réseaux de soins.*

Si on considère le réseau comme une **structure d'organisation des activités du système de soins**, l'objectif de l'évaluation est alors de déterminer si le réseau a eu pour effet d'améliorer la prise en charge des patients en modifiant une situation existante jugée problématique et que l'organisation actuelle des professionnels ne parvenait pas à régler.

Le réseau est également un **processus visant à faire émerger les relations entre les entités du système de soins**. Il est un espace de construction collective de nouvelles références professionnelles, de nouvelles manières d'envisager le travail en commun...

Le cadre d'analyse de l'évaluation doit alors s'attacher à étudier 5 dimensions :

- Quel est l'impact du réseau sur les patients/usagers ? (par l'intermédiaire d'enquête de satisfaction des usagers ; degré d'implication des patients/usagers dans la définition et la gestion de leurs prises en charges),
- Quel est l'impact du réseau sur l'organisation des soins et sur les pratiques (comment le réseau a-t-il modifié le partage des tâches, par quels outils et

- mécanismes assure-t-il la coordination/coopération entre intervenants ? Des référentiels de bonne pratique ont-ils été adoptés ? Sont-ils appliqués ?),
- Quel est l'impact du réseau sur les relations entre les acteurs ? (il s'agit de juger de la capacité du réseau à transformer les relations entre acteurs du monde sanitaire, social et institutionnel, ainsi que la façon de contractualiser et de rendre des comptes – consulter pour cela les minutes du comité de pilotage de même que les entretiens et les questionnaires de satisfaction auprès des professionnels),
  - Quel est l'impact du réseau en matière d'incitations financières et de rémunération ?
  - Quel est l'impact du réseau sur la réorganisation de l'offre de soins ?(quel impact à terme sur les restructurations (hôpital/ville,...) ? quel impact pour la population dans son ensemble, y compris les groupes les plus vulnérables en terme d'accès ?)

### 3.2.2.2.3 Les évaluations prévues par la circulaire du 18 Mai 2001

Elles sont de deux ordres :

- **l'évaluation interne** par laquelle les partenaires restituent leur action dans leur environnement, en mesurent les effets (type rapport d'activité),
- **l'évaluation externe** par un tiers extérieur, capable de mise en perspective et apportant des outils méthodologiques .

La DGAS a décidé fin 2000 de faire réaliser une **évaluation externe** des 25 sites pilotes CLIC. L'évaluation d'une première tranche de 5 CLIC, confiée à l'équipe du Dr Alain Colvez est en cours (remise prévue pour avril 2002).

Selon le cahier des charges, cette étude doit apprécier :

- comment, à partir de sa population d'origine, le CLIC élargit sa cible à l'ensemble des personnes âgées,
- s'il permet de recenser et de répondre aux besoins des personnes âgées comme à ceux des professionnels tels qu'il sont mentionnés dans les circulaires du 6 Juin 2000 et du 18 Mai 2001 relatives aux CLIC,

- si le fonctionnement de la coordination concerne bien l'ensemble des professionnels, qu'il s'agisse des acteurs de soins (médecins, infirmiers, réseaux de soins de proximité...), des organismes et associations sociaux, médico-sociaux, du secteur de l'habitat et de l'amélioration du logement,
- quelle est l'articulation entre le projet de vie et les prestations sociales et médico-sociales disponibles.

11 objectifs d'évaluation sont proposés dans le cahier des charges :

- le territoire d'intervention du CLIC
- la visibilité du CLIC par les utilisateurs potentiels
- le degré de couverture de la population par le CLIC et le système d'information
- étendue des services fournis par le CLIC, par rapport à la gamme possible
- interaction avec les réseaux d'amélioration de l'habitat
- niveau de labellisation du CLIC
- effectivité d'un travail en réseau de professionnels autour de la personne prise en charge
- formalisation du partenariat avec les professionnels du réseau
- satisfaction des usagers, des professionnels et des institutionnels

Le cahier des charges de cette évaluation apparaît statique et ne s'intéresse principalement qu'à la structure de coordination telle qu'elle est (état des lieux de coordination gérontologiques) plutôt qu'à son aspect dynamique (effet de la coordination sur les usagers et les acteurs, processus d'émergence de la coordination...).

En ce qui concerne l'**auto-évaluation**, elle suppose que les CLIC disposent d'un système d'information suffisamment complet pour qu'il permette, d'une part, le fonctionnement du réseau et le travail en commun de ses membres et, d'autre part, qu'il permette d'évaluer en continu l'activité du CLIC et la plus-value apportée par le CLIC.

Plusieurs logiciels sont développés à cette fin sur le marché. Certains CLIC réfléchissant à la possibilité de relier via Internet toutes les mairies de la zone couverte par le CLIC de façon à ce qu'elles puissent accéder aux informations relatives aux personnes habitant sur sa commune (par exemple, le plan d'aides et de soins déjà mis en œuvre) et ceci de façon sécurisée. Ces logiciels devront être autorisés par la CNIL puisqu'ils seront amenés à contenir des informations nominatives et médicales confidentielles.

Ce système d'information pourra également permettre de suivre l'activité du réseau et donc de l'évaluer.

L'évaluation interne des coordinations gérontologiques devra de toute façon être déterminée de façon **concertée** au sein du réseau pour déterminer les **indicateurs d'activité et de résultats retenus**.

Les **indicateurs de l'activité** de la coordination peuvent être :

- les compte rendu des réunions de synthèse
- le nombre de personnes âgées ayant contacté le CLIC
- le nombre d'actions ou d'interventions engagées suite à une prise de contact
- le volume et les formes d'aides apportées selon le degré de dépendance de la personnes âgées.

Les **indicateurs de résultats** pourraient être définis en terme :

- d'**accessibilité** du réseau par la population, les professionnels, les financeurs et ceci grâce à des enquête de satisfaction.
- d'**efficacité** : le réseau atteint il les objectif de qualité qu'il s'est fixé ?
- d'**efficience** : rapport entre le coût du réseau et ses résultats

Pour cela, il est nécessaire de suivre la distribution annuelle d'aides et de soins, leur évolution sur la zone CLIC par rapport aux zones non couvertes, les taux d'hospitalisation et les durées moyennes de séjour des personnes âgées prises en charge par la coordination.

L'ensemble de ces contributions à l'évaluation met en évidence **la nécessité de s'interroger préalablement sur l'objet évalué et ses objectifs**: évalue-t-on la structure de coordination, le processus de coordination, les effet de la structure de coordination?

## CONCLUSION

La circulaire du 6 juin 2000 relative à la mise en place des CLIC marque le retour de l'Etat sur le thème de la coordination en gérontologie, thème transféré, depuis plus de 20 ans à d'autres partenaires institutionnels.

Dans l'intervalle, les expériences de coordination gérontologiques se sont multipliées ce qui a conduit à une **offre diverse aux résultats plus ou moins mitigés**.

La **principale perspective d'évolution** relative au dispositif CLIC concerne **le retour de l'État en matière de coordination gérontologique**, garant, d'une part, de **l'égalité des politiques publiques en faveur des personnes âgées** sur l'ensemble du territoire national, et d'autre part, du **décloisonnement des politiques publiques** qui donnait lieu à un clivage entre "réseaux sanitaires" et "coordinations gérontologiques".

Le dispositif CLIC devrait donc permettre à l'ensemble des personnes âgées de bénéficier d'une prise en charge globale et cohérente sur l'ensemble du territoire national.

La mise en place des CLIC nécessite à l'évidence (et comme l'ont confirmé mes entretiens) le **développement d'une véritable politique stratégique** de la part des services déconcentrés de l'État afin de ménager les éventuelles susceptibilités des partenaires institutionnels en charge jusqu'alors de ce domaine.

Si le dispositif CLIC est impulsé par l'État dont le rôle est ainsi d'informer et de motiver les différents partenaires, sa **mise en œuvre est partagée et partenariale**.

L'IASS, représentant des services déconcentrés de l'État, doit donc s'attacher à faire adhérer les autres partenaires institutionnels à ce projet tout en valorisant les expériences passées de chacun et en l'articulant avec les dispositifs déjà existants.

Dans le département du Loir et Cher, les **impacts sur les coordinations gérontologiques locales** déjà existantes sont plutôt **positifs** puisqu'elles ont toutes postulé à la labellisation CLIC, l'attrait financier y étant pour beaucoup. Toutefois, les zones non couvertes le restent, faute de porteurs de projets. Cela confirme donc la **nécessaire implication des services déconcentrés de l'État** pour pallier à ces insuffisances et pour apporter **l'aide technique** indispensable aux acteurs de terrain, que ce soit au niveau du montage de dossier CLIC, ou que ce soit comme soutien au développement d'outils de travail.

**Les impacts sur la coordination institutionnelle** ne sont, en revanche, pas encore probants car dépendent beaucoup des personnes représentant les institutions. La constitution d'un COPIL pluri-institutionnel a déjà eu le mérite de rassembler tous ces acteurs autour d'une table. Ce travail partenarial et inter-institutionnel doit pourtant encore s'améliorer et permettre la mutualisation des expériences de chacun, condition nécessaire pour une véritable efficacité des CLIC au service de l'utilisateur.

---

# Bibliographie

---

## Ouvrage

TANGUY-MAUFFRET M. *La coordination gérontologique – Guide de réflexion et d’action*. Lyon: chroniques sociales, 1994.

## Mémoires

BESSIERE D. *Le réseau gérontologique : vers une nouvelle démarche de prise en charge des personnes âgées dans le Nord Pas de Calais*. Mémoire IASS ENSP, 2000.

MARX S. *La coordination gérontologique : acteurs et enjeux*. Mémoire IASS ENSP, 2001.

POTET P. *Le CLIC : chaînon manquant d’une coordination gérontologique pérenne*. Mémoire D3S ENSP, 2001.

## Rapports

DIRECTION DE L’EVALUATION DE L’ANAES. *Principe d’évaluation des réseaux de santé*, Août 1999.

GROUPE IMAGE ENSP. *Les expériences de réseaux et /ou de coordinations gérontologiques en Ile de France*. Etude exploratoire, rapport auprès de la société de gérontologie Ile de France, 2000.

GUINCHARD-KUNSTLER P. *Vieillir en France : enjeux et besoins d’une nouvelle orientation de l’apolitique en direction des personnes âgées en perte d’autonomie*, Juin 1999

COMITE NATIONAL DES RETRAITES ET PERSONNES AGEES *Livre Blanc pour une prestation Autonomie*, juin 1999

COMITE NATIONAL DES RETRAITES ET PERSONNES AGEES. *Livre noir de la PSD*, juin 1998

RAPPORT J.P. SUEUR. *Projet d’aide Personnalisée à l’autonomie en remplacement de l’actuelle PSD*, Mai 2000.

## **Textes et /ou directives**

Circulaire DGS/DAS/DSS/DIRMI n°99-648 du 25 novembre 1999 relative aux réseaux de soins préventifs, curatifs, palliatifs ou sociaux.

Circulaire DAS6RV2 n°2000-310 du 6 Juin 2000 relative aux CLICentres locaux d'information et de coordination. Expérimentation en 2000 et programmation pluriannuelle 2001-2005

Circulaire n° DGAS/AVIE/2C 2001 /224 du 18 mai 2001 relative aux CLIC et modalités de campagne de labellisation pour 2001.

Circulaire DGAS/PHAN/3A/ N°2001.275 du 19 Juin 2001 relative au dispositif pour la vie autonome

Loi du 20 Juillet 2001 créant l'allocation personnalisée à l'autonomie

Loi du 2 janvier 2002 relative à la rénovation sociale et médico-sociale

Circulaire DHOS/O2/DGS/SD5D/n°2002/157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatrique

Loi 2002/303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades

Circulaire DHOS/O2/DGS/SD5D/n°2002/157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatrique

## **Revues**

DOSSIER Les réseaux gérontologiques . *Soins en gérontologie*, janvier/ février 2001, n°27.

DOSSIER Les réseaux et la coordination gérontologique. *Revue hospitalière de France*, mars-avril 2000, n°2, , pp84-91.

DOSSIER Les réseaux de santé et filières de soins. *Actualités et dossier en Santé Publique*, n°24, pp13-52.

DOSSIER Evaluation gériatrique pour une meilleure coordination gérontologique, Janvier/Février 1997, n°1.

DOSSIER n°35 Réseaux de soins et coordination gérontologique. *Revue Hospitalière de France*, septembre-octobre 2000, n° 5, pp63-76.

DRUNAT O. Droit des personnes âgées et réseau gérontologique. *Gérontologie*, n°106, pp42-46.

ENNUYER B. La coordination, un mythe?, *revue gérontologique*, 2000, n°113.

FROSSARD M., BOITARD A. Validation d'une méthode d'évaluation socio-économique de la coordination gérontologique *Fondation de France*, Juin 2000

FROSSARD M. BOITARD A. Evaluation des coordinations gérontologiques : une approche socio-économique. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 1997.

LARCHER P. Les enseignements des réseaux existants. *Actualité et dossiers de santé publique*, novembre 1998, n°24.

LARMIGNAT V. Réseaux gérontologiques : le temps de la maturité. *Actualités sociales hebdomadaires*, 2000

LEAUBEAUPIN A. NORTIER F. Les personnes dépendantes : situation actuelle et perspectives d'avenir. *INSEE Données sociales*

METAIS P. PHILTON M. THEPOT P. Quels acteurs pour une coordination gérontologique efficace. *Revue hospitalière de France*, Mars Avril 2000, n°2, pp87-91

VETET J.M. POUTOUT G. Vocation de la coordination gérontologique. *Revue hospitalière de France*, mars avril 2000, n°2, pp85-87

## Séminaire

- Séminaire organisé par le Département POLITISS de l'ENSP. *La coordination gérontologique, 1<sup>er</sup> et 2 Octobre 2001.*

Conférences du sociologue M. Ennuyer "la coordination gérontologique: mythe ou réalité?" et de Mme FERROND (CHU St Etienne).

- Journée nationale d'échanges et de réflexions "*CLIC et territoires: une politique publique partagée*", Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, DGAS, 13 février 2002.

---

## Liste des annexes

---

<b>ANNEXE n°1</b>	<b>Liste des personnes rencontrées</b>
<b>ANNEXE n°2</b>	<b>Grilles d'entretien</b>
<b>ANNEXE n°3</b>	<b>Questionnaire envoyé à la DGAS en préparation de la journée nationale d'échanges et de réflexion sur les CLIC du 13 février 2002</b>
<b>ANNEXE n°4</b>	<b>Programme et compte rendu de la journée CLIC du 13 février 2002</b>
<b>ANNEXE n°5</b>	<b>Cartographie</b>
<b>ANNEXE n°6</b>	<b>Charte départementale de coordination gérontologique</b>
<b>ANNEXE n°7</b>	<b>Compte rendu de la réunion instituant le COPIL CLIC en Loir-et-Cher</b>

# ANNEXE n°1

## **Personnes rencontrées**

- **Partenaires institutionnels**

- DGAS- Chef de bureau des Personnes Agées - Mme BONY
- DDASS du Loir-et-Cher - l'inspectrice des affaires sanitaires et sociales chargée du secteur des Personnes Agées - Mme VILLANFIN
- CONSEIL GENERAL du Loir-et-Cher :
  - Vice Président du Conseil général - M. BRETHERAU
  - Directeur adjoint de la Direction de Prévention des Affaires Sociales et de la Solidarité - M. COLAS
- CRAM Service social - Mme DUPRE
- MSA - Directeur adjoint - M. BIET

- **Les CLIC et coordinations gérontologiques de proximité**

- CIAS de Vendôme - Responsable du CLIC - M. SIMION
- CCAS de Blois - Responsable du CLIC - Mme FULLACHIER
- ESCALAG'41 Responsable de la coordination gérontologique - M. DUPONT

- **Autres**

- Vice Présidente du CODERPA - Mme MONNOT
- Personnes rencontrées dans le cadre des séminaires organisés par l'ENSP les 1<sup>er</sup> et 2 Octobre 2001 (cf bibliographie) et par le Ministère le 13 février 2002 (cf annexe n°4).

# ANNEXE n°2

# GUIDE D'ENTRETIEN POUR LES NOUVEAUX CLIC ET LES COORDINATIONS GERONTOLOGIQUES EXISTANTES

## ➤ Question de départ pour lancer l'entretien

“Qu'est ce que représente pour vous la coordination en gérontologie et quelles ont été jusqu'alors vos actions dans ce domaine?”

### I. Etat des lieux de la coordination gérontologique avant la mise en place CLIC:

- ◆ Les territoires et populations concernées, les objectifs et missions de la coordination gérontologique rencontrée:
  - Territoire? *Quartier, ville, cantons, département...*
  - Population concernée? *+ 60 ans/ + 75 ans, GIR, Personne âgée sous PSD ou Hors PSD...*
  - Démographie en nombre de personnes de la zone d'intervention du CLIC?
  - **Objectifs?** *Soutien à domicile, retour à domicile, prévention de la dépendance...ces objectifs ont-ils été déterminés par référence à un schéma gérontologique, aux textes réglementaires?*
  - Missions? *Information, orientation, évaluations des besoins, élaboration d'un plan d'aide et de soins, mise en œuvre du plan, suivi de ce plan, formation et échange sur les pratiques...*
  - Outils pour assurer ces missions, effectifs de la coordination?
- ◆ La structure et la place des acteurs de la coordination gérontologique de proximité:
  - Statut de la coordination? *Association loi 1901, service intégré d'un CCAS, hôpital local, services coordonnés tels que les SSIAD, portage de repas, EHPAD...*
  - Liens avec les partenaires extérieurs? *Quelle formalisation? Avec les médecins généralistes, hôpitaux, Ssiad, secteur géronto-psychiatrique...*
- ◆ Financement
  - **Qui finance?** *Mairies, Conseil Général, Caisses de retraites, Ddass, Action sociale de la CRAM...A quelle hauteur?*
- ◆ Degré de mobilisation et d'implication des administrations et difficultés de la coordination gérontologique
  - **Degré et forme de la mobilisation des administrations** *(Conseil Général, Ddass, Organismes de sécurité sociale...)*
  - Limites: *Coupure du secteur sanitaire et social? Et les autres secteurs (culture, loisir...) Secteur hospitalier/ EHPAD et ambulatoire? Coordination entre les réseaux de soins et les coordinations gérontologiques existantes?*

- Concertation et coordination avec les différentes administrations travaillant dans le secteur personnes âgées, entre les différents niveaux de décision, de financement et de planification?

◆ Difficultés et limites vécues aujourd'hui de la coordination

## II. La mise en place des CLIC et les perspectives d'évolution de la coordination gériatologique

◆ Le fonctionnement actuel du CLIC et les effets attendus de ce nouveau dispositif

- Formalisation de nouveaux outils, protocoles de prises en charge?
- **Mise en place de nouvelles actions? De nouvelles missions?**
- **Création de nouveaux partenariats? Sous quelle forme et pour quelles actions?**
- Quels bénéfices attendus pour les usagers?
- **Financement: comment les nouveaux moyens sont-ils utilisés et à quelle fin?**
- Liens avec les décideurs et financeurs? *Simplification, meilleure reconnaissance*
- Articulation des CLIC avec les coordinations gériatologiques existantes? *Empilement supplémentaire ou homogénéisation des différentes coordinations gériatologiques?*

◆ L'impact du dispositif CLIC sur la coordination institutionnelle en gériatologie

- **Retour de l'Etat** sur ce domaine ? légitime ? Arrive un peu tard? Pourquoi? (*cahier des charges communs, procédure unique d'agrément? missions nouvelles?*)
- Avis sur la façon dont a émergé ce nouveau dispositif? *Assez de concertation en amont, bonne prise en compte des expériences antérieures dans ce domaine?...*
- Mise à plat de l'existant? *échange des informations entre les administrations, mutualisation des moyens? qualité et efficacité des groupes de travail commun mis en place? Les CLIC peuvent ils favoriser une culture gériatologique locale commune?*
- Leur rôle à jouer dans ce nouveau dispositif?
- Les CLIC peuvent-ils permettre un véritable décloisonnement des actions des administrations en matière de gériatologie? *des financements et de la planification en gériatologie...*
- Quelles démarches entreprendre pour permettre une meilleure cohérence de l'ensemble des dispositifs en matière de planification et de liens avec *le schéma gériatologique départemental, CROSS, PRS, SROS, Réseaux de soins...*
- Rôle des services déconcentrés dans la coordination gériatologique réimpulsée par l'Etat?

◆ Les facteurs de succès et les freins à la réussite du programme CLIC

# GUIDE D'ENTRETIEN POUR LES PARTENAIRES

## INSTITUTIONNELS

### ➤ Question de départ pour lancer l'entretien

- "Qu'est ce que représente pour vous la coordination en gérontologie et qu'avez vous pensé des actions dans ce domaine?" (degré de mobilisation des institutions? Effort financier important?)
- **Difficultés et limites vécues aujourd'hui de la coordination ?** (notamment en terme de **cloisonnement des politiques publiques**: coupure sanitaire/social?...cf CG : hébergement des Personnes Agées, maintien à domicile (aide ménagère, repas) Etat : évolution de la réglementation ,tarification SSIAD, contrôle de police, médicalisation des maisons de retraite, contrôle de légalité des actes des maisons de retraite, mise en place conjointe des CLIC...
- **Concertation et coordination avec les différentes administrations** travaillant dans le secteur personnes âgées, entre les différents niveaux de décision, de financement et de planification?

### Le dispositif CLIC:

- Qu'est ce que vous pensez de ce nouveau dispositif? Votre avis? *Est il nécessaire? (ressenti du CG? Peut-il permettre la rencontre avec autres institutions?...)* Ou *empilement supplémentaire? ou homogénéisation des différentes coordinations gérontologiques? Pourquoi? Les effets attendus?*
- Articulation des CLIC avec les coordinations gérontologiques existantes? *Facile?*
- **Retour de l'Etat** sur ce domaine ? légitime ? Arrive un peu tard? Pourquoi? *(points positifs : cahier des charges commun, procédure unique d'agrément? missions nouvelles?)*
- Avis sur la façon dont a émergé ce nouveau dispositif? *Assez de concertation en amont, bonne prise en compte des expériences antérieures dans ce domaine?...*

### Sa mise en œuvre:

- Mise à plat de l'existant? *échange des informations entre les administrations, mutualisation des moyens? qualité et efficacité des groupes de travail en commun mis en place? Ces groupes de W pr la mise en œuvre des CLIC peuvent ils favoriser une culture gérontologique locale commune?*
- Attentes de l'utilisateur par rapport à ce nouveau dispositif? *Nouvelles missions?*

### Effets attendus sur la coordination institutionnelle:

- Les CLIC peuvent-ils permettre un véritable décloisonnement des actions des administrations en matière de gérontologie? *des financements et de la planification en gérontologie ?...*
  - Permettre une meilleure cohérence de l'ensemble des dispositifs en matière de planification de l'offre en gérontologie et de liens avec *le schéma gérontologique départemental, CROSS, PRS, SROS, Réseaux de soins...? décloisonnement sanitaire, social?*
  - Rôle des services déconcentrés dans la coordination gérontologique réimpulsée par l'Etat?
- ◆ Les facteurs de succès et les freins à la réussite du programme CLIC

# ANNEXE n°3

**Questions et sujets de réflexion concernant la mise en œuvre des CLIC en Loir et Cher :**

• **Cahier des charges :**

➤ **Le seuil démographique est non adapté pour certaines zones rurales**

- en effet, il est difficile de rassembler pour certaines zones rurales 7000 à 10 000 personnes âgées de plus de 60 ans.
- problème pour trouver le siège du CLIC lorsque la zone géographique couverte par le CLIC regroupe plusieurs villes et cantons afin d'atteindre le seuil des 7000/10000 personnes de plus de 60 ans: faut-il alors privilégier la proximité géographique pour tous les habitants, préférer le pôle sociologique et économique de la zone ou prévoir plusieurs antennes CLIC sur la zone ?
- existe-t-il une possibilité de dérogation par rapport à ce seuil de 7000 à 10000 personnes de plus de 60 ans ?

➤ **insuffisance des porteurs de projet sur les zones non couvertes par les coordinations gérontologiques**

- à ce jour, il n'y a pas de porteurs de projet sur toutes les zones non couvertes par les coordinations gérontologiques : ce sont des coordinations déjà organisées et structurées qui postulent.
- **Quels moyens peuvent alors développer les services déconcentrés de l'Etat et du Conseil général pour inciter des porteurs de projet à s'investir ?** (expériences d'autres départements)
- Le cahier des charges est complexe, exigeant : le montage du dossier demande donc du temps et de l'expérience.  
Quel soutien pourraient apporter l'Etat et le Conseil général pour faciliter le travail des candidats ? Idée d'un **dossier type** qui pourrait servir de modèle notamment au niveau des questions de forme du dossier à monter (guide méthodologique ?).
- Ce soutien technique pourrait être apporté conjointement par les services déconcentrés de l'Etat et du Conseil général mais ces deux institutions n'ont pas assez de temps à y consacrer. Ne pourrait-on pas alors imaginer un « **chargé de mission** » CLIC au niveau **régional** qui serait également référent sur l'APA et la réforme de la tarification et dont le rôle serait de centraliser les questions et d'apporter un soutien technique pointu sur ces domaines ou un « **chargé de mission** » **départemental** rattaché à l'instance de coordination départementale ?

• **Le fonctionnement et les moyens des CLICS**

- **Les financements :**

- Engagement pérenne de l'Etat ? plan de financement pluriannuel ? (interrogation posée, à juste titre, par le Conseil général au regard des postes de coordonnateurs créés en 1982 après la circulaire Franceschi puis supprimés par la suite)

**Question de la rémunération des professionnels médicaux libéraux**

Est-il possible d'utiliser les fonds CLIC pour cette rémunération ?

➤ Question de la **formation des professionnels CLIC**

- nécessaire sensibilisation des coordonnateurs aux problèmes gérontologiques
- Ne pourrait-on pas envisager une formation nationale « tronc commun » de quelques jours pour l'ensemble des coordonnateurs ? ou mieux encore, en tenant compte de leurs profils divers, organiser des modules de spécialisation selon leurs besoins ?
- Définition plus précise du rôle de « responsable CLIC » : acteurs de terrain, personne morale ?

➤ Question des bases de données :

- sur le plan informatique, de nombreuses sociétés sont en train de développer des produits informatiques. Le Ministère a-t-il une préférence parmi ceux-ci ? l'Instance départementale de coordination gérontologique doit elle imposer un logiciel commun pour tous les CLIC en vue de l'harmonisation des bases de données.
- **Carence des logiciels** : les fonctions « accueil et information » ne semblent pas prévues dans les logiciels CLIC
- Les CLIC doivent-ils compléter et actualiser eux-mêmes l'ensemble de leurs bases de données ou chaque CLIC peut-il se spécialiser dans un type d'information et utiliser les données des autres CLIC en cas de besoins ?
- N'est il pas de la compétence des institutions telles que le Conseil Général, la C.R.A.M., la D.D.A.S.S. (...) d'actualiser un certain nombre de données (notamment sur les établissements accueillant les personnes âgées) que les CLIC pourraient directement télécharger ?
- Autorisation CNIL pour ces logiciels ? dans la mesure où ils contiendraient des données nominatives...

➤ Question de l'existence juridique des CLIC

- Les CLIC sont pour le moment uniquement régis par une circulaire... Est ce qu'un décret est prévu ? problème de la légitimité juridique des CLIC qui n'ont pas été constitués à partir d'autres supports (tels que les CCAS ou autres structures)...

• **les articulations avec les autres dispositifs**

- expériences des autres départements pour l'articulation avec le SROSS II, le PRS personnes âgées, le schéma départemental gérontologique  
Le dispositif CLIC doit il être inscrit dans le schéma départemental gérontologique ?
- réflexions dans les autres départements sur la façon de construire des passerelles entre le dispositif CLIC et les sites pour la vie autonome (circulaire du 19 Juin 2001 relative au dispositif pour la vie autonome)

• **Rôle des services déconcentrés de l'Etat et du Conseil général pour impulser des nouveaux projets de coordinations gérontologiques**

- Présentation par la DDASS du dispositif CLIC aux coordinations gérontologiques existantes et au COPIL CLIC : diaporama diffusable et modélisable (power point)
- Prochainement, réunion « coordination gérontologique » de tous les promoteurs réels ou potentiels afin de déterminer le découpage géographique des CLIC
- Il serait bien de prévoir **régulièrement** le **rassemblement des référents CLIC** des services déconcentrés pour évoquer les questionnements relatifs à l'état d'avancement de la mise en place des CLIC

# ANNEXE n°4

**Ministère de l'Emploi et de la Solidarité  
DGAS**

**Journée nationale d'échanges et de réflexion  
« CLIC et territoires : une politique publique partagée »**

le Mercredi 13 février 2002, salle Laroque, 8 avenue de Ségur, 75007 Paris

*Coordinatrice : Madame Annick BONY, chef du bureau des personnes âgées, DGAS*

8h 45 : accueil des participants.

9h 30 : introduction de la journée par Madame Elisabeth GUIGOU, Ministre de l'emploi et de la solidarité

9h45 : intervention de Madame Sylviane LEGER, directrice générale de l'action sociale sur « Les CLIC, instruments de cohérence des politiques publiques »

10h 30 - 12h : table ronde sur « L'accès aux droits »

- citoyenneté et territoires,
- accueil, conseil, orientation,
- habitat,
- système d'information

présidée par M. Claudy LEBRETON, Président du conseil général des Côtes d'Armor,

animée par le Dr Pierre GUILLET, membre du comité de pilotage national,

avec la participation de :

- Mme Geneviève AVENARD, directeur général adjoint solidarité et famille au conseil général de la Côte d'Or, CLIC APH 21 de Côte d'Or,
- Mme Catherine VICAL, coordinatrice du CLIC Alp'Ages à Saint Rémy de Provence (Bouches-du-Rhône),
- Mme Suzanne BEGORRE, présidente du CORERPA d'Ile-de-France,
- Mme Eliane DELORME, directeur adjoint de la CRAM Rhône-Alpes,
- M. Eric JOUBERT, ergothérapeute, Fondation BOMPART – SMHD,
- Mme Francine MALHOMME, inspecteur principal à la DDASS des Hautes Pyrénées.

12h - 13h 15 : Repas

13h 30 - 15h : table ronde sur « La coordination des acteurs »

- équipes médico-sociales et CLIC,
- les acteurs de santé,
- les financements partagés : la coordination institutionnelle et financière

présidée par Mme Emmanuelle MENGUAL, inspectrice générale des affaires sociales,

animée par Mme Bernadette VAYSET PUJALON, Université Paris XII, membre du comité de pilotage national,

avec la participation de :

- Mme Christiane MAINIFER, responsable de la coordination du CLIC de Beaune les Dames (Doubs),
- Mme Sophie TUAL, directrice du CLIC de Guingamp (Côtes d'Armor),
- Dr Pierre-Hervé FOURTANE, président du CLIC de Chalus (Haute-Vienne),
- Mme Joëlle LEFEBVRE, responsable du département accès et offre de soins à la direction de la santé de la MSA,
- Mme Catherine LHERITIER, directeur de la prévention et du développement social au Conseil général de l'Indre,
- M. Alain ROUX, directeur de la CRAM Montpellier,

15h - 16h : débat général

16h - 16h 30 : conclusion de la journée par Madame Paulette GUINCHARD-KUNSTLER, Secrétaire d'Etat aux personnes âgées.

**Compte rendu de la Journée nationale d'échanges et de réflexion du 13 février 2002  
« CLIC et territoires : une politique publique partagée »**

Pour le département du Loir et Cher, participaient à cette réunion :

- Stéphanie Froger, inspectrice stagiaire à la DDASS 41
- Mme Fulachier, responsable du CLIC « Coloriage » (Blois)
- M. Simion, responsable du CLIC de Vendôme

♦ **Introduction de la journée par Mme GUIGOU, Ministre de l'emploi et de la solidarité**

Après un bref rappel historique sur la coordination gérontologique à laquelle fait référence pour la première fois le rapport Laroque de 1962, Mme la Ministre insiste sur l'axe majeur de la politique gérontologique actuelle: le soutien au maintien à domicile. Le contexte présent de vieillissement de la population et du développement de l'espérance de vie sans incapacité rend nécessaire le recensement des besoins individuels et collectifs des personnes âgées et des offres de services disponibles et susceptibles d'y répondre.

Les Centres locaux d'information et de coordination (CLIC), annoncés le 21 Mars 2000 par le Premier Ministre, doivent être les pivots d'une politique gérontologique globale dont l'objectif est le maintien à domicile de la personne âgée là où elle a tissé ses repères et ses liens de vie.

Les CLIC sont donc ces lieux identifiés de ressources et d'informations où les personnes âgées et leur famille pourront connaître leurs droits et y accéder de façon effective.

Parmi les objectifs 2002 relatifs aux CLIC et cités par Mme la Ministre, on retiendra :

- le parachèvement de la constitution des **COPIL départementaux CLIC**.
- l'accélération de la mise en œuvre des CLIC (**325 CLIC d'ici fin 2002**).
- **l'évaluation des sites pilotes CLIC** (évaluation en cours de 5 sites pilotes confiée à l'équipe du Dr Colvez et dont les résultats sont attendus pour avril 2002).
- l'arrivée prochaine (Mars 2002) d'un chargé de projet CLIC à la DGAS.
- l'utilisation du **fonds de modernisation de l'aide à domicile** en vue de la qualification des personnes travaillant auprès des personnes âgées.

♦ **Repères et chiffres sur les CLICS présentés par Mme Leger, directrice générale de l'action sociale**

Les CLIC concernent (et intéressent potentiellement) 12 Millions de personnes âgées de plus de 60 ans en France.

➤ **Les CLIC ont reçu une consécration législative par deux Lois :**

• **la Loi du 20 Juillet 2001 relative à l'allocation personnalisée d'autonomie :**

- l'article L.232.13 du Code de l'Action Sociale et des Familles précise que des «conventions portant sur tout ou partie de cette mise en œuvre, (...), peuvent être conclues entre le département et (...) **des centres locaux d'information et de coordination** »

- inscription des CLIC dans les schémas départementaux gérontologiques:

« le schéma définit les territoires de coordination de l'action gérontologique de proximité et établit les modalités d'information du public et de coordination des prestataires **s'appuyant notamment sur des centres locaux d'information et de coordination** ».

• **la Loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale :**

- cette loi insère les CLIC dans la nomenclature des institutions sociales et médico-sociales :

« Sont des établissements et services sociaux et médico-sociaux, au sens du présent code, les établissements et services, dotés ou non d'une personnalité morale propre, énumérés ci-après » :

« 11° Les établissements ou services, dénommés selon les cas centres de ressources, **centres d'information et de coordination** ou centres prestataires de service de proximité (...) ».

- Le classement des CLIC parmi les établissements médico-sociaux ne les soumet pas pour autant à une procédure d'autorisation (passage en CROSS) car **les CLIC ne sont pas prestataires directs de services.**

➤ **Etat des lieux de la mise en place du dispositif CLIC**

• CLIC labellisés en 2001 (hors 25 sites pilotes)

124 CLIC dans 60 départements ont été labellisés et financés en 2001

17 CLIC dans 6 départements dont la labellisation a été reportée début 2002

Total : 141 CLIC identifiés dans 66 départements hors sites pilotes

• Structures porteuses des CLIC (sur une coupe de 120 CLIC)

10 CLIC sont portés par les Conseils généraux (8%)

38 CLIC relèvent d'un CCAS, d'un CIAS, d'une commune de commune (32%)

56 CLIC relèvent d'une association (47%)

13 CLIC sont portés par une structure médico-sociale ou sanitaire (11%)

3 CLIC « autres » (2%)

- Niveau de labellisation (sur un échantillon de 89 CLIC)

43 ont eu le label 1 (48%)  
 25 ont été labellisés niveau 2 (28%)  
 21 ont reçu le label 3 (24%)

- Le financement des CLIC

Année 2000 : 12,5 MF inscrits dans la loi de financement de la sécurité sociale  
 Année 2001 : 70 MF (10,67 Millions d'euros) inscrits au budget de l'Etat  
 Année 2002 : 150 MF (22,87 Millions d'euros) inscrits au budget de l'Etat

♦ **1<sup>ère</sup> table ronde : « l'accès aux droits : citoyenneté et territoires, accueil, conseil et orientation, habitat, système d'information »**

*Introduction par le Président du Conseil général des Côtes d'Armor :*

Le 20<sup>ème</sup> anniversaire des lois de décentralisation en Mars prochain permettra de rappeler l'objectif principal de ces lois, à savoir l'exercice des compétences en matière de politiques publiques au plus près des citoyens. Tout l'enjeu consiste cependant désormais à passer d'une démocratie locale à une démocratie de proximité. Le CLIC constitue, à cet effet, un véritable instrument de démocratie de proximité et de citoyenneté en permettant :

- une proximité géographique (guichet unique sur « des bassins de vie » de 7000 à 10000 personnes âgées de plus de 60 ans en milieu rural et 15000 en milieu urbain),
- une proximité des réponses (individualisation et personnalisation de la réponse).

- **L'habitat, une question essentielle au maintien à domicile des personnes âgées: l'exemple du Centre départemental de ressources sur l'habitat en Côte d'Or** (intervention du directeur adjoint de la solidarité et de la famille au Conseil Général de la Côte d'Or)

Dans ce département, la coordination gérontologique a été mise en place en même temps que la PSD et a donné lieu à une convention signée en 1999 affirmant les principes-phares de cette coordination :

- le respect du choix de vie de la personne âgée
- la prévention de la dépendance
- l'information des familles et des personnes âgées
- l'amélioration de la qualité des réponses apportées
- la mise en place d'un dispositif d'observation partagée
- le droit pour la personne âgée de bénéficier d'une évaluation individualisée

Très vite, la question de l'habitat est apparue comme essentielle pour offrir à la personne âgée un libre choix de son mode de vie.

Le centre de ressources sur l'habitat a ainsi été créé comme guichet unique. Situé au Conseil Général, un dossier unique de demande d'aide personnalisée à l'habitat (non lié à la grille A(G)IR) peut y être retiré.

Ce centre a été labellisé CLIC et va être inscrit dans le schéma départemental gérontologique

---

Des difficultés ont cependant été soulignées :

- la difficile cohérence des financeurs
- la complexité de montage des plans de financement
- l'accès difficile à des aides techniques
- les coûts élevés
- la complexité des démarches de coordination

• **Importance de la prise en compte de la parole et des attentes des usagers et de leurs représentants lors de prise de décisions les concernant** (intervention de la vice-présidente du CORERPA d'Ile de France)

• **« L'octo-logis », un appartement adapté au maintien à domicile des personnes en perte d'autonomie : une expérience originale initiée par la CRAM Rhône-Alpes:**

- financement par la CRAM d'un appartement « octo-logis » à Lyon bénéficiant d'un aménagement matériel spécifique, de la présence de personnels compétents (notamment un ergothérapeute), de services de suite et d'accompagnement
- cet appartement est également **ouvert aux adultes handicapés (bon exemple de passerelles entre les dispositifs CLIC et sites pour la vie autonome)**

• **L'ergothérapeute, un professionnel indispensable à l'adaptation personnalisée du logement des personnes âgées ou handicapées**

- le rôle de l'ergothérapeute : aménagement de l'environnement de la personne âgée ou handicapée en vue de la réalisation de son projet de vie et ceci au moyen de l'évaluation des besoins, l'élaboration de préconisations, l'analyse des devis, le suivi et la réception des travaux
- **Similarités entre les objectifs des dispositifs CLIC et des sites pour la vie autonome** : l'accueil, le conseil, l'élaboration d'un plan d'aide qui nécessitent des aides humaines, techniques et financières.
- Rôle important à jouer dans les articulations à trouver entre CLIC et sites pour la vie autonome

• **« L'accès au droit » dans certaines régions rurales et montagneuses est parfois centré sur l'accès à des droits élémentaires comme l'alimentation et le logement** (intervention d'un inspecteur principal de la DDASS des Hautes Pyrénées)

Dans le département des Hautes Pyrénées, 6 CLIC ont été créés sur les « bassins gérontologiques » correspondant aux notions de « pays ». L'action des CLIC dans ce département se porte sur les besoins élémentaires des personnes âgées. Le département est, en effet, marqué par d'importantes zones rurales et un habitat dispersé ce qui pose des problèmes élémentaires en matière de ravitaillement, condition indispensable au maintien à domicile. Des services de portage de courses à domicile doivent donc être développés.

---

Le maintien à domicile est rendu d'autant plus difficile dans ces zones rurales que 80 % des plus de 60 ans sont propriétaires de leurs logements qui ne sont plus adaptés pour la plupart à leurs capacités (problèmes des maisons à étages, sans chauffage...).

Dans ces cas-là, il paraît important de convaincre les personnes âgées et non pas de leur imposer des changements et ceci pour respecter leurs choix de vie.

Des actions en faveur des personnes les plus isolées sont ainsi développées comme le « bibliobus » ou le « gérontobus » destinés à apporter l'information au plus près des gens et de favoriser l'accès effectif à leurs droits.

◆ **Table ronde sur « la coordination des acteurs »**

• **Le CLIC de Guingamp (Côte d'Armor) : un rôle d'observatoire local et un objectif de coordination institutionnelle**

- Le CLIC a un **rôle d'observatoire local** des besoins et attentes des personnes âgées. Il est un lieu de recueil d'informations des besoins individuels et collectifs des personnes âgées au niveau local. Il peut donc être également **une instance de propositions** envers les décideurs (ARH, Conseil général, DDASS...).

A cet effet, un médecin gériatre et un ergothérapeute ont été recrutés fin 2000 et travaillent avec les personnels de la MSA et de la CRAM mis à disposition du CLIC. Une **démarche de prévention** et de repérage des personnes en perte d'autonomie a ainsi été développée avec la création d'une « cellule gérontologique de ville » composée du médecin gériatre et du responsable de coordination qui effectuent des entretiens personnalisés et repèrent les situations complexes.

- La **coordination institutionnelle** se traduit notamment par l'**association des équipes médico-sociales du Conseil général et des assistantes sociales des caisses de retraites** aux réunions de synthèse CLIC qui traitent des plans d'intervention et d'accompagnement. Il paraît, en effet, nécessaire de clarifier l'articulation entre les équipes médico-sociales (EMS) du Conseil général chargées de l'APA avec les CLIC de niveau 2 et 3 chargés également de l'élaboration du plan d'aide personnalisée.

Les CLIC peuvent donc constituer une aide pour les EMS en favorisant la mise en œuvre coordonnée du plan d'aide. Pour éviter les risques de confusion de compétences entre les CLIC et les EMS, il convient que les différents professionnels en charge de la personne âgée collaborent entre eux.

• **Des profils de « coordonnateurs » différents selon les missions et les spécialités des CLIC**

Il n'y a pas de profil type pour les coordonnateurs. Ils auront un rôle différent (technique, politique, animation d'un réseau) selon le niveau de labellisation et les objectifs des CLIC.

• **Conclusion de la journée par Mme paulette GUINCHARD-KUNSTLER, Secrétaire d'Etat aux personnes âgées :**

- nécessité d'une véritable **coordination institutionnelle** (notamment entre le Conseil général et la DDASS) pour la mise en œuvre du dispositif CLIC.

---

Les CLIC ne doivent pas être un enjeu de concurrence entre les partenaires mais au contraire un enjeu de structuration d'une véritable politique globale en faveur des personnes âgées dépassant les cloisonnement sanitaires et sociaux.

Le CLIC doit être une **politique publique partagée** s'appuyant sur les outils déjà existants. Chaque partenaire a sa compétence propre en matière de politique en faveur des personnes âgées mais aucun ne peut s'arroger le monopole de cette compétence car il ne possède pas, de fait, une vision globale suffisante de la personne âgée.

- Nécessité de changer notre vision sur les « personnes âgées » et pour cela, de faire évoluer notre « façon de parler » : on parlera de préférence de « **prise en considération** » de la **personnes âgée** plutôt que de « prise en charge », vocable ayant une connotation d'assistance de la personne âgée.

- Question de la **pérennisation des CLIC** : Le financement des CLIC est prévu par le plan pluriannuel (2001-2005) et s'élève à 150 MF (22,87 euros) (services votés 70 MF (10,67 Millions d'euros)+ mesures nouvelles 80 MF(12,20 Millions d'euros)) pour 2002. Des journées nationales sur les CLIC comme celle du 13 février 2002 renforcent le sens et la légitimité de ce dispositif et concourent donc à sa pérennisation. De plus, le dispositif et son plan pluriannuel de financement vont être présentés par Mme GUINCHARD-KUNSTLER au Conseil des Ministres du 27 février 2002 ce qui constitue une reconnaissance officielle du dispositif et des moyens financiers qui sont nécessaires.

• **Questions posées à Mme Annick BONY, chef de bureau des personnes âgées (DGAS) à l'issue de la réunion :**

- Difficulté à rassembler le **seuil démographique** de 7000 à 10 000 personnes âgées de plus de 60 ans pour la création d'un CLIC dans certaines zones rurales :

*réponse* : possibilité de déroger à ce seuil démographique dans un premier temps. Le découpage territorial actuel pourra évoluer dans le temps.

- Problème de **l'insuffisance des porteurs de projet** sur les zones non couvertes par les coordinations gérontologiques, nécessité d'un chargé de mission CLIC au niveau régional ou départemental ?

*réponse* : la labellisation CLIC donnée aux réseaux ou coordinations gérontologiques existantes est déjà un point tout à fait positif dans la mesure où il va leur permettre d'évoluer et d'améliorer leur fonctionnement. L'émergence de CLIC sur les zones non couvertes est un processus qui ne peut s'envisager que dans le temps. Mme Bony cite l'exemple de départements où il a fallu une dizaine d'années pour voir naître des coordinations gérontologiques. Elle incite donc à ne pas être trop exigeant et impatient à l'égard d'un dispositif en cours de réalisation.

- Question du choix des logiciels informatiques pour les CLIC :

*Réponse* : pas encore de positionnement du Ministère sur cette question

Blois, le 18 février 2002.

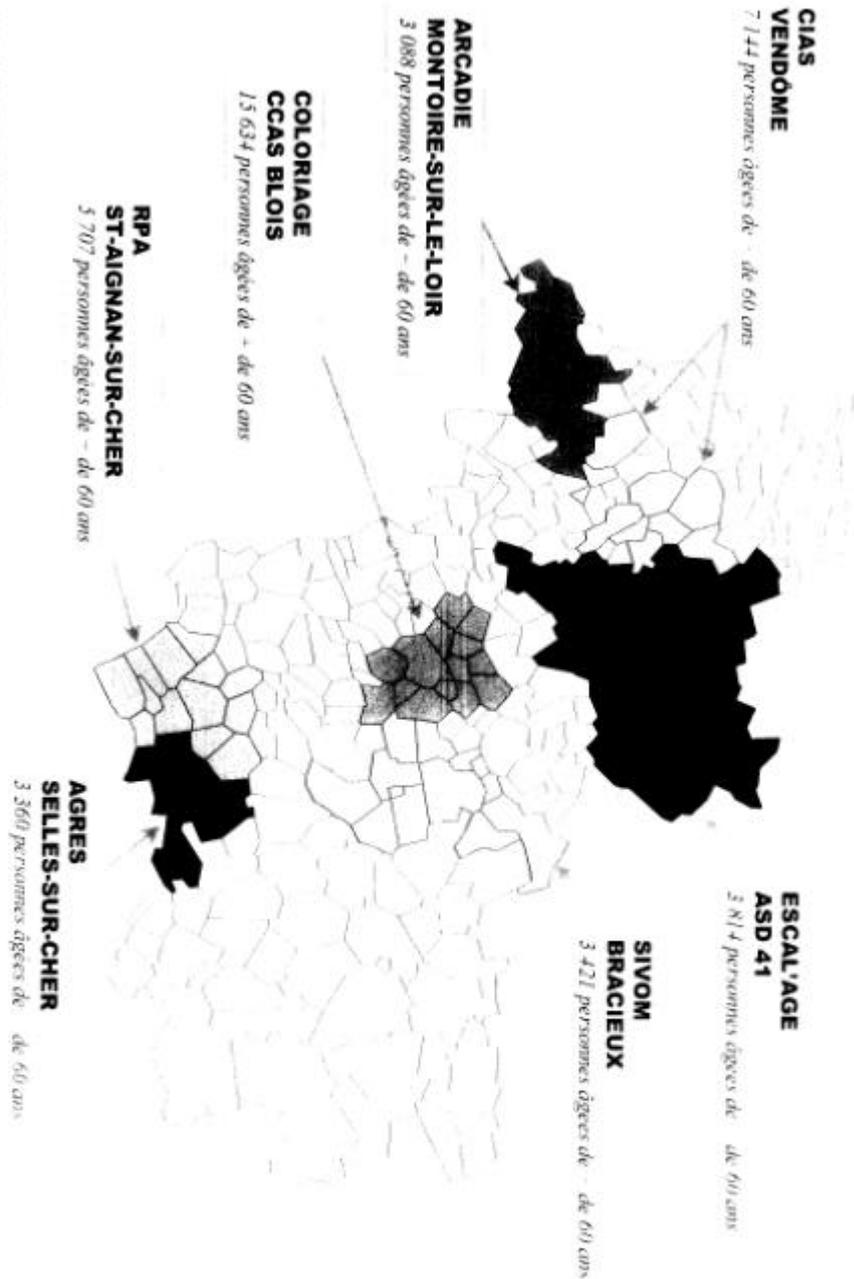
L'inspectrice stagiaire,

Stéphanie Froger

# ANNEXE n°5

# LES COORDINATIONS GERONTOLOGIQUES

10 rue de la République - 44100 Nantes - Tél. 02 51 82 10 11



10 rue de la République - 44100 Nantes - Tél. 02 51 82 10 11





# ANNEXE N°6

---

# **CHARTRE DEPARTEMENTALE DE COORDINATION GERONTOLOGIQUE**

## PREAMBULE

Les signataires de la convention du 6 juillet 1998 relative aux prestations servies aux personnes âgées dépendantes ont souhaité définir les caractéristiques et les modalités communes de mise en oeuvre des coordinations gériologiques de proximité.

Cette définition commune des réseaux gériologiques a pour objectif de permettre la reconnaissance et l'accompagnement technique et financier des sites de coordination, en projet ou existants, par les signataires de la présente charte.

## I - DEFINITION

La coordination gériologique est une démarche locale conventionnelle, juridiquement structurée ou non, réunissant les acteurs locaux de la mise en oeuvre des actions en faveur des personnes âgées.

Cette démarche partenariale a pour finalité de favoriser les interactions pluridisciplinaires professionnelles et bénévoles dans les domaines sociaux, médicaux, environnementaux et culturels. Ces actions doivent être conformes aux principes de la citoyenneté, repris partiellement et adaptés dans la charte relative aux droits et libertés de la personne âgée dépendante (annexe 1).

## II - LES OBJECTIFS

Les coordinations gériologiques locales doivent, dans le respect des dispositions de la charte relative aux droits et libertés de la personne âgée dépendante notamment en ce qui concerne le choix de vie, se donner pour objectifs :

- **De détecter les situations de perte d'autonomie et d'apporter, après évaluation, des réponses :**
  - aux situations de crise,
  - aux états chroniques, en développant les actions de prévention
- **D'organiser ces réponses avec la personne âgée** et sa famille par la recherche des modes d'intervention les plus adaptés et en les coordonnant : mise en oeuvre, suivi et adaptation du plan d'aide.
- **D'observer et d'évaluer les besoins locaux**, d'informer les personnes âgées et leur famille notamment sur les dispositifs et prestations existants

### III - PARTENAIRES

L'ensemble des acteurs locaux soucieux de mener une action commune dans l'intérêt des personnes âgées est invité à participer à la coordination gériatrique locale (cf. liste non exhaustive - annexe 2).

Pour ce qui concerne les actions de coordination autour de la personne âgée, les professionnels sociaux, médico-sociaux et sanitaires devront être associés.

Pour ce qui concerne les actions d'analyse et de réflexion relatives à l'activité gériatrique territorialisée, outre ces professionnels, il devra être recherché notamment l'adhésion des élus locaux, des responsables d'associations, d'organismes publics et privés oeuvrant dans tous les domaines concernés (sanitaire, social, médico-social, environnemental, habitat, etc. ...), des représentants d'usagers, d'établissements et services.

Dans tous les cas, les sites de coordination gériatrique veilleront à s'attacher le concours d'un établissement de soins, d'un service de soins et d'un établissement d'accueil médico-social.

### IV - FONCTIONNEMENT

Outre le recensement des acteurs concernés, la mise en oeuvre d'un site de coordination suppose :

- **La définition d'un espace territorial défini**, appelé bassin gériatrique, tendant à regrouper une population âgée de 60 ans et plus, de l'ordre de 7 000 à 10 000 personnes en milieu rural et de 15 000 personnes en milieu urbain. Ce bassin gériatrique repose sur une étude de la réalité des échanges sociaux, économiques et culturels de ses composantes.
- **Un dispositif de coordination technique**, consistant en une coordination centrée sur la personne âgée qui propose à l'intéressée, et à sa famille, un choix de solutions compatibles avec son état de besoin, évalué des points de vue social, sanitaire et environnemental. Cette évaluation permet d'inciter à engager, ou d'engager, les démarches nécessaires auprès des intervenants et si besoin, l'attribution des aides au maintien à domicile ou à l'entrée en établissement.
- **Un dispositif d'information réciproque et de formation**, visant la professionnalisation des intervenants du réseau. Cette formation permanente est axée sur l'approche multidisciplinaire de la personne âgée et la spécificité des prestations dispensées, et repose en premier lieu sur le partage des connaissances et la mobilisation des ressources humaines internes.
- **Une procédure d'évaluation**, ayant pour but d'apprécier de manière qualitative et quantitative la pertinence et l'efficacité du réseau. Cette évaluation s'appuie sur les outils méthodologiques dans lesquels sont mentionnés les indicateurs devant obligatoirement être portés à la connaissance des acteurs locaux et des financeurs, notamment au travers du bilan d'activité (annexe 3).
- **L'identification d'un lieu d'accueil, d'écoute, d'information et d'orientation.**

## **V - MODALITES DE FINANCEMENT**

Sous réserve du respect des dispositions ci-dessus exposées, les organismes susceptibles de participer au financement des coordinations gérontologiques locales peuvent intervenir selon les modalités suivantes :

- **La Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales de Loir-et-Cher**

La participation financière de la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales sera étudiée à partir des budgets prévisionnels des projets déposés dans le cadre des Centres Locaux d'information et de Coordination (CLIC) en vue de leur labellisation.

- **Le Conseil Général de Loir-et-Cher**

Conformément à la décision de l'Assemblée Départementale du 12 avril 2001, le Conseil Général apportera son soutien aux sites de coordination dont le projet respectera les termes de la charte dans la limite de 25% du budget autonome de fonctionnement et plafonnera cette aide à 100 000 F par site.

Une étude complémentaire vérifiera au cas par cas la situation ainsi créée, la première année d'application, pour chaque coordination.

- **La Mutualité Sociale Agricole de Loir-et-Cher**

La Mutualité Sociale Agricole participera financièrement au fonctionnement de ces instances en tenant compte de la population agricole relevant des différents sites. Les travailleurs sociaux de la Mutualité Sociale Agricole participeront à l'examen et à la mise en oeuvre des plans d'aide à destination des personnes âgées et handicapées concernées.

Elle procédera à une évaluation annuelle, tant qualitative que quantitative du fonctionnement de ces instances.

- **La Caisse Régionale d'Assurance Maladie du Centre**

La Caisse Régionale d'Assurance Maladie participera au travers de l'implication du service social dans les coordinations locales, tant au niveau de l'évaluation des situations individuelles des personnes âgées dépendantes relevant du régime général, qu'au niveau de l'élaboration et du suivi des plans d'aide.

La Caisse Régionale d'Assurance Maladie a la possibilité d'apporter également une aide financière au démarrage des nouveaux sites dans le cadre d'un financement

De même, elle peut accorder des subventions pour des actions destinées à répondre à un besoin nouveau ou à apporter une nouvelle réponse à un besoin existant au titre des actions gérontologiques d'initiative locale, dès lors qu'un partenariat de financement existe.

- **Les Assurances Vieillesse des Artisans de la Région Centre**

Les Assurances Vieillesse des Artisans participeront financièrement au démarrage de nouveaux sites de coordination, à hauteur de la population artisanale concernée après dépôt d'une demande formelle accompagnée d'un projet précis (localisation, actions envisagées, partenaires concernés, estimation des coûts et des financements sollicités et/ou obtenus).

- **La Caisse ORGANIC - Région Centre**

La Caisse ORGANIC attribuera des subventions, en proportion de la population commerciale concernée et dans la limite de ses disponibilités budgétaires, pour l'aide à la création de nouvelles coordinations locales ou à la consolidation de celles existantes sur la base d'un projet précis, à l'exclusion de toute aide au fonctionnement

# ANNEXE N° 7

Conseil Général  
de Loir-et-Cher

Direction départementale  
des affaires sanitaires et  
sociales de Loir-et-Cher

Instance départementale de coordination gérontologique :  
Comité de pilotage CLIC  
22 octobre 2001

**Assistaient à la réunion**

- Monsieur Jacques BIET : directeur-adjoint MSA,
- Monsieur Hubert BRETHERAU : vice-président du Conseil Général,
- Madame Aurélie CARREAU : secrétaire CODERPA,
- Monsieur Louis-Xavier COLAS : directeur-adjoint DPASS,
- Madame Huguette DUPRE : service social CRAM,
- Madame Janick FOUCAULT : médecin au Conseil Général,
- Monsieur Serge GRUBER : directeur de la DDASS,
- Monsieur Alain GUILLARD : directeur de l'AVA région Centre,
- Madame Chantal LIESNARD : représentant l'ORGANIC région Centre,
- Madame Monique MONNOT : vice-présidente du CODERPA,
- Monsieur Jean-François NIVARD : président de la MSA,
- Madame Annick VILLANFIN : inspectrice à la DDASS, personnes âgées.

**Etait excusée**

- Madame Noëlle CHAMBOST : directrice de l'URSSAF,
- Madame Huguette GENDRIER : directrice générale adjointe du Conseil Général.

**Introduction de Messieurs BRETHERAU et GRUBER**

Les deux intervenants ont insisté sur la nécessité d'une démarche « Etat - Conseil Général » qui doit être conjointe et s'appuyer sur le dispositif existant, initié notamment par le Conseil Général de Loir-et-Cher, et auquel participe l'Etat :

- Mise en place, en 1998, d'une instance départementale de coordination gérontologique : l'objectif est de garantir une certaine cohérence des actions engagées et de ne pas démultiplier les instances de coordination ; aussi, proposition est faite que l'instruction des dossiers CLIC, telle que préconisée par la circulaire du 18 mai 2001, entre dans le champ de compétence de cette instance élargie à la DDE et au CODERPA.
- Développement des coordinations existantes et à venir : celles-ci pourront prétendre au label CLIC si elles remplissent le cahier des charges fixé par la circulaire du 18 mai 2001. Les CLIC n'ont pas pour but de remettre en cause l'existant mais, bien au

- contraire, de contribuer à son renforcement, à son harmonisation et à une mise en cohérence globale du dispositif actuel.
- Nécessité de s'appuyer sur la charte départementale de coordination gérontologique élaborée par l'instance départementale de coordination gérontologique.
  - Financement conjoint des coordinations gérontologiques :
    - Etat : au titre du dispositif CLIC : 500.000 F maximum par CLIC,
    - Conseil Général : 25% du budget avec un plafond de 100.000 F.
  - Décision d'attribution du label CLIC : cosignée par l'Etat et le Conseil Général.

### **Présentation générale du dispositif CLIC**

Cf. document de synthèse annexé à l'invitation de la présente réunion.

### **Etude des dossiers CLIC présentés par le CIAS de Vendôme et le CCAS de Blois**

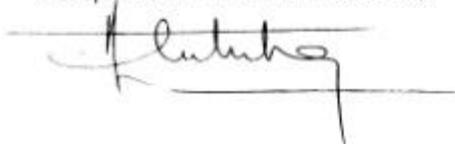
- Cf. fiches ci-jointes.
- Les membres du groupe ont émis un avis favorable à l'octroi du label CLIC, niveau 2, pour les deux dossiers présentés ; cependant, en vue d'une reconduction des moyens financiers à envisager pour 2002, les promoteurs sont invités à apporter des compléments d'information détaillés dans les fiches ci-jointes. Proposition est faite que deux membres du groupe se rendent sur place avant le 31 décembre 2001, afin de rencontrer les promoteurs des projets et d'échanger avec eux sur les modalités de mise en œuvre des compléments demandés.

### **Prochaine réunion**

- Objet : invitation de tous les responsables et/ou promoteurs de Coordinations et de CLIC afin :
  - De leur présenter le dispositif CLIC,
  - De recenser les projets en cours,
  - D'établir une première cartographie des communes à couvrir, afin de repérer :
    - les éventuels doublons,
    - mais aussi les communes isolées qui ne seraient pas couvertes par un CLIC.
- Mercredi 12 décembre 2001.
- Salle du Conseil Général : à définir.

Blois, le 13 NOV 2001

Monsieur Hubert BRETHERAU,  
Vice-président du Conseil Général,



Monsieur Serge GRUBER,  
Directeur de la DDASS,

