



EHESP

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2011 –

**LA COORDINATION GERONTOLOGIQUE : UN
NOUVEAU PARADIGME DE L'ACTION PUBLIQUE
VIEILLESSE ?**

– Groupe n° 10 –

– ALEXANDER Rodrigue	DH	– COUDRAY Baptiste	D3S
– BASCOUL Marie-Lore	DH	– DENIA Blanche	D3S
– BELKHIR Maïa	D3S	– FOURCADE Aurélie	MISP
– BOULAIN Corinne	DS	– MONTAY Nathalie	DS
– CHARLES Anne	IASS	– ROME Sylvie	IASS

Animateur/trice(s)

-Blanche LE BIHAN

-Arnaud CAMPEON

S o m m a i r e

Introduction.....	1
I- La coordination de proximité : une démarche éprouvée, indispensable mais insuffisante.....	4
A- Un mille-feuille d’acteurs, de dispositifs et de territoires.....	4
1- Présentation des différents acteurs de terrain.....	4
<i>a) Les centres locaux d’information et de coordination</i>	<i>4</i>
<i>b) Les réseaux gérontologiques.....</i>	<i>5</i>
<i>c) La particularité du centre communal d’action sociale de Rennes.....</i>	<i>6</i>
<i>d) Les filières gériatriques.....</i>	<i>7</i>
2- Les multiples territoires de l’action gérontologique	7
<i>a) Cartographie des dispositifs de coordination en Ille-et-Vilaine.....</i>	<i>7</i>
<i>b) Une superposition des territoires d’action</i>	<i>8</i>
B- Une coordination entravée par des conflits entre les acteurs et fragilisée par une insuffisance de moyens adaptés	10
1- De nombreux cloisonnements entre les acteurs de l’action gérontologique.....	10
<i>a) Une concurrence entre le secteur public et le secteur privé.....</i>	<i>10</i>
<i>b) Un manque de cohérence entre tous les dispositifs de coordination.....</i>	<i>11</i>
2- L’importance de la dimension relationnelle dans la coordination.....	13
<i>a) Un dynamisme impulsé par des initiatives locales</i>	<i>13</i>
<i>b) Des conflits engendrés par des stratégies personnelles.....</i>	<i>13</i>
3- Un manque de moyens et d’outils appropriés.....	14
<i>a) Des difficultés de mobilisation des personnels</i>	<i>14</i>
<i>b) La fragilité des moyens financiers</i>	<i>15</i>
II- Le retour d’une coordination institutionnelle : source de scepticisme et d’espoir.....	16
A- Une recomposition de la coordination institutionnelle, source d’incertitudes	16
1- Un nouveau pilotage en contradiction avec la loi du 13 août 2004.....	17

a) <i>Le Conseil Général, chef de file historique</i>	17
b) <i>L'ARS, un nouvel acteur induisant un recul du rôle du CG</i>	18
2- Un nouveau pilotage ambitieux qui doit néanmoins faire ses preuves	19
a) <i>Des outils prometteurs dont la mise en œuvre est à optimiser</i>	19
b) <i>Un nouveau pilotage à l'origine d'incompréhensions et d'une certaine démotivation</i>	20
B- L'ambition d'un modèle intégré : source d'espoir	21
1- La coordination, reflet des dynamiques de terrain	22
a) <i>Des initiatives de proximité, légitimées par le cadre institutionnel</i>	22
b) <i>Des outils inscrits dans une démarche d'expérimentation</i>	23
2- Les nouvelles modalités de coordination : un dépassement des blocages de terrain observés	24
a) <i>De la coordination à une logique d'intégration</i>	24
b) <i>Pistes d'amélioration de la coordination gérontologique</i>	25
Conclusion	27
Bibliographie	29
Liste des annexes	I

R e m e r c i e m e n t s

Nous tenons à remercier nos accompagnateurs, Blanche LE BIHAN et Arnaud CAMPEON, pour le sujet proposé qui nous a conduit à l'étude et à l'expérimentation de la coordination dans le cadre de ce travail collectif, pour leur disponibilité et leur appui méthodologique et bibliographique.

Nous remercions également l'ensemble des professionnels rencontrés pour leur accueil et leurs témoignages qui ont contribué à l'élaboration de ce travail.

Liste des sigles utilisés

APA	Allocation Personnalisée d'Autonomie
ARS	Agence Régionale de Santé
CCAS	Centre Communal d'Action Sociale
CDAS	Centre Départemental d'Action Sociale
CDASS	Commission Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale
CG	Conseil Général
CLIC	Centre Local d'Information et de Coordination
CPOM	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CROSMS	Comité Régional de l'Organisation Sociale et Médico-Sociale
CRSA	Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie
DDASS	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DIRECCTE	Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi
DPM	Dossier Médical Personnel
EHPA	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
GCSMS	Groupement de Coopération Sanitaire et Médico-Sociale
HPST	Loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires
IDE	Infirmier Diplômé d'Etat
MAIA	Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer
MAS	Maison d'Accueil Spécialisé
MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées
MRS	Mission Régionale de Santé
PPS	Plan Personnalisé de Soins
PRS	Projet Régional de Santé
PSD	Prestation Spécifique Dépendance
SROSMS	Schéma Régional de l'Organisation Sociale et Médico-Sociale
SAAD	Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile
SSIAD	Service de Soins Infirmiers et d'Aide à Domicile

Introduction

Le vieillissement de la population est une question très présente dans le débat national et soulève des interrogations dont celle de la dépendance, définie comme l'état de la personne âgée qui ne peut accomplir seule les activités de la vie courante. Les enjeux posés sont multidimensionnels, la dépendance n'étant pas qu'un problème de santé.

Selon une étude de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES)¹ publiée en 2010, le nombre de bénéficiaires de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) s'établit à 1 142 800, et continue à suivre une courbe ascendante. Cette progression massive de la dépendance recouvre des enjeux sociaux, économiques et politiques forts. En effet, la dépendance ne touche pas uniquement la personne âgée, mais également les aidants familiaux souvent démunis, peu soutenus, peu formés. La dépendance induit également des coûts importants : coût des soins, car l'accroissement de la longévité s'accompagne de poly-pathologies, et coût des prestations d'aide à la personne, face à la progression des situations de perte d'autonomie.

La sphère politique s'est emparée de ces questions et a impulsé le développement de dispositifs et financements. Or, nous constatons que cette action publique en faveur des personnes âgées dépendantes souffre d'importants cloisonnements. La multiplicité et la superposition sur un même territoire de services publics et privés, sanitaires, médico-sociaux et sociaux, donnent une impression de confusion et nuisent à la fluidité des parcours, à la qualité et à l'efficacité des prises en charge.

Coordonner vient du latin « *ordinatio* » qui signifie mise en ordre et du préfixe « *co* » donnant une dimension plurielle. La coordination suppose ainsi une volonté d'organiser un ensemble selon un agencement logique au regard d'un objectif déterminé. En cela, la coordination se distingue de la coopération ou de la collaboration, modèles moins intégrés du « travailler ensemble ». Appliquée à la gérontologie, elle suppose une approche globale de la vieillesse. Contrairement à la gériatrie, discipline médicale, la gérontologie porte sur le vieillissement humain et ses conséquences au sens large : biologie, physiologie, psychologie, santé, démographie, sociologie, économie...

On distingue trois niveaux de coordination² applicables au champ de la gérontologie. En premier lieu, la coordination de proximité est nécessaire à la cohérence et

¹ Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DRESS), *Les personnes âgées entre aide à domicile et établissement*, Dossiers solidarité et santé, n°1, janvier-mars 2003.

² Le Sommer-Père M., « Les différents niveaux de coordination », *Gérontologie et société*, n°100, 2002.

à la continuité des interventions auprès de la personne âgée et de sa famille. Ensuite, la coordination fonctionnelle permet de résorber les difficultés de coopération entre professionnels, n'ayant ni outils ni culture communs³. Enfin, la coordination institutionnelle vise à développer la cohérence de la planification et du financement des dispositifs d'offre dans un souci de performance et d'équité pour l'utilisateur.

La coordination est un concept évolutif, à géométrie variable. En effet, d'après B. Vesset-Puijalon, « *la variation des contextes politiques où elle est prônée, la diversité des objectifs qui lui sont assignés, font qu'elle est devenue un mot passe partout* »⁴. Il apparaît donc important d'inscrire toute réflexion sur la coordination gériatrique dans un contexte historique, politique et territorial.

La coordination gériatrique répond ainsi à deux logiques⁵. La première, territoriale et horizontale, est une émanation des acteurs locaux ; la seconde, sectorielle et verticale, traduit l'emprise des politiques publiques définies par une autorité centrale. Plusieurs grandes tendances se dessinent au fil du temps. A l'origine, la coordination était portée par l'Etat dans le cadre des programmes sectorisés et coordonnés de 1970. Elle a ensuite été reprise par les collectivités locales dans le cadre des lois de décentralisation pour apporter à l'utilisateur une réponse individualisée et de proximité.⁶

La Prestation Spécifique Dépendance (PSD) puis l'APA ont solvabilisé la personne âgée favorisant l'émergence d'une « *marchandisation de la prise en charge* »⁷ et le développement d'une offre concurrentielle du service à la personne. La coordination se veut alors régulation, s'attachant à modérer les effets pervers du marché en garantissant une certaine éthique. Dans cet esprit, sont mis en place en 2000 les Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC), guichets uniques de proximité. Parallèlement, des réseaux gériatriques et des filières gériatriques se développent afin d'améliorer la prise en charge des personnes âgées souffrant de pathologies chroniques.

Plus récemment, la coordination gériatrique s'est faite injonction face au constat de la forte augmentation des dépenses de santé après 65 ans. L'Etat, au travers du

³ Schweyer F.-X., « Le travail en réseau : un consensus ambigu et un manque d'outils », *Sociologie Pratique*, n°11, 2005.

⁴ Vesset-Puijalon B., Bouquet B., *La coordination gériatrique : demande d'hier, enjeu pour demain*, Fondation de France, Dijon, 1992.

⁵ Argoud D., « Approche historique des dispositifs gériatriques en France », *Gériatrie et société*, n°132, 2010, p. 104.

⁶ Circulaire n° 1981-15 du 29 juin 1981 relative à la mise en œuvre du plan gouvernemental de créations d'emplois et circulaire du 7 avril 1982 n° 82-13 du 7 avril 1982 relative à la politique sociale et médico-sociale pour les retraités et personnes âgées.

⁷ Blanchard N., « Du réseau à la coordination gériatrique : un nouveau paradigme pour le secteur médico-social », *Retraite et Société*, n°43, octobre 2004.

Plan « Solidarité Grand Age »⁸, privilégie l'accompagnement à domicile comme le préconisait déjà le rapport Laroque⁹. D'autre part, la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires (HPST) affiche la volonté de décloisonner les secteurs ambulatoire, hospitalier et médico-social. Dans ce but, elle recentralise la gouvernance en créant les Agences Régionales de Santé (ARS), qui devront veiller à la transversalité des interventions. Cette nouvelle organisation territoriale nous interpelle quant au renouveau de la notion de coordination.

La coordination gérontologique constitue-t-elle un nouveau paradigme de l'action publique en faveur des personnes âgées?

Notre étude s'intéresse au département d'Ille-et-Vilaine. Ce choix présente de multiples intérêts car il s'agit d'un département traditionnellement précurseur sur les questions sociales. De plus, il est fortement contrasté car il cumule des territoires urbains à l'instar de Rennes métropole et des territoires ruraux. Cette analyse empirique s'appuie sur une double approche¹⁰ : un recueil de documents sur les différents dispositifs mis en place et la conduite d'entretiens semi directifs auprès d'acteurs de terrain¹¹. L'objectif est alors de les interroger sur la notion de coordination, l'efficacité ou non des dispositifs en place et les enjeux que cela soulève¹².

Ainsi, le rapport proposé s'articule autour de deux grands axes. Le premier s'intéresse à la coordination de proximité : quels en sont les acteurs ? Comment s'organisent-ils sur le territoire ? Quelles sont les limites de cette coordination ? Le second porte sur l'étude de l'échelon institutionnel : en quoi les limites de la coordination de proximité interpellent-elles l'échelon institutionnel ? Quelles sont les modalités d'intervention de la coordination institutionnelle ? Comment s'articule-t-elle avec la coordination de proximité ?

Bien que la coordination de proximité se révèle insuffisante (I), le récent retour d'une coordination institutionnelle est à la fois source de scepticisme et d'espoir (II).

⁸ Ministère délégué à la Sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées, *Plan Solidarité – Grand âge*, 2006.

⁹ Haut comité consultatif de la population et de la famille, *Politique de la vieillesse*, Rapport de la Commission d'étude des problèmes de la vieillesse, dit Rapport Laroque, 1962.

¹⁰ Cf. annexe 1.

¹¹ Cf. annexe 2.

¹² Cf. annexe 3.

I- La coordination de proximité : une démarche éprouvée, indispensable mais insuffisante

La coordination gérontologique a fait l'objet d'une appropriation par l'échelon de proximité. Elle est mise en œuvre par de multiples acteurs de terrain, sans pour autant s'accompagner d'une réflexion sur la cohérence des différents périmètres d'action. Malgré ces volontés, elle reste limitée par un manque de cohésion globale et une insuffisance de moyens.

A- Un mille-feuille d'acteurs, de dispositifs et de territoires

La coordination de proximité résulte du dynamisme et de l'engagement de nombreux acteurs dispersés sur des territoires d'intervention qui se superposent.

1- Présentation des différents acteurs de terrain

Alors qu'il est démontré que l'action publique vieillisse requiert une réelle coopération et une coordination opérationnelle¹³, nous constatons sur le terrain la présence d'une multitude d'acteurs institutionnels tels les CLIC, les réseaux gérontologiques, les filières gériatriques, les centres communaux d'action sociale (CCAS) et les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD).

a) Les centres locaux d'information et de coordination

Les CLIC sont des structures d'accueil, d'écoute et d'information du public, des centres de ressources pour les professionnels et des observatoires des besoins en gérontologie. Ils sont identifiés comme les plus opérationnels en matière de coordination par de nombreux acteurs interviewés, car ils réalisent « *un gros travail d'information* »¹⁴. Ils ont été créés par une circulaire de 2000¹⁵ et sont définis autour de trois labels. La majorité des CLIC sont de niveau 3 : ils sont chargés de l'information, de l'orientation, de l'évaluation des besoins, de l'élaboration des plans d'aide, et de la coordination des

¹³ Thierry M., Palach J.-M., *Une société pour tous les âges*, Rapport du comité de pilotage de l'année internationale des personnes âgées, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 1999, p. 50 à 53.

¹⁴ Interviews réalisées auprès d'un responsable de CLIC et d'un responsable de réseau gérontologique.

¹⁵ Circulaire du 6 juin 2000 relative aux centres locaux d'information et de coordination.

acteurs. La mise en place des CLIC vise à éviter la parcellisation des prestations délivrées et à pallier l'insuffisante coordination des professionnels sur le terrain.

En Ile-et-Vilaine, 14 CLIC étaient prévus par le schéma gérontologique 2005-2010¹⁶. A ce jour, ils sont tous installés, ce qui devrait garantir une équité de la prise en charge sur l'ensemble du territoire. Cependant, les statistiques fournies par le département¹⁷ montrent qu'environ 5 % de la population des 60 ans et plus demeurent en dehors du dispositif. Le premier CLIC d'Ile-et-Vilaine a vu le jour en 2004, le dernier en 2011. 11 CLIC sont associatifs et trois sont portés par des CCAS. Leur périmètre d'action correspond au « bassin de vie » : 7 000 à 10 000 habitants en milieu rural, 15 000 en milieu urbain. Le département présente une particularité : 13 des 14 CLIC sont des antennes de la Maison départementale pour les personnes handicapées (MDPH). Ils fonctionnent avec une subvention de la MDPH pour l'accueil, l'information et l'aide au montage de projet de vie. Par ailleurs, il existe un comité de liaison des CLIC, un interlocuteur au niveau du Conseil Général (CG) qui reçoit leur bilan d'activité, un financement selon leur activité et un cahier des charges unique.

b) Les réseaux gérontologiques

Les réseaux assurent la prise en charge sanitaire et médico-sociale des personnes âgées dépendantes. Les acteurs étant dispersés dans une zone géographique donnée, les réseaux rassemblent des compétences différentes et complémentaires qui agissent pour un objectif commun sur la base d'une coopération. L'Ile-et-Vilaine compte deux réseaux gérontologiques, de type associatif. Le réseau Partâge a été créé en 2006 et est situé à Antrain. Le réseau Géront'Emeraude a été créé en 2005 et se trouve à Saint-Malo¹⁸. Ces derniers sont autorisés par l'ARS, qui exerce une autorité fonctionnelle.

Le réseau est avant tout une équipe ayant l'ambition de coordonner le travail professionnel de chacun au bénéfice des usagers avec une formalisation des règles¹⁹. Sa naissance repose sur la perception par les acteurs de santé, les institutions et les associations de patients, de problèmes mal résolus relatifs soit à une pathologie, soit à une population.

¹⁶ Conseil Général d'Ile-et-Vilaine, « Quatrième actualisation du schéma gérontologique d'Ile-et-Vilaine : planification du dispositif d'hébergement départemental 2005-2010 », *Les cahiers techniques*, n°159, avril 2006.

¹⁷ Site internet : clic-info.personnes-agees.gouv.fr

¹⁸ Cf. cartographie annexe 4.

c) La particularité du centre communal d'action sociale de Rennes

La commune, en tant que « *premier niveau d'administration publique et premier échelon de proximité* »²⁰, dispose de la clause générale de compétence. En conséquence, elle est également concernée par l'action publique vieillesse.

La politique gérontologique existe depuis de nombreuses décennies à Rennes. Dans les années 1970, la ville gérait déjà de nombreux foyers logements transformés en maisons de retraite à partir de 1990. Nous avons ainsi assisté au développement d'un « *socialisme municipal* »²¹ voyant la commune développer une offre sociale très importante. La ville de Rennes a donc créé une offre complète comprenant un CLIC, six établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et un établissement d'hébergement pour personnes âgées (EHPA), un SSIAD et un service prestataire d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD).

Le SSIAD est organisé sur les secteurs centre et ouest. Le reste du territoire rennais est couvert par d'autres acteurs (la Mutualité au Nord et Rennes Santé au Sud). Le SAAD a vu le jour dans les années 1960. Il regroupe aujourd'hui une offre importante sur trois secteurs géographiques et vise l'ensemble des personnes dépendantes. De fait, « *ce ne sont pas forcément les plus aisés qui viennent* »²². Ces derniers s'adressent plutôt au secteur privé, le secteur public s'occupant principalement des personnes en difficulté.

Aussi, par le biais du CCAS créé par la loi n° 86-17 du 6 janvier 1986²³, la commune intervient dans l'aide sociale légale et met en œuvre l'aide sociale facultative.

Bien que le développement de cette offre puisse a priori être jugé concurrent et créateur de doublons, l'étude du terrain démontre une réelle complémentarité entre l'action du CG et celle des CCAS. Ces derniers, guichets privilégiés d'aide et d'accueil de l'ensemble des personnes en difficulté sociale, représentent une proximité indispensable et opérationnelle.

¹⁹ Schweyer F.-X., « Le travail en réseau : un consensus ambigu et un manque d'outils », *Sociologie Pratique*, n°11, 2005.

²⁰ Loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales.

²¹ Propos recueillis lors de l'interview d'un responsable de CCAS.

²² Propos recueillis lors de l'interview d'un responsable de CCAS.

²³ Loi n° 86-17 du 6 janvier 1986 adaptant la législation sanitaire et sociale aux transferts de compétence en matière d'aide sociale et de santé.

d) Les filières gériatriques

La prise en charge des pathologies des personnes âgées semble relativement bien organisée dans le cadre des filières gériatriques²⁴. Le CG s'est toujours impliqué dans la création et l'animation de ces dernières en raison de la proximité entre ses équipes médicales d'une part, le monde hospitalier et la médecine générale d'autre part. Cependant, le monde médico-social souffre de la trop grande place laissée au sanitaire. Cette réalité est contradictoire avec l'objectif de limiter les hospitalisations, qui passe nécessairement par une forte action médico-sociale au domicile des patients.

De plus, l'action des médecins du CG ne se limite pas à l'évaluation pour l'attribution de l'allocation personne âgée (APA) puisqu'ils se placent également dans la prévention auprès du patient, essentielle pour la réussite d'une filière gériatrique.

En Ille-et-Vilaine, quatre établissements (Rennes, Chantepie, Saint-Malo et Bain de Bretagne) disposent d'une filière gériatrique complète ou presque²⁵.

2- Les multiples territoires de l'action gérontologique

Les différents acteurs de terrain décrits précédemment réalisent leurs missions de coordination sur des territoires définis. Or, l'observation de la cartographie du département montre que ces territoires se superposent les uns aux autres, sans être toujours en cohérence.

a) Cartographie des dispositifs de coordination en Ille-et-Vilaine

La carte intitulée « Territoires et dispositifs de coordination gérontologique du département d'Ille-et-Vilaine » présente les principaux acteurs de la coordination gérontologique de proximité au sein du département, mais aussi les territoires sur lesquels ils exercent leurs missions. Malgré nos recherches, il n'a pas été possible de trouver une carte officielle représentant l'ensemble de ces territoires et dispositifs. La carte présentée a ainsi été réalisée par nos soins suite à notre enquête de terrain.

Plusieurs territoires découpent le département d'Ille-et-Vilaine. Au niveau administratif, il y a 53 cantons, dont 11 cantons rennais. 15 secteurs gérontologiques ont

²⁴ Circulaire DHOS/O2/DGS/SD5D n° 2002-157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatrique, et circulaire DHOS/O2 n° 2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques.

²⁵ ARS, *Analyse de l'offre de santé en Bretagne*, septembre 2010.

également été délimités par le CG. Enfin, le département est traversé par deux territoires de santé définis par l'ARS, le territoire n° 5 (Rennes/Fougères/Vitré/Redon) qui en couvre la majeure partie, et le territoire n° 6 (Saint-Malo/Dinan) au nord.

Deux principaux dispositifs de coordination gérontologique ont également été représentés sur la carte : les CLIC et les réseaux. Il y a en Ille-et-Vilaine 14 CLIC, répartis sur tout le territoire, et deux réseaux gérontologiques, situés au nord du département.

b) Une superposition des territoires d'action

L'observation de la carte apporte un éclairage intéressant sur les chevauchements ou les superpositions entre les territoires et dispositifs de coordination. Nous constatons d'abord une relative cohérence entre les secteurs gérontologiques définis par le département d'Ille-et-Vilaine et les secteurs des CLIC. Seul le CLIC Alli'âges²⁶, au sud-est de Rennes, exerce ses missions sur deux secteurs gérontologiques à la fois. Le département cherche donc à mettre en harmonie les différents territoires de son action gérontologique, même si des exceptions demeurent. En revanche, la taille des secteurs des CLIC est variable. De plus, la localisation même du CLIC sur son secteur est parfois excentrée (ex. : CLIC du pays de Redon).

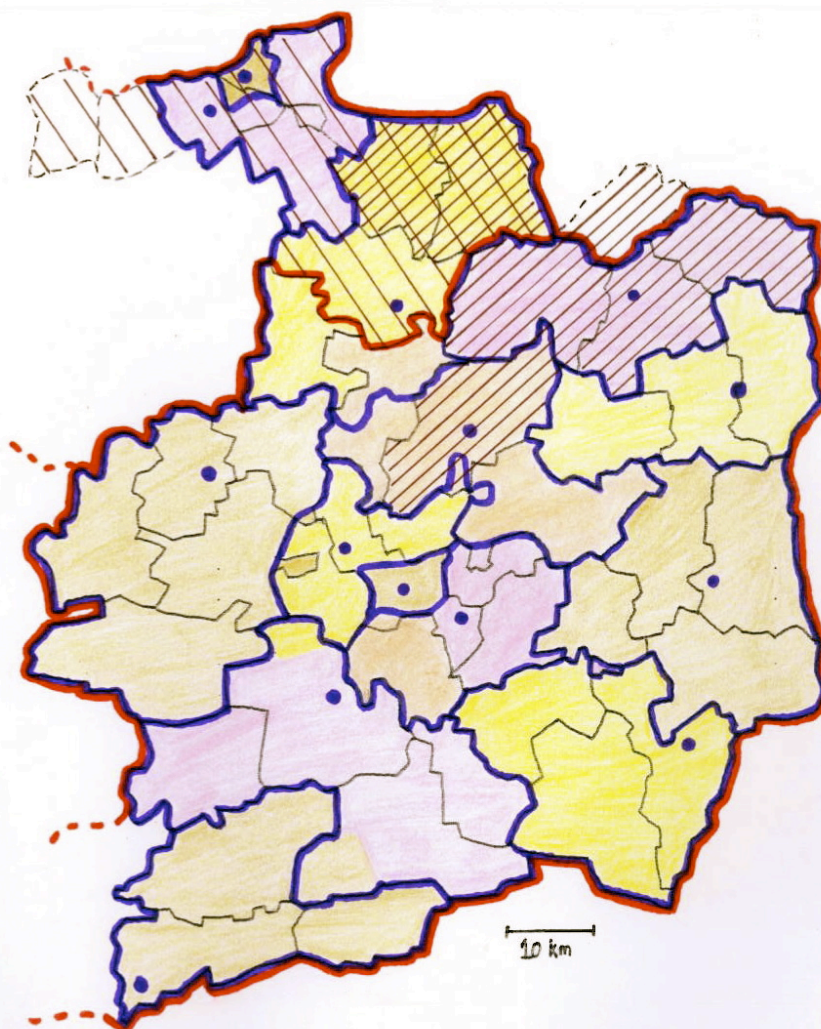
Il faut également noter que les deux territoires de santé sont très déséquilibrés. Le territoire n° 5 regroupe quasiment l'ensemble du département, tandis que le territoire n° 6 comprend une petite partie de l'Ille-et-Vilaine mais s'étend surtout dans les Côtes d'Armor. Le secteur gérontologique du pays de Combourg, au nord du département, est coupé en deux par les territoires de santé. Cela prouve qu'une adéquation entre les niveaux de mise en œuvre des politiques publiques gérontologiques n'est pas évidente.

Dans le nord de l'Ille-et-Vilaine, il existe une absence de cohérence entre les secteurs des CLIC et les territoires des deux réseaux gérontologiques. Ces derniers se chevauchent même au niveau des cantons de Dol-de-Bretagne et de Pleine-Fougères. De plus, ils s'étendent au-delà du département. Les réseaux interrogés utilisent la notion de bassin de vie pour expliquer la délimitation de leur territoire d'action²⁷. Ceci soulève le problème de l'identification des partenaires dans le cadre de la coordination gérontologique. Enfin, l'absence de réseaux sur le reste du département pose la question de l'équilibre territorial.


²⁶ Cf. annexe 4 : elle positionne sur la carte les acteurs rencontrés lors de l'enquête de terrain.

²⁷ Entretien avec le réseau Partâge.

Territoires et dispositifs de coordination gérontologique
du département d'Ille-et-Vilaine



Légende :

	Cantons		Secteur du CLIC
	Secteur gérontologique		Localisation du CLIC
	Territoire de santé		Réseau gérontologique

Sources :

- Enquête de terrain
- GUISELIN S., *La territorialisation de la politique gérontologique : l'exemple de l'Ille-et-Vilaine*, Thèse de doctorat en géographie, Université de Rennes II, 2004.
- Conseil Général d'Ille-et-Vilaine, *Quatrième actualisation du schéma gérontologique d'Ille-et-Vilaine : Planification du dispositif d'hébergement départemental 2005-2010*, Les cahiers techniques n°159, avril 2006.

Ainsi, cette analyse pose clairement la problématique du territoire pertinent pour la coordination gérontologique. Elle interroge la logique adoptée par les décideurs publics pour réaliser ces découpages territoriaux²⁸. Il apparaît que les secteurs définis correspondent davantage aux périmètres administratifs des instances de tutelle. « *La multiplicité des proximités géographiques, organisationnelles et institutionnelles [...] rend difficile la transversalité de l'intervention.* »²⁹ C'est pourquoi l'objectif reste bien d'obtenir le décloisonnement des services aux personnes âgées.

B- Une coordination entravée par des conflits entre les acteurs et fragilisée par une insuffisance de moyens adaptés

La coordination de proximité rencontre des limites du fait de la persistance des clivages entre acteurs et secteurs de prise en charge d'une part, et d'un manque de ressources financières et logistiques d'autre part.

1- De nombreux cloisonnements entre les acteurs de l'action gérontologique

Le foisonnement des structures de coordination gérontologique de proximité se traduit par des concurrences et des cloisonnements préjudiciables.

a) Une concurrence entre le secteur public et le secteur privé

La coordination gérontologique concerne les secteurs public et privé. Même si la concurrence entre ces deux secteurs dans le domaine médico-social n'est pas récente³⁰, l'action publique vieillesse est de nouveau confrontée à cette logique. En effet, la loi du 26 juillet 2005³¹ met en œuvre un plan de développement des services à la personne. Ainsi, à Rennes, une dizaine d'acteurs privés, aux profils très variés, ont été nouvellement agréés par la direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE). Les secteurs associatif et public cohabitent désormais avec

²⁸ Blanchard N., « Du réseau à la coordination gérontologique : un nouveau paradigme pour le secteur médico-social ? » Inserm Montpellier, *Retraite et société*, n°43, 2004.

²⁹ Trouvé H., Couturier Y., Saint-Jean O., Somme D., « L'organisation en réseau dans le champ gérontologique : à la recherche d'un nouveau mode de gouvernance ? » *Géographie, Economie, Société*, n°12, 2010.

³⁰ Ex.: existence d'EHPAD privés à but lucratif

³¹ Loi n° 2005-841 du 26 juillet 2005 relative au développement des services à la personne et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale.

des acteurs privés ayant une préoccupation de rentabilité. Ces derniers s'installent surtout en milieu urbain, où se trouve une clientèle importante.

Ce renouvellement des acteurs interpelle les structures publiques de coordination, quant à leur mission d'information. Par exemple, lorsque le CLIC oriente les usagers, il doit respecter une nécessaire neutralité, en informant tant sur l'offre publique que privée. Le CLIC de Rennes a ainsi subi récemment un contrôle rigoureux des services de la répression des fraudes³². Cette nouvelle concurrence met surtout en lumière la nécessité d'une cohérence pour les dispositifs de coordination, encore insuffisante.

b) Un manque de cohérence entre tous les dispositifs de coordination

La cartographie du département montre un foisonnement des structures de coordination. Cependant, alors que la coordination gérontologique nécessite une transversalité entre les secteurs, ces structures restent souvent cloisonnées. Les CLIC concernent essentiellement le social et le médico-social, les réseaux s'adressent surtout aux secteurs ambulatoire et médico-social, tandis que les filières sont aujourd'hui exclusivement sanitaires. La juxtaposition progressive de ces structures résulte d'une construction historique de la coordination gérontologique en France, chaque nouveau dispositif venant répondre à un besoin identifié, sans être précédé d'une évaluation et d'une refondation des dispositifs déjà existants³³. Il en résulte qu'aucun de ces acteurs ne permet à lui seul un réel décloisonnement entre tous les secteurs. C'est pourquoi la question de la répartition des missions et de la mise en cohérence des structures est essentielle.

Pourtant, la coordination gérontologique au sein du territoire d'Ille-et-Vilaine se caractérise par des interactions parfois peu cohérentes voire conflictuelles entre les acteurs. Beaucoup de difficultés viennent de la méconnaissance par les acteurs du rôle de chacun. De plus, la présence de 17 équipes médico-sociales dans le département, nombre important comparé à d'autres départements, n'a pas facilité les initiatives locales de coordination.

La problématique de l'évaluation des besoins des usagers reflète ces difficultés, dans le cadre du plan personnalisé de soins (PPS). Lors de la création du réseau Partâge en 2006, les équipes médico-sociales ont craint un empiètement sur leurs missions. La signature d'une convention régissant les relations entre ces deux acteurs a permis une répartition des rôles et la formalisation du partage de l'information. Néanmoins, ces

³² Entretien avec le CLIC de Rennes.

³³ Entretien réalisé avec un conseiller technique de l'Uniopss (Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux).

échanges ne sont pas encore fluidifiés : si le réseau transmet le plan de soins aux équipes médico-sociales, ces dernières ne diffusent pas souvent le plan d'aide et ne participent plus aux réunions bimensuelles de gestion de cas au sein du réseau Partâge³⁴.

Le manque de cohérence dans l'élaboration des PPS concerne également la relation entre les CLIC et les équipes médico-sociales. Pour autant la tâche de chacun est clairement définie³⁵ : les CLIC ne s'adressent pas qu'aux personnes âgées dépendantes, mais à l'ensemble des personnes âgées, dans un objectif de maintien du lien social. Néanmoins, ils mettent en oeuvre et assurent le suivi du plan d'aide réalisé par les équipes médico-sociales. Dès lors, l'existence des deux dispositifs départementaux pour un même objectif pose question, face aux risques de chevauchement. Certains CLIC parlent en effet d'une lutte de pouvoir à ce sujet, la non-transmission du plan d'aide par les équipes médico-sociales empêchant tout suivi de celui-ci par les CLIC³⁶.

Enfin, il est intéressant de s'attarder sur les relations entre les CLIC et les réseaux. Ces deux structures sont des acteurs clés de la coordination gérontologique, à vocation complémentaire. En effet, le CLIC facilite l'accès au réseau en le promouvant auprès d'un public large, tandis que le réseau permet au CLIC de disposer d'une expertise médicale facilement mobilisable. Ainsi, l'exemple des liens tissés entre le réseau Partâge et AGECLIC montre qu'une bonne entente favorise la mise en cohérence des coordinations : ces deux acteurs ont réussi à monter et à porter ensemble un projet de maison pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer (MAIA)³⁷. A l'avenir, ils envisagent une association plus étroite, voire une fusion, les dimensions médico-sociale et sociale du CLIC complétant bien l'aspect sanitaire du réseau.

L'étude des dispositifs d'Ille-et-Vilaine montre que la définition des missions de chacun dans les textes reste insuffisante. Au nom d'une meilleure lisibilité pour l'utilisateur, la création et la présence de ces acteurs sur un même territoire nécessitent une entente, un partage d'informations et d'expériences, et une répartition formalisée des tâches, à travers une convention. Cette mise en cohérence des dispositifs souligne surtout l'importance de la dimension relationnelle dans la coordination.

³⁴ Entretien réalisé du responsable du réseau Partâge.

³⁵ De Haro A., *CLIC et réseaux gérontologiques*, Bordeaux, Les Etudes Hospitalières, 2007.

³⁶ Entretiens avec le réseau Géront-Emeraude et le réseau AGECLIC.

³⁷ Entretiens avec le réseau Partâge et le réseau AGECLIC. Le projet MAIA en question a été rejeté par l'ARS.

2- L'importance de la dimension relationnelle dans la coordination

A partir de la décentralisation, l'échelon de proximité est privilégié pour développer la coordination. La dimension relationnelle devient donc une clé d'analyse de l'émergence et de la viabilité des dynamiques qui en sont issues. Une ancienne directrice de SSIAD du département d'Ille-et-Vilaine qualifie ainsi la coordination gérontologique de « *personne-dépendante* » et de « *politico-dépendante* ».

a) Un dynamisme impulsé par des initiatives locales

La coordination gérontologique est essentiellement fondée sur l'engagement de diverses personnalités de terrain, soucieuses de rassembler et de mobiliser autour d'un objectif commun. Le réseau Partâge³⁸ résulte par exemple de l'implication personnelle de médecins généralistes et d'élus locaux aux côtés de l'hôpital local d'Antrain, dont le directeur de l'époque fut un acteur moteur de sa création. Le réseau Géront'Emeraude³⁹ est né de la volonté d'un chef de service de l'hôpital de Saint-Malo et d'un médecin gériatre libéral. Ces illustrations sont d'autre part la preuve de la diversité des catégories professionnelles pouvant faire émerger des démarches de coordination.

Le relationnel est donc une dimension fondamentale de la mobilisation des professionnels et de la naissance d'un projet. Il traduit la capacité à instaurer un climat de confiance et à rassembler. Ainsi, selon un conseiller technique de l'Uniopss, les médecins libéraux éprouvent plus de difficultés à travailler avec les filières qu'à s'impliquer dans les réseaux qu'ils jugent plus respectueux de leur culture libérale. De plus, l'initiative non institutionnelle permet aux acteurs de conserver une liberté d'action, source de motivation.

Pourtant, si la dynamique issue du terrain a l'avantage d'assurer l'appropriation de la coordination par les acteurs locaux, elle peut soulever des difficultés relationnelles constituant des freins au développement et à la pérennité de la coordination.

b) Des conflits engendrés par des stratégies personnelles

Les difficultés relationnelles entre divers acteurs clés peuvent nourrir les cloisonnements entre dispositifs. La relation entre le réseau Partâge et le CLIC en Marches en est une illustration⁴⁰. Alors que le CLIC en Marches couvre une grande partie du

³⁸ Entretien réalisé avec le réseau Partâge.

³⁹ Entretien réalisé avec le réseau Géront'Emeraude.

⁴⁰ D'après l'entretien réalisé avec le réseau Partâge.

territoire du réseau Partâge, ce dernier a préféré s'associer à AGECLIC pourtant situé à la marge⁴¹.

Une autre difficulté est liée à la taille réduite des dispositifs, composés de quelques personnes. En effet, ces structures sont facilement affaiblies par le départ d'un acteur clé, en particulier lorsqu'il s'agit d'un leader. Comme l'explique F.-X. Schweyer à propos des réseaux, « *il n'est pas rare que le désengagement des promoteurs marque la fin du réseau* »⁴². La viabilité de la coordination dépend donc sur la légitimité et la volonté à court terme d'une poignée de personnes.

3- Un manque de moyens et d'outils appropriés

Les difficultés de mise en œuvre de la coordination gérontologique, en particulier les cloisonnements entre les acteurs de la prise en charge de la dépendance, sont à la fois la cause et le résultat d'une absence générale de moyens et d'outils communs formalisés. Si la coordination gérontologique s'est anciennement développée sur la base des dynamiques de terrain, elle n'a jamais réellement disposé de moyens qui auraient assuré sa stabilité.

a) Des difficultés de mobilisation des personnels

La mobilisation des personnels est un des axes clés de la pérennisation de la coordination gérontologique. La première difficulté liée à ce sujet concerne d'abord l'implication des professionnels libéraux. La coordination gérontologique ne peut se faire sans eux, en particulier les médecins généralistes, qui sont les premiers interlocuteurs des personnes âgées en difficulté et les relais potentiels des structures de coordination. Or, ces acteurs essentiels sont habitués à travailler seuls, manquent souvent de temps, et ne sont pas prêts à subir des contraintes imposées par des acteurs extérieurs⁴³. De plus, l'absence presque générale de rémunération des temps de coordination des professionnels libéraux ne facilite pas la diffusion de la coordination, celle-ci étant chronophage⁴⁴. A titre d'exemple, la dernière journée "portes ouvertes" organisée par le CLIC de Rennes à l'intention de tous les professionnels libéraux de santé (médecins, pharmaciens, infirmiers, kinésithérapeutes,

⁴¹ Cf. cartographie en annexe 4.

⁴² Schweyer F.-X., « Le travail en réseau : un consensus ambigu et un manque d'outils », *Sociologie Pratique*, n°11, 2005.

⁴³ Schweyer F.-X., « Le travail en réseau : un consensus ambigu et un manque d'outils », *Sociologie Pratique*, n°11, 2005.

⁴⁴ Idée soulevée lors de l'entretien avec le réseau Partâge.

etc.) n'a accueilli qu'une dizaine de personnes, alors que près de 800 invitations avaient été lancées⁴⁵. Cette illustration souligne les efforts de mobilisation qui restent à faire.

Par ailleurs, la coordination gérontologique requiert des personnels formés, capables de maîtriser la complexité des structures et des acteurs à mobiliser pour une prise en charge globale de la personne âgée. L'émergence de métiers spécifiques, tels les gestionnaires de cas, montre la nécessité d'une qualification adaptée, encore trop peu répandue.

Enfin, la question du déficit d'outils permettant aux acteurs de la coordination gérontologique de communiquer entre eux se pose. L'idée d'un fichier commun aux divers acteurs est évoquée. Il rassemblerait l'ensemble des informations concernant la personne âgée prise en charge sur le territoire. Néanmoins, les outils partagés de la coordination gérontologique peinent à se concrétiser. « *L'outil symbolisant la prise de pouvoir* »⁴⁶, il est très difficile en pratique pour un acteur de laisser la maîtrise de celui-ci à un autre.

L'ensemble de ces difficultés rejoint de façon plus générale la question des moyens financiers disponibles.

b) La fragilité des moyens financiers

Malgré le renouveau du concept de coordination gérontologique au niveau institutionnel, le contexte financier restrictif actuel constitue un sérieux obstacle⁴⁷. Soit le déficit de financement empêche de répondre à la nécessité de valorisation de la coordination existante, soit il impose une coordination à moindre coût qui démobilitise le terrain. Pourtant, tous les entretiens menés avec les divers acteurs présents en Ille-et-Vilaine (y compris les entretiens menés à l'ARS Bretagne⁴⁸) montrent que la valorisation de l'investissement humain et la mise en place d'outils partagés sont unanimement considérées comme des impératifs.

De plus, la coordination de proximité souffre d'une dispersion des moyens financiers. L'éparpillement des sources de financement, traduisant une pluralité des acteurs de la coordination institutionnelle, constitue un frein à la pérennité des dispositifs du terrain et une source de gaspillage des ressources et d'illisibilité. Elle devient l'une des

⁴⁵ Entretien avec le CLIC de Rennes.

⁴⁶ Entretien avec AGECLIC.

⁴⁷ Entretien réalisé avec une ancienne directrice de SSIAD.

⁴⁸ Entretiens réalisés auprès de deux chargés de mission de l'ARS Bretagne.

explications de la précarité de leur situation. En effet, les acteurs sont de plus en plus nombreux à « *se partager le gâteau* »⁴⁹.

Le contexte financier d'insuffisance et de dispersion des ressources reflète l'absence de clarté du pilotage de la coordination gérontologique de proximité par un niveau de coordination institutionnel jusqu'ici peu lisible.

L'accumulation des incohérences et les difficultés rencontrées par les dispositifs existants montrent les limites des initiatives de terrain et mettent en exergue la nécessité d'un renouveau de la coordination gérontologique, à travers une articulation clarifiée entre les coordinations de proximité et institutionnelle.

II- Le retour d'une coordination institutionnelle : source de scepticisme et d'espoir

La coordination institutionnelle vise à développer la cohérence de la planification et du financement des dispositifs d'offre dans un souci de performance et d'équité pour l'utilisateur. Alors qu'elle relevait historiquement du CG, l'émergence des ARS modifie cette modalité de coordination. Celle-ci reste inaboutie, comme le révèle notre enquête de terrain, et semble paradoxalement à l'origine d'incertitudes et d'espoirs.

A- Une recomposition de la coordination institutionnelle, source d'incertitudes

La tentative de clarification des champs de compétences des acteurs institutionnels par les lois du 13 août 2004⁵⁰ et du 21 juillet 2009⁵¹ soulève encore des incertitudes, notamment quant à leur positionnement.

⁴⁹ Entretien avec le CLIC de Rennes.

⁵⁰ Loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et aux responsabilités locales.

⁵¹ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST).

1- Un nouveau pilotage en contradiction avec la loi du 13 août 2004

Alors que le CG a été défini comme chef de file de l'action sociale sur le territoire du département par la loi du 13 août 2004, les nouvelles prérogatives de l'ARS dans le cadre de la loi HPST du 21 juillet 2009 semblent diminuer la portée de ses interventions.

a) Le Conseil Général, chef de file historique

L'acte I de la décentralisation modifie considérablement la conception et la mise en œuvre des politiques publiques en France. En effet, la loi du 2 mars 1982⁵² supprime l'ancienne tutelle administrative exercée par le préfet et permet ainsi à chaque département de décider librement de ses orientations. L'acte II de la décentralisation renforce cette autonomie en accordant de nouveaux transferts de compétences et en consacrant le CG chef de file de l'action sociale et médico-sociale. En effet, d'après l'article 49 de la loi du 13 août 2004, *« le département met en œuvre et définit la politique d'action sociale en tenant compte des compétences confiées par la loi à l'Etat, aux autres collectivités territoriales. Il coordonne les actions menées sur son territoire qui y concourent »*.

Le CG a notamment pour mission de coordonner l'action publique en direction des personnes âgées sur l'ensemble du département. Il s'appuie sur le schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale, et plus particulièrement sur le schéma gérontologique départemental qui coordonne les actions menées et définit les secteurs géographiques d'intervention. Cette nouvelle réalité induit des formes de coordination propres à chaque département en fonction des orientations politiques votées par les assemblées. Certains signent des conventions, d'autres des chartes de coordination.

Depuis longtemps, le CG d'Ille-et-Vilaine développe une politique volontariste en faveur des personnes âgées. Dans les années 1990, ce département était un pilote de la Prestation Expérimentale Dépendance (PED). Aujourd'hui il est responsable de l'APA⁵³, il soutient des expérimentations de maintien à domicile⁵⁴, il autorise la création de nombreux établissements d'hébergements⁵⁵ et il coordonne les 14 CLIC du département⁵⁶.

⁵² Loi n° 82-213 du 2 mars 1982 relative aux droits et libertés des communes, des départements et des régions.

⁵³ Elle concernait en Ille-et-Vilaine 6 822 personnes à domicile et 9 120 personnes en établissements fin 2009, pour un montant total de près de 72 millions d'euros.

⁵⁴ Accueil de jour, accueil de nuit, hébergement temporaire, etc.

⁵⁵ EHPAD, EHPA, Maison d'Accueil Spécialisée (MAS), etc.

⁵⁶ A ce titre, il convient de souligner la spécificité du CG d'Ille-et-Vilaine qui a installé des antennes de la MDPH au sein des CLIC (sauf à Rennes).

Pour mener à bien l'ensemble de ces prérogatives, le CG a opté pour une organisation au service de la coordination et de la proximité⁵⁷.

b) L'ARS, un nouvel acteur induisant un recul du rôle du CG

Le pilotage cloisonné du système de santé n'a pas permis de tirer parti des complémentarités existantes entre la prévention, la médecine de ville, le sanitaire et le médico-social. Or, ce cloisonnement est source de rupture dans la prise en charge des patients et particulièrement des personnes âgées. Cette réalité a conduit le législateur à créer les ARS par la loi du 21 juillet 2009⁵⁸. Un large champ de compétences leur est octroyé afin d'apporter une meilleure réponse aux spécificités et aux besoins locaux, d'améliorer la répartition territoriale de l'offre de soins et de lutter contre les inégalités territoriales de santé. L'objectif affiché est d'instaurer un pilotage unifié du système de santé, ce qui interpelle de nombreux acteurs⁵⁹ quant au rôle de « chef de file » du CG. Ce dernier pourrait voir son action se restreindre. Il n'est plus sollicité que pour avis, et son schéma gérontologique doit s'articuler avec le Programme Régional de Santé (PRS).

Par ailleurs, dans un contexte général de réduction de la dépense publique, « *les agences régionales de santé contribuent au respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie* »⁶⁰. Cet élément influe sur l'ensemble des politiques et outils mis en œuvre par les ARS. Cette volonté de rationaliser voire de réduire les financements se traduit notamment par le ciblage des publics, comme l'apparition de la notion de « cas complexes ». Néanmoins, celle-ci est à l'origine d'une confusion, certains acteurs considérant que chaque cas peut être considéré comme complexe.

A cela s'ajoutent les difficultés budgétaires rencontrées par les CG confrontés aux effets de la crise et à la difficile compensation des transferts de compétences par l'Etat⁶¹. En Ile-et-Vilaine, des médecins gériatres sont remplacés par des infirmières diplômées d'Etat (IDE), tandis que certains personnels socio-éducatifs ne sont pas reconduits. Cette situation pourrait être interprétée comme un début de désengagement de la politique en faveur des personnes âgées dépendantes.

⁵⁷ Cf. annexe 5.

⁵⁸ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

⁵⁹ Entretiens réalisés auprès du CG.

⁶⁰ Article L.1431-1 du Code de la Santé Publique (CSP).

⁶¹ Propos recueillis lors d'un entretien avec un médecin du CG.

Enfin, l'action publique s'organise de plus en plus au travers des appels à projets lancés par les ARS (création de lits d'hébergement, réseaux...). Les acteurs rencontrés s'interrogent alors sur la pérennité du système actuel de coordination gérontologique. Ils évoquent un paradoxe selon lequel le CG reste un financeur important de l'action menée, sans être véritablement décideur.

2- Un nouveau pilotage ambitieux qui doit néanmoins faire ses preuves

Le renouveau de la coordination gérontologique s'appuie sur des supports innovants, qui suscitent néanmoins des inquiétudes quant à leur mise en œuvre.

a) Des outils prometteurs dont la mise en œuvre est à optimiser

La réglementation propose toute une série d'outils pour favoriser la coordination et le décloisonnement. L'ARS s'appuie notamment sur un PRS⁶², élaboré en concertation avec l'ensemble des professionnels et des usagers, qui fixe les objectifs de santé et planifie les actions dans les différents champs d'intervention. Il renvoie aux notions de transversalité car il a vocation à fusionner les nombreux plans, schémas et programmes existants afin d'assurer la cohérence des outils de planification de l'offre de soins.

Pour associer les offreurs de soins à ses objectifs et missions, l'ARS recourt de façon privilégiée à la démarche de contractualisation au travers notamment des Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM). Ces outils formalisés de contractualisation traduisent les engagements réciproques autour de la mission de coordination et permettent à la structure de bénéficiaire de financements pérennes.

La coordination de l'action gérontologique peut également s'appuyer sur le regroupement d'établissements grâce aux Groupements de Coopération Sanitaire et Médico-Sociale (GCSMS)⁶³. Ceux-ci favorisent la mutualisation de fonctions de gestion et la fluidification des parcours des patients.

L'ambition de la loi HPST vise à décloisonner les secteurs sanitaires, sociaux, médico-sociaux et ambulatoires. Néanmoins, l'observation de la mise en place des ARS et les entretiens menés révèlent un fonctionnement toujours trop centré sur le sanitaire. Il

⁶² Il est composé d'un Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS) qui fixe les orientations et objectifs de santé en région, de trois schémas régionaux dédiés respectivement à l'organisation des soins hospitaliers (SROS) qui intègre désormais un volet spécifique au secteur ambulatoire, à la prévention (SRP) et au médico-social (SROMS).

⁶³ Bur Y., *Conclusion des travaux de la mission sur l'ARS*, Rapport d'information n° 697, Assemblée Nationale, février 2008.

convient donc d'encourager le dialogue afin d'éviter de créer des doublons, notamment en matière d'inspection et de contrôle des établissements médico-sociaux. Ce dialogue doit impérativement inclure le Conseil Régional qui intervient, même indirectement, dans la coordination gérontologique. En effet, il est responsable de la formation des travailleurs sociaux ainsi que des écoles de formation paramédicales⁶⁴.

Pour mener à bien ses missions, l'ARS s'appuie sur des territoires de santé qu'elle a préalablement définis. Cela suppose une coopération accrue entre les acteurs car les territoires sont parfois interdépartementaux⁶⁵ et se superposent aux secteurs gérontologiques définis par le CG et aux secteurs de psychiatrie.

En conséquence, les acteurs doivent saisir l'opportunité qui leur est offerte par la loi de siéger dans les différentes instances de concertation et de coordination de l'ARS.⁶⁶ Bien que leur présence soit nécessaire, nous ne disposons néanmoins pas du recul suffisant pour évaluer le poids des avis dans la prise de décision de l'ARS.

b) Un nouveau pilotage à l'origine d'incompréhensions et d'une certaine démotivation

Alors qu'il existait une grande proximité entre la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS) et le CG d'Ille-et-Vilaine, la relation avec la Délégation Territoriale⁶⁷ de l'ARS semble moins évidente, les acteurs évoquant notamment son manque de pouvoir de décision. Par ailleurs, le partenariat semble plus difficile car les ARS se mettent en place très progressivement. Alors que certains interlocuteurs dans le cadre de ce travail constatent qu'il est normal de « *laisser le temps au temps* », d'autres parlent de « *panade* » dans laquelle « *les acteurs de l'ARS eux-mêmes ne connaissent pas leur rôle* »⁶⁸.

Dans la pratique, l'analyse a mis en évidence qu'un certain nombre de décisions ou de modalités de communication induisent une certaine incompréhension des opérateurs de terrain, et ce en dépit d'un enthousiasme initial manifeste. Ainsi, à l'occasion de l'appel à

⁶⁴ Certains acteurs locaux (cf. entretien réalisé auprès du CCAS de Rennes) évoquent une estimation des besoins en personnel trop centrée sur les hôpitaux à l'origine de nombreux sous-effectifs dans le secteur médico-social.

⁶⁵ Cf. cartographie en annexe 4.

⁶⁶ Liste des instances (Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie, Conseil de surveillance, conférences de territoire, commissions de coordinations) et des acteurs (CG, CR, représentants des usagers, associations, établissements, professionnels libéraux, etc.).

⁶⁷ Pour garantir la proximité territoriale nécessaire à la conduite des politiques de santé, et pour assurer les liens indispensables avec les acteurs locaux et notamment les CG, les ARS mettent en place des Délégations Territoriales dans les départements qui jouent un rôle d'animation territoriale.

projet pour la constitution des MAIA, le CCAS de Rennes a appris, par voie de presse, que son projet n'était pas retenu⁶⁹. Regrettant l'ancienne procédure Comité Régional de l'Organisation Sociale et Médico-Sociale (CROSMS), le CCAS déplore de plus les modalités d'organisation de l'appel à projet dont les délais sont jugés excessivement courts⁷⁰, non propices à l'innovation, à la prise en compte des besoins du territoire et à la collaboration entre les acteurs. La généralisation de la procédure d'appel à projet induit une logique de concurrence qui contrarie les initiatives de terrain.

Globalement, il existe une grande incompréhension quant aux modalités de sélection des projets soumis. En Ille-et-Vilaine, les porteurs de projet MAIA retoqués considèrent que les choix de l'ARS défavorisent les politiques novatrices déjà menée dans le département, au profit de territoires moins dynamiques. Un acteur de terrain parle même d'une « *prime à la médiocrité*⁷¹ ». De plus, certains interlocuteurs considèrent que les ARS demeurent encore très cloisonnées, trop centrées sur le sanitaire. A l'inverse, l'ARS nous a affirmé que les projets non retenus étaient insuffisamment avancés, qu'ils ne comprenaient pas tous les acteurs du territoire, ou que la notion d'intégration était mal comprise⁷².

Enfin, les acteurs critiquent le développement de multiples indicateurs de résultats réclamés par l'ARS. Ces derniers s'avèrent compliqués à renseigner et une interrogation persiste quant à leur exploitation. Il est demandé, par exemple, à un réseau d'estimer l'impact de son action sur le nombre d'entrées aux urgences⁷³.

Les nombreuses difficultés rapportées ne doivent pas éluder les points positifs évoqués à l'occasion de nos entretiens et dans la littérature : l'action des ARS peut être complémentaire à celles des acteurs de terrain.

B- L'ambition d'un modèle intégré : source d'espoir

L'intégration est définie par Kodner et Kyriacou « comme un ensemble de techniques et de modèles d'organisation conçu pour la transmission d'information, la coordination et la collaboration à l'intérieur et entre les services et les secteurs

⁶⁸ Propos recueillis lors de l'entretien avec le CG.

⁶⁹ Entretien réalisé avec le CCAS de Rennes.

⁷⁰ Le CCAS estime qu'il faudrait au moins six mois de délai afin d'approfondir les dossiers sans tomber dans le travers de projets de type opportunistes pilotés par des consultants proposant des solutions « *clé en main superposables à n'importe quel territoire* ».

⁷¹ Entretien avec un candidat non retenu dans la procédure de sélection des MAIA.

⁷² Entretien réalisé avec un chargé de mission MAIA à l'ARS Bretagne.

⁷³ Entretien réalisé avec le réseau Partâge.

administratifs et financeurs »⁷⁴. Il s'agit donc d'intégrer différents dispositifs, d'inciter les professionnels à coopérer, tant en termes médicaux qu'organisationnels, dans le souci d'une vision plus globale du système de prise en charge des personnes âgées⁷⁵.

1- La coordination, reflet des dynamiques de terrain

L'importance des initiatives de terrain et des positionnements individuels⁷⁶ des acteurs dans la coordination gériatrique expliquent qu'un modèle unique ne puisse pas être calqué sur l'ensemble des secteurs gériatriques. La coordination doit être le fruit d'une rencontre entre les dynamiques de terrain et un cadre institutionnel.

a) Des initiatives de proximité, légitimées par le cadre institutionnel

Deux évolutions sont à prendre en compte dans le champ de la coordination gériatrique. D'une part, au niveau micro-organisationnel⁷⁷, les initiatives de terrain sont innovantes, mais ont des difficultés à se pérenniser. D'autre part, au niveau macro-institutionnel⁷⁸, les pouvoirs publics font évoluer le cadre de la coordination gériatrique sans parvenir à une prise en charge optimale du patient, puisqu'il persiste un manque d'efficacité, des doublons et une discontinuité des parcours. Cela est aussi dû à un « *décalage entre le prescrit et le réel* », c'est-à-dire entre les préconisations nationales et les réalités de terrain et à un « *manque d'apprentissage organisationnel* »⁷⁹, lorsque des modèles sont calqués sans certitude de résultats.

L'ARS ne peut cependant, malgré ses nouvelles prérogatives, s'imposer comme coordonnateur unique. Si la logique sanitaire fonctionne selon un modèle très centralisé, dans lequel les hôpitaux se voient imposer des directives par l'intermédiaire des ARS, il ne peut cependant en être de même pour le secteur médico-social et l'ambulatoire, qui reposent sur des logiques de terrains spécifiques. Les spécificités territoriales et la

⁷⁴ De Stampa M., Vedel I., *Impacts de la coordination sur l'état de santé, les pratiques professionnelles et le recours aux services pour les personnes âgées dépendantes à domicile*, Evaluation du modèle d'intégration COPA, Appel d'offre HAS, CNSA, juin 2010.

⁷⁵ Bloch M.-A., Hénaut L., Sardas J.-C., Gand B., *Coordination dans le champ sanitaire et médico-social. Enjeux organisationnels et dynamiques professionnelles*, Etude du Centre de Gestion Scientifique de Mines ParisTech pour la Fondation Paul Benoit, février 2011.

⁷⁶ Mauriat C., « Impact des stratégies des acteurs professionnels sur la construction d'un réseau de santé. Cas d'un réseau gériatrique parisien », *Gérontologie et société*, n°124, 2008.

⁷⁷ Bloch M.-A., Hénaut L., Sardas J.-C., Gand B., *Coordination dans le champ sanitaire et médico-social. Enjeux organisationnels et dynamiques professionnelles*, Etude du Centre de Gestion Scientifique de Mines ParisTech pour la Fondation Paul Benoit, février 2011.

⁷⁸ *Ibid.*

⁷⁹ *Ibid.*

complexification des besoins de la population âgée « vieillissante » amènent, de plus, différents corps professionnels (paramédicaux, médecins libéraux, travailleurs sociaux, structures médico-sociales et sanitaires) à travailler ensemble.

La coordination gérontologique doit donc faire face à cette difficulté. Comme notre étude a pu le confirmer, la coordination de terrain est avant tout le fait de personnes, de relationnel et d'influences politiques, au détriment de sa pérennité. Si un cadre rigide et généralisé, imposé par « le haut », n'est pas souhaitable, elle a cependant besoin d'un cadre institutionnel clarifié. Seule la conjonction d'une légitimité de terrain et d'une légitimité institutionnelle lui permettra d'être pérenne et efficace.

Il ressort de nos entretiens avec des chargés de missions de l'ARS que celle-ci n'a pas vocation dans la pratique à se définir comme un « *leader local* ». Elle sert selon eux de « *relais et d'amortisseurs des directives nationales* » et cherche à garantir une certaine équité sur le territoire, mais non à se substituer ou à s'imposer aux acteurs de terrain. Dans cette perspective, l'appel à projet MAIA ne doit pas être considéré comme une reprise en main de la coordination gérontologique par l'ARS mais plus comme la formalisation d'un encadrement la facilitant.

b) Des outils inscrits dans une démarche d'expérimentation

Cette interaction entre acteurs de terrain et pouvoirs publics est symptomatique de la mise en œuvre des politiques sociales⁸⁰, fortement décentralisées depuis les lois Defferre de 1982-1983⁸¹ et celle du 13 août 2004 relatives aux libertés et responsabilités locales. Elle est en effet le résultat de la territorialisation de ces politiques par les administrations décentralisées⁸². Elle a conduit à la démarche d'expérimentation, qui consiste à « *tester une réforme à petite échelle sur une ou plusieurs zones géographiques déterminées, pendant une période donnée, puis à décider soit une généralisation soit un abandon de la mesure* »⁸³. Ce nouveau mode de gouvernance concilie efficacité et adaptation, dans un contexte toujours plus contraint (limites budgétaires et demandes exigeantes des citoyens de prise en compte des situations particulières).

⁸⁰ Bœuf J.-L., « Décentralisation et expérimentations locales », *Problèmes politiques et sociaux*, n°895, décembre 2008.

⁸¹ Loi n°82-213 du 2 mars 1982 relative aux droits et libertés des communes, des départements et des régions, loi n° 83-8 du 7 janvier 1983 relative à la répartition de compétences entre les communes, les départements, les régions et l'Etat, et loi n° 83-663 du 22 juillet 1983 complétant la loi n° 83-8 du 7 janvier 1983 relative à la répartition de compétences entre les communes, les départements, les régions et l'Etat.

⁸² Argoud D., « Approche historique des dispositifs gérontologiques en France », *Gérontologie et Société*, n°132, mars 2010, p. 103-110.

A ce titre, la mise en place des MAIA s'est fondée sur une phase d'expérimentation issue du Plan Alzheimer 2008-2012⁸⁴, qui s'est généralisée avec un déploiement national dès 2011⁸⁵. Elle s'inscrit dans « *le cycle de vie d'une structure dédiée à la coordination* »⁸⁶, qui comporte quatre phases : le démarrage, la montée en puissance qui peut être réalisée dans le cadre d'une expérimentation, l'abandon ou la généralisation de la structure, la disparition ou l'absorption par une autre structure.

2- Les nouvelles modalités de coordination : un dépassement des blocages de terrain observés

Au delà des évolutions dans les modalités de mise en place, les innovations relatives au fonctionnement même des structures de coordination visent progressivement à prendre en compte les difficultés observées sur le terrain.

a) De la coordination à une logique d'intégration

Les MAIA⁸⁷ ont pour objectif de coordonner les acteurs de terrain notamment par la clarification de leurs champs de compétence sur un territoire donné. Elles doivent « *fédérer les différents dispositifs existants déjà impliqués dans la coordination en favorisant une meilleure coopération entre eux* »⁸⁸. Les projets de MAIA reposent sur des entités déjà présentes et ses promoteurs doivent être dans une logique de coordination avancée afin qu'ils puissent être labellisés par l'ARS. « *On ne décrète pas la création d'une MAIA, là où il n'y a pas de coordination sur le terrain.* »⁸⁹ Chaque partie prenante à une MAIA⁹⁰ formalise ce travail en commun de coordination par une lettre d'engagement.

⁸³ Bœuf J-L., *op. cit.*

⁸⁴ 17 expérimentations de 2009 à 2011.

⁸⁵ Circulaire interministérielle du 13 janvier 2011 n° DGCS/SD3A/DGOS/2011/12 relative à la mise en œuvre de la mesure 4 du Plan Alzheimer : déploiement des Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des Malades d'Alzheimer.

⁸⁶ Bloch M.-A., Hénaut L., Sardas J.-C., Gand B., *Coordination dans le champ sanitaire et médico-social. Enjeux organisationnels et dynamiques professionnelles*, Etude du Centre de Gestion Scientifique de Mines ParisTech pour la Fondation Paul Benetot, février 2011.

⁸⁷ Cf. annexe 6.

⁸⁸ Bloch M.-A., Hénaut L., Sardas J.-C., Gand B., *Coordination dans le champ sanitaire et médico-social. Enjeux organisationnels et dynamiques professionnelles*, Etude du Centre de Gestion Scientifique de Mines ParisTech pour la Fondation Paul Benetot, février 2011.

⁸⁹ Entretien avec le chargé de mission « MAIA » au sein de l'ARS.

⁹⁰ 8 projets de MAIA ont été déposés auprès de l'ARS Bretagne. 2 labellisations ont été accordées : aucune en Ile-et-Vilaine, 1 pour le GCSMS de Morlaix et 1 pour le CLIC de Pontivy. L'appel à candidature a été fait en janvier, les décisions ont été rendues début mai.

Ainsi, l'objectif de la MAIA ne traduit pas uniquement une logique institutionnelle, mais s'appuie sur l'existant et les relations de terrain essentielles au fonctionnement des dispositifs de coordination. Elle est « *le fruit d'une rencontre entre des collectifs de travail et des partenariats qui se développent au niveau d'un quartier, d'un arrondissement, d'une ville ou d'un département, et une logique institutionnelle d'organisation de l'offre et de financement de la coordination sur tout le territoire* »⁹¹. Elle apparaît comme une nouvelle structure de coordination flexible en fonction des acteurs et des besoins démographiques d'un territoire donné. Elle fait le pari d'une nouvelle modalité de gouvernance.

b) Pistes d'amélioration de la coordination gérontologique

Une première piste de dynamisation de la coordination gérontologique réside dans la prise en compte du temps consacré par les professionnels. La rémunération de ce temps est un important levier. L'exemple du réseau Géront'Emeraude l'illustre : le temps consacré à la coordination par les médecins libéraux peut être rémunéré. La capacité à mettre en évidence l'intérêt propre que peuvent retirer les médecins libéraux de leur engagement est une clé de réussite⁹². Les maisons de santé jouent également un rôle d'appui et de soutien auprès des professionnels libéraux. Des expérimentations de rémunération forfaitaire y sont d'ailleurs menées⁹³.

L'émergence de nouveaux métiers de la coordination gérontologique, tels que les gestionnaires de cas et les pilotes de réseau, pose la question de formations spécifiques, que l'ARS pourrait financer ces formations. Il existe déjà un Diplôme Universitaire, notamment celui proposé à l'Université Paris-Descartes.

L'élaboration de nouveaux outils de gestion de la coordination faciliterait le suivi et la continuité de la prise en charge, faisant actuellement défaut aux structures de coordination. Comme alternative aux outils artisanaux, un système informatique commun aux acteurs et sécurisé semble être la solution la plus opérationnelle pour permettre le partage de données.

Toutes ces nouvelles modalités de coordination doivent être appropriées par les acteurs et intégrées dans leur culture professionnelle.

⁹¹ Bloch M.-A., Hénaut L., Sardas J.-C., Gand B., *op. cit.*

⁹² MAURIAT C., « Impact des stratégies des acteurs professionnels sur la construction d'un réseau de santé. Cas d'un réseau gérontologique parisien », *Gérontologie et société*, n°100, 2002, p.111.

⁹³ TROUILLARD M., *La place des maisons de santé dans l'accès aux soins. Cinq expériences de maisons de santé en Lorraine, entre dynamisme et réalité*, Rapport d'étude de l'Observatoire Régional de la Santé et des Affaires Sociales, journée d'étude, mars 2009.

Conclusion

Notre étude met en évidence l'indispensable renouveau de la coordination gérontologique. Le contexte budgétaire contraint ne peut plus permettre la prolifération et la superposition des dispositifs et des acteurs de la prise en charge des personnes en perte d'autonomie. La coordination gérontologique se présente ainsi comme un outil de rationalisation de l'existant et par conséquent, d'efficacité. Cette nouvelle conception requiert néanmoins une clarification de l'articulation entre le niveau de proximité et le niveau institutionnel. L'objectif n'est donc pas d'aboutir à une reprise en main de la coordination gérontologique par le niveau institutionnel, mais bien de rechercher un juste équilibre d'articulation entre deux strates d'intervention complémentaires. C'est en ce point que résident la principale difficulté de la coordination gérontologique.

Les débats concernant la dépendance et la création d'un cinquième risque peuvent influencer sur la conception de la prise en charge de la perte d'autonomie. Si la distinction entre prise en charge de la personne âgée dépendante et prise en charge de la personne handicapée tend à moyen terme à être conservée, des initiatives locales montrent qu'elle pourrait être dépassée.   titre d'exemple, les CLIC d'Ille-et-Vilaine sont également des antennes de la MDPH. Dans cette perspective, l'évolution des MAIA comme relais sur le territoire d'une Maison Départementale de l'Autonomie pourrait être envisag e⁹⁴.

La coordination gérontologique reste donc « *une vieille idée pleine d'avenir* »⁹⁵.

⁹⁴ Entretien réalisé avec un conseiller technique de l'Uniopss.

⁹⁵ *Idem*.

Bibliographie

Ouvrages

- Amyot J.-J., *Développer la coordination gériantologique. Stratégies, dispositifs et pratiques*, Paris, Dunod, 2006, 282 pages.
- Amyot J.-J. (coord.), *Pratiques professionnelles en gériantologie*, Paris, Dunod, 2007, 1456 pages.
- De Haro A., *CLIC et réseaux gériantologiques*, Bordeaux, Les Etudes Hospitalières, 2007, 90 pages.
- Eynard C., Piou O., Villez A., *Conduire le changement en gériantologie. Principes, méthodes et cas pratiques*, Paris, Dunod, 2009, 272 pages.
- Schweyer F.-X., Levasseur G., Pawlikowska T., *Créer et piloter un réseau de santé. Un outil de travail pour les équipes*, 2ème édition, Paris, ENSP, 2004, 111 pages.
- Veysset-Puijalon B., Bouquet B., *La coordination gériantologique : demande d'hier, enjeu pour demain*, Fondation de France, Dijon, 1992, 163 pages.

Articles

- Amyot J.-J., « Les tribulations de la coordination gériantologique : des stratégies aux usagers » *Vie sociale*, n°1, mars 2010, page 25.
- Argoud D., « Approche historique des dispositifs gériantologiques en France » *Gériantologie et société*, n°132, 2010, pages 103-110.
- Blanchard N., « Du réseau à la coordination gériantologique : un nouveau paradigme pour le secteur médico-social ? » *Inserm Montpellier, Retraite et société*, n°43, 2004, pages 166-186.
- Bœuf J.-L., « Décentralisation et expérimentations locales », *Problèmes politiques et sociaux*, n°895, décembre 2003, 120 pages.
- Brousse J. « Les territoires de référence des décideurs pour la planification, la programmation et l'organisation de l'offre de services en matière d'accompagnement des personnes âgées dépendantes. Constats et perspectives », *Gériantologie et société*, n°132, mars 2010, page 171.
- Colvez A., « Genèse et évolution des CLIC : expérience des centres locaux d'information et de coordination depuis le bureau d'information gériantologique de Lunel », *Gériantologie et société*, n°132, mars 2010, pages 135-144.
- Colvez A., Gay M., Blanchard N., Fages D. « La coordination gériantologique pour qui, pourquoi, comment ? », *Fondation nationale de gériantologie, Gériantologie et société*, n°100, 2002, pages 25-34.
- Dupont O., « Les "MAIA" : un dispositif d'intégration à l'épreuve de la fragmentation des territoires », *Gériantologie et société*, n°132, mars 2010, page 129.

- Le Bihan B., Martin C., « Quelles politiques pour la dépendance en Europe ? », *Regards sur l'actualité*, n°366, décembre 2010, pages 1-11.
- Le Bihan-Youinou B., « La prise en charge des personnes âgées dépendantes en France » *Informations sociales*, n°157, pages 124-133.
- Le Sommer-Père M., « Les différents niveaux de coordination », *Gérontologie et société* n°100, 2002/1, pages 49-63.
- Leroux P., Dufourg D., « Création d'un réseau gérontologique. Joies et difficultés d'une aventure », *Gérontologie et société* n°100, 2002/1, pages 111-122.
- Mauriat C., « Impact des stratégies des acteurs professionnels sur la construction d'un réseau de santé. Cas d'un réseau gérontologique parisien », *Gérontologie et société*, n°124, 2008, pages 165-182.
- Trouvé H., Couturier Y., Saint-Jean O., Somme D., « L'organisation en réseau dans le champ gérontologique : à la recherche d'un nouveau mode de gouvernance ? », *Géographie, Economie, Société*, n°12, 2010, pages 31-52.
- Roussel V., Vollet D., Hadjab F., « Les coordinations gérontologiques dans les espaces ruraux : quelle efficacité », *Gérontologie et société*, n° 135, décembre 2010, pages 259-283.
- Rumeau E., Vermorel M., « Les inter-filières sanitaires et médico-sociales gérontologiques : une approche fonctionnelle de la notion de territoire », *Gérontologie et société*, n°132, mars 2010, pages 213.
- Schweyer F.-X., « Le travail en réseau : un consensus ambigu et un manque d'outils », *Sociologie Pratique*, n°11, 2005.

Rapports, études, mémoires et thèses

- Bloch M.-A., Hénaut L., Sardas J.-C., Gand B., *Coordination dans le champ sanitaire et médico-social. Enjeux organisationnels et dynamiques professionnelles*, Etude du Centre de Gestion Scientifique de Mines ParisTech pour la Fondation Paul Benetot, février 2011, 241 pages.
- Bur Y., *Conclusion des travaux de la mission sur l'ARS*, Rapport d'information n° 697, Assemblée Nationale, février 2008, 168 pages.
- CNSA, *Cahier des charges national des dispositifs d'intégration dits MAIA*, 2011, 26 pages.
- Conseil Général d'Ille-et-Vilaine, « Quatrième actualisation du schéma gérontologique d'Ille-et-Vilaine : Planification du dispositif d'hébergement départemental 2005-2010 », *Les cahiers techniques*, n°159, avril 2006, 116 pages.
- De Stampa M., Vedel I., *Impacts de la coordination sur l'état de santé, les pratiques professionnelles et le recours aux services pour les personnes âgées dépendantes à domicile*, Evaluation du modèle d'intégration COPA, Appel d'offre HAS, CNSA, juin 2010, 93 pages.
- DREES, « Les bénéficiaires de l'Aide Sociale départementale en 2009 », *Etudes et Résultats publiés en 2010*, Ministère de Travail, de l'Emploi et de la Santé, Octobre 2010.
- DRESS, *Les personnes âgées entre aide à domicile et établissement*, Dossiers solidarité et santé, n°1, janvier-mars 2003, 106 pages.

- Guiselin S., *La territorialisation de la politique gérontologique : l'exemple de l'Ille-et-Vilaine*, Thèse de doctorat en géographie, Université de Rennes II, novembre 2004, 442 pages.
- Haut comité consultatif de la population et de la famille, *Politique de la vieillesse*, Rapport de la Commission d'étude des problèmes de la vieillesse, dit « Rapport Laroque », 1962.
- Mémoire interprofessionnel (groupe 33), *L'exemple d'un réseau gérontologique : fonctionnement et positionnement stratégique sur le territoire : vers un guichet unique ?*, 2008, 37 pages
- Ministère délégué à la Sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées, *Plan Solidarité – Grand âge*, 2006.
- Thierry M., Palach J.-M., *Une société pour tous les âges*, Rapport du comité de pilotage de l'année internationale des personnes âgées, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 1999, 80 pages.
- Trouillard M., *La place des maisons de santé dans l'accès aux soins. Cinq expériences de maisons de santé en Lorraine, entre dynamisme et réalité*, Rapport d'étude de l'Observatoire Régional de la Santé et des Affaires Sociales, journée d'étude, mars 2009.
- URCAM, ARH, *Cahier des charges d'un réseau de prise en charge des personnes âgées*, Languedoc Roussillon, 2006, 9 pages.

Textes officiels

- Loi n°82-213 du 2 mars 1982 relative aux droits et libertés des communes, des départements et des régions
- Loi n° 83-8 du 7 janvier 1983 relative à la répartition de compétences entre les communes, les départements, les régions et l'Etat
- Loi n° 83-663 du 22 juillet 1983 complétant la loi n° 83-8 du 7 janvier 1983 relative à la répartition de compétences entre les communes, les départements, les régions et l'Etat
- Loi n° 86-17 du 6 janvier 1986 adaptant la législation sanitaire et sociale au transfert de compétences en matière d'aide sociale et de santé
- Loi n° 2001-1246 du 21 décembre 2001 de Financement de la Sécurité Sociale pour 2002
- Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé
- Loi n°2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et aux responsabilités locales
- Loi n° 2005-841 du 26 juillet 2005 relative au développement des services à la personne et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale
- Loi n° 2009- 879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires (HPST)

- Circulaire n° 1981-15 du 29 juin 1981 relative à la mise en œuvre du plan gouvernemental de créations d'emplois
- Circulaire n° 82-13 du 7 avril 1982 relative à la politique sociale et médico-sociale pour les retraités et personnes âgées.
- Circulaire DAS-RV 2 n°2000-310 du 6 juin 2000 relative aux Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC)

- Circulaire DHOS/O2/DGS/SD5D n°2002-157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatrique
- Circulaire DGAS/DHOS/2C/O3/2004/452 du 16 septembre 2004 relative aux Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC) et aux réseaux de santé gérontologiques
- Circulaire DHOS/O2 n°2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques
- Circulaire DHOS/O2/O3/UNCAM/2007-197 du 15 mai 2007 relative au référentiel d'organisation national des réseaux de santé « personnes âgées »
- Circulaire interministérielle du 13 janvier 2011 relative à la mise en œuvre de la mesure n° 4 du plan Alzheimer : déploiement des Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des Malades Alzheimer (MAIA)

Sites Internet

- Site Géront'Emeraude : <http://gerontemeraude.pagesperso-orange.fr>
- Site CLIC Alli'âge : www.clic-alliages.fr
- Site réseau Partage : www.reseau-partage.com
- Site du Conseil Général d'Ille-et-Vilaine : www.ille-et-vilaine.fr
- Site CNSA : www.cnsa.fr
- Site CLIC info : <http://clic-info.personnes-agees.gouv.fr>
- Site de l'Observatoire Régional de Santé de Bretagne : www.orsbretagne.typepad.fr

Liste des annexes

Annexe 1 : Méthodologie

Annexe 2 : Liste des personnes rencontrées dans le cadre de l'enquête de terrain

Annexe 3 : Grille d'entretien type

Annexe 4 : Cartographie des acteurs rencontrés lors de l'enquête de terrain

Annexe 5 : L'organisation des services du département chargés de la politique de solidarité

Annexe 6 : Le dispositif MAIA

Méthodologie

Composé de deux élèves directeurs des soins, de deux élèves directeurs d'hôpital, de trois élèves directeurs d'établissement sanitaires et sociaux, de deux élèves inspecteurs de l'action sanitaire et sociale et d'un médecin inspecteur en santé publique stagiaire, le groupe n°10 s'est intéressé à la question de « la coordination gérontologique : nouveau paradigme de l'action publique vieillesse », proposée par Blanche LE BIHAN et Arnaud CAMPEON, animateurs du groupe de travail.

Apparenté à une démarche de conduite de projet, le module interprofessionnel nous a conduit à mobiliser des outils appropriés. La désignation d'un référent logistique et la rédaction quotidienne d'un cahier de bord encadrent ces trois semaines de travail. La réalisation de points d'étapes réguliers avec la mise en commun du fruit de nos lectures ont facilité les échanges autour de notre questionnement. En parallèle, une plateforme créée sur REAL a permis la transmission des fiches réalisées et l'exploitation des entretiens.

Les premiers jours du module ont été consacrés à l'appropriation et à l'analyse du sujet, au travers d'une approche théorique. La lecture du dossier documentaire et de textes complémentaires a donné lieu à la réalisation de fiches de lectures. Des fiches techniques sur chaque acteur (textes de référence, missions, outils, modalités d'intervention, financement...) ont également été réalisées et partagées dans une logique de clarification du thème de l'étude, avant d'entamer l'approche empirique.

Blanche LE BIHAN et Arnaud CAMPEON nous ont proposé d'aborder la thématique de la coordination gérontologique en ciblant le département d'Ille-et-Vilaine comme périmètre d'investigation. Les rendez-vous pris auparavant par les animateurs ont été complétés par le groupe qui a souhaité étendre le champ des rencontres à un établissement médico-social, à un CCAS et à un chargé de mission MAIA au sein de l'ARS, portant le nombre total d'entretiens à 12. La méthodologie retenue pour ces rencontres est celle de l'entretien semi-directif. Une première grille a été formalisée au niveau du groupe autour de trois grands thèmes : présentation de la structure en lien avec la thématique, modalités, frein et leviers de la coordination, perspectives. Cette grille a ensuite été déclinée avec des questions plus spécifiques relatives au domaine d'expertise de chaque acteur. Les entretiens ont été répartis par binômes, volontairement constitués en interfiliarité.

La dernière semaine a été consacrée à la formalisation du rapport. La rédaction s'est organisée par binômes afin de favoriser le croisement des points de vue et de mobiliser les compétences de chacun. Une cartographie a été réalisée afin de mieux rendre compte de la répartition spatiale et de la superposition des dispositifs. Nous avons procédé enfin à une relecture commune.

Annexe 2

Liste des personnes rencontrées dans le cadre de l'enquête de terrain

Filière	Nom	Prénom	Date	Personnes rencontrées
DS	Boulain	Corinne	5/5/11	Coordinateur de CLIC
IASS	Charles	Anne		
DH	Alexander	Rodrigue	9/5/11	Médecin départemental, Conseil Général
DS	Montay	Nathalie		
IASS	Charles	Anne	9/5/11	Chargé de missions, ARS Bretagne
DH	Bascoul	Marie		
DH	Bascoul	Marie	10/5/11	Psychologue, ancienne directrice de SSIAD
D3S	Denia	Blanche		
D3S	Coudray	Baptiste	10/5/11	Responsable de Réseau
MISP	Fourcade	Aurélié		
DS	Boulain	Corinne	10/5/11	Président de réseau
IASS	Rome	Sylvie		
DH	Alexander	Rodrigue	11/5/11	Représentant des personnes âgées, CCAS, ville de Rennes
DS	Montay	Nathalie		
DH	Alexander	Rodrigue	11/5/11	Coordonnateur de CLIC
DS	Montay	Nathalie		
DS	Boulain	Corinne	12/5/11	Conseiller technique de l'Uniopss
D3S	Coudray	Baptiste		
IASS	Rome	Sylvie	12/5/11	Coordinatrice de CLIC
D3S	Belkhir	Maia		
D3S	Denia	Blanche	13/5/11	Médecin, ARS de Bretagne
DH	Bascoul	Marie		
IASS	Rome	Sylvie		
DH	Bascoul	Marie	16/5/11	Directeur d'EHPAD
D3S	Coudray	Baptiste		

Grille d'entretien type

- Présentation du groupe et du module, objectifs de l'étude, thème et contexte.
- Parler de l'enregistrement. Garantir la confidentialité.
- Présenter les grands axes de l'entretien

1. Présentation de l'interlocuteur

- Parcours professionnel et formation académique.
- Rôle au sein de la structure.

2. Structure

- Pouvez-vous nous parler de manière générale de votre structure ? Description générale, initiative, historique, fondateurs, statut...
- Quelles sont vos missions ? Quelle organisation permet de les accomplir ?
- Comment et pourquoi avez-vous délimité votre territoire d'intervention ?
- Quelles sont vos sources de financement ? Sont-elles suffisantes ?
- Quelles sont vos relations avec les tutelles ? Quelle est votre marge d'autonomie vis-à-vis de vos tutelles ?
- Quel est le profil du public accueilli ? Tout le public visé est-il atteint ? Comment le public accède-t-il à la structure ? Quel lien avec l'entourage ?

3. Coordination

- Quelle est votre idée/définition de la coordination gérontologique ?
- Y a-t-il différents niveaux de coordination ? Objet, contenu ? Pour les professionnels ou pour les usagers ?
- Quelle(s) différence(s) faites-vous entre les dispositifs de coordination (CLIC, réseaux, filières, CCAS, etc.) ?

- Pouvez-vous nous parler des partenariats entre votre structure et les autres acteurs de l'action publique vieillesse ? Sont-ils formels ou informels ? Quels en sont les objectifs ? Quels sont les outils/supports de formalisation des partenariats ?
- Quels sont les facteurs facilitateurs ou les freins à la coordination ?
- La coordination nécessite-t-elle un pilote ?
- Comment est évaluée la qualité de la coordination ?

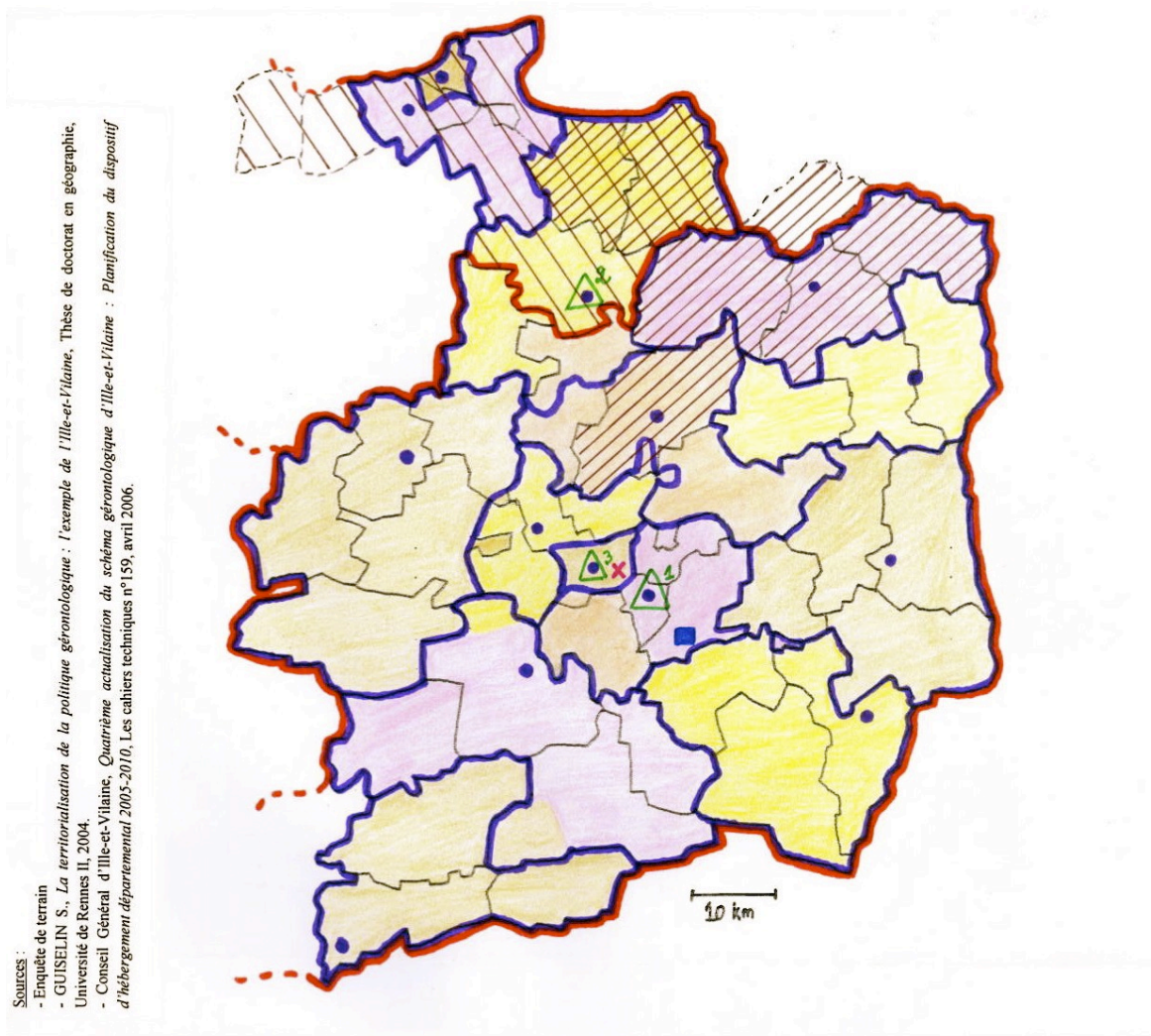
4. Perspectives

- Quelle est la vision de l'évolution de votre structure ? Quelles difficultés ? Quelles améliorations éventuelles ?
- Quel avenir envisagez-vous pour la coordination gérontologique ? Qu'est-ce qui pourrait entraver sa pérennité ?
- Quel est votre positionnement par rapport à la mise en place des MAIA ? Etes-vous porteur de projet ?
- Que pensez-vous de l'expérience originale dans le département où tous les CLIC jouent à la fois le rôle de MDPH (sauf à Rennes) ? Serait-ce pertinent de déboucher sur une coordination personnes âgées / personnes handicapées ? Est-ce que ces deux types de coordination sont comparables ? Peut-on en tirer des enseignements ?

NB : penser à recueillir de la documentation.

Cartographie des acteurs rencontrés lors de l'enquête de terrain

Territoires et dispositifs de coordination gérontologique du département d'Ille-et-Vilaine



Sources :
 - Enquête de terrain
 - GUISELIN S., *La territorialisation de la politique gérontologique : l'exemple de l'Ille-et-Vilaine*, Thèse de doctorat en géographie, Université de Rennes II, 2004.
 - Conseil Général d'Ille-et-Vilaine, *Quatrième actualisation du schéma gérontologique d'Ille-et-Vilaine : Planification du dispositif d'hébergement départemental 2005-2010*, Les cahiers techniques n  159, avril 2006.

Légende :

- | | | | |
|--|------------------------|--|-----------------------|
| | Cantons | | Secteur du CLIC |
| | Secteur gérontologique | | Localisation du CLIC |
| | Territoire de santé | | Réseau gérontologique |

Acteurs rencontrés lors de l'enquête de terrain :

- | | | | | | |
|--|----------------|--|------------------------|--|-----------------------|
| | CLIC Alli' ges | | Réseau Géront'Emeraude | | EHPAD de Châteaugiron |
| | AGECLIC | | Réseau Partâge | | CCAS de Rennes |
| | CLIC de Rennes | | | | |

L'organisation des services du département chargés de la politique de solidarité

La politique en faveur des personnes âgées est placée sous la responsabilité d'un « Pôle solidarité », qui intègre une Direction des personnes âgées et des personnes handicapées, dans laquelle se trouve un service aide sociale et actions médico-sociales. Ce dernier coordonne l'action des établissements médico-sociaux, l'aide à domicile, le financement et participe à l'évaluation de l'APA.

Depuis janvier 2010, une réforme est en cours. Le département a opté pour une déconcentration forte en créant sept agences départementales disposant chacune d'un service « Vie sociale » qui anime l'action de plusieurs Centres départementaux d'action sociale (20 CDASS sur le département). Contrairement à l'organisation antérieure qui voyait la coordination s'opérer totalement au niveau départemental, ces agences disposent d'une grande autonomie et d'un réel pouvoir de décision, ce qui s'apparente à une décentralisation.

Cette nouvelle organisation répond à une volonté de proximité mais pose des problèmes d'harmonisation et d'équité, certaines agences étant plus dynamiques que d'autres. Le siège reste désormais centré sur l'action de ressort départemental, sur le bilan des différentes actions et sur l'évaluation des CLIC. Un cahier des charges a par ailleurs été élaboré pour homogénéiser l'ensemble des actions.

Le dispositif MAIA

Les MAIA constituent des « guichets intégrés », fournissant une réponse unique au patient, dont la situation a été évaluée avec les mêmes outils, quels que soient son niveau et son type de dépendance.

Le public cible des MAIA se limitait dans le premier cahier des charges de la phase d'expérimentation aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Etant donné le cloisonnement de l'action publique vieillesse, à l'inverse de la transversalité voulue par la territorialisation, il a été décidé que leur champ d'intervention devait s'étendre à toute personne en perte d'autonomie.

Leur équipe comprend un « pilote, animateur de réseaux », en charge de la coordination des partenaires structurels et des équipes pluri-professionnelles ainsi qu'au moins un « gestionnaire de cas », en charge de la coordination des aidants informels et des aidants professionnels.

Le territoire est défini dans un premier temps à un niveau infra départemental, comme étant celui sur lequel le porteur de projet agit. Il a vocation à s'étendre progressivement en intégrant l'ensemble des structures participant à la prise en charge des personnes en perte d'autonomie au niveau départemental.